

# Douleur aiguë de la personne âgée en institution



[lamaisondesaidants.com](http://lamaisondesaidants.com)



**Dr F. CAPRIZ**  
**Président du CLUD**  
Pôle R.A.V.- CHU de Nice  
[capriz.f@chu-nice.fr](mailto:capriz.f@chu-nice.fr)



# LA DOULEUR AIGUE EN INSTITUTION

- **Pathologie aiguë intercurrente**
- **Douleurs liées aux soins** : mouvements actifs et passifs, soins de nursing, soins techniques

« allez, encore un peu de courage,  
c'est bientôt fini !! ... »

## ➔ PREVENTION et PROTOCOLES

- Galinski M, Cimerman P, Thibault P, Annequin D, Carbajal R. et le groupe "REGARDS". **Recueil épidémiologique en Gériatrie des Actes Ressentis comme Dououreux et Stressants** in : Douleur provoquée par les soins - 6ème Journée du CNRD; 2011; PARIS [www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr)
- 35686 gestes (EHPAD AS: 45% des cas/IDE 7% des cas/Auxiliaire de vie: 25% des cas ➔ **0,9% des gestes sous analgésie spécifique**)



# ....« URGENCE GERIATRIQUE » ! Mais...

- **Face à la détresse d'un patient, déni parfois massif :**
  - « ce n'est pas de la douleur...
  - c'est de la peur, de l'anxiété, de la nervosité, de l'agitation.... »
  - ➔ argument rassurant, moins culpabilisant = patient seul responsable de son comportement
- **Pourquoi ?**
  - moyens d'expression + limités
  - Plaintes fréquentes et banalisées
  - manque de formation – outil de dépistage
  - manque de personnel (prise en charge « chronophage »)



« A mal qui dit avoir mal »

# DOULEUR CHEZ LE DEMENT



[mac4ever.com](http://mac4ever.com)

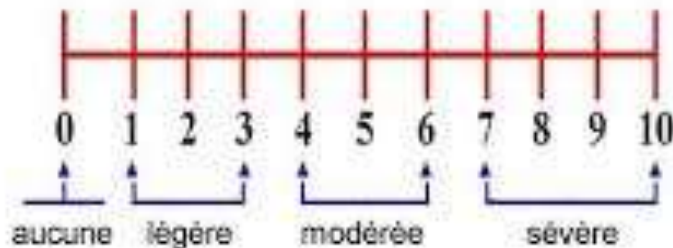
## Prise en charge complexe

- douleur aiguë → agitation ou apathie...  
modalité d'expression de la détérioration ?
  - douleur: facteur d'aggravation des fonctions  
cognitives proportionnelles à l'intensité  
douloureuse
- Moroni et al, Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2006*
- diagnostics somatiques difficiles
  - incidence des fonctions supérieures pour le  
choix des traitements
  - tendance à la sous-utilisation des médicaments  
(oligo-analgésie)



# EVALUER/TRAITER/REEVALUER/REAJUSTER

EN  
EVS



0 : Pas de douleur  
1 : Douleur faible  
2 : Douleur modérée  
3 : Douleur intense  
4 : Douleur extrêmement intense

ECHELLE  
ALGOPLUS

[Bonin Guillaume S. et al, Eur J Pain. 2016]

[Rat P, et al, Eur J Pain. 2011]

- **Échelle comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale** (pathologies douloureuses, douleur provoquée par les soins...)
- **5 items**





# BONNE EVALUATION

- **Ce qui se voit :**
  - expression faciale, position, mouvements
- **Ce qui s'entend :**
  - vocalisations,
- **Ce qui se touche :**
  - crispation, moiteur
- **Ce qui se mesure :**
  - pouls, TA, fréquence respiratoire





**Prise en charge « multimodale »**  
**médicamenteuse**  
**+ non médicamenteuse**







# Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement

Volume 18, Issue 5, October 2017, Pages 234-247



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</sup>  

# «la manière dont on donne est aussi importante que ce que l'on donne»

- Importance de l'effet placebo dans l'antalgie: agit par des mécanismes de conditionnement positif (expectation effect)
- **Climat de confiance : favorise l'effet placebo**



PAIN® 155 (2014) 1055–1058

PAIN®

[www.elsevier.com/locate/pain](http://www.elsevier.com/locate/pain)

Topical review

Placebo analgesia: Clinical applications



Regine Klinger<sup>a,\*</sup>, Luana Colloca<sup>b</sup>, Ulrike Bingel<sup>c</sup>, Herta Flor<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Department of Psychology, Psychotherapeutic University Outpatient Clinic for Behavior Therapy, University of Hamburg, Hamburg D-20146, Germany

<sup>b</sup> National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), National Institute of Mental Health (NIMH) and Clinical Center, Department of Bioethics, National Institutes of Health (NIH), Bethesda, MD, USA

<sup>c</sup> Department of Neurology, University Hospital Essen, University Duisburg-Essen, Essen, Germany

<sup>d</sup> Department of Cognitive and Clinical Neuroscience, Central Institute of Mental Health/Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, J5, D-68159 Mannheim, Germany

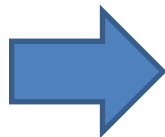
- **Mais perte de l'effet placebo chez les patients MA** (Benedetti & al Pain 2006)

# Traitements antalgiques: Pièges fréquents

1. **Patients sous-dosés** du seul fait de leur grand âge
2. **Patients surdosés** du seul fait de leur pathologie (K)
3. **douleurs neuropathiques** ou mixtes « maltraitées »
4. **Titration** non réalisées
5. **Difficultés à l'administration** des traitements → **adapter les formes galéniques** ; utiliser le bon véhicule (neutre)



NON



OUI



# EHPAD: difficultés pouvant conduire à des échecs de prise en charge de la DOULEUR

rapport 2013  
*Observatoire National de la fin de vie*



Les pratiques des soins palliatifs  
en établissement d'hébergement  
pour personnes âgées dépendantes  
*DEGOIS M. et al, Santé publique 2015*

- Prises en charge lourdes avec personnel en nombre insuffisant la nuit, le week-end et les jours fériés (souvent AS sans IDE).
- Absence de protocoles d'anticipation de la douleur (protocoles antalgiques souvent individuels en Gériatrie !!) Sinon palier 1.....
- Formation ? Des soignants, des médecins libéraux à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur dans le grand âge
- Relations avec les médecins libéraux : le médecin coordonnateur n'est pas prescripteur! ....mais...
- **Intérêt de référents soignants, formés et disponibles**

# ....Et les 13 missions du médecin coordonnateur !

- **Mission 5:** Veille à l'application des **bonnes pratiques gériatriques...** *référentiel des antalgiques ?*
- **Mission 7:** Contribue à la mise en œuvre d'une **politique de formation** et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement
- **Mission 13 :** ok prescription dans l'urgence:
  - Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur **en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux...** Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.
  - Coffre sécurisé disponible - PUI ?
  - Dotation pour besoin urgent sous la responsabilité du Médecin Co.
  - Liens avec MT



# Palier 1 :

## AINS

- **Peu de place chez les SA**
  - toxicités rénale, digestive, cardiaque...
  - interactions médicamenteuses (AVK, diurétiques...)
- association à 1 IPP
- efficaces, mais responsables de 23,5 % des hospitalisations
  - JAGS 2009 guidelines
- Utilisés plus volontiers en transdermique sur les petites articulations en cure courte + autres antalgiques per os

## PARACETAMOL

- mécanisme d'action **central et périphérique**
- en 1<sup>ère</sup> intention
- rares EI aux doses thérapeutiques
- ✓ **1 g per os (ou IV)**
  - ✓ pour **patients > 50 kg**
  - ✓ **Clairance créatinine > 30 ml/mn**
  - ✓ **Ne pas dépasser 3 g/j chez SA**
- ✓ **15 mg/kg pour patient pesant entre 33 et 50 kg ou 60 mg/kg/j**



# Palier 1/2 : NEFOPAM

revue Prescrire - sept. 2014

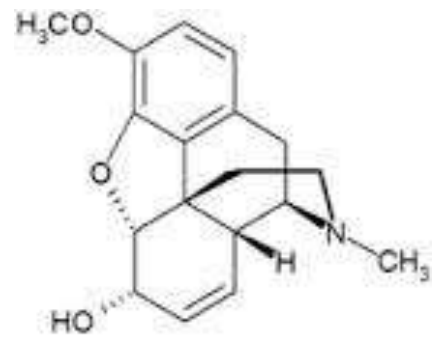
- non antipyrétique, non anti-inflammatoire, action centrale prédominante (non opioïde)
  - Voie parentérale : IM, IV lente (diminue les malaises, nausées, vomissements)
  - per os **hors AMM**
  - 20 mg/4 à 6h, ou SAP mg/20mg
  - **Effets anticholinergiques**  
**= EI +++** : rétention urinaire, glaucome, tachycardie, hallucinations, convulsions, somnolence, nausées, vomissements, sécheresse buccale, palpitations...
  - Attention si insuffisance rénale ou hépatique
- Association possible aux autres antalgiques

**Activité anticholinergique → non recommandé chez le sujet âgé**



# Palier 2 : CODÉINE

Puissance: 1/6 à 1/10 morphine



= Prodrogue

- 10% de la dose métabolisée en morphine par le CYP2D6 mais ..... pharmacogénétique → polymorphisme génétique
  - 10% des Caucasiens: métabolisme lent (inefficacité)
  - 1 à 7% des Caucasiens et > 25% des Ethiopiens: métabolisme rapide (toxicité)
- idem tramadol...et oxycodone !
- 20 à 30 mg/4h ?....6 h ? association avec paracétamol
  - Intérêt si fractures de côtes ou traumatisme thoracique !! Action **antitussive**
  - El : ceux de la morphine



## Palier 2 : OPIUM

- 500 mg paracétamol + 25 mg poudre d'opium (sans caféine)  
= 2,5 mg de morphine
- **Traitement symptomatique de la douleur aiguë**  
d'intensité modérées à intense (10 j)
- 1 gélule à renouveler toutes les 6 h
- Diminuer initialement la posologie chez le sujet âgé → à réévaluer selon tolérance et besoins
- Intervalle de 8 h entre 2 prises si clairance < 10 ml/mn

**EI: ceux de la morphine**

## Palier 2 : TRAMADOL

- agoniste  $\mu$  - inhibiteur de la recapture de sérotonine et noradrénaline
- Posologie efficace < de 20 % à celle de l'adulte [*Mercadante S. Drugs Aging 2007*]
  - Formes LI
  - Associations « fixes » associant :
    - du **PARACÉTAMOL** (tramadol 37,5 mg/ paracetamol 325mg)
    - ou un **AINS** (tramadol 75 mg/dexkétoprofène 25 mg) → **NON ici**
  - Formes LP : uniquement en relais de la titration
  - Formes injectables: 100 mg/2 ml → à associer au PARACETAMOL pour un effet synergique [Ducassé L, Bounes V. Douleurs (2008)]
- Efficacité sur les douleurs **mixtes**
- **EI**: nausées et vomissements, vertiges, hypoglycémies, confusion, rétention d'urine....

50 mg de tramadol = 10 mg de morphine

# Palier 2: TRAMADOL en gouttes

galénique pédiatrique : solution buvable 100mg/ml → **1 gouttes = 2,5 mg**

[ C Guillaumé et al. 19th Annual Meeting of French Society of Pharmacology and Therapeutics. April 2015 ]

[ American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. J Am Geriatr Soc. 2009 ]

## Titration :

| Clairance de la créatinine | Poids < 45 kg               | 45 kg ≤ Poids ≤ 60kg         | Poids > 60kg               |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| ≥ 30 ml/min                | 5 gouttes (12,5mg) x 3/jour | 7 gouttes (17,5 mg) x 3/jour | 10 gouttes (25mg) x 3/jour |
| < 30 ml/min                | 5 gouttes (12,5mg) x 2/jour | 7 gouttes (17,5 mg) x 2/jour | 10 gouttes (25mg) x 2/jour |

« 3 x j » = 6 à 8 heures entre deux prises

**Puis toutes les 48h** : adaptation de la dose selon douleur et tolérance. Augmentation de chaque prise : 25% à 50% de la dose.

**Quand équilibre antalgique obtenu (à H 72)** → relais possible par une forme LP si posologies atteintes.



Comité de Lutte contre la Douleur

# Évaluation de la prescription des antalgiques de palier II chez la personne âgée de 75 ans en médecine générale

*Survey of the prescription of step-2 analgesics in persons aged 75 years and older in general practitioners*

ADRIEN BROCARD<sup>1</sup>  
SOFIA DA SILVA<sup>1</sup>  
MAURICE GROUD<sup>2</sup>  
ALAIN PUTOT<sup>1</sup>  
PATRICK MANCKOUNDA<sup>1,3</sup>

Utilisation préférentielle dans la douleur aiguë

### El les + cités:

- Nausées/vomissements
- Constipation
- Tbles équilibre
- Sédation
- RAU

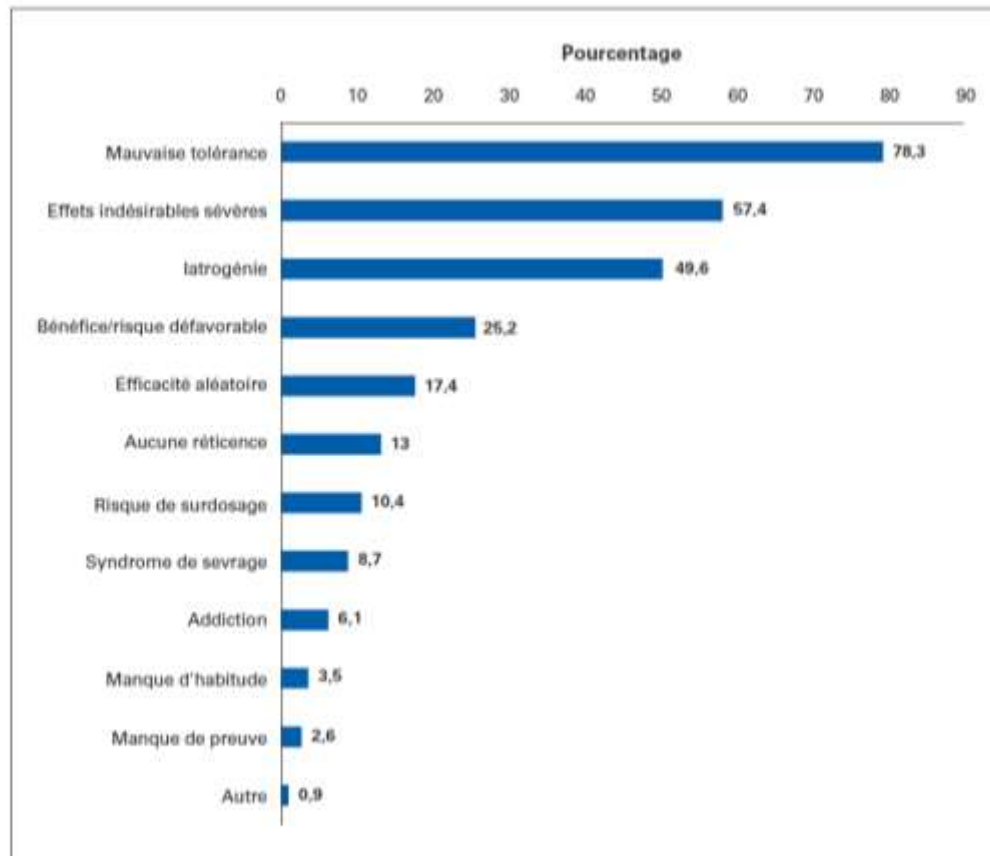


Figure 3. Motif(s) de réticence des médecins généralistes à un antalgique de palier 2 chez la personne âgée.  
Figure 3. Reason(s) of reluctance of general practitioners to prescribe an analgesic of level 2 in the elderly.



# Palier 3 - Opioides forts

- La titration des opiacés ne doit pas être récusée sous prétexte de l'âge, mais proposée **en tenant compte de critères de vulnérabilité facilement utilisables dans les différentes structures gériatriques**

[Rat P, et al, La Revue de Gériatrie, 2012]

- Titration

- Peu de risque de toxicomanie chez le PA
- Meilleur rapport bénéfice/risque

- **Formes LI per os**

- Intérêt du sulfate de morphine buvable

- 8 gouttes = 10 mg ou **1 goutte = 1,25 mg**

- pour titration ou si insuffisance rénale sévère (faibles posologies)



# Exemple de titration de morphine IV chez le sujet âgé

[Capriz F. et al, Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2017)]

[Rat P. et al, La Revue de Gériatrie, 2012]

[Knorreck F. et al, Douleur analg. , 2011]

**Toutes les 5 mn**

**Tenir compte des critères de vulnérabilité et du poids:**

- Âge > 90 ans
- Comorbidités > 3
- Médicaments différents > 5
- Troubles de la communication verbale

242

F. Capriz et al.

**Tableau 2** Indication de titration des opioïdes forts en fonction du poids et de la vulnérabilité.

| Poids                        | Patient âgé non vulnérable | Patient âgé vulnérable |
|------------------------------|----------------------------|------------------------|
| ≥ 60 kg                      | 3 mg IV                    | 1,5 mg IV              |
| < 60 kg                      | 2 mg IV                    | 1 mg IV                |
| Ou sans distinction de poids | 1,5 mg IV                  | 1 mg IV                |

- **Si choix de la voie SC en EHPAD →** tenir compte des différences de pharmacocinétique pour la posologie et la fréquence des injections
- Suivi : EN ou ALGOPLUS

## « GUIDE PRATIQUE DES ANTALGIQUES »

| Molécules | Exemple de spécialités  | Voie d'administration             | Prise  | 5 min | 15 min | 30 min | 45 min | 1 h | 1 h 15 | 1 h 30 | 1 h 45 | 2 h | 2 h 30 | 3 h | 4 h |
|-----------|---|-----------------------------------|--------|-------|--------|--------|--------|-----|--------|--------|--------|-----|--------|-----|-----|
|           |   |                                   | →      |       |        |        |        |     |        |        |        |     |        |     |     |
| PALIER 2  | Paracétamol + Codéine<br>Dafalgan codéine*<br>cp. 500 mg / 30 mg<br>Codoliprane cp 400 mg / 20 mg | Per os                            |        |       |        |        |        |     |        |        |        |     |        |     |     |
|           |   | Per os                            |        |       |        |        |        |     |        |        |        |     |        |     |     |
|           | Topalgin* cp. 50 mg + Paracetamol = Ixprim*<br>Topalgin* amp. 100 mg                              | IV en 45 min                      |        |       |        |        |        |     |        |        |        |     |        |     |     |
| PALIER 3  | Morphine et Morphinique   | Actiskénan* gél.<br>Oxynorm* gél. | Per os |       |        |        |        |     |        |        |        |     |        |     |     |
|           |   | Abstral*                          | Per os |       |        |        |        |     |        |        |        |     |        |     |     |
|           | Morphine amp. 10 mg   | SC                                |        |       |        |        |        |     |        |        |        |     |        |     |     |
|           |   | Bolus IV                          |        |       |        |        |        |     |        |        |        |     |        |     |     |

Début d'action antalgique mais elle n'est pas à son maximum

Période optimale pour le soin  
Efficacité analgésique maximale

Éviter de faire le soin

## Consommation d'antalgiques en Ehpad : étude observationnelle dans 99 Ehpad

*Analgesic consumption in nursing homes:  
observational study about 99 nursing homes*

PIROUZA CLUT-FAYERNE<sup>1</sup>  
FRANÇOIS BERTIN-HUGAULT<sup>2</sup>  
CAROLINE BLOCHET<sup>3</sup>  
PHILIPPE DENORMANDIE<sup>4</sup>  
PATRICK RAY<sup>5</sup>  
PAUL-EMILE RAY<sup>6</sup>  
SYLVIE BONH-GUILLAUME<sup>7,8</sup>

- ETUDE pharmaco-épidémiologique 2012
- 10 818 résidents (des Ehpad du groupe Korian, France). 72 % > 85 ans
  - 62 % ont consommé au moins un traitement antalgique,
    - 51 % de façon chronique,
    - **11 % de façon brève**
    - 25 % de façon à la fois chronique et brève.
  - ½ des résidents sous antalgiques ont bénéficié d'au moins 1 prescription d'antalgiques « si besoin » → chronicisation des prescriptions ? ...traçabilité des évaluations ? *Vérifier leur intérêt - délégation de prescription de paracétamol aux IDE ?*
- **Les prescriptions brèves (< 28 j) = 19 % des ordonnances d'antalgiques**
  - 57 % sont des paliers 1 (> 4 g/j dans 10% ordonnances)
  - 16 % sont des paliers 2
  - 6% sont des paliers 1 + 2
  - 20 % sont des paliers 3 (Fentanyl = 81 % → Hors AMM ? - et pas de titration)
  - + 11% AINS *Règles de bon usage*

# Patient âgé et douleur aiguë en institution

- Croire que l'autre a mal:
  - s'il nous le dit
  - ou nous le fait comprendre
    - une des conditions indispensables au traitement de la douleur
- Traitements → 2 objectifs
  1. soulager
  2. éviter la iatrogénie
    - Bon usage
    - Formations



« Culture Douleur »