

PLEINS FEUX SUR LA GESTION DE LA DOULEUR ET LES CHUTES

QU'EST-CE QUE LA DOULEUR?

Les gens se plaignent fréquemment de la douleur en vieillissant. Nous percevons tous la douleur différemment en fonction de nos souvenirs, de nos émotions et de nos attentes personnelles. La douleur est une sensation de blessure due à des causes physiques ou à des souffrances morales. On estime que près de 10 % des résidents et des patients en soins de longue durée vivent avec une douleur non soulagée. Des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquent également que 11 % de ces résidents et patients en soins de longue durée ont présenté une aggravation de leur douleur dans les 3 derniers mois (selon des données de 2014 à 2015). Les objectifs de la gestion de la douleur doivent mener à une amélioration de la capacité d'une personne à accomplir des choses, afin de lui procurer du confort et à améliorer sa qualité de vie. Une douleur mal maîtrisée peut entraîner une déficience fonctionnelle, de la dépression, de la colère, un isolement social, une faible estime de soi, une dégradation des relations et une mauvaise qualité de vie.

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Le choix d'une évaluation **initiale** et **continue** appropriée de la douleur est essentiel pour une prise en charge optimale de la douleur. La douleur chez les résidents présentant une déficience cognitive peut se manifester sous forme d'agressivité, d'irritabilité ou d'agitation. L'examen des antécédents médicaux, les facultés d'adaptation et les évaluations uniformisées sont des éléments importants à prendre en compte pour décider de la nécessité d'un traitement supplémentaire et d'une surveillance si un traitement est déjà en cours. L'évaluation de la douleur doit tenir compte de la douleur ET des capacités fonctionnelles des résidents. La cotation de la douleur doit être documentée dans un endroit qui favorise une collaboration de tous les membres de l'équipe de soins de

santé à l'instauration ou à la modification de traitements médicamenteux et non médicamenteux. Même si l'élimination de la douleur n'est pas réaliste dans tous les cas, une atténuation de la douleur et une amélioration des capacités fonctionnelles pourraient accroître le sentiment de bien-être d'un résident ainsi que sa qualité de vie globale.

EXEMPLES D'OUTILS D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

En l'absence de déficience cognitive :

- Échelle NRS (Numeric Rating Scale, échelle d'évaluation numérique) – évalue la douleur sur une échelle de 0 (aucune douleur) à 10 (pire douleur possible)
- Échelle VDS (Verbal Descriptor Scale, échelle avec descripteurs verbaux) – choisit des mots sur un thermomètre pour indiquer le niveau de la douleur

En présence d'une déficience cognitive :

- Échelle d'évaluation de la douleur d'Abbey (évalue également les changements physiques – lésions cutanées, arthrite)
- Échelle PASCLAC-F (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate, liste de contrôle destinée à l'évaluation de la douleur pour les aînés présentant une capacité limitée à communiquer)
- Échelle PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia, évaluation de la douleur chez les patients atteints de démence grave)

Ces échelles évaluent des comportements (vocalisations, langage corporel) et des changements physiologiques (respirations, bouffées vasomotrices) associés à la douleur.

GESTION DE LA DOULEUR

Voici quelques principes de gestion de la douleur :

- Documentez le niveau initial de la douleur et évaluez régulièrement les changements d'intensité de la douleur ou de comportement, y compris les niveaux d'activité.
- Utilisez une combinaison de stratégies de traitement médicamenteuses et non médicamenteuses.
- Adoptez une approche interdisciplinaire pour la gestion de la douleur.



Administrez des médicaments selon un horaire **régulier** en ayant pour objectif un ajustement posologique à la dose efficace la plus faible. Cela est important chez les résidents présentant une déficience cognitive qui sont incapables de communiquer leurs besoins en matière de gestion de la douleur.

- Commencez par de faibles doses d'opioïdes pour les résidents âgés. Ils sont plus vulnérables aux effets indésirables. Les chutes se produisent plus souvent dans les 7 premiers jours suivant des changements de doses d'un médicament.

APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES DE LA GESTION DE LA DOULEUR

Des interventions non pharmacologiques peuvent être utilisées seules ou en association avec des traitements pharmacologiques pour la gestion de la douleur. L'avantage des interventions non pharmacologiques est amplifié lorsqu'elles sont associées à des médicaments.

Ces interventions peuvent comprendre les mesures suivantes :

- Physiothérapie ou exercice
- Adaptation fréquente de la position dans le lit ou le fauteuil
- Distractions (respirations profondes, musique, relaxation)
- Application de chaleur
- Massage

UTILISATION DE MÉDICAMENTS POUR LA GESTION DE LA DOULEUR

Lors de l'instauration d'un traitement analgésique, utilisez l'approche par étapes ci-dessous (OMS).

AUGMENTATION DE LA DOULEUR →

DOULEUR LÉGÈRE/NON OPIOÏDE

Acétaminophène ou AINS
± adjuvant

OPIOÏDE FAIBLE POUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR LÉGÈRE À MODÉRÉE

Codéine ou tramadol
± non opioïde
± adjuvant

OPIOÏDE POUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR MODÉRÉE À GRAVE

PREMIÈRE INTENTION : morphine, hydromorphone, oxycodone
DEUXIÈME INTENTION : fentanyl
TROISIÈME INTENTION : méthadone

EFFETS INDÉSIRABLES DES OPIOÏDES

Les résidents âgés sont plus vulnérables aux effets indésirables des opioïdes en raison du déclin de la fonction rénale, des taux d'albumine, des multiples médicaments concomitants et des états pathologiques. Surveillez régulièrement l'apparition éventuelle d'une sédation excessive, d'une déficience cognitive et d'une constipation. La sédation excessive peut exposer les résidents à un risque de chutes et de fractures. La dépression respiratoire peut résulter d'augmentations rapides de la dose des opioïdes ou de l'utilisation d'autres dépresseurs du système nerveux central (SNC) tels que les benzodiazépines et l'alcool. Les effets indésirables sont liés à la dose. Il est donc important d'adopter, si possible, des approches non pharmacologiques et d'évaluer régulièrement la douleur et les capacités fonctionnelles.

POUVONS-NOUS PASSER D'UN OPIOÏDE À UN AUTRE?

Dans certains cas, il peut s'avérer bénéfique de passer à un autre opioïde si le traitement est inefficace ou en cas d'effets indésirables. Par exemple, la constipation est plus fréquente avec des produits contenant de la codéine. Pour passer à un autre opioïde, convertissez la dose quotidienne actuelle en équivalent morphine. Utilisez celle-ci pour calculer ensuite la dose du nouvel opioïde. Commencez à administrer le nouvel opioïde à raison de 50 à 75 % de la dose équivalente calculée. Ajoutez des doses au besoin en cas de douleurs paroxystiques jusqu'à concurrence de 10 % de la dose d'opioïde quotidienne totale. La surveillance doit être intensifiée pendant la période de remplacement de l'opioïde afin de contrôler la maîtrise de la douleur et les effets indésirables.

AGENT ORAL	Équiv. à 30 mg de morphine orale	Pour convertir en équivalent morphine, multipliez par :
Morphine	30 mg	1
Codéine	200 mg	0,15
Oxycodone	20 mg	1,5
Hydromorphone	6 mg	5
Mépéridine	300 mg	0,1
Méthadone et tramadol	Conversion non établie de manière fiable	

PRÉVENTION DES CHUTES

Les chutes sont la principale cause d'hospitalisation liée à une blessure chez les personnes âgées. La plupart des facteurs qui entraînent des chutes sont évitables. Envisagez la mise en œuvre des mesures suivantes pour réduire les chutes :

- **Prise en charge d'une maladie chronique :**
Veillez à l'instauration d'un traitement approprié pour les problèmes médicaux (hypotension, douleur, etc.).
- **Évaluation des médicaments et modification :**
Procédez à une évaluation des médicaments pour éviter la prescription de médicaments inutiles. Un sevrage progressif et sous surveillance de certains médicaments peut diminuer le risque de chutes.
- **Modification de l'environnement :**
Modifiez le risque existant de chutes liées à l'environnement et à l'évaluation actuelle des activités quotidiennes.
- **Programmes d'exercices :**
On a montré que l'exercice était efficace pour les personnes âgées vivant dans la communauté. Les exercices doivent cibler

l'équilibre, la démarche et l'entraînement en force musculaire.

- **Nutrition et suppléments :**
Un apport quotidien de 800 à 2 000 UI de vitamine D, administrée seule ou en association avec du calcium, réduit le risque de chutes de 39 %.
- **Consultation d'un spécialiste de la vision et correction :**
Réglez tous les problèmes de vision; toute anomalie visuelle rectifiable doit être traitée.
- **Évaluation du risque :**
Évaluez le risque de chute à l'admission, à chaque trimestre et après un quelconque déclin de l'état de santé. Effectuez une évaluation multifactorielle des risques au moins une fois par an. Cette évaluation doit comprendre un examen physique, une revue des antécédents de chutes, un examen de la démarche et de la mobilité et une évaluation de la force musculaire.