



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UEC 10
Gérontologie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

La douleur chez la personne âgée

I. DEFINITIONS	3
1. LA DOULEUR AIGÜE	3
2. LA DOULEUR CHRONIQUE.....	3
II. BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES ET MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES	4
1. BASES NEUROLOGIQUES	4
2. RECEPTEURS PERIPHERIQUES : TRANSDUCTION.....	4
3. LA TRANSMISSION	4
4. LA PERCEPTION.....	4
5. LA MODULATION.....	5
III. ÉVALUATION DE LA DOULEUR	6
1. LA CARACTERISATION DE LA DOULEUR.....	6
2. LES PRESENTATIONS ATYPIQUES CHEZ LA PERSONNE AGEE	6
3. DEMARCHE D'ÉVALUATION.....	7
a. �chelles d'auto-évaluation.....	7
b. �chelles d'hétéro-évaluation.....	7
IV. PRINCIPES GENERAUX DES THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES	8
1. STRATEGIES NON MEDICAMENTEUSES.....	8
2. STRATEGIES MEDICAMENTEUSES.....	9
V. CONCLUSION.....	10

I. Définitions

La douleur chez la personne âgée a une **prévalence élevée** :

- 40 à 75% des personnes âgées vivant à leur domicile
- Près de **90% en institution**

Cette prévalence a un **retentissement** majeur dans le quotidien (dépression, diminution de la qualité de vie, augmentation de la mortalité...).

La douleur est **sous-détectée, sous-évaluée et sous-traitée**. Il est nécessaire d'avoir un « réflexe douleur » chez la personne âgée.

La **douleur** est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une **lésion tissulaire** réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. C'est une **expérience bio-psycho-sociale complexe**.

1. La douleur aiguë

La **douleur aiguë** est due à un **excès de nociception** en lien avec une lésion tissulaire d'origine traumatique (physique, chimique, thermique) avec une durée limitée.

Cette douleur provoque un **signal d'alarme** pour l'organisme afin d'induire un **comportement adapté** à l'évitement du danger signalé.

Le **soulagement définitif** d'une douleur aiguë correspond généralement à la disparition du stimulus, qui en est la cause.

Une douleur aiguë peut être accidentelle, liée à une maladie à soigner, liée à une intervention chirurgicale ou liée aux soins eux-mêmes.

Une **douleur liée aux soins** (=douleur procédurale) est provoquée par de nombreux soins (pansements, pose de sondes, perfusions...), certains examens complémentaires (endoscopie, ponction lombaire...) ou suite à la **simple mobilisation** du patient.

Il est important **d'identifier les situations** qui engendrent ce type de douleur afin de mettre en place des **protocoles de prévention**.

Dans les cas des personnes âgées, les soignants ont tendance à **banaliser** leurs douleurs (notamment lors de la réalisation de la toilette ou d'un change).

2. La douleur chronique

La **douleur chronique** est une douleur persistante ou récurrente au-delà de ce qui est habituel pour sa cause initiale présumée (le plus souvent **au-delà de 3 mois**).

Elle **répond mal aux traitements** et induit une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles, ce qui a un impact négatif notable.

Les **plus fréquentes** sont : les céphalées primaires dont la migraine, les lombalgies et les lomboradiculalgies, les douleurs neuropathiques et les douleurs arthrosiques et musculosquelettiques.

	Douleur aiguë	Douleur chronique
Finalité Biologique	Utile, protectrice Signal d'alarme	Inutile, invalidante Séquelle, échec
Causes	Traumatisme, chirurgie... Symptôme révélateur	- Lésions évolutives (cancer, rhumatisme,...) - Ou définitives (nerf...)
Durée	Transitoire	Durable : - Continue - Paroxystique
Conséquences psychologiques	Stress Réaction neuro-végétative	Anxiété Dépression
Evolution Prise en charge	Réversible si cause traitée Traitement classique « douleur symptôme »	Auto-aggravation spontanée Retentissement sur les AVQ Approche interdisciplinaire « Douleur maladie »

La douleur chronique peut reposer sur un ou plusieurs de ces trois grands mécanismes :

- Douleur **nociceptive** (inflammatoire) : liée à une activation des nocicepteurs
- Douleur **neuropathique** : liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel
- Douleur **dysfonctionnelle** ou **nociplastique** : sans lésion ni cause objective qui résulte de la plasticité du système nerveux central susceptible de modifier les systèmes de contrôle de la douleur et d'engendrer ainsi des douleurs sans causes apparentes.

	Nociception	Neuropathique
Sémiologie	Rythme mécanique (augmenté par activité physique) Ou inflammatoire (réveil nocturne)	Douleur continue (brûlure) Douleur fulgurante (décharge électrique) Fourmillements, picotements
Topographie	Régionale	Compatible avec une origine neurologique périphérique ou centrale
Examen clinique	Examen neurologique normal	Hypoesthésie, anesthésie ou allodynie

II. Bases neurophysiologiques et mécanismes physiopathologiques

1. Bases neurologiques

On retrouve **3 neurones** dans le mécanisme de la douleur :

- Le **1^{er} neurone** qui va du site douloureux jusqu'à la moelle épinière
- Le **2^e neurone** qui va de la moelle épinière (corne dorsale) en direction du thalamus, du tronc cérébral, de l'hypothalamus ou de l'amygdale
- Le **3^e neurone** va du thalamus jusqu'au cortex

2. Récepteurs périphériques : transduction

Les nocicepteurs périphériques sont des :

- **M canor cepteurs** : pressions d'intensité élevée
- **Thermor cepteurs** : températures hautes et basses
- **Chémorécepteurs** : molécules algogènes

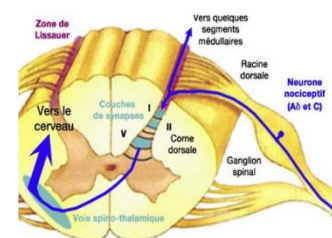
En s'activant, les molécules de l'inflammation (NGF, substance P...) créent la « **soupe inflammatoire** ».

La **transduction** est la transformation d'un signal mécanique, thermique ou chimique en un signal électrique. C'est le codage de l'information douloureuse.

3. La transmission

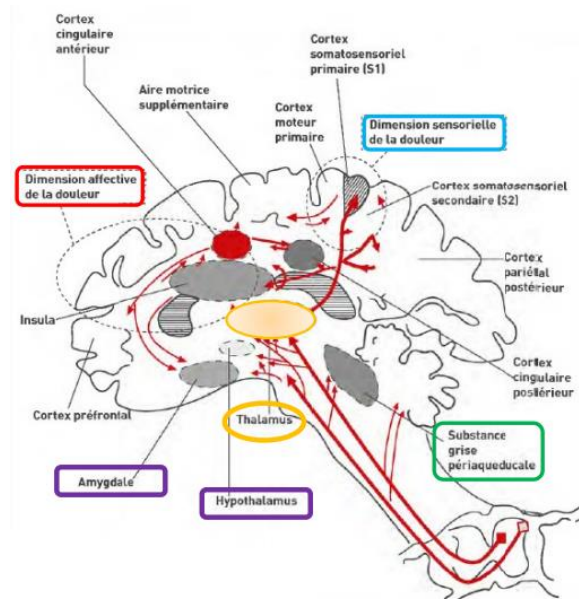
La **transmission** du signal électrique se fait au niveau **central** :

- Relais dans la corne dorsale de la moelle épinière
- 2^e neurone vers le cerveau



4. La perception

La **perception** se fait dans les structures supraspinales et corticales : **thalamus**, cortex pariétal, cortex pré-frontal, amygdale, hypothalamus, substance périaqueducale.



Les **composantes** de la

- Aspect **sensori-** de la qualité (brûlure, piqûre), intensité, durée, localisation
- Aspect **affectif** ou **émotionnel** : tonalité désagréable, pénible, peu supportable
- Aspect **cognitif** et **comportemental** : interprétation, réactions de défense, anticipation
- **Mémorisation**

douleur sont : **discriminatif** : décodage

5. La modulation

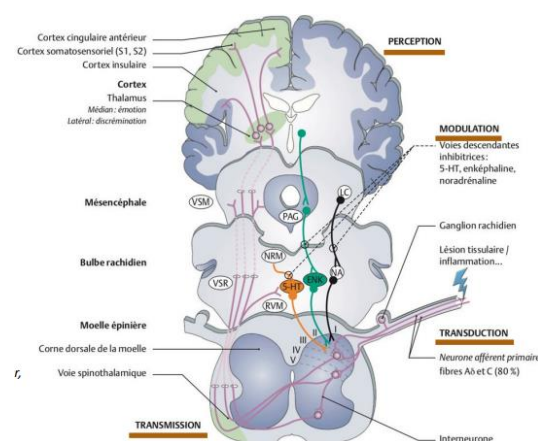
La **modulation** correspond à un contrôle médullaire (segmentaire) de la douleur. Elle utilise la théorie du portillon ou du « Gate Control ». Dans la modulation, il y a :

- Des contrôles inhibiteurs descendants : neurotransmetteurs (sérotonine)
- Des contrôles inhibiteurs diffus induits par un stimulus nociceptif : un autre stimulus douloureux peut « éteindre » le premier.

Au niveau périphérique, on observe un abaissement du seuil de réponse des nocicepteurs.

Au niveau central, on observe une hyperexcitabilité du neurone secondaire, importance du glutamate et de son récepteur NMDA, place des neurotrophines. On observe aussi une inhibition des contrôleurs descendants.

altération des contrôles



Chez la personne âgée, la physiologie de la douleur est différente :

- Changement des **seuils de douleur** : dégradation des systèmes sérotoninergiques
- **Réduction de densité des fibres** myélinisées et sans myéline : diminution de la vitesse de conduction
- Diminution des concentrations de substances P, CGRP et somatostatine : dégradation des systèmes opioïdiques et sérotoninergiques.

- Changements d'expression et de **densité des récepteurs NMDA**
- Diminution de synthèse et liaison des neurotransmetteurs
- Changements fonctionnels et structuraux des **zones cérébrales** impliquées dans l'intégration de la douleur
- Changements des **contrôles inhibiteurs** descendants de la douleur : modification au niveau des mécanismes de la réponse des contrôles inhibiteurs diffus induits par un stimulus nociceptif

III.  valuation de la douleur

L'évaluation de la douleur est absolument **essentielle** car elle est un véritable **enjeu de santé publique**, elle correspond à un critère de qualité des soins (traçabilité +++) et elle est inscrite dans un cadre légal :

- La loi relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un **droit fondamental** de toute personne.
- La loi de santé publique de 2004 inscrit la lutte contre la douleur comme une **priorité de santé publique**.

1. La caractérisation de la douleur

La caractérisation de la douleur se fait en identifiant 6 points :

- **L'histoire de la douleur** : ancienneté, mode de début, mode évolutif...
- La **topographie** : le si ge et l'irradiation avec des douleurs uni ou multifocales, diffuses ; des douleurs projetées et des radiculalgies
- **L'intensité** (cf échelles)
- Le **type** de douleur : proposer quelques adjectifs (cf questionnaire de la douleur Saint-Antoine, abrégé)
- Les **facteurs de l'aggravation ou de soulagement** : positions antalgiques, traitements utilisés
- Les **conséquences sur la qualité de vie** : insomnie, altération de l'humeur, irritabilité, anorexie, limitations dans la vie quotidienne

2. Les présentations atypiques chez la personne âgée

La douleur peut s'exprimer de façon **atypique** chez la personne âgée :

- Syndrome confusionnel, syndrome dépressif, troubles comportementaux (attention à l'apathie), perte d'autonomie...
- Repli sur soi, isolement
- Syndrome de glissement ?

Il y a quelques étiologies particulières chez la personne âgée :

- Le **globe urinaire** est une masse sus-pubienne, douloureuse, à convexité et mate à la percussion. Il se traduit par une **rétention aigüe d'urine**, se manifestant par une impossibilité totale et brutale d'uriner malgré la réplétion vésicale.
 - o Chez la personne âgée, le globe urinaire est une cause fréquente de **douleurs** et surtout de **confusion/d'agitation**
- Le **fécalome** est une accumulation de selles déshydratées et très dures, le plus souvent dans l'ampoule rectale. Il se manifeste par des **douleurs ano-rectales**, des envies impérieuses et des fausses diarrhées.
 - o Chez la personne âgée, le fécalome est une cause fréquente de **confusion/agitation**

- Le **zona** est une réactivation du virus de la varicelle (VZV), persistant à l'état quiescent dans les ganglions sensitifs. Il y a une incidence importante chez les **plus de 75 ans** et chez les patients **immunodéprimés**. Il se manifeste par une éruption cutanée et des douleurs neuropathiques avec des possibles douleurs post-zostériennes invalidantes.
 - o Chez la personne âgée, **vaccination disponible à partir de 65 ans**

3. Démarche d'évaluation

L'évaluation de la douleur repose sur :

- **L'évaluation du contexte** et des caractéristiques de la douleur
- L'utilisation d'un **bon outil** au bon moment

Il faut savoir utiliser le **bon outil au bon moment** en fournissant une explication claire et simple des modalités d'utilisation des différentes échelles validées et adaptées aux capacités de communication et de compréhension du patient.

Les équipes soignantes doivent en permanence **adapter le choix de l'échelle**   utiliser en fonction des priorités qu'elles décident de privilégier (faisabilité de la passation, sensibilité de détection, population gériatrique ciblée...).

L'expression de la douleur est **propre à chacun** : il ne faut pas être dans le jugement. Le soignant doit croire ce que dit le patient et ne pas chercher à interpréter : utiliser un autre outil d'évaluation ?

Compréhension des consignes ?

a.  chelles d'auto-évaluation

En première intention, il faut privilégier les ** chelles d'auto-évaluation** :

- ** chelle verbale simple (EVS)** :   privilégier en gériatrie +++
- ** chelle numérique (EN)**
- ** chelle visuelle analogique (EVA)** :    viter

Ces échelles informent sur l'intensité globale, mais ne donnent pas d'information sur les causes et les mécanismes de la douleur.

L'échelle verbale simple (EVS) est **la plus utilisée** pour auto-évaluer la douleur chez la personne âgée :

- 0 : pas de douleur / 1 : faible / 2 : modéré / 3 : intense / 4 : extrêmement intense

Pour la traçabilité dans le dossier, il faut écrire les **qualificatifs** retenus par le patient et **pas que le chiffre**.

L'échelle numérique permet de coter la douleur **de 0 à 10**. La note 0 correspond à « pas de douleur », la note 10 correspond à « douleur maximale imaginable ». Il faut donner une seule note pour la douleur à l'instant T.

L'échelle visuelle analogique (EVA) est la cotation du score **de 0 à 10**. C'est une **r glette horizontale** composée d'une face patiente et d'une face soignante. Il faut déplacer le curseur sur la ligne en fonction de la douleur.

b.  chelles d'hétéro-évaluation

Il y a aussi des échelles **d'hétéro-évaluation**, ce sont des échelles comportementales d'évaluation de la douleur :

- Algoplus
- Doloplus
-  chelle comportementale pour personnes âgées (ECPA)

L' chelle Algoplus est composée d'items côtés oui-non avec un score seuil de 2/5. Elle a été initialement validée pour la détection des douleurs aigu es mais peut également être utilisée pour le repérage de la plupart des douleurs. Le temps de passation est très court : **moins d'une minute**. Si le **résultat est inférieur à 2**, il faut utiliser une échelle Doloplus.

L' chelle Doloplus est composée de 10 items côtés de 0 à 3, avec un **score seuil de 5/30**. Elle est essentiellement réservée à la détection des douleurs chroniques.

L' chelle ECPA est composée de 8 items côtés de 0 à 4, il n'y a **pas de score seuil**. Le score varie de 0 (absence de douleur)   32 (douleur totale). C'est une échelle dédiée au repérage des douleurs chroniques et/ou des douleurs récurrentes pendant les soins. Le temps de passation est de **1 à 5 minutes**.

L'évaluation de la **douleur neuropathique** se fait grâce à l'échelle DN4. Elle n'est pas spécifiquement validée chez la personne âgée : le recueil de certaines sensations exprimées verbalement et l'examen clinique de la sensibilité superficielle (hypoesthésie au tact, à la piqûre) ne sont pas toujours accessibles à la compréhension en gériatrie. **L'allodynie** reste le seul signe clinique pouvant être facilement évaluable.

Elle peut être utilisée lorsque la personne âgée est atteinte de **troubles de la communication verbale**.

	Patient communicant	Patient non communicant
Douleur aiguë	- EVS - EN - EVA	- Algoplus
Douleur chronique	- EVS - EN - EVA	- Doloplus - ECPA
Composante neuropathique	- Questionnaire DN4	

IV. Principes généraux des thérapeutiques antalgiques

Les **objectifs du traitement** sont :

- Douleur de fond absente ou d'intensité faible
- Sommeil respecté
- Activités habituelles possibles ou peu limitées par la douleur
- Moins de 4 accès douloureux par jour
- Effets indésirables des traitements mineurs ou absents
- Prévention systématique de la constipation dès le début du traitement opioïde

La thérapie passe par des ** l ments communicationnels**, soigner c'est communiquer.

Pour utiliser une communication thérapeutique (=hypnose conversationnelle), il ne faut **pas de négation** dans les phrases et les remplacer par des images positives («  tes-vous confortables ? ») en utilisant le présent.

Dans la communication thérapeutique, le **para-verbal** et le **non-verbal** sont très importants. Il faut éviter la position haute, les bras croisés et le fait de parler à un patient allongé en adoptant une **proxémie adaptée** (intimité du patient).

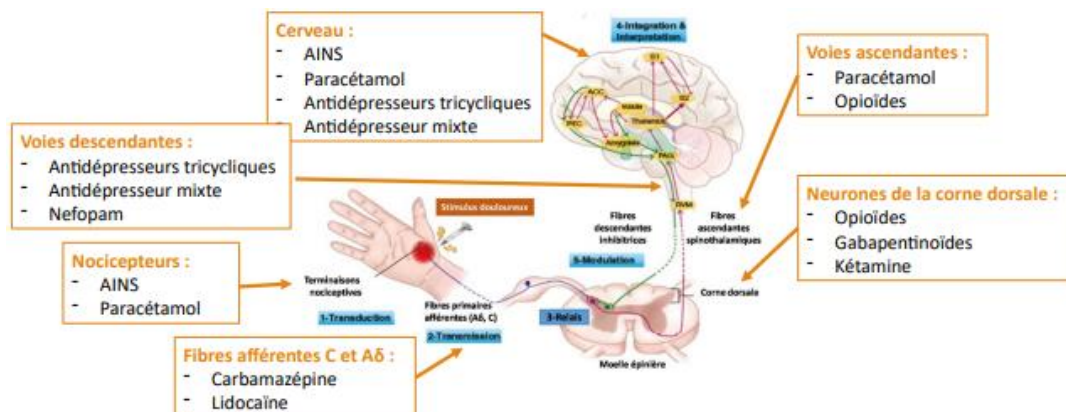
1. Stratégies non médicamenteuses

L'intérêt des stratégies non médicamenteuses est que le patient est **impliqué dans le soin**, il y a peu ou pas de contre-indications et d'effets indésirables. Elles permettent une relation thérapeutique de qualité et une ** pargne médicamenteuse**.

Il y a des stratégies non médicamenteuses physiques et non physiques :

- **Physiques** : kinésithérapie, activité physique adaptée, position antalgique, ergothérapie, acupuncture, massages
- **Non physiques** : hypnose, sophrologie, relaxation, renforcement positif (groupes de soutien), thérapie cognitivo-comportementale, thérapies brèves et suivi psychologique, soins de socio-esthétique.

2. Stratégies médicamenteuses



Il y

a des différences physiologiques pouvant affecter la **pharmacocinétique** des médicaments chez la personne âgée.

Chez la personne âgée, la pharmacocinétique est très différente :

- Absorption : vidange gastrique et péristaltisme **ralenti**
- Distribution : **diminution** du comportement hydrique et de la masse maigre et **augmentation** du compartiment lipidique, de la masse grasse
- Métabolisme : **réduction de l'activité** des enzymes de phase I et II
- Excrétion : **altération de la filtration glomérulaire** qui entraine une diminution de la clairance rénale des médicaments et de leurs métabolites   élimination rénale

La classification des antalgiques :

ANTINOCICEPTIFS Douleurs nociceptives	NON OPIOIDES : Paracétamol et AINS OPIOIDES FAIBLES : Codéine OPIOIDES FORT : Morphine, Oxycodone, Hydromorphone, Fentanyl
ANTIHYPERALGESIQUES Douleurs neuropathiques centrale ou hyperalgésie	ANTAGONISTE NMDA : Ketamine ANTIPILEPTIQUES : Gabapentine, Prégabaline, Lamotrigine NON MORPHINIQUE D'ACTION CENTRALE : Nefopam
MODULATEURS DES CONTROLES INHIBITEURS DESCENDANTS Douleurs neuropathiques ou nociplastiques	ANTID�PRESSEDURS TRICYCLIQUES : Amitriptyline, Clomipramine INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE ET DE LA NORADRENALINE (IRNSA) : Duloxetine, Venlafaxine
MODULATEURS DE LA TRANSMISSION ET DE LA SENSIBILISATION PERIPHERIQUE Douleurs neuropathiques périphériques	ANESTHESIQUES LOCAUX : Lidocaïne ANTIPILEPTIQUE : Carbamazépine, Oxcarbaz�pine, Topiramate TOPIQUE DESENSIBILISANT : Capsaïcine Topique
MIXTES ANTINOCICEPTIFS ET MODULATEURS DES CONTROLES INHIBITEURS DESCENDANTS	OPIOIDE FAIBLE : Tramadol OPIOIDE FORT : Tapentadol

Chez la **personne âgée**, il faut **proscrire** l'utilisation des AINS, de la codéine, le nefopam, les antidépresseurs tricycliques (Amitriptyline, Clomipramine), tramadol et tapentadol.

Chez la personne âgée, il faut **adapter les doses**, les molécules et les galéniques aux différentes comorbidités, aux autres traitements et aux modifications physiopathologiques.

Il faut commencer par la **dose la plus faible** possible pour atteindre la **posologie minimale efficace** et être prudent au moment de l'instauration du traitement et lors de l'augmentation des doses. Il faut commencer par une **monothérapie** et éviter au maximum les associations.

En période de **canicule**, il faut revoir toutes les prescriptions, veiller à une bonne hydratation du patient (préserver sa fonction rénale), être vigilant aux médicaments pouvant induire des

hyperthermies (antid epresseurs ISRS et IRSNa), se r ef erer au guide r ealis e par l'ANSM et au guide PAPA.

V. Conclusion

La connaissance de la neurophysiologie de la douleur et des m ecanismes physiopathologiques sp ecifiques  a la personne  g ee permet d'aborder une **prise en charge personnalis ee**. L' evaluation doit être **systematique**, et trac ee dans le dossier m edical de chaque patient.

La prise en charge de la douleur est **multimodale**, à la fois non-m edicamenteuse et m edicamenteuse, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une douleur chronique.