



Tutorat 2023-2024



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

UEC 10 Gérontologie

La douleur chez la personne âgée

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 ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Faucher Ambre à partir du cours de de M. BRIEUC présenté le 31/10/2023

La douleur chez la personne âgée

I. Objectifs :

- Reconnaître et évaluer une douleur aiguë et une douleur chronique (douleur neuropathique, nociceptives ou fonctionnelles) chez la personne âgée mais aussi chez la personne âgée non communicante.
- Argumenter la stratégie de prise en charge globale d'une douleur aiguë ou chronique chez la personne âgée
- Connaître les principes généraux des thérapeutiques antalgiques médicamenteuses et non médicamenteuses

II. Bases neurophysiologiques

a. Anatomie des neurones nocicepteurs

Le trajet de l'information douloureuse part des récepteurs périphériques qui se trouvent sur la peau et rejoint les terminaisons centrales qui se trouvent dans la moelle épinière. Au niveau de la peau on a plusieurs récepteurs :

- Les récepteurs nociceptifs :
 - o Mécanorécepteurs (réagissent à la déformation mécanique)
 - o Thermorécepteur (réagissent à la chaleur/froid)
 - o Nocicepteurs
- Les récepteurs non nociceptifs o Le toucher

b. Les fibres afférentes primaires

Il existe 3 types de fibres afférentes primaires :

- Fibres A α et A β : ce sont des fibres myélinisées, avec le plus gros diamètre. Ces fibres ne rentrent pas dans le processus de la douleur. Ce sont des fibres proprioceptives, permettent le touché.
- Fibres A δ : ce sont des fibres myélinisées, qui ont un diamètre moyen. Fibres nociceptives. Elles permettent le premier pic de douleur. Ce pic de douleur dure peu de temps et correspond à une sensation de piqure. Cette sensation va ensuite être remodelée dans le cerveau
- Fibres C : ce sont des fibres non myélinisées, avec un faible diamètre. Fibres nociceptives. Elles permettent d'amener le second pic de douleur. Ce deuxième pic de douleur transmet la sensation de brûlure. Les fibres C représente 80% des fibres afférentes primaires.

c. Les premières synapses

La transmission du message nerveux des nerfs périphériques jusqu'au nerfs centraux fait intervenir de nombreuses molécules. Le message nerveux pour être remodeler par le cerveau doit passer d'un message mécanique à un message chimique, c'est la raison pour laquelle des molécules comme le glutamate interviennent. d. Faisceaux ascendants de la douleur

Il y a plusieurs couches de faisceaux ascendants de la douleur : il y a la couche 1, qui est composée de 3 types de faisceaux et la couche 5.

La couche 1 est donc composée de 3 types de faisceaux :

Voie spino-thalamique direct : aspect sensori-discriminatif => permet une appréciation consciente de la douleur

- Voie spino-parabrachiale : appréciation émotionnelle de la douleur => régulation autonome et motivationnelle
- Voie spino-périabducale : réaction de défense face à la douleur

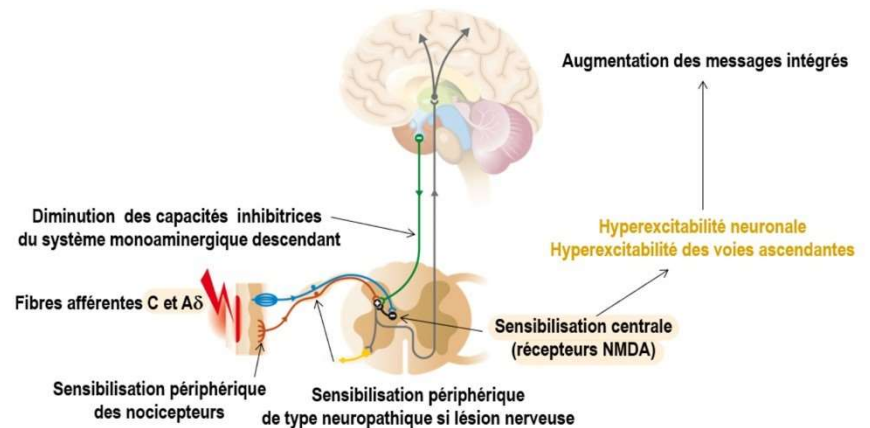
La couche 5 : est ciblée dans le thalamus et dans le cortex frontal et préfrontal. Est éveillée à cause de la douleur. Fais l'aspect mécanique et émotionnel de la douleur

e. Composante de la douleur

- Aspect sensori-discriminatif : permet du décodage de la douleur (si c'est une brûlure, piqûre...) l'intensité, la localisation, et la durée
- Aspect affectif ou émotionnel : ce qui fait que la douleur a une tonalité désagréable, pénible peu supportable
- Aspect cognitif et comportemental : interprétation, réaction de défense, anticipation
- Mémorisation

f. Sensibilisation et chronicisation

Le mécanisme de sensibilisation et de chronicisation de la douleur ce fait au niveau du système nerveux central. La chronicisation s'explique par la diminution des capacités inhibitrices du système monoaminergique dépendant.



III. Définitions :

a. La douleur :

La douleur : est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle.

⇒ Ce qui signifie que la douleur n'existe que pour la personne qui la ressent : c'est une expérience personnelle

6 annotations de la douleur :

- La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux
- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels
- A travers de leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur
- Le rapport d'une personne à une expérience douloureuse doit être respecté (cette expérience est unique et individuelle => on a donc pas de moyen objectif de citer cette douleur)
- Bien que la douleur joue généralement un rôle d'adaptation, elle peut avoir des effets négatifs sur la fonction et le bien-être social et psychologique.

La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur, l'incapacité de communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un humain ou un animal éprouve de la douleur

« La douleur c'est l'idée que le cerveau se fait d'une éventuelle atteinte de notre intégrité corporelle » N Danzinger, vivre sans douleur.

b. Différentes catégories de douleurs

- Douleur aiguë
- Douleur procédurale (= liée au soins)
- Douleur chronique

1. La douleur aiguë :

- A un rôle de signal d'alarme au maintien de notre intégrité physique
- Elle est de courte durée (elle disparaît en quelques heures, ou en quelques semaines grand maximum selon le temps nécessaire à la guérison)
- Elle est due à une cause précise, connue ou non

2. La douleur chronique

- Elle dure au moins 3 mois, malgré un traitement anti-douleur adapté
- Persiste même si la cause de la douleur a disparu
- Elle est difficile à comprendre car elle n'a pas toujours de cause visible. Elle augmente, elle diminue, disparaît ou réapparaît sans que l'on sache expliquer pourquoi
- Elle est envahissante, moralement et physiquement

Douleur aiguë ↔ **Douleur chronique**

Finalité Biologique	Utile, protectrice Signal d'alarme	Inutile, invalidante Séquelle, échec
Causes	Trauma, 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 AVQ Approche interdisciplinaire « Douleur maladie »

-
- c. Les différents types de douleurs
 - Douleur nociceptive : liée a une activation des nocicepteurs
Douleur neuropathique : liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel (le système nerveux)
 - Douleur nociplastique ou dysfonctionnelle : 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 : fibromyalgie, intestin irritable, glossodynie...

	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 <u>allodynie</u>

L'évaluation et la prise en charge de la douleur répond à une obligation légale : « (la douleur) doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » Art L-1110-5 CSP.

Mais également à procédure qualité : nécessite une traçabilité et une prise en charge standardisée (et néanmoins personnalisée) de la douleur.

IV. Évaluation de la douleur a.

La douleur et le sujet âgé

- Chez la personne âgée la douleur est très fréquente et encore mal prise en charge : cela concerne 25 à 50% des personnes âgées à domicile et 50 à 93% en institution.
- Les conséquences d'un mauvais traitement de la douleur sont redoutables, surtout sur le plan fonctionnel. Les antalgiques et notamment les opioïdes forts sont encore sous utilisés.

Les douleurs prévalentes chez les sujets âgés sont :

- Les douleurs musculo-squelettiques (lombalgie, arthrose)
- Les douleurs des membres inférieurs (arthériopathie, diabète)
- Les douleurs centrées sur la peau (escarres, ulcères)
- Les douleurs neuropathiques (zona, diabète, AVC...) - Moins de douleurs vicérales

-
b. Biais de jugement

Pour la douleur le biais de jugement se définit par le fait que chacun n'a pas la perception et la même conception de la douleur selon :

- L'ethnie
- L'intensité
- La cause (identifiée ou non)

Il ne faut donc pas oublier que la perception douloureuse n'existe pas en dehors de celui qui la ressent. Il n'y a donc aucune distinction entre l'apparence et la réalité.

c. Limites liées aux professionnels de santé

- Sensibilisation insuffisante par leur formation à l'évaluation et au traitement de la douleur
- Insuffisance de la prise en charge et l'évaluation de la douleur
- Crainte de la dépendance aux opioïdes
- Crainte des effets secondaires des antalgiques -Crainte de l'accoutumance aux antalgiques

d. Limites liées au patient

Crainte de parler de la douleur :

- De détourner le médecin du traitement carcinologique
- D'exploration complémentaire invasives
- Que la douleur signifie une aggravation de la maladie
- De ne pas être un bon malade

Crainte du traitement de la douleur :

- De s'accoutumer aux traitements de la douleur
- De la dépendance ou être considéré comme toxicomane
- Des effets secondaires

e. Évaluation en gériatrie

Un diagnostic qui est erroné ou tardif, et notamment dans le cas de troubles de la communication, peut amener à la prise en charge inadéquate ou un traitement antalgique inadapté.

Le diagnostic de la douleur peut parfois être difficile, les plaintes pouvant être d'aspect très variées. En cas de difficultés de communication avec le patient on peut s'aider d'échelles d'hétéroévaluation de la douleur, qui sont basées sur le comportement. Comme l'échelle Algoplus dans le cadre des douleurs aiguës, ou encore Doloplus dans le cadre de douleurs chroniques.

f. Les retentissements de la douleur chez les personnes âgées

Physique :

- Diminution des capacités fonctionnelles
- Diminution de la force et de la résistance
- Nausée, anorexie

-
- Troubles du sommeil

Psychologique :

- Morosité de la perte d'intérêt général
- Augmentation de l'anxiété, de la peur
- Dépression, sensation de détresse
- Difficultés de concentration
- Perte d'autonomie
- Angoisse de mort

Social

- Diminution des activités sociales
- Baisse de la libido
- Diminution de l'affectivité
- Altération de l'image corporelle
- Dépendance accrue

Spirituel :

- Augmentation de la souffrance
- Perte du sens donné à la vie
- Réévaluation des croyances religieuses

g. Définir la douleur

Il est important de définir le type de douleur, et en particulier différencier les douleurs par excès de nociception et les douleurs neuropathiques.

Rappel : les différentes composantes de la douleur => aspect sensori-discriminatif, affectif ou émotionnel, cognitif et comportemental.

h. Échelle d'évaluation

Auto-évaluation :

- Échelle verbale simple
- Échelle numérique
- Échelle visuelle analogique

Hétéro-évaluation

- Algoplus
- Doloplus

Dépistage de la douleur neuropathique

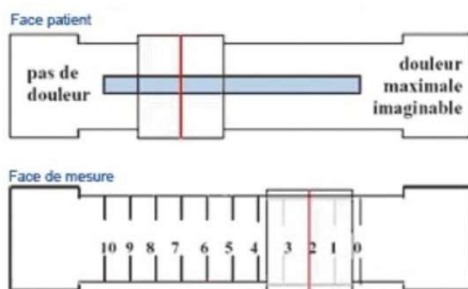
- DN4

i. Échelle d'auto-évaluation

Ce sont des échelles qui sont à faire en première intention chez le patient communicant, ces échelles sont moins fiables si le MMS < 19/30. Il faut toujours adapter l'échelle en fonction des capacités du patient.

Échelle verbale simple : absente – faible – modérée – intense – très intense

Échelle numérique : 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10



Échelle visuelle analogique :

j. Échelle d’hétéro-évaluation

Est utilisé en second choix s’il y a un doute ou si la personne est en incapacité de communiquer. Selon les recommandations de l’American gériatrique society on peut évaluer la douleur sur la base de :

- Des expressions faciales
- Verbalisation, vocalisation
- Mouvements du corps
- Changement dans les relations sociales
- Changement dans les activités
- Changement dans l’état psychique

a. Exemple : Algoplus

C’est une échelle comportementale d’évaluation de la douleur aiguë chez le sujet âgé de plus de 65 ans ayant des troubles de la communication verbale. Chaque item coté « oui » vaut 1 point sur 5. Si le score est supérieur à 1 : le patient présente une douleur.


Valeurs du test :

Sensibilité : 87% ; spécificité : 80% (13% de faux négatif ; 20% de faux positifs).

Une réévaluation est nécessaire, la prise en charge est satisfaisante quand le score est <2.

Sur l’échelle algoplus on évalue :

- Visage : froncement de sourcils, grimace, crispation, mâchoire serrée, visage figé.
- Regard : regard inattentif, fixe, lointain, suppliant, pleurs, yeux fermés
- Plaintes : « aie », « ouille », « j’ai mal », gémissement, cris
- Corps : retrait ou ponction d’une zone, refus de mobilisation, attitude figée
- Comportement : agitation ou agressivité, agrippement


ALGOPLUS
 EVALUATION DE LA DOULEUR
 Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë
 chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Date de l'évaluation de la douleur	1		2		3		4		5			
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		
1 Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé												
2 Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés												
3 Plaintes orales "Aie", "Ouille", "Je mal", gémissement, cris												
4 Corps retrait ou ponction d'une zone, refus de mobilisation, attitude figée												
5 Comportement Agitation ou agressivité, agrippement												
Total OUI	...../5	...../5	...../5	...../5	...../5	...../5	...../5	...../5	...../5	...../5
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre
	Paraphé	Paraphé	Paraphé	Paraphé	Paraphé	Paraphé	Paraphé	Paraphé	Paraphé	Paraphé	Paraphé	Paraphé

b. Exemple : Doloplus

C'est une échelle d'hétéroévaluation de la douleur. C'est une échelle comportementale d'évaluation de la douleur chronique chez les personnes âgées présentant des troubles de la communication.

Cette fiche d'observation est composée de 10 items répartis en 3 sous-groupes (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux). Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux exclusif et progressifs), ce qui a amené à un score global compris entre 0 et 30.

Si le score est > 4 : il a une douleur qui est clairement affirmée.

RETENISSEMENT SOMATIQUE		
1- Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> pas de plainte plaintes uniquement à la sollicitation plaintes spontanées occasionnelles plaintes spontanées continues 	0 1 2 3
2- Positions antalgiques ou repos	<ul style="list-style-type: none"> pas de position antalgique le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle position antalgique permanente et efficace position antalgique permanente inefficace 	0 1 2 3
3- Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> pas de protection protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins protection au repos, en l'absence de toute sollicitation 	0 1 2 3
4- Mimique	<ul style="list-style-type: none"> mimique habituelle mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (jaune, fêlé, regard vide) 	0 1 2 3
5- Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> sommeil habituel difficultés d'endormissement réveils fréquents (agitation motrice) insomnie avec retenissement sur les phases d'éveil 	0 1 2 3

RETENISSEMENT PSYCHOMOTEUR		
6- Toilette et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage états difficiles et partiels toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative 	0 1 2 3
7- Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) mouvement impossible, toute mobilisation entraîne une opposition 	0 1 2 3

RETENISSEMENT PSYCHOSOCIAL		
8- Communication	<ul style="list-style-type: none"> inchangée intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) diminuée (la personne s'isole) absence ou refus de toute communication 	0 1 2 3
9- Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...) participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation refus partiel de participation aux différentes activités refus de toute vie sociale 	0 1 2 3
10- Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> comportement habituel troubles de comportement à la sollicitation et itinérat troubles de comportement à la sollicitation et permanent troubles de comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) 	0 1 2 3

Les 10 items de doloplus sont :

- Les plaintes somatiques : le patient exprime sa douleur par la parole, le geste, les cris, les pleurs et les gémissements
- Position antalgique : position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur
- Protection des zones douloureuses : le patient protège une plusieurs zones de son corps par une attitude de défense
- Mimiques : le visage semble exprimer de la douleur au travers des traits (grimace, traits tirés, atone) et du regard (fixe, vide, absent, larme)
- Sommeil
- Toilette/ ou habillage : évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec une aide
- Mouvements : évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position – transfert – marche seul ou avec un aide
- Communication : verbale ou non verbale
- Vie sociale : repas, animation, accueil des visites
- Troubles du comportement : agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression c.

Exemple : DN4

INTERROGATOIRE DU PATIENT		
QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?		
	OUI	NON
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?		
	OUI	NON
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT		
QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?		
	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :		
	OUI	NON
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le DN4 est une échelle qui permet d'évaluer la présence de douleurs neuropathiques. Les réponses côtés « oui » valent 1 point et les réponses côtés « non » valent 0 point. On

estime qu'il y a une douleur neuropathique si le score $\geq 4/10$.

Valeurs du test :

Spécificité : 90% et sélectivité : 83% (10% de faux positifs et 17% de faux négatifs).

k. Tableau de synthèse

Types de douleurs	Chez la personne communicante	Types de douleurs	Chez la personne non communicante
Douleurs aiguës/ chroniques =>	- EVA - EN - EVS	Douleurs chroniques =>	- Doloplus - ECPA
Douleurs neuropathiques =>	- DN4	Douleurs aiguës =>	- Algoplus

V. Principes thérapeutiques généraux

a. Les objectifs du traitement

Les objectifs de du traitement des douleurs sont :

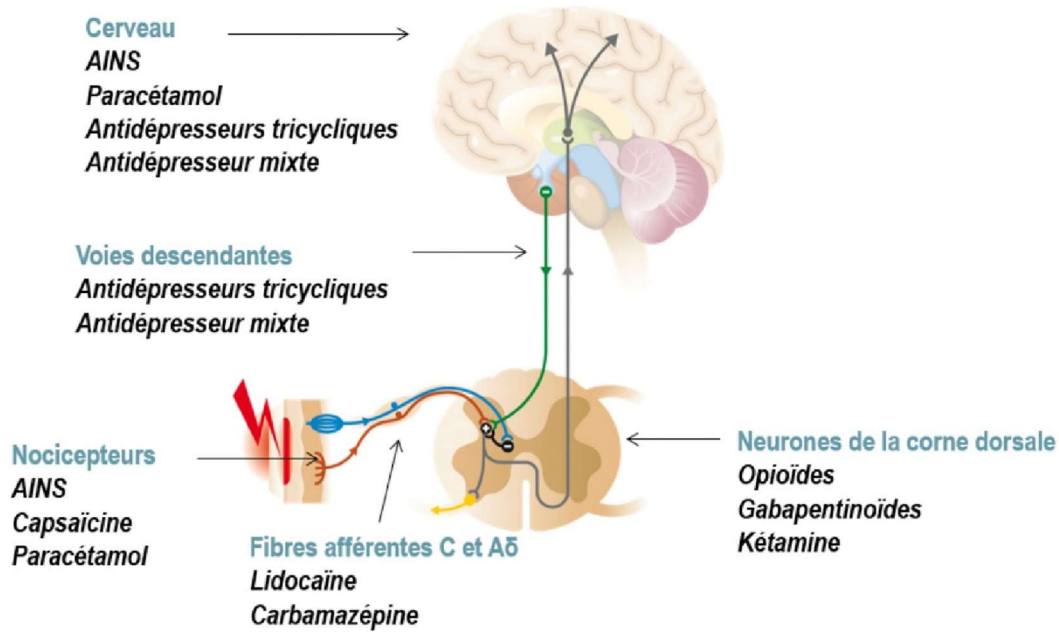
- Douleur de fond inexistante ou de faible intensité
- Sommeil respecté
- Activités habituelles possibles ou peu limités
- Moins de 4 accès douloureux par jour
- Effets indésirables des traitements mineurs ou absents
- Prévention contre la constipation dès le début du traitement opioïde

b. Selon l'OMS : de 1986 à 1997

Les recommandations lors de la prise d'antalgique selon l'OMS :

- Voie orale
- Prise du traitement à intervalle régulier
- Évaluer et adapter le traitement à l'intensité de la douleur
- Adapté le traitement à la personne - Se préoccuper constamment des détails

c. Les sites d'action des thérapeutiques :



d. La nouvelle classification des antalgiques

Les antinociceptifs :

- Non opioïdes (Paracétamol, AINS)
- Opiïdes faibles et forts

Modulateurs transmission et sensibilisation périphérique :

- Anesthésiques locaux
- Capsaïcine
- (Ox)Carbamazépine, Topiramate

Anti-hyperalgésique :

- Anti-NMDA (kétamine)
- Gabapentinoïde, Lamotrigine
- Nefopam, MEOPA
- Coxibs

Modulateurs des contrôle descendants :

- Antidépresseurs tricycliques - Antidépresseurs mixtes (IRSNA >> IRS)

e. Les différents traitements médicamenteux

Antalgiques antinociceptifs :

- Médicaments non opioïde (paracétamol et AINS)
- Médicaments opioïdes (morphine, ~~codéine~~, oxycodone)
- Cannabinoïde

Anti-hyperalgésiques:

- Antagonistes des récepteurs NMDA (kétamine)
- Antiépileptique (gabapentine, prégabaline)
- ~~Néfopam~~

Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitation :

- Antidépresseurs tricycliques
- Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)

Modulateur de la transmission et de la sensibilité périphérique

- Anesthésique locaux
- Carbamazépine, l'oxcarbazépine, topiramate
- Capsaïcine

Antalgiques à effet mixte :

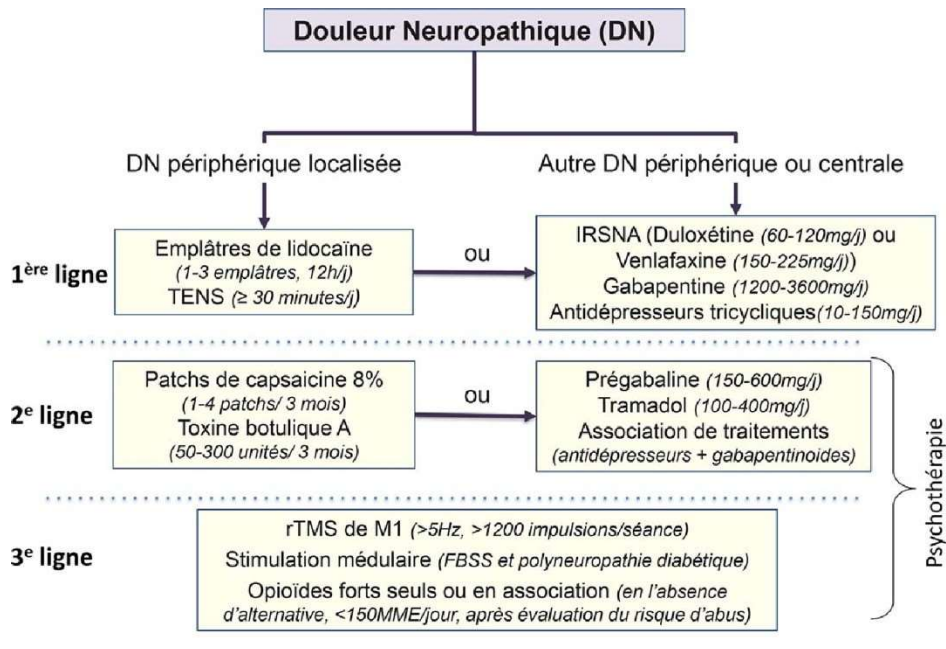
- ~~Tramadol~~
- ~~Tapentadol~~

Autres :

- Calcitonine
- Bisphosphonate

*Les traitements qui sont barrés sont à éviter chez la personne âgée.

f. Traitements de contre la douleur neuropathique



g. les traitements contre la douleur chez la personne âgée (résumé)

Il est important d'adapter la dose, les molécules et la galénique en fonction :

- Des différentes comorbidités
- Des différents traitements
- Des modifications physiopathologiques de cette catégorie de population

Pour mettre en place un traitement antalgique chez un personne âgée il est important de commencer avec la plus petite dose possible pour atteindre ce qu'on appelle la posologie minimale efficace => il faut être prudent au moment de l'instauration du traitement. Il est recommandé de commencer par une monothérapie en évitant le plus possible les associations des thérapeutiques.

Il faut être très vigilant lors de l'augmentation des doses. Les prises doivent être espacées, et la posologie doit être adaptée à la fonction rénale.

En période canicule il est important de revoir toutes les prescriptions et veiller à ce que le patient soit bien hydraté afin de préserver sa fonction rénale. Il faut aussi faire attention aux médicaments qui peuvent induire une hyperthermie comme les antidépresseur ISRS et IRSNa). En cas de doute il faut se référer au guide réalisé par l'ANSM et guide APA.

h. Les traitements non médicamenteux

- Kinésithérapie (TENS), activité physique adaptée
- Positionnement antalgique, ergothérapie
- *Mind body integration* (yoga, méditation, spiritualité)
- Hypnoses, sophrologie et relaxation
- Acupuncture
- Massages
- Renforcement positif (groupes de soutien)
- Thérapie cognitivo comportementale, suivie psychologique
- Soins de socio-esthétique

VI. Antalgie multimodale

a. Douleur procédurale (liée aux soins)

Pour éviter les douleurs procédurale (douleurs qui sont liées aux soins) il faut :

- Anticiper et réfléchir à chacun des gestes
- Prendre en compte l'environnement
- Regrouper les soins
- Travailler en binôme
- Détourner l'attention du patient
- Préférer les thérapies non médicamenteuses
- Connaître les délais d'action des thérapies médicamenteuses
- Méopa