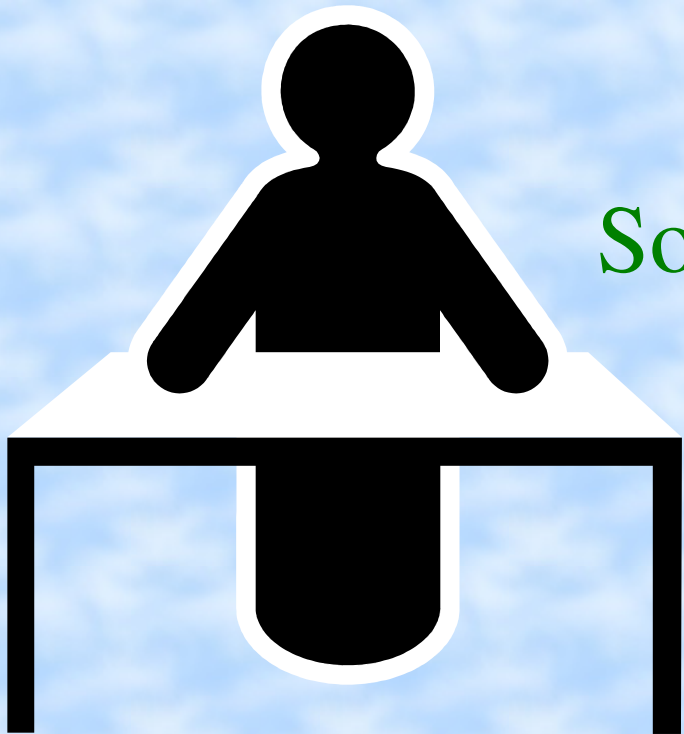


La douleur et sa prise en charge

Prise en charge individuelle et institutionnelle

Bernard Pradines



Soins de Longue Durée – Albi

Plan de l'exposé

Introduction

I - Etiologies les plus fréquentes

II - Principaux obstacles à la prise en compte de la douleur chez le sujet âgé

III - Les traitements non médicamenteux

IV - Les dispositions institutionnelles dans la lutte contre la douleur

Conclusion

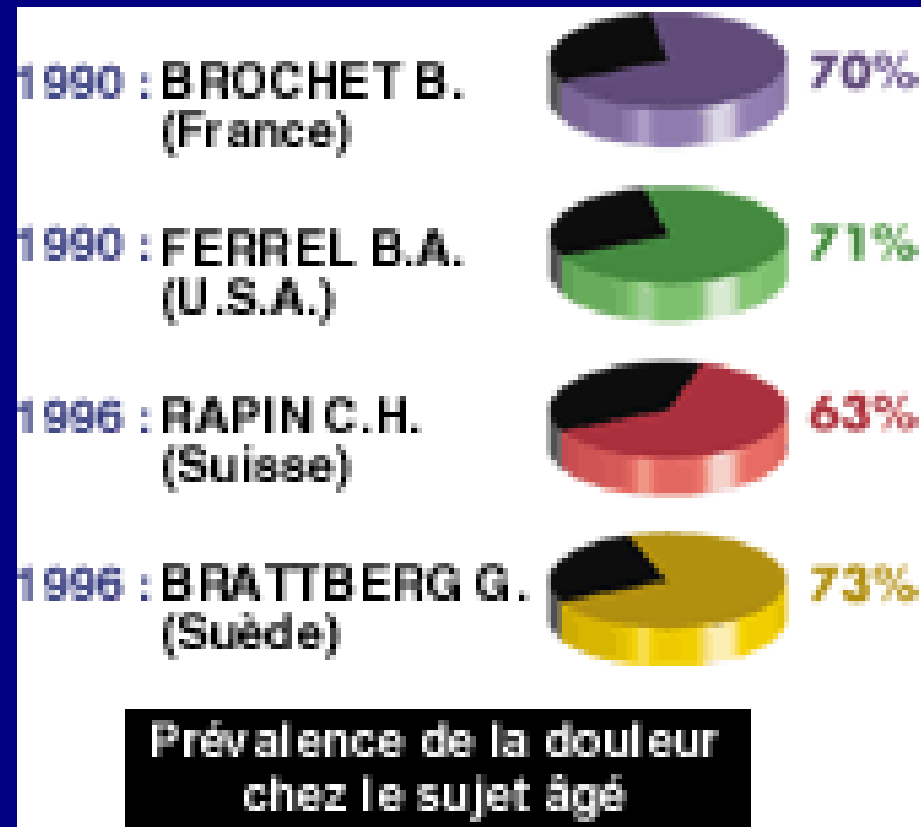
Introduction (1)

- **très fréquentes, chroniques, persistantes, souvent de localisations multiples (40%, en moyenne trois localisations pour Ferrell, 1995),**
- **intermittentes** donc sujettes à l'oubli, telles que les douleurs liées :
 - à la spasticité musculaire d'origine neurologique, aux accès neurogènes fulgurants, à l'angor, aux spasmes digestifs, etc...
 - le plus souvent aux mobilisations, surtout passives.

Prévalence élevée.

Exemple : l'AGS (American Geriatrics Society) en 2002 :

- 25 à 50% hors institution
- 45 à 80% en institution



Introduction (2)

- le plus souvent par **excès de nociception** et localisées à **l'appareil locomoteur** : articulations, os, muscles,



- **rapidement invalidantes.**

Caractéristiques

24 mars 2003 SSLD Albi : 68 douloureux sur 85

Mécanismes des douleurs :

- excès de nociception : 72
- dont douleurs spastiques : 5
- dont douleur spasmodique : 1

- douleurs neurogènes : 5

Caractéristiques

24 mars 2003 SSLD Albi : médicaments

- antalgique de palier 1 : 62
- antalgique de palier 2 : 11 toujours associé avec le palier 1
- antalgique de palier 3 : 5 toujours associé avec un antalgique de palier 1,
- antalgique à visée neurogène : 5
- antalgique anti spastique : 6
- AINS voie générale, le célécoxib : 4, toujours associé avec un antalgique de palier 1
- AINS voie locale : 1

I – Etiologies les plus fréquentes

Douleurs persistantes (chroniques)

Institution
médicalisée

134 sujets

- Pathologies ostéo-articulaires : 59
- Fractures anciennes : 11
- Neuropathies : 8
- Pathologies malignes : 3
- Spasmes musculaires : 1
- Autres : 2
- Aucune pathologie rapportée : 50

Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. J Pain Symptom Manage 1995 Nov;10(8):591-8

Douleurs aiguës

- **les douleurs iatrogènes liées aux soins de base et aux soins techniques,**
- **les douleurs immédiatement post-traumatiques,**
- **les arthropathies microcristallines,**
- **le fécalome,**
- **la rétention d'urines.**

II - Principaux obstacles à la prise en compte de la douleur chez le sujet âgé ?

- > Obstacles diagnostiques,**
- > Obstacles d'ordre psychologique,**
- > Obstacles thérapeutiques,**
- > Obstacles liés à l'organisation des soins.**

→ **Obstacles diagnostiques**

Difficultés du diagnostic étiologique, de l'évaluation et même du dépistage de la douleur.

→ **Obstacles diagnostiques**

- visites médicales trop ponctuelles pour dépistage,
- sites douloureux habituels d'abord par interrogatoire et questionnaire écrit remis à la famille ou aux proches : pathologie ostéo-articulaire, chutes, constipation, rétention d'urines ...
- contexte pathologique et thérapeutique.

→ **Obstacles diagnostiques**

- comportement douleur individuel : la « signature »,
- expérience des intervenants : comportement habituel du patient,
- circonstances de survenue.

En pratique quotidienne

douleurs diffuses

**Affection somatique
intercurrente ? Fatigue ?**

recrudescence douloureuse

Traumatisme psychique ?

- Obstacles psychologiques

- **Obstacle général : fatalisme,**
- **Obstacles liés au patient,**
- **Obstacles dans l'entourage du patient,**
- **Préjugés sur les opioïdes.**

→ **Obstacles thérapeutiques**

- **L'insuffisance thérapeutique,**
- **L'abandon thérapeutique,**
- **Variabilité de la réponse,**
- **Faible marge thérapeutique.**

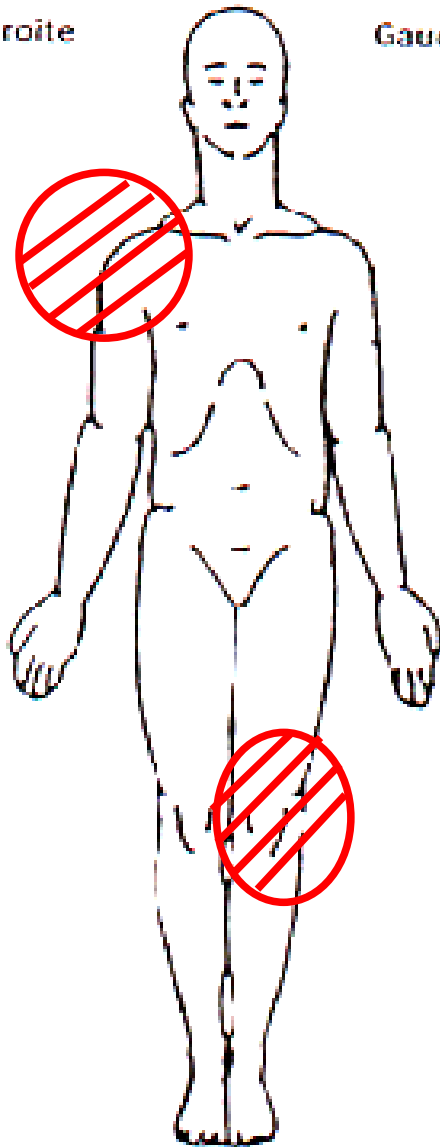
→ **Obstacles liés à l'organisation des soins**

- **La fragmentation des soins,**
- **Les objectifs de soins,**
- **La formation des intervenants,**
- **Les consultations spécialisées.**

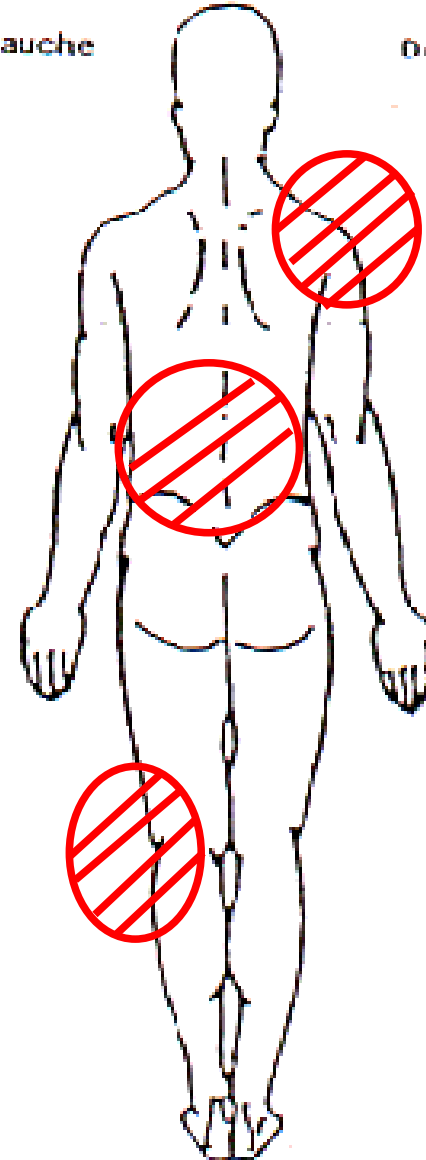
III – Les traitements non médicamenteux

Schéma corporel

Droite Gauche



Gauche Droite



Quelques propositions thérapeutiques

- **manipuler doucement, laisser exécuter les mouvements, s'interrompre,**
- **vérifier que le patient n'est pas endormi, toucher, positions, explications, diversion,**
- **kinésithérapie, physiothérapie : massages antalgiques, thermothérapie et cryothérapie,**
- **ergothérapie : installation pour un meilleur confort.**

Quelques perspectives thérapeutiques

- **vibrothérapie (ultrasons, ondes de choc ?),**
- **électrothérapie antalgique, acupuncture,**
- **cures thermales,**
- **thérapies cognitives et comportementales :
relaxation, biofeedback, hypnose.**

Avantages des protocoles

- **responsabilisation de l'infirmier(e),**
- **rédaction du protocole : concertation, négociation, précision sur les bonnes conduites,**
- **formation des utilisateurs,**
- **effet “pense-bête”.**

Avantages des protocoles

- **harmonisation des soins, dans l'espace et dans le temps, surtout pendant la nuit,**
- **réponse rapide,**
- **évaluation des soins par rapport au protocole,**
- **douleurs incidentes liées aux soins techniques,**
- **conformité à l'esprit des recommandations et de la législation.**

Inconvénients des protocoles

- **déresponsabilisation du médecin, se dispenser de sa présence, voire de sa disponibilité,**
- **impasse sur le diagnostic,**
- **uniformisation des procédures, mesure autoritaire,**
- **substitution à la formation,**
- **non utilisé.**

IV – Les dispositions institutionnelles dans la lutte contre la douleur

A) L'obligation,

B) Le rôle du médecin coordonnateur,

C) Le rôle des infirmiers,

D) Les protocoles de soins à proposer dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée : avantages et inconvénients.

E) Les CLUD (comités de lutte contre la douleur),

F) Les équipes mobiles pluridisciplinaires et les consultations, les référents,

G) La sensibilisation de l'ensemble des intervenants à la prise en compte de la douleur : l'outil MOBIQUAL.

Comment sensibiliser l'ensemble des intervenants à la prise en compte de la douleur ?

- **Limoges 1999, ANAES 2000, AFSSAPS 2004,**
- **Projets de service, projets de soins,**
- **Formation et information.**

Conclusion

La détection peut précéder l'évaluation,

Effort de sensibilisation de l'entourage.