

# Spécificités de prise en soins de la douleur de la personne âgée

Cyril Guillaumé

Service Douleur et Soins Palliatifs – CHU Caen Normandie

Professeur Associé en Médecine Palliative – Université Normandie

# *L'évaluation est un temps indispensable pour une prise en charge de qualité*

## Spécificités de reconnaissance et d'évaluation de la douleur

65,4% personnes âgées douloureuses présentant des troubles de la communication verbale sont estimés non douloureux par les soignants

*Livre blanc de la douleur 2005*

### MISE AU POINT

#### *Évaluation de la douleur dans le grand âge : où en sommes-nous en 2021 ?*

*Pain assessment in the elderly: where do we stand in 2021?*

Capriz et al. Revue de Gériatrie, 2021

# Evaluation: un défi pour les professionnels de santé

- Complexité de **détection** de la douleur:
  - « je souffre », « j'ai mal », « je suis mal »
  - Etiologies multiples et intrication de douleur(s) aiguë(s) et de douleur(s) chronique(s)
  - Variation sémiologique
  - Désafférentations sensorielles
  - Troubles de la compréhension et/ou de la communication verbale de la personne âgée
  - Expression de la douleur sous forme de **symptômes d'emprunt**: anorexie, trouble du sommeil, agitation, majoration des symptômes psychologiques et comportementaux,... Mais non spécifiques de la douleur!
- **Culture et croyances** de la personne âgée
- **Préjugés** des soignants

American Geriatrics Society Pnel on Persistent Pain in Older Persons. J Am Geriatr Soc; 2002

# Au delà des freins liés aux patients...

- **Risques d'interprétation**

- des symptômes de repli, d'apathie, de « calme apparent »... =  
dépression, « bon patient »:

 négligence des comportements passifs

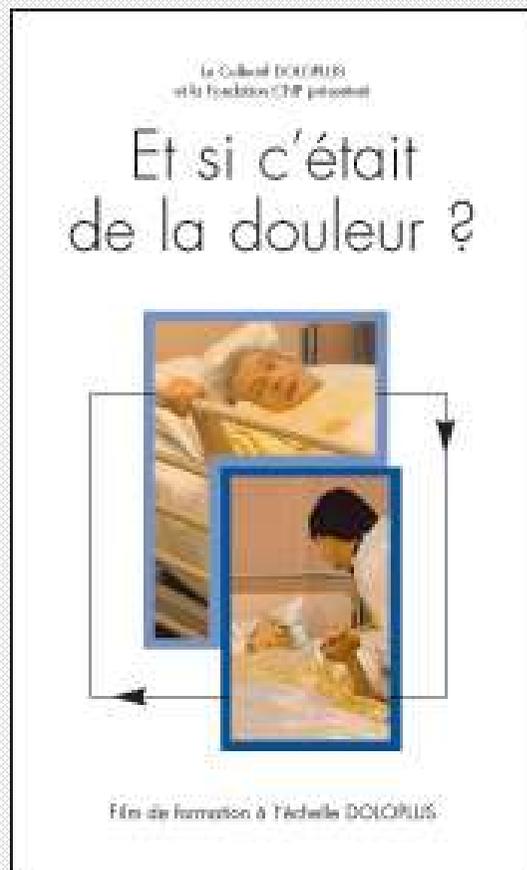
- des troubles du comportement productifs = démence
- Niveau de tolérance à la douleur des soignants
- Méconnaissance des moyens de dépistage et d'évaluation alors qu'il existe de nombreux moyens pédagogiques de formation

# L'évaluation de la douleur: une étape incontournable

- Publications scientifiques et validation d'échelles pour la personne âgée
- Recommandations
  - de la Haute Autorité de Santé
  - des sociétés savantes: douleur SFETD, gériatrie SFGG et soins palliatifs SFAP



# Quand évaluer?



## Évaluation de la douleur dans le grand âge : où en sommes-nous en 2021 ?

*Pain assessment in the elderly: where do we stand in 2021?*

Capriz et al. Revue de Gériatrie, 2021

- Lorsque la douleur est suspectée ou exprimée
- A chaque accueil d'une personne âgée dans un établissement de soins ou médico-social ou de retour à domicile
- A chaque changement de comportement: de l'agressivité au repli sur soi
- A chaque situation de risque de douleur
- A chaque instauration ou changement de traitement antalgique et/ou étiologique

# L'autoévaluation de la douleur

- EN ou EVS
- Pas de place pour l'EVA
- Fiable pour les patients présentant des troubles cognitifs faibles à modérés MMSE  $\geq$  18/30 (accord d'experts)
- Toujours à tester même pour les patients présentant des troubles de la communication verbale
- Si non fiable ou impossible, faire une hétéro-évaluation de la douleur

Hadjistavropoulos T et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. Clin J Pain 2007 ; 23 (1 Suppl) : S1-43.

# L'hétéro-évaluation de la douleur

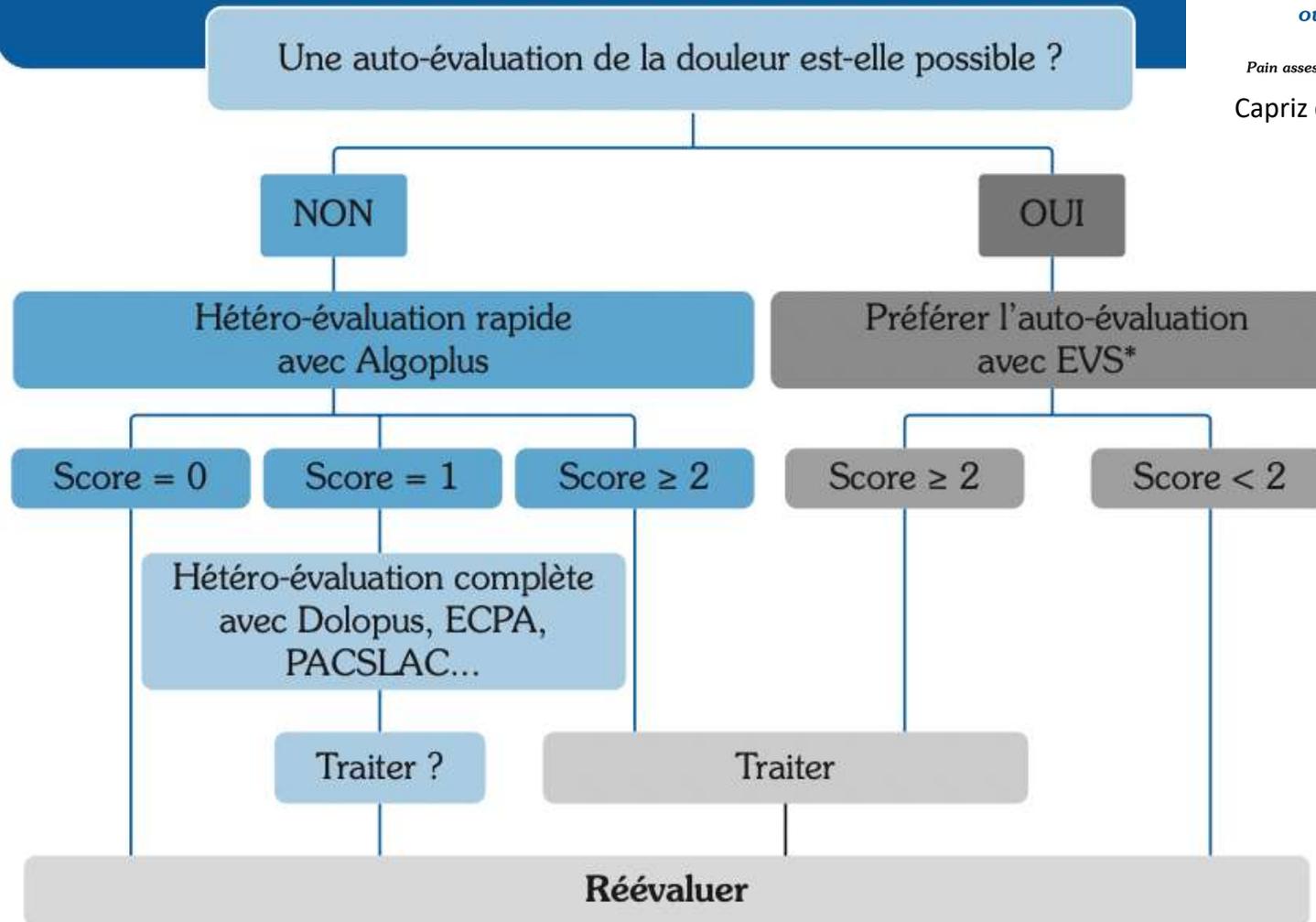
- Douleur en situation aiguë = Algoplus®
- Douleur en situation chronique
  - Doloplus®
  - Echelle comportementale de la Personne Âgée ECPA
  - PACSLAC-F: Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (version Française)

## Algorithme pour optimiser la détection et la prise en charge de la douleur chez les patients âgés

*Évaluation de la douleur dans le grand âge : où en sommes-nous en 2021 ?*

*Pain assessment in the elderly: where do we stand in 2021?*

Capriz et al. Revue de Gériatrie, 2021



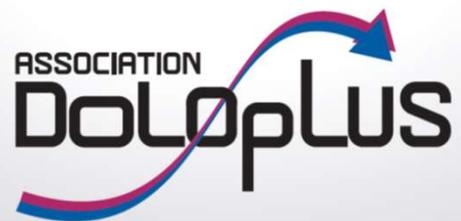
\* EVS à 5 points

Version française d'après Bonin-Guillaume S et Rat P. OBM Geriatrics 2020

**Abréviations :** EVS : *Échelle Verbale Simple* ; ECPA : *Échelle Comportementale pour Personnes Âgées* ; PACSLAC : *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate*.

# KIT DOULEUR NEUROPATHIQUE de la personne âgée

[www.doloplus.fr](http://www.doloplus.fr)



Avec le soutien de

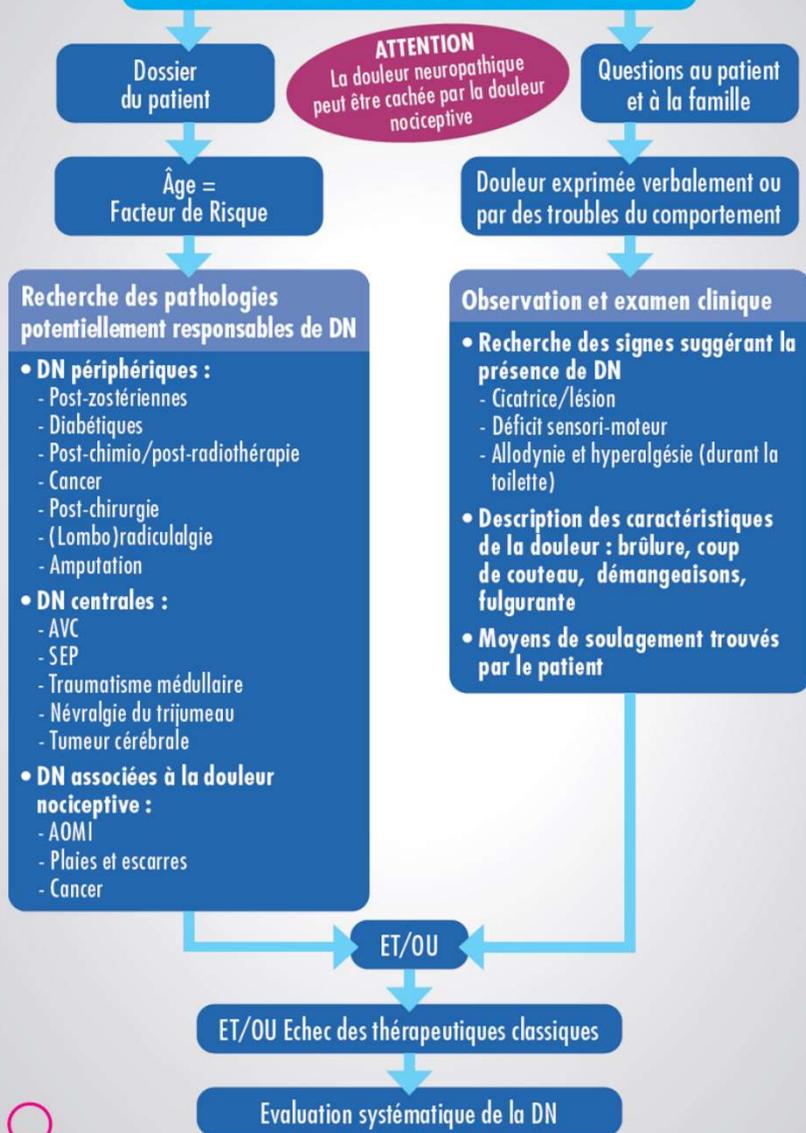


## Références des publications

① Algorithme d'après Bonin-Guillaume S, Rat P. An algorithm to optimize pain detection and management in older patients in routine practice. OBM Geriatrics 2020, volume 4, issue 4.

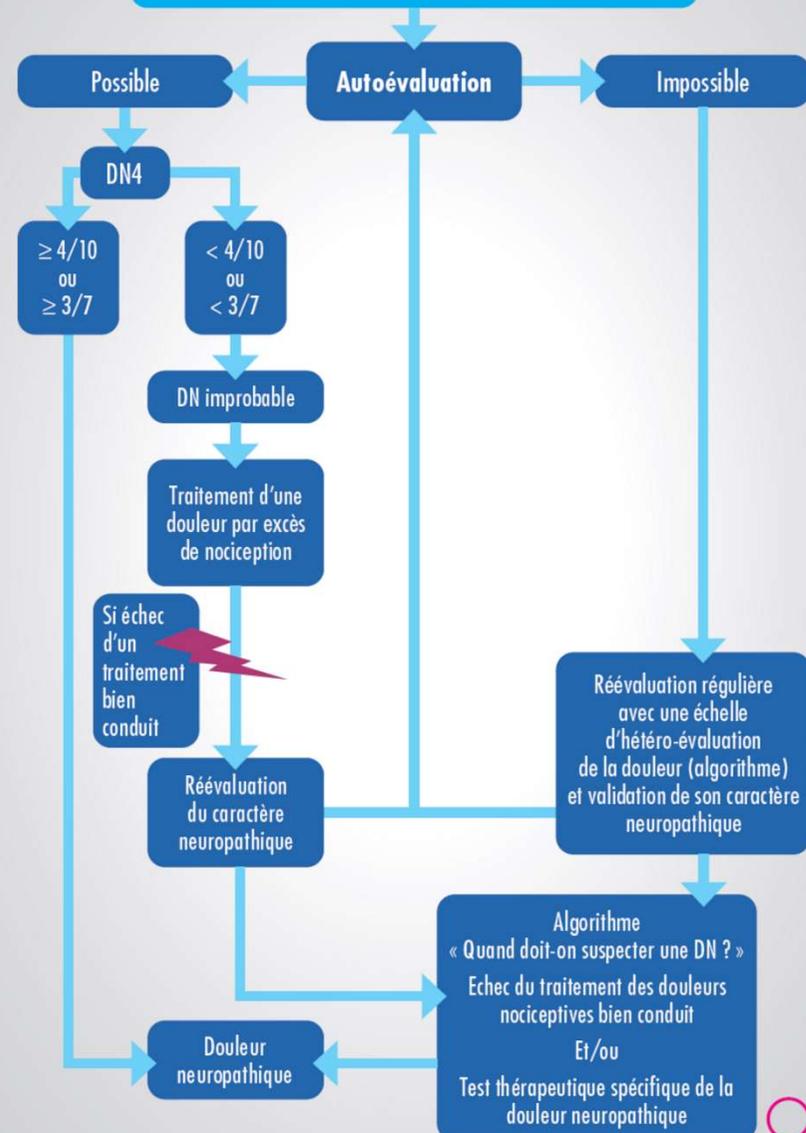
② Algorithme d'après Pickering G, Marcoux M, Chapiro S, David L, Rat P, Michel M, et al. An Algorithm for Neuropathic Pain Management in Older People. Drugs Aging 2016 ; 33 (8) : 575-83

## QUAND DOIT-ON SUSPECTER UNE DOULEUR NEUROPATHIQUE ?



② Références des publications en dernière page.

## ÉVALUATION SYSTÉMATIQUE DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE



② Références des publications en dernière page.

# Pour résumé en 12 points

1. Prendre en compte **l'histoire du patient**, en l'interrogeant et en l'examinant
2. **Evaluation personnalisée et singulière**
3. Tenter **l'autoévaluation chez tous** les patients
4. **Coupler** auto et hétéro-évaluation, c'est utile
5. Pratiquer des échelles d'hétéro-évaluation chez toute personne qui ne peut s'autoévaluer et **au moindre doute Algoplus<sup>®</sup> puis, si < 2/5, Doloplus<sup>®</sup> ou ECPA ou PACSLAC**

# Pour résumé en 12 points

**6. Systématiser l'usage des échelles** d'évaluation de la douleur même si elles ont leurs limites: elles ont fait indéniablement leur preuve scientifique

**7. Rechercher l'aide** de la famille, de l'entourage, des soignants connaissant bien le patient âgé

**8. Répéter les évaluations** car la **cinétique des scores** est un bon indicateur du suivi de la douleur et de la démarche thérapeutique

**9. Reprendre les items cotés** s'il n'y a pas de diminution du score de douleur: est ce bien de la douleur?

# Pour résumé en 12 points

10. **Evaluer le retentissement** de la douleur sur la qualité de vie, l'autonomie, le risque de chute, l'alimentation, l'humeur, le sommeil, les fonctions cognitives,...

11. Intégrée à une **évaluation gériatrique standardisée**

12. Pratiquer un **test thérapeutique** antalgique en cas de doute

Spécificités thérapeutiques  
antalgiques chez le sujet âgé  
« *Start low and go slow* »  
Points de vigilance

# Spécificités thérapeutiques antalgiques chez le sujet âgé

## « Start low and go slow »

### Points de vigilance

Douleur analg. (2021) 34:247-259  
DOI 10.3166/dea-2021-0182

MISE AU POINT / UPDATE

#### Consensus multidisciplinaire de l'intergroupe SFETD/SFGG sur l'utilisation des opioïdes dits faibles dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée

French Pain Society Consensus on "Weak Opioids" Use in Older Patients

G. Pickering · F. Capriz · V. Morel · F. Le Caër · C. Guillaumé · M. Floccia · M.-L. Navez · V. Mailland · C. Grégoire · G. de Montgazon · L. David · R.-M. Javier · M. Voute



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



CONSENSUS D'EXPERTS

#### Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie)

Multidisciplinary consensus of experts in pain and geriatrics: Use of analgesics in the management of pain in the elderly (excluding anesthesia)

Françoise Capriz<sup>a</sup>, Sylvie Chapiro<sup>b</sup>, Laurence David<sup>c</sup>, Marie Floccia<sup>d</sup>, Cyril Guillaumé<sup>e</sup>, Véronique Morel<sup>f</sup>, Christine Berlemont<sup>g</sup>, Jean-Michel Gautier<sup>h</sup>, Brigitte Hérisson<sup>i</sup>, Géraldine de Montgazon<sup>j</sup>, Philippe Poulain<sup>k</sup>, Gisèle Pickering<sup>f,\*,l</sup>

Drugs Aging (2016) 33:575-583  
DOI 10.1007/s40266-016-0389-7

THERAPY IN PRACTICE



#### An Algorithm for Neuropathic Pain Management in Older People

Gisèle Pickering<sup>1,2,3</sup> · Margaux Marcoux<sup>1</sup> · Sylvie Chapiro<sup>4</sup> · Laurence David<sup>5</sup> · Patrice Rat<sup>6</sup> · Micheline Michel<sup>7</sup> · Isabelle Bertrand<sup>8</sup> · Marion Voute<sup>1</sup> · Bernard Wary<sup>9</sup>

MISE AU POINT

#### Quelles données sur la prise en charge médicamenteuse de la douleur neuropathique chez la personne âgée fragile ?

What do we know about therapeutic management of neuropathic pain in frail elderly people?

Pickering et al. Rev Gériatr, 2020

# Spécificités pharmacologiques liées à l'âge

# Changements pharmacocinétiques

- **Absorption**

- Augmentation pH gastrique
- Diminution vidange gastrique
- Diminution de la motilité gastro-intestinale
- Variation de la perfusion cutanée (dispositif transdermique)

- **Distribution**

- Diminution de l'albumine – variation de la liaison aux protéines plasmatiques: risque d'accumulation
- Diminution masse maigre au profit la masse grasse et diminution du volume hydrique: variation du volume de distribution des molécules lipophiles et augmentation demi-vie d'élimination

- **Métabolisme:** diminution métabolisme, masse et débit sanguin hépatique

- **Excrétion rénale:** diminution flux sanguin rénal, filtration glomérulaire, sécrétion et réabsorption tubulaire



# Changements pharmacocinétiques: conséquences

- Augmentation de l'effet des molécules à forte liaison protidique
- Augmentation de concentration des médicaments hydrosolubles
- Diminution de l'élimination rénale



Accumulation

# Changements pharmacodynamiques

(Action du médicament sur l'organisme)

- Dépend de la liaison au récepteur, des effets post-récepteurs et des interactions
- Sensibilité du SA aux molécules agissant sur le système nerveux central
- Contribue à la diminution des posologies chez le SA

# Prescrire un antalgique chez la PA, c'est...

- Evaluer le **rapport bénéfique – risque** selon:
  - l'état nutritionnel: poids, albuminémie
  - la fonction rénale
  - les autres traitements
  - la polypathologie,...
- Utiliser la **voie orale** tant que l'état du patient le permet, sinon place de la voie sous-cutanée
- Privilégier les médicaments à **demi vie courte**
- Administrer les antalgiques de manière régulière, en **respectant leur durée d'action**: Pas de prise matin - midi - soir
- Trouver la **posologie minimale efficace** grâce à une **titration progressive**
- Anticiper les **accès douloureux spontanés et provoqués**
- **Prévenir et traiter les effets indésirables**
- Penser systématiquement aux **techniques non médicamenteuses**



# Paracétamol

- 500 à 1000 mg toutes les 4 à 6 pour un maximum de 2 à 3g/j
- Poids à ne pas négliger
- Insuffisance cardiaque:
  - Comprimés effervescents: apport de NaCl
  - Grande variabilité de teneur en NaCl selon les marques

# AINS

## A EVITER!

- Prescription d'ultime recours fonction de:
  - l'efficacité des autres antalgiques à visée antinociceptif
  - La part inflammatoire de la douleur
- Place de la corticothérapie pour l'effet anti-inflammatoire et antioedémateux

≠



## Encadré 2 : Recommandations pour l'utilisation des AINS

Il faut donc retenir les recommandations suivantes :

- le profil médical du patient est évalué initialement et réévalué périodiquement ;
- la prescription d'un AINS est envisagée seulement après échec du paracétamol ;
- la posologie doit être la plus faible possible sur la durée la plus courte de l'ordre de quelques jours (< 8 jours) en faisant un contrôle de la créatininémie à j5 ;
- une association à un inhibiteur de la pompe à proton est indispensable ;
- une évaluation régulière de la prescription est nécessaire pour s'assurer que la balance bénéfique/risque reste positive, en recherchant les effets indésirables et les interactions médicamenteuses potentiellement néfastes ;
- il ne faut pas administrer deux AINS ou dépasser la dose efficace ;
- les AINS topiques sont une très bonne alternative thérapeutique dans l'arthrose du genou et de la main ;
- il est déconseillé de les associer à un certain nombre de médicaments qui sont largement présents chez la personne âgée (AVK, Nouveaux AntiCoagulants Oraux, IEC/ARA2+ diurétiques... ) ;
- il est important de s'assurer de la bonne compréhension du traitement, en particulier les génériques, et de vérifier l'automédication.



# Nefopam

- Non recommandé chez le SA
- Effet anticholinergique
- Diminution du seuil épileptogène



# Opioides faibles

- Opium
- Codéine
- Tramadol

## Encadré 3 : Recommandations pour l'utilisation des opioïdes faibles

Il faut donc retenir les recommandations suivantes :

- les opioïdes faibles ont toute leur place dans le traitement de la douleur aiguë et chronique de la personne âgée ;
- la multiplicité des associations fixes paracétamol-opioïdes faibles doit être bien connue ; leur prescription doit être rigoureuse et la posologie de l'opioïde spécifiée ;
- leur initiation à dose réduite et leur augmentation progressive sont rendues possibles par certaines formes galéniques qui offrent des possibilités d'adaptation posologique, en étant vigilant sur les problèmes de vue et de tremblement ;
- le tramadol est la molécule de choix en cas de douleur mixte.

# Opioïdes faibles: titration en tramadol

Clairance de la créatinine (mL/min)	Poids < 45 kg	45 kg ≤ Poids ≤ 60kg	Poids > 60kg
≥ 30	5 gouttes x 3/jour	7 gouttes x 3/jour	10 gouttes x 3/jour
< 30	3 gouttes x 3/jour	4 gouttes x 3/jour	5 gouttes x 3/jour

- Pendant 48-72h :  
« Trois fois par jour » signifie un espace de 6 à 8 heures entre deux prises
- Puis toutes les 48h à 72h : Adaptation de la dose en fonction de l'évaluation de la douleur et des effets indésirables.
- L'augmentation de dose de chaque prise sera de 25 % à 50 %.

# Opioides faibles vs forts?

*Quel place pour les opioïdes faibles dans la le soulagement de la douleur chez la personne âgée?*

- Possibles choix **en fonction**:
  - Comorbidités, polypathologie, polymédications et interactions médicamenteuses
  - Mécanisme(s) de la douleur
  - Intensité de la douleur mais... dans les douleurs cancéreuses modérées, la morphine à faible posologie a permis un soulagement plus important et rapide pour une sécurité équivalente aux opioïdes faibles

(Bandieri E et al. JCO, 2016) – (Zheng et al. Supportive Care in Cancer, 2018)

## Encadré 4 : Utilisation des opioïdes forts

Il faut en pratique :

- prévoir un traitement de fond et la possibilité de doses de « recours » en cas d'accès douloureux paroxystiques (1/6<sup>e</sup> à 1/10<sup>e</sup> de la dose quotidienne) ;
- en cas de premedication avant un soin, respecter le délai d'action : 45 minutes à 1 h par voie orale ou sous-cutanée. Lorsque la douleur est correctement équilibrée, envisager l'utilisation du fentanyl transmuqueux [55] pour traiter les ADP ou prévenir les gestes douloureux. Leur avantage pour le patient par rapport « aux doses de recours » est leur puissance et surtout leur courte durée d'action (30 min à 1 h) qui permettra d'éviter une fatigue et une sédation pendant les 4 à 6 heures d'action des formes à libération immédiate ;
- posologies recommandées pour initier l'opioïde fort [5] :
  - 15 à 30 mg de Morphine orale/jour, soit entre 2,5 et 5 mg par prise toutes les 4h (ou 6 h si clairance < 30 mL/min), soit 7,5 à 15 mg/jour en sous-cutané ou 5 à 10 mg/jour par voie IV ; forme goutte ORAMORPH 1 goutte = 1,25 mg,
  - 10 à 20 mg d'oxycodone (posologie un peu élevée par rapport au sulfate de morphine) orale/jour, soit 7 à 14 mg/jour par voie sous-cutanée ou IV,
  - on choisira la dose recommandée la plus faible pour les plus fragiles.



# Opioïdes forts

- Morphine (MO)
- Oxycodone
- Hydromorphone (que forme LP dont la plus petite est équivalente à une dose de 30 mg MO)
- Fentanyl
  - Transdermique: pas en première intention
  - Transmuqueux: sur dose de fond de 60mg MO ou équivalent (ADP cancer)

## Encadré 5 : Recommandations pour l'utilisation des opioïdes forts

Il faut donc retenir les recommandations suivantes :

- connaître les différentes galéniques afin de tenir compte des capacités de déglutition, et voies d'abord du malade, etc. ;
- choisir la voie d'administration la moins invasive possible et privilégier la voie orale ;
- introduire un seul antalgique/médicament à la fois pour pouvoir évaluer et attribuer précisément d'éventuels effets secondaires :
- la titration de la dose efficace se fait préférentiellement avec un opiacé d'action immédiate réparti toutes les 4 à 6 heures, afin d'ajuster au mieux la posologie en tenant compte de l'efficacité et des effets secondaires. Mais si le lieu de vie de la personne âgée ne le permet pas, une forme LP efficace sur 12 h pourra être utilisée d'emblée ;
- penser à prescrire des fentanyl transmuqueux quand le patient est bien équilibré pour les ADP ;
- il n'y a pas de dose maximale à ne pas dépasser du fait de l'âge ;
- le peu de données sur les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des opiacés chez les personnes âgées ne permet pas d'en recommander un plus qu'un autre.



# Opioïdes forts

- Morphine (MO)
- Oxycodone
- Hydromorphone (que forme LP dont la plus petite est équivalente à une dose de 30 mg MO)
- Fentanyl
  - Transdermique: pas en première intention
  - Transmuqueux: sur dose de fond de 60mg MO ou équivalent (ADP cancer)



# Points de vigilance

- Effets indésirables des opioïdes pour lesquels il faut être particulièrement vigilant
  - Laxatif dès l'instauration opioïdes (faibles et forts)
  - Rétention Aigue d'Urine
  - Troubles neuropsychiatriques
  - Risque de chute
- Galéniques
- Règles d'équianalgésie entre les opioïdes forts et entre les voies d'administration (per os/SC/IV): [opioconvert.fr](http://opioconvert.fr)
- Education Thérapeutique du Patient et de l'aidant
- Place des aides à domicile pour la dispensation des traitements

## En l'absence d'IDE la nuit, les inter-doses de stupéfiants données par une aide-soignante\*\* : quelles conditions ?

- **Ce recours doit être exceptionnel** : après évaluation par l'équipe douleur sans autre alternative
- **Si le résident n'est pas en mesure de gérer seul son traitement.**
- **Ne réserver strictement cette possibilité qu'aux seules formes orales** et en l'absence de trouble de l'oralité (déglutition, etc.)
- **Privilégier une astreinte infirmière de nuit**, convention Ehpad et USLD par ex.
- **Les AS doivent être formées et volontaires**
- **Formaliser la procédure = explications + un protocole individualisé /patient** (modèle de l'ARS BFC)
  - **Protocole de soins infirmiers donc signé par l'IDE et l'AS désignée**
  - **Formation des AS sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur + administration des stupéfiants**
  - **Formation de l'équipe du nuit** (au-delà d'une seule documentation) doit **repérer les EI / alertes** et **savoir les gérer**
- **L'inter-dose doit être préparée par IDE en amont avec un Stockage sécurisé \***
- **Traçabilité de l'administration ou non administration + motif éventuel**

\* Stockage sécurisé : **coffre réservé aux stupéfiants de nuit différent du coffre des stupéfiants**

\*\* uniquement par une aide-soignante, auxiliaire de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux

## Administration

- La pompe PCA permet l'enregistrement de toutes les demandes de bolus ainsi que de tous les bolus administrés.
- Plusieurs situations peuvent se présenter :
  1. Lorsque le patient est autonome, il appuie lui-même sur le bouton-poussoir afin d'obtenir un bolus.
  2. Lorsque le patient n'est pas autonome, l'administration de bolus est faite après évaluation de la douleur par l'IDE de l'HAD ou de l'EHPAD, préalablement formé à l'évaluation de la douleur et aux principes généraux de la PCA (dispositif, molécules, effets indésirables et gestion...).
  3. Lorsque le patient n'est pas autonome et en l'absence de l'IDE (cas notamment de la nuit) :

Dans ce cas, un aide-soignant (AS) peut réaliser l'aide à la prise de bolus, sous la responsabilité d'un IDE et dans la mesure où les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

    - ✓ La programmation de la pompe a été réalisée par l'IDE de l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD (lorsque l'HAD n'est pas nécessaire) **et** ne peut être modifiée (code de verrouillage) : ainsi le nombre de bolus et la période réfractaire sont paramétrés selon la prescription médicale,
    - ✓ La pompe PCA permet un enregistrement de toutes les demandes de bolus ainsi que tous les bolus administrés,
    - ✓ La période réfractaire est paramétrée et empêche toute administration de bolus durant la période. Il ne peut pas y avoir ainsi d'effet cumulatif,
    - ✓ Le médecin qui a prescrit le traitement n'a pas mentionné sur la prescription la nécessité d'un IDE pour l'aide à la prise de bolus,

- ✓ Les professionnels de santé de l'EHPAD (médecin coordonnateur, IDE Coordonnateur, cadre de santé) ont évalué et formalisé dans un protocole de soins infirmiers (article R4311-4 du CSP) le degré de participation des AS à l'aide à la prise de médicaments, notamment l'aide à la prise de bolus dans le cas présent.
- ✓ Cette aide à la prise par les AS est possible uniquement si l'AS a bénéficié d'une formation spécifique sur l'évaluation de la douleur et sur la PCA dans le cadre de soins palliatifs (paramètres de surveillance, principes de sécurité et alarmes).
- ✓ Les professionnels de santé de l'EHPAD (médecin coordonnateur, IDE coordonnateur, cadre de santé) ont évalué au préalable la capacité de chaque AS susceptible d'intervenir pour réaliser l'aide à la prise de bolus : la formation et l'évaluation de l'AS sont tracées dans son dossier.
- ✓ À la demande du résident ou lorsque celui-ci n'est pas en capacité de demander à l'AS l'aide à la prise de bolus, l'AS doit effectuer l'évaluation de la douleur. Cet acte est réalisé sous la responsabilité de l'infirmier en collaboration avec les AS<sup>1</sup>. Pour ce faire, l'aide-soignant est formé à l'observation et à la surveillance des patients sous perfusion lors de sa formation initiale<sup>2</sup> puis lors de sa formation continue.
- ✓ Un protocole de soins spécifique, individualisé, est mis en place afin de définir les conditions précises de l'administration du bolus par l'AS. Ce protocole précise :
  - > Les indications de l'administration d'un bolus, ou prescription anticipée (par exemple avant soins de nursing, en fonction de l'évaluation de la douleur et selon protocole...)
  - > Les modalités de l'administration du bolus (par exemple délai entre le bolus et le soin de nursing...)
  - > Les éléments cliniques à surveiller et la durée de surveillance post-bolus
  - > Les situations pour lesquelles un appel systématique à l'IDE d'astreinte (HAD ou EHPAD) est nécessaire (effet indésirable, douleur non contrôlée...).
- ✓ En dehors des circonstances et situations décrites dans le cadre de la prescription ou du protocole de soins individualisé, l'AS doit systématiquement appeler l'IDE d'astreinte avant la réalisation d'un bolus.
- ✓ L'AS est informé de la nature du médicament utilisé dans la PCA et indiqué sur le pochon, seringue ou cassette de la PCA.
- ✓ Les protocoles et procédures mis en place dans le cadre de la prise en charge par un établissement d'HAD doivent être connus et mis à disposition de l'AS.

# Douleur procédurale

- Perfusion, prélèvement sanguin, ponction, sondage urinaire, pansements, toilettes/changes, kinésithérapie,...
- Ecoute, explication, approche calme, réassurance, diversion, organisation des soins et matériel à disposition...
- Du temps!
- Application d'anesthésiques locales
- Délai d'action des antalgiques à respecter
- MEOPA: l'âge et les troubles cognitifs ne sont pas des contre-indications

# La douleur dans les soins en EHPAD

## Care induced pain in nursing home

Françoise CAPRIZ

Rev Geriatr, 2020

**Tableau 1 : Le bon usage des antalgiques au bon moment du soin<sup>(11,19)</sup>.**

Table 1: The appropriate use of analgesics at the right time of treatment<sup>(11,19)</sup>.

	Molécules	Voies d'administration	Prise →		5 mn	10 mn	15 mn	30 mn	45 mn	1 h	1 h 15	1 h 30	1 h 45	2 h	2 h 30	3 h	4 h	
Palier 2	Paracétamol/ codéine	Per os																
	Paracétamol/ opium	Per os																
	Tramadol	Per os																
		IV (45 mn)																
Palier 3	Morphine	Per os (LI)																
		SC																
		Bolus IV																
	Citrates de fentanyl	Trans- muqueux																
Autres	MEOPA	Durée max d'utilisation : 1 h																
	Lidocaïne 2,5 % + Prilocaine 2,5 % crème	Muqueuses génitales																
		Ulcères de jambe																

■ Début d'action antalgique ;

■ Efficacité analgésique maximum - période optimale pour le soin ;

■ Éviter de faire le soin.

# Traitement de la douleur neuropathique en population générale

Moisset et al. Revue Neurol, 2020

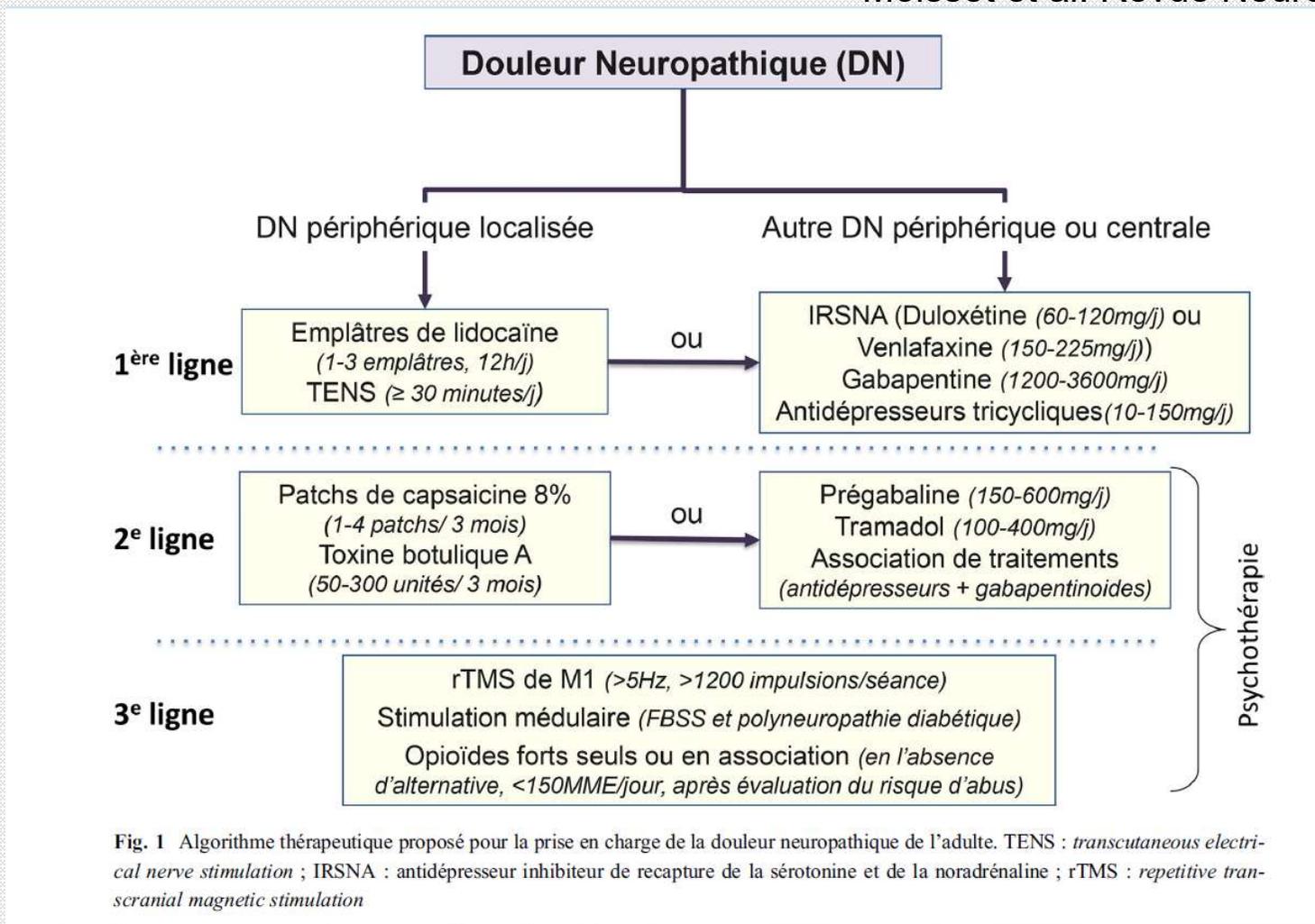
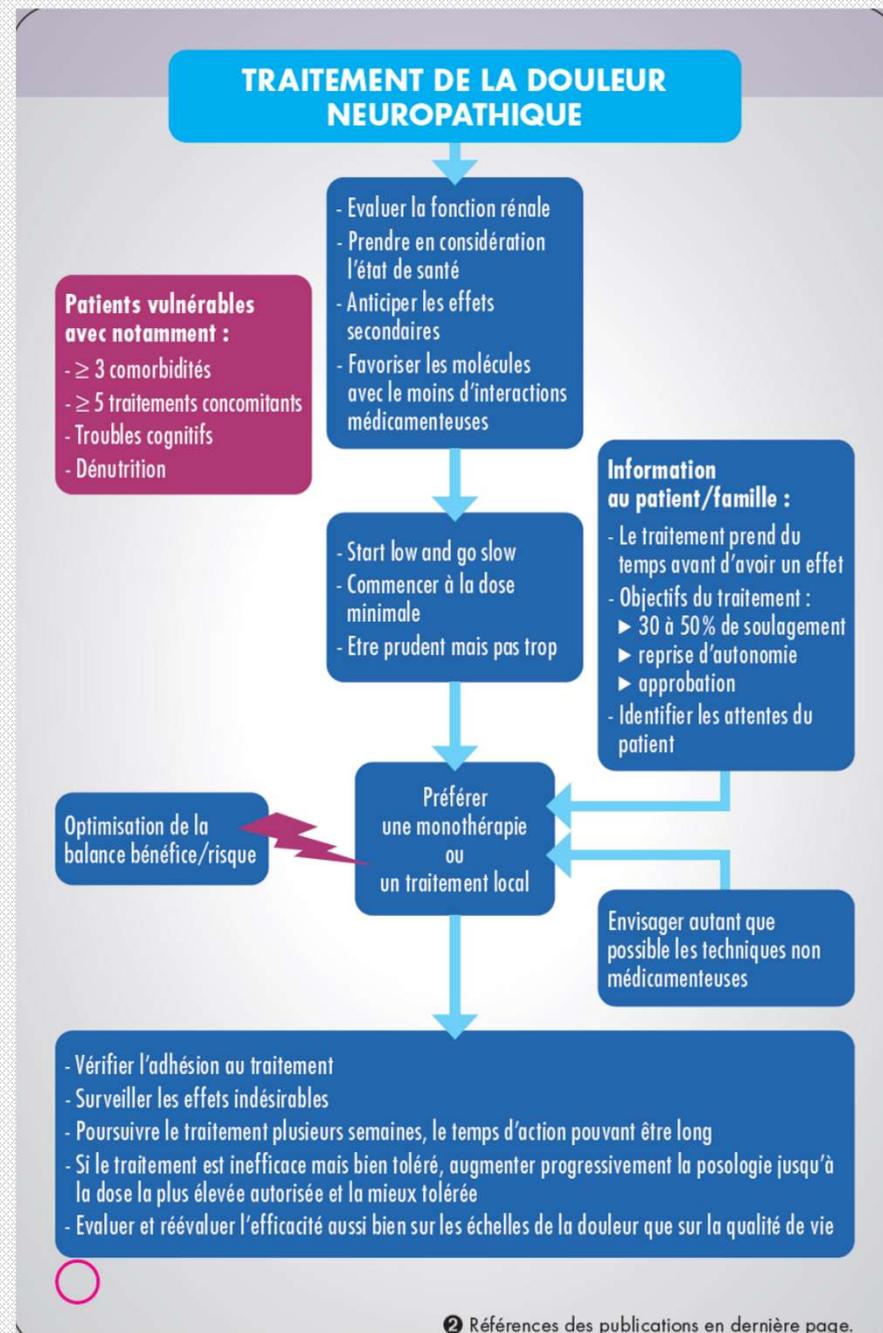


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

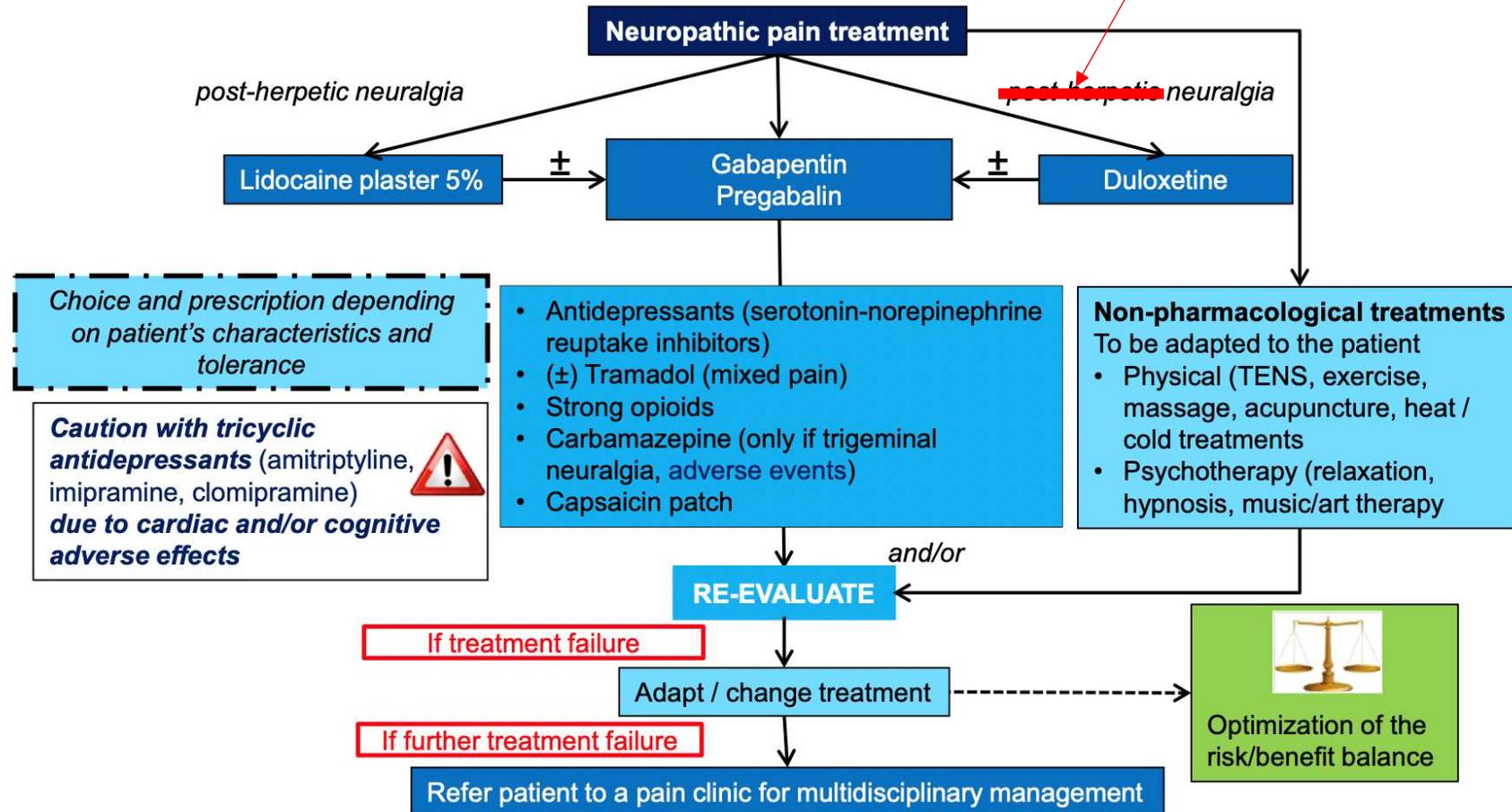
# Traitement de la douleur neuropathique chez la personne âgée



## An Algorithm for Neuropathic Pain Management in Older People

Gisèle Pickering<sup>1,2,3</sup> · Margaux Marcoux<sup>1</sup> · Sylvie Chapiro<sup>4</sup> · Laurence David<sup>5</sup> · Patrice Rat<sup>6</sup> · Micheline Michel<sup>7</sup> · Isabelle Bertrand<sup>8</sup> · Marion Voute<sup>1</sup> ·

diabetic



**Fig. 4** Algorithm part 4: treatment and re-evaluation of neuropathic pain. *TENS* transcutaneous electrical nerve stimulation

# Chez la personne âgée

- Traitement local:
  - Emplâtre de lidocaïne: indication restreinte, prescription hors AMM
  - TENS: accès à une consultation douleur, faisabilité, éducation thérapeutique, mise en place chez les personnes vivant seules
  - Capsaïcine 8%: HDJ
  - Toxine: accès à une consultation douleur
- Traitement systémique:
  - En première intention:
    - Gabapentine 100, 300 et 400: gélule ouvrable
    - Prégabaline: gélule ouvrable et solution buvable
    - IRSNA:
      - Duloxétine (gélule non ouvrable)
      - Venlafaxine (cp non écrasable, gélule non ouvrable)
  - Antidépresseur tricyclique à éviter autant que possible
  - Place du tramadol dans les douleurs mixtes
  - Quelle molécule quand le voie orale est impossible?

# Traitement non médicamenteux

- Pas d'approche non médicamenteuse spécifique auprès de la population âgée
- Ce qui peut être envisagé:
  - Psychothérapie
  - TENS: si pace-maker, avis cardiologue
  - Hypnose: MMSE > 25
    - Ardigo S et al. Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. BMC Geriatr 2016
  - Acupuncture
  - Kinésithérapie, ergothérapie,...
  - Musicothérapie, réalité virtuelle, ...

# Conclusion

- Auto-évaluation autant que possible sinon hétéroévaluation avec algorithme
- Algorithme douleur neuropathique
- Thérapeutiques: peu d'études et de données chez la PA
- Importance de la galénique
- S'appuyer sur les recommandations et consensus

Merci de votre attention