



PRISE DE POSITION DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE GÉRIATRIE SUR L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

David Lussier, MD, FRCPC
Interniste - Gériatre
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Novembre 2015

PRISE DE POSITION SUR L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Novembre 2015

Introduction

1. Sénescence de la perception de la douleur et impact de la démence
2. Évaluation de la douleur
 - a. Patients sans déficit cognitif
 - b. Patients avec déficits cognitifs
3. Prise en charge de la douleur
 - a. Approches non-pharmacologiques
 - i. Approches psychologiques
 - ii. Approches physiques
 - b. Approches pharmacologiques
 - i. Analgésiques non-opioides
 - ii. Analgésiques opioïdes
 - iii. Analgésiques « adjuvants »
 - c. Prise en charge interdisciplinaire

4. Lignes directrices et recommandations existantes

Références

Annexe 1 – Modèle gériatrique de la douleur

Annexe 2 – Échelles d'auto-évaluation de la douleur

Annexe 3 – Signes non-verbaux de la présence de douleur chez patients avec déficits cognitifs

Annexe 4 – Doses de départ recommandées pour les opioïdes chez les patients âgés

Annexe 5 – Doses recommandées pour les principaux analgésiques « adjuvants »



INTRODUCTION

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une atteinte tissulaire démontrée ou potentielle, ou décrite comme telle ».

La douleur chronique est un problème très fréquent chez les personnes âgées, dont 25 à 60% rapportent souffrir de douleur chronique. Selon une étude canadienne, 33% des personnes âgées de 55 ans et plus ont une douleur chronique présente depuis au moins six mois. Pour tous les types de douleur sauf la lombalgie et la céphalée, la prévalence de douleur chronique augmente graduellement avec l'âge jusqu'à 65 ans, alors que pour plusieurs types, dont la douleur articulaire, la douleur est encore plus fréquente chez les patients très âgés, jusqu'à 90 ans et plus. L'âge avancé est également le facteur de risque principal pour certains types de douleur, dont la névralgie post-herpétique.

La douleur est également très fréquente chez les personnes âgées résidant en soins de longue durée, chez qui une fréquence aussi élevée que 80% a été rapportée. La difficulté d'évaluer la douleur chez ces patients, dont une grande partie présente des troubles cognitifs, rend la prise en charge adéquate de la douleur encore plus difficile.

En plus d'une fréquence élevée, la douleur chronique est un problème significatif chez les personnes âgées en raison de l'impact négatif sur leur autonomie fonctionnelle et leur santé psychologique, incluant une diminution de leur autonomie pour les activités de la vie quotidienne et domestique, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, une inappétence pouvant occasionner une perte de poids, des symptômes dépressifs ou anxieux, un isolement social, un risque plus élevé de chutes, une diminution de la qualité de vie et une utilisation accrue des services de santé.

Malheureusement, malgré sa prévalence et ses multiples impacts négatifs, la douleur demeure sous-évaluée et sous-diagnostiquée, ainsi que sous-traitée ou traitée de façon inadéquate chez les personnes âgées, et ce, dans tous les milieux de soins, autant à domicile, à l'urgence, sur les unités de soins aigus incluant les unités de gériatrie, en postopératoire et en soins de longue durée. Le risque de sous-traitement de la douleur est encore plus élevé chez les patients très âgés et ceux présentant des déficits cognitifs. Plusieurs raisons expliquent ce sous-traitement de la douleur, incluant une formation inadéquate des professionnels de la santé, des mythes entretenus par les patients, les ressources limitées du système de santé, une moindre grande tolérance aux analgésiques et un manque de données scientifiques.

1. Sénescence de la perception de la douleur et impact de la démence

Selon la plupart des études, les seuils de perception de la douleur ne sont pas modifiés de façon significative avec le vieillissement, du moins pour la douleur expérimentale chez des sujets sains. Ces mêmes seuils semblent également préservés chez les personnes avec déficits cognitifs.



La démence influence néanmoins l'expérience de la douleur, surtout en rendant son évaluation beaucoup plus difficile, et en limitant les approches psychologiques et pharmacologiques qui peuvent être utilisées.

2. Évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur devrait inclure l'intensité de la douleur, la localisation, l'irradiation, les facteurs précipitants et soulageant, ainsi que la description de la douleur. Ceci devrait permettre de différencier une douleur d'origine nociceptive ou neuropathique, et ainsi orienter le traitement. L'impact de la douleur sur l'autonomie fonctionnelle, l'affect et le sommeil devraient également être évalués, ainsi que les différents facteurs pouvant modifier l'expérience ou le traitement de la douleur du patient (annexe 1).

a. Patients sans déficits cognitifs

Plusieurs échelles d'auto-évaluation existent pour évaluer l'intensité de la douleur. Parmi celles-ci, celles dont la validité et fiabilité ont été le plus étudiées chez les patients âgés sont l'échelle numérique 0-10, l'échelle verbale descriptive et, dans une moindre mesure, l'échelle de visages (annexe 2). L'échelle visuelle analogique ne devrait pas être utilisée chez les patients âgés car elle est moins fiable et plus difficile d'utilisation. Puisque le but de l'évaluation de l'intensité de la douleur est de suivre son évolution dans le temps pour évaluer la réponse au traitement, il importe surtout de toujours utiliser la même échelle pour un patient donné.

b. Patients avec déficits cognitifs

Lorsque possible, il est toujours préférable d'utiliser une échelle d'auto-évaluation de la douleur, même chez les patients avec déficits cognitifs, s'ils peuvent s'exprimer verbalement. Certaines études suggèrent que ces échelles peuvent être utilisées chez les patients dont le résultat au Mini-Mental Status Exam (MMSE) est supérieur à 17/30.

Chez les patients incapables de communiquer, il faudra évaluer la présence de comportements ou attitudes qui peuvent représenter des signes non-verbaux de douleur (annexe 3). Plusieurs échelles d'observation de ces comportements ont été développées. Parmi celles-ci, le « Pain Assessment Checklist for Patients with Limited Ability to Communicate » (PACSLAC) est celle dont la validité a été le mieux démontrée, incluant une version québécoise (PACSLAC-F). Il importe surtout d'utiliser une échelle avec laquelle on est familier et d'en enseigner l'utilisation au personnel du milieu de soins.



3. Prise en charge de la douleur

Chez un patient âgé, la douleur est mieux contrôlée si une approche multimodale et interdisciplinaire est utilisée, combinant des approches non-pharmacologiques, des interventions (ex. épidurale, blocs facettaires, infiltration articulaire ou périarticulaire) et des analgésiques. Lorsqu'indiqué, un traitement spécifique de la douleur (exemple, chirurgie par rayons gamma pour névralgie du trijumeau) devrait également être considéré.

a. Approches non-pharmacologiques

Il existe malheureusement très peu d'évidence scientifique sur l'efficacité des approches non-pharmacologiques pour traiter la douleur chez les patients âgés. Néanmoins, ces approches devraient faire partie de tout plan de traitement de la douleur. Les patients devraient d'abord être informés sur la cause de la douleur et sur l'évolution attendue dans le temps, ainsi que sur les bénéfices escomptés avec les différents types de traitement. Il est important d'impliquer la famille afin qu'elle puisse être aidante dans la prise en charge de la douleur. Les mythes et fausses croyances au sujet de la douleur et son traitement, particulièrement les analgésiques, devraient également être discutés, afin d'éliminer des obstacles au traitement.

- **Approches psychologiques**
Plusieurs approches psychologiques peuvent être utilisées et incluent la thérapie cognitivo-comportementale, les approches basées sur les émotions et les approches « esprit-corps » (ex. yoga). Parmi ces approches, la thérapie cognitivo-comportementale est celle dont l'efficacité a été le plus démontrée, incluant chez des patients âgés.
- **Approches physiques**
Les approches physiques incluent le traitement par stimulation transcutanée (TENS), l'utilisation de chaleur ou froid, les ultrasons et les massages. Pour les douleurs d'origine musculosquelettique, un programme d'exercices spécifique à l'étiologie de la douleur peut souvent être utile. Même s'il n'est pas toujours associé à une amélioration de la douleur, il est également important d'instituer un programme d'activités physiques, afin de prévenir ou améliorer un déconditionnement, qui pourrait magnifier l'impact fonctionnel de la douleur.

b. Approches pharmacologiques

Lorsque des médicaments sont prescrits pour traiter la douleur, les chances de bonne réponse sont plus grandes lorsqu'une approche multimodale est utilisée, avec prescription de plusieurs analgésiques avec mécanismes d'action différents. Ceci permet d'obtenir un meilleur soulagement, en utilisant de plus faibles doses de chaque analgésique, avec moins d'effets indésirables.



L'Organisation mondiale de la Santé a émis des recommandations sur l'approche par étapes pour le traitement pharmacologique de la douleur. Des modifications ont été suggérées à cette approche, pour mieux refléter les connaissances pharmacologiques plus récentes (annexe 4).

- Analgésiques non-opioïdes

Acétaminophène

L'acétaminophène est un analgésique de choix chez les patients âgés en raison de l'absence d'effets indésirables lorsque la dose quotidienne n'excède pas la dose quotidienne maximale recommandée. Bien que la dose quotidienne maximale ait traditionnellement été de 4 grammes, plusieurs organisations recommandent maintenant de limiter la prescription d'une dose aussi élevée à une courte période. Si l'acétaminophène est prescrit pour une période prolongée, la dose quotidienne maximale devrait être de 3,2 grammes chez des patients en santé, et de 2,6 grammes chez des patients à risque accru de toxicité hépatique ou âgés de 65 ans et plus. En effet, une augmentation des transaminases est souvent observée avec des doses de 2,6 à 4 grammes. Il est donc recommandé, lors de toute utilisation prolongée d'acétaminophène, d'effectuer un suivi régulier des enzymes hépatiques.

Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS)

Bien que les AINS puissent être efficaces, surtout contre la douleur aiguë d'origine inflammatoire, leur utilisation chez des patients âgés est associée à de multiples risques de toxicité, incluant une insuffisance rénale aiguë, une hyperkaliémie, une toxicité digestive (gastrite, ulcère gastrique ou duodéal), une hypertension artérielle ou une rétention hydrosodée avec insuffisance cardiaque. Il est donc préférable, comme l'a suggéré l'American Geriatrics Society, de ne prescrire des AINS que sur une courte période, à des patients très bien sélectionnés, et en surveillant de près la toxicité possible. Si un AINS est prescrit pour une période prolongée, une protection gastrique devrait être prescrite de façon concomitante avec un inhibiteur de la pompe à protons, même avec l'utilisation d'un AINS sélectif pour la cyclo-oxygénase 2.

- Analgésiques opioïdes

Chez les patients âgés, autant que chez les plus jeunes, les opioïdes sont indiqués pour le traitement de la douleur sévère. Bien qu'ils puissent être associés à de nombreux effets indésirables, les opioïdes peuvent également soulager la douleur de façon efficace chez plusieurs patients, si utilisés de façon appropriée. En présence de douleur aiguë ou intermittente, il est préférable d'utiliser un opioïde à libération immédiate et courte durée d'action. Si la douleur est chronique ou constante, un opioïde à libération prolongée ou longue durée d'action est indiqué, afin d'obtenir un soulagement plus stable. Il est habituellement préférable de débiter en prescrivant plusieurs



doses quotidiennes d'un opioïde à courte durée d'action, surtout chez les patients sans exposition préalable aux opioïdes, afin d'éviter des effets indésirables prolongés. Cependant, chez certains patients, il est possible de débiter une faible dose d'opioïde à libération prolongée, si on peut assurer une surveillance de l'état d'éveil et de la survenue d'effets indésirables. Puisque très peu d'études des propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des différents opioïdes ont été réalisées chez des sujets âgés, il est difficile de recommander l'utilisation d'un opioïde plutôt qu'un autre chez cette population. Afin de choisir l'opioïde le plus approprié, il faudra tenir compte des comorbidités et de la médication concomitante du patient. De façon générale, la mépéridine et la pentazocine ne devraient pas être utilisés puisqu'ils sont associés à une fréquence élevée d'effets indésirables en raison de métabolites toxiques. Chez les patients avec insuffisance rénale chronique, il est préférable d'éviter la codéine et la morphine puisque ces deux opioïdes et leurs métabolites, éliminés de façon rénale, s'accumulent en présence d'insuffisance rénale et peuvent alors causer des effets indésirables plus importants que les autres. L'annexe 4 présente les doses de départ chez les patients âgés, ainsi que les doses équianalgésiques des principaux opioïdes.

- Analgésiques « adjuvants »

Il est de plus en plus reconnu qu'une approche multimodale, combinant l'utilisation de divers analgésiques avec mécanismes d'action différents, est essentielle à une bonne prise en charge de la douleur. Un analgésique adjuvant était auparavant défini comme « un médicament avec une indication autre que la douleur, qui peut avoir des propriétés analgésiques dans certaines circonstances ». Cette définition est maintenant remise en question par certains auteurs puisque des propriétés analgésiques ont été démontrées pour certains de ces médicaments. Il a donc été suggéré de considérer ces médicaments comme des « analgésiques » au même titre que les autres. Parmi ceux-ci, ceux dont l'efficacité analgésique a été la mieux démontrée sont la duloxétine et la prégabaline. La duloxétine a été montrée efficace pour la douleur neuropathique, la fibromyalgie, la lombalgie chronique et l'arthrose. La prégabaline peut quant à elle soulager la douleur neuropathique et la fibromyalgie. L'annexe 5 présente les recommandations de doses pour les principaux analgésiques adjuvants.

c. Prise en charge interdisciplinaire

Plusieurs études ont évalué la réponse des patients âgés aux programmes interdisciplinaires de prise en charge de la douleur. De façon générale, ils répondent aussi bien que les patients plus jeunes, avec diminution de la douleur, souvent accompagnée d'amélioration fonctionnelle et affective. Une équipe interdisciplinaire avec expertise combinée en prise en charge de la douleur et en



gériatrie est certes préférable pour traiter ces patients souvent complexes, avec plusieurs comorbidités, polypharmacie et fragilité.

4. Lignes directrices et recommandations existantes

Ces recommandations ont été basées sur les recommandations déjà existantes d'associations et organismes, incluant l'American Geriatrics Society, la British Geriatrics Society et British Pain Society, le National Opioid Use Guideline Group (NOUGG) canadien, ainsi qu'un avis du Conseil du médicament du Québec sur la prescription d'AINS.

Générales

- 1) En raison de sa haute prévalence et des multiples effets néfastes sur l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie de ceux qui en souffrent, la douleur devrait être reconnue comme un problème important chez les personnes âgées.
- 2) Une meilleure prise en charge de la douleur chez les patients âgés, particulièrement la douleur chronique, devrait être identifiée comme une priorité.

Évaluation de la douleur

- 3) Le dépistage de la présence de douleur devrait faire partie de l'évaluation d'un patient âgé, lors d'une consultation ou suivi avec un professionnel de la santé.
- 4) L'évaluation de la douleur devrait inclure les caractéristiques de la douleur (intensité, localisation, irradiation, descriptifs, facteurs précipitants et soulageant), l'impact de la douleur sur l'autonomie fonctionnelle et l'humeur, les traitements antérieurs (pharmacologiques et non-pharmacologiques) et les objectifs du patient.
- 5) Afin d'instaurer un plan thérapeutique approprié, l'évaluation d'un patient âgé avec douleur chronique devrait inclure les comorbidités, l'autonomie fonctionnelle, les fonctions cognitives, la présence de syndromes gériatriques (ex. incontinence urinaire, chutes), le sommeil, la médication concomitante et le support familial.
- 6) Lorsque possible, l'évaluation de l'intensité de la douleur devrait être faite par auto-évaluation, en utilisant une échelle d'évaluation de l'intensité de la douleur dont la validité chez les sujets âgés a été démontrée, et en donnant le choix de plusieurs types d'échelles si nécessaire.
- 7) Les échelles d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur qui devraient d'abord être utilisées sont l'échelle verbale descriptive et l'échelle numérique (0 à 5 ou 0 à 10).
- 8) Chez les patients avec déficits cognitifs empêchant la communication de la douleur, une hétéro-évaluation devrait être effectuée, en recherchant la présence de signes non-verbaux de douleur.
- 9) Si l'utilisation d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur chez un patient dément incapable de communiquer est nécessaire, on devrait favoriser une échelle dont la validité d'une version française a été démontrée, tel que le Pain Assessment for Seniors with Limited Ability to Communicate (PASCLAC-F) ou le Doloplus-2.



-
- 10) Suite à la prescription d'un traitement pharmacologique ou non-pharmacologique, la douleur devrait être réévaluée de façon régulière afin d'en déterminer l'efficacité et d'ajuster le traitement si nécessaire. La fréquence de réévaluation dépend de la sévérité et de l'acuité de la douleur mais ne devrait pas dépasser 6 mois.
 - 11) Afin d'évaluer la réponse de la douleur à un traitement, on devrait évaluer l'intensité de la douleur, ainsi que l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle et de l'humeur.

Prise en charge de la douleur

- 12) Afin de permettre un bon contrôle de la douleur, le plan thérapeutique devrait toujours inclure, lorsque possible, une combinaison d'approches pharmacologiques et non-pharmacologiques.
- 13) L'indication et la faisabilité d'approches interventionnelles devrait toujours être évaluée dans la prise en charge de la douleur (ex. épidurale, infiltration intra-articulaire).
- 14) Les approches non-pharmacologiques considérées devraient inclure à la fois des approches physiques et des approches psychologiques.
- 15) Les approches psychologiques utilisées devraient favoriser la thérapie cognitivo-comportementale et les approches « esprit-corps » comme le yoga, pour lesquelles l'évidence scientifique d'efficacité est meilleure que la psychothérapie basée sur l'émotion.
- 16) Les approches analgésiques utilisées devraient favoriser une participation active du patient au traitement, afin qu'il devienne un partenaire actif dans la prise en charge de sa douleur.
- 17) Le maintien ou l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle devrait être une priorité dans la prise en charge de la douleur, avec référence en physiothérapie ou réadaptation fonctionnelle lorsqu'indiqué et possible.

Traitement pharmacologique

- 18) Une approche pharmacologique multimodale devrait être favorisée, combinant des analgésiques avec des mécanismes d'action différents, afin de permettre un meilleur soulagement de la douleur avec des doses moindres et, ainsi, moins d'effets indésirables.
- 19) Les différentes classes d'analgésiques considérés devraient inclure les non-opioïdes, les opioïdes et les analgésiques dits « adjuvants ».

Acétaminophène

- 20) L'acétaminophène devrait être utilisé en première intention, particulièrement pour la douleur musculosquelettique d'intensité légère à modérée, en raison de l'absence d'effets indésirables lorsqu'utilisé à dose thérapeutique.
- 21) Lorsque prescrit ou utilisé pour une période supérieure à 10 jours, la dose quotidienne d'acétaminophène ne devrait pas dépasser 2 600 mg, en raison de toxicité hépatique observée avec une dose plus élevée.
- 22) Une dose quotidienne supérieure à 2 600 mg peut être utilisée chez certains patients, s'il a été démontré que la réponse analgésique est meilleure avec une telle dose, en



vérifiant les enzymes hépatiques de façon régulière et diminuant la dose en présence d'élévation des enzymes hépatiques.

Anti-inflammatoires non-stéroïdiens

- 23) Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) devraient être prescrits avec prudence, seulement pour des patients qui n'ont pas répondu à des analgésiques avec profil d'effets indésirables moindres et qui ne présentent pas de contre-indication à l'utilisation d'AINS.
- 24) Lorsque prescrits, les AINS devraient l'être à la dose minimale efficace, pour une courte période, avec réévaluation régulière de leur efficacité et des effets indésirables, incluant une mesure de la kaliémie et de la créatinine une semaine et un mois après l'introduction de l'AINS, puis régulièrement ou à chaque changement de l'état clinique ou introduction de nouveau médicament (diurétique, antihypertenseur). Si l'efficacité est incertaine ou que l'AINS est prescrit depuis plusieurs années, il devrait être cessé pour s'assurer qu'il est nécessaire au contrôle de la douleur.
- 25) Lorsqu'un AINS est prescrit à un patient de 65-75 ans, on devrait favoriser un inhibiteur sélectif de la cyclo-oxygénase 2 (coxib) ou ajouter une gastroprotection à un AINS non sélectif. Chez les patients de plus de 75 ans, il est recommandé de prescrire une gastroprotection même lorsqu'on utilise un coxib. La gastroprotection devrait consister en un inhibiteur de la pompe à protons une fois par jour, ou du misoprostol à dose quotidienne minimale de 800 mcg.
- 26) Un AINS ne devrait pas être prescrit à un patient présentant une des conditions suivantes : insuffisance cardiaque de classe III ou IV, fraction d'éjection ventriculaire inférieure à 30%, clairance de la créatinine estimée inférieure à 30 ml/min, kaliémie supérieure à 5,5 mmol/l, hypertension artérielle mal contrôlée.

Opioïdes

- 27) Un opioïde devrait être considéré chez un patient présentant une douleur d'intensité modérée à sévère ou interférant de façon significative avec son autonomie fonctionnelle, son humeur ou sa qualité de vie.
- 28) Avant de prescrire un opioïde, on devrait s'assurer que les approches non-pharmacologiques, les interventions et les médicaments non-opioïdes (acétaminophène, adjuvants) qui sont indiqués et disponibles ont été tentés.
- 29) Avant de prescrire un opioïde, on devrait évaluer le risque d'abus ou de dépendance, en questionnant la présence actuelle ou passée de dépendance à d'autres substances (alcool, tabac, drogues récréationnelles, benzodiazépines) ou en utilisant un questionnaire développé à cet effet, comme le « Opioid Risk Tool ».
- 30) Lorsqu'on prescrit un opioïde, on devrait s'assurer que l'utilisation d'autres médicaments avec une activité sur le système nerveux central a été réduite au minimum, en diminuant la dose ou cessant ceux dont l'efficacité thérapeutique est incertaine, afin de réduire le risque d'effets indésirables cumulatifs.
- 31) Un opioïde devrait toujours être prescrit à la plus faible dose possible, et augmenté progressivement selon la réponse analgésique et les effets indésirables.
- 32) Si la douleur est chronique et constante, on peut considérer prescrire un opioïde de façon régulière. En raison des doses disponibles d'opioïdes à libération prolongée, il



est préférable de débiter en prescrivant un opioïde à libération immédiate de façon régulière chez un patient qui n'a jamais reçu d'opioïde auparavant.

- 33) Lorsque la dose quotidienne totale atteint une dose équivalente à une dose disponible d'opioïde à libération prolongée, l'opioïde à libération immédiate peut être remplacé par un opioïde à libération prolongée à dose équivalente.
- 34) Si les fonctions cognitives du patient le permettent et qu'il présente parfois des périodes d'exacerbation de sa douleur, un opioïde à libération immédiate peut être prescrit, à prendre « au besoin » à intervalles minimaux de 4 heures, pour traiter les exacerbations de douleur.
- 35) Le choix de l'opioïde prescrit dépend des comorbidités du patient et des réponses antérieures aux opioïdes. De façon générale, surtout chez le patient avec insuffisance rénale chronique, on devrait favoriser l'oxycodone et l'hydromorphone plutôt que la morphine ou la codéine, car ils sont souvent mieux tolérés.
- 36) En raison de leurs métabolites toxiques, qui s'accumulent en présence d'insuffisance rénale, la mépéridine et la pentazocine ne devraient pas être utilisés chez les patients âgés.
- 37) Le fentanyl transdermique ne devrait jamais être prescrit à un patient qui n'a jamais reçu d'opioïde auparavant car la dose la plus faible disponible est trop élevée et comporte un risque élevé de dépression respiratoire. Il ne devrait être utilisé qu'en deuxième ligne, après s'être assuré qu'une dose équianalgésique d'un autre opioïde à longue durée d'action est bien tolérée. En raison des changements cutanés associés au vieillissement, l'absorption du fentanyl transdermique est imprévisible et variable d'une personne à l'autre. L'effet analgésique obtenu avec une dose donnée est donc également imprévisible. En outre, le fentanyl transdermique ne devrait pas être utilisé chez les patients cachectiques, chez qui l'absorption peut être moins bonne.
- 38) La méthadone ne devrait être prescrite que par les médecins qui en connaissent bien les caractéristiques pharmacologiques et ont une expérience suffisante avec son utilisation.
- 39) Lorsqu'elle répond à un opioïde, la douleur chronique non cancéreuse peut habituellement être contrôlée avec une dose d'opioïde quotidienne inférieure à une dose équianalgésique à 200 mg de morphine. Si la dose nécessaire excède cette dose, on devrait considérer référer le patient à une ressource spécialisée en gestion de la douleur chronique.
- 40) Lors de la prescription ou le suivi d'un opioïde, on devrait rechercher, prévenir et traiter les effets indésirables fréquents des opioïdes, dont la constipation, les nausées et la somnolence.
- 41) Lors de l'initiation d'un traitement avec un opioïde, on devrait aviser le patient et sa famille des effets indésirables possibles et conseiller à la famille d'exercer une surveillance accrue lors des premiers jours ou lors d'une augmentation de la dose, surtout pour la somnolence et les risques de chute associés. On devrait également suggérer d'éviter la conduite automobile lors de l'initiation ou de l'augmentation de dose d'un opioïde.
- 42) Lors du suivi de la prescription d'un opioïde, on devrait rechercher et documenter les éléments suivants : soulagement obtenu, effets indésirables, autonomie fonctionnelle, mobilité, humeur et sommeil. Une réponse à un opioïde peut se manifester par une



diminution de l'intensité de la douleur et/ou par une amélioration de l'autonomie fonctionnelle, de la mobilité ou du sommeil.

- 43) Lors du suivi de la prescription d'un opioïde, on devrait rechercher la présence d'indices d'utilisation inappropriée des opioïdes, qui peuvent indiquer la présence de dépendance psychologique, abus ou diversion des opioïdes, par exemple pertes fréquentes de la prescription ou des comprimés, renouvellements plus hâtifs que prévu, utilisation de plusieurs pharmacies.

Adjuvants

- 44) Les analgésiques dits « adjuvants » devraient être considérés pour les types de douleurs pour lesquels ils ont été montrés efficaces, en l'absence de contre-indication ou interaction médicamenteuse.
- 45) La duloxétine est indiquée pour les patients souffrant de douleur reliée à la fibromyalgie, la lombalgie chronique, la neuropathie diabétique et l'arthrose du genou. Elle peut également être considérée pour d'autres types de douleur, incluant la névralgie post-herpétique et autres douleurs neuropathiques pour lesquelles elle a été montrée efficace, sans que ces indications aient été reconnues. La dose maximale quotidienne ne devrait pas dépasser 60 mg.
- 46) La prégabaline ou le gabapentine peuvent être considérés pour le traitement de la douleur neuropathique ou de la fibromyalgie.
- 47) Les cannabinoïdes, incluant les cannabinoïdes synthétiques et le cannabis séché, peuvent être considérés pour tous les types de douleur chronique, en suivant les recommandations de prescription et surveillant régulièrement les effets indésirables, plus fréquents chez les patients âgés, incluant la somnolence, la détérioration cognitive et les chutes.
- 48) Bien que les antidépresseurs tricycliques aient été montrés efficaces, entre autres pour la fibromyalgie et plusieurs types de douleur neuropathique, ils ne devraient pas être prescrits à des patients âgés en raison des multiples effets indésirables qui leur sont associés, incluant la somnolence, la rétention urinaire, la détérioration cognitive, un risque accru de chute et d'arythmie.
- 49) Plusieurs autres analgésiques dits « adjuvants » peuvent être utilisés, en particulier pour la douleur neuropathique, incluant plusieurs anticonvulsivants, des antidépresseurs et des anti-arythmiques, avec des réponses mitigées.
- 50) Lors du choix d'un analgésique, on devrait considérer le remboursement par le régime public d'assurance médicament ou les assurances privées du patient, afin d'éviter des coûts au patient si ceux-ci peuvent être évités en prescrivant un médicament qui est remboursé.
- 51) Si la douleur ne répond pas aux approches non-pharmacologiques, à des essais thérapeutiques de deux opioïdes différents ainsi qu'à la duloxétine et un gabapentinoïde si indiqué, on devrait considérer référer le patient à une ressource spécialisée en gestion de la douleur chronique.

Enseignement et éducation

- 52) L'enseignement au sujet de la douleur, incluant l'évaluation et le traitement, ainsi que les spécificités reliées aux patients âgés, devrait être intégré aux programmes de



formation de tous les professionnels de la santé, afin de favoriser une meilleure prise en charge de la douleur chez cette population.

- 53) Des activités de formation continue sur la gestion de la douleur chez les patients âgés devraient être offertes aux professionnels de la santé.
- 54) Des programmes d'information pour la population et les patients atteints de douleur chronique devraient être développés, afin de favoriser "l'empowerement" et une participation active à la prise en charge de sa douleur.
- 55) Les services cliniques de prise en charge de la douleur chronique chez les patients âgés devraient pouvoir compter sur une équipe interdisciplinaire et une approche multimodale, incluant des approches non-pharmacologiques.

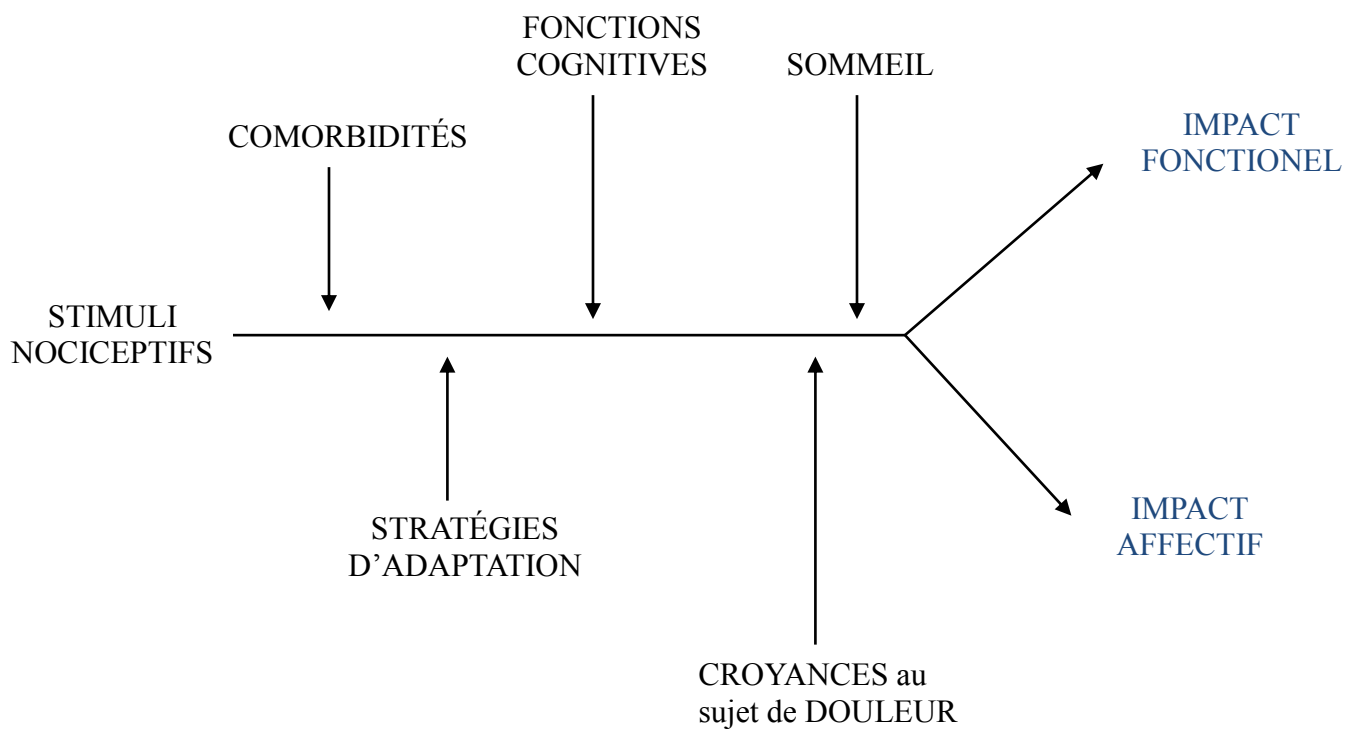


Références

- American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009;57:1331-1346.
- Boulanger A, Clark AJ, Squire P, Cui E, Horbay GL. Chronic pain in Canada : have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Research and Management* 2007;12:39-47.
- British Geriatrics Society. Guidance on the management of pain in older people. *Age and Ageing* 2013;42:i1-i57.
- Conseil du médicament du Québec. Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). 2010.
<https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/AINS-IPP/CdM-Algorithm-AINS.pdf>. Consulté le 5 octobre 2014.
- Herr K. Pain assessment strategies in older patients. *Journal of Pain* 2011;12(3 Suppl 1):S3-S13.
- National Opioid Use Guideline Group (NOUGG). Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain. 2010.
<http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>. Consulté le 5 octobre 2014.



Annexe 1 – Modèle gériatrique de la douleur



Annexe 2 – Échelles d'auto-évaluation de la douleur

Échelle verbale descriptive

Veillez indiquer le mot qui décrit le mieux votre douleur

- Pas de douleur
- Légère
- Moyenne
- Sévère
- Intolérable

Échelle numérique verbale

Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie pas de douleur et 10 signifie la pire douleur possible, comment décrivez-vous votre douleur ?



Annexe 3 – Signes non-verbaux de la présence de douleur chez les patients avec déficits cognitifs

Expressions faciales

- Froncement de sourcils, visage triste ou apeuré, grimaces, yeux fermés, clignement rapide des yeux

Verbalisations, vocalisations

- Plaintes, cris, respiration bruyante, agressivité verbale

Mouvements

- Rigidité, posture tendue, remuement, ↓ mouvements, changements de démarche et mobilité

Changements d'interactions personnelles

- Agressivité, combativité, résistance aux soins, ↓ interactions sociales, comportements inappropriés et dérangeants, retrait

Changements d'activités et routines

- Refus de s'alimenter, changement d'appétit, ↑ périodes de repos, changements éveil/sommeil, cessation soudaine de routines habituelles, errance

Changements cognitifs

- ↑ confusion



Annexe 4 – Doses de départ recommandées pour les opioïdes chez les patients âgés

Opioïde	Dose de départ ^a	Dose équianalgésique (opioïde : morphine orale)
Morphine		
Voie orale	1-5 mg aux 4 h prn	1 : 1
Voie parentérale	0,5-1 mg aux 4 h prn	1 : 2-3
Codéine		
Voie orale	15-30 mg aux 4 h prn	6,7-10 : 1
Voie parentérale	5-10 mg aux 4 h prn	4,5-6,5 : 1
Hydromorphone		
Voie orale	0,5-1 mg aux 4 h prn	1 : 4-6
Voie parentérale	0,25-0,5 mg aux 4 h prn	1 : 5-8
Oxycodone		
Voie orale	2,5-5 mg aux 4 h prn	1 : 1,5-2
Fentanyl transdermique	Selon dose quotidienne d'opioïdes à courte action; dose minimale 12 µg/h q 72 h	12 µg/h : morphine 30 mg/j 25 µg/h : morphine 60 mg/j

Annexe 5 - Doses recommandées pour les principaux analgésiques « adjuvants »

	Dose de départ	Titration	Dose quotidienne efficace habituelle	Dose quotidienne maximale
Duloxétine	30 mg die	↑ à 60 mg die après 2 semaines	30-60 mg	60 mg
Prégabaline	25-75 mg HS-bid	↑ q 3-7 jours	150-300 mg	600 mg
Gabapentine	100-300 mg HS-tid	↑ par tranche de 100 mg q 7 jours	900-2400 mg	3600 mg

