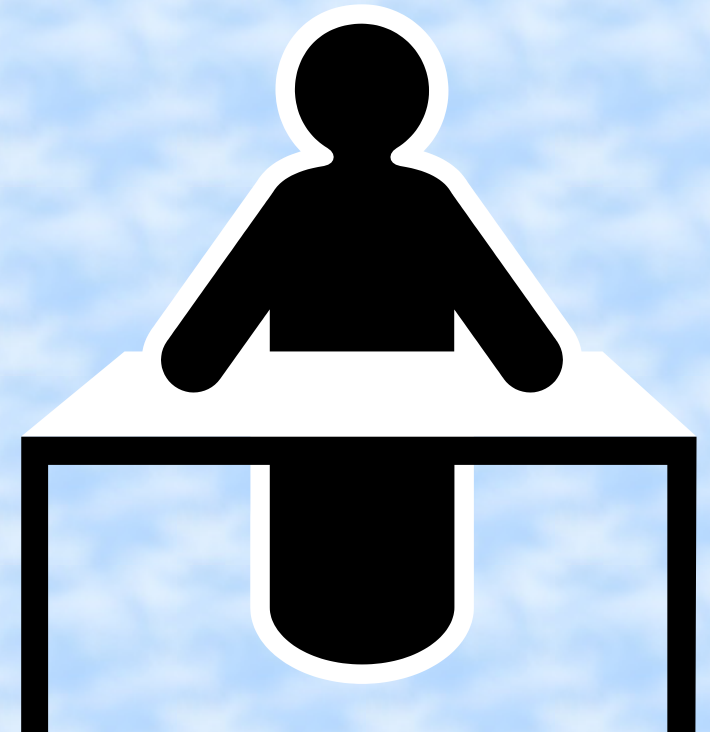


# *La douleur et sa prise en charge*

## *Prise en charge individuelle et institutionnelle*

Bernard Pradines  
Spécialiste en Gériatrie

<http://www.geriatrie-albi.fr>



# 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

**Très fréquentes :**

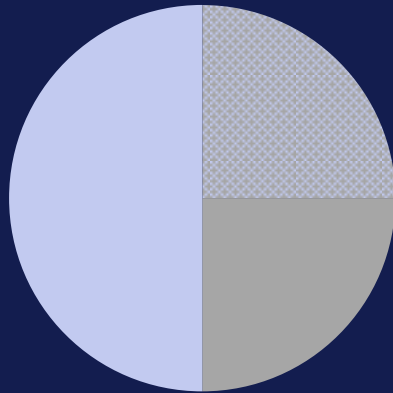
- **une PA sur deux pour Patel (2013),**
- **chroniques, persistantes,**
- **souvent de localisations multiples : 74,9 %.**

*Patel KV, Guralnik JM, Dansie EJ, Turk DC. Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: Findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. Pain. 2013 Dec;154(12):2649-57.*

# PREVALENCE OF PERSISTENT PAIN IN OLDER PEOPLE

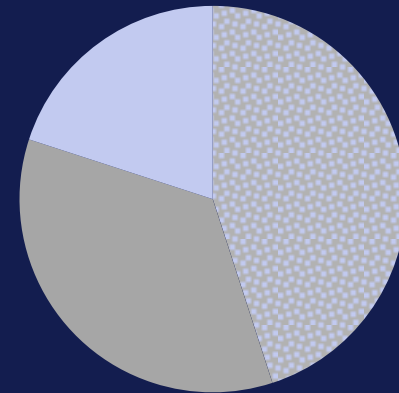
*AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. 2002 Jun;50(6 Suppl):S205-24. Review.*

Substantial pain is experienced by:



25% to 50%

of community-dwelling older adults



45% to 80%

of nursing-home residents

La prévalence de douleur gênante durant le dernier mois avant l'étude était de 52,9 % quelque soit le lieu de résidence (7 601 > 65 ans).

*Patel KV, Guralnik JM, Dansie EJ, Turk DC. Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: Findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. Pain. 2013 Dec;154(12):2649-57.*

# Introduction

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



- **rapidement invalidantes.**

# **I – Etiologies les plus fréquentes**

# 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.**

# **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*



## **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.**

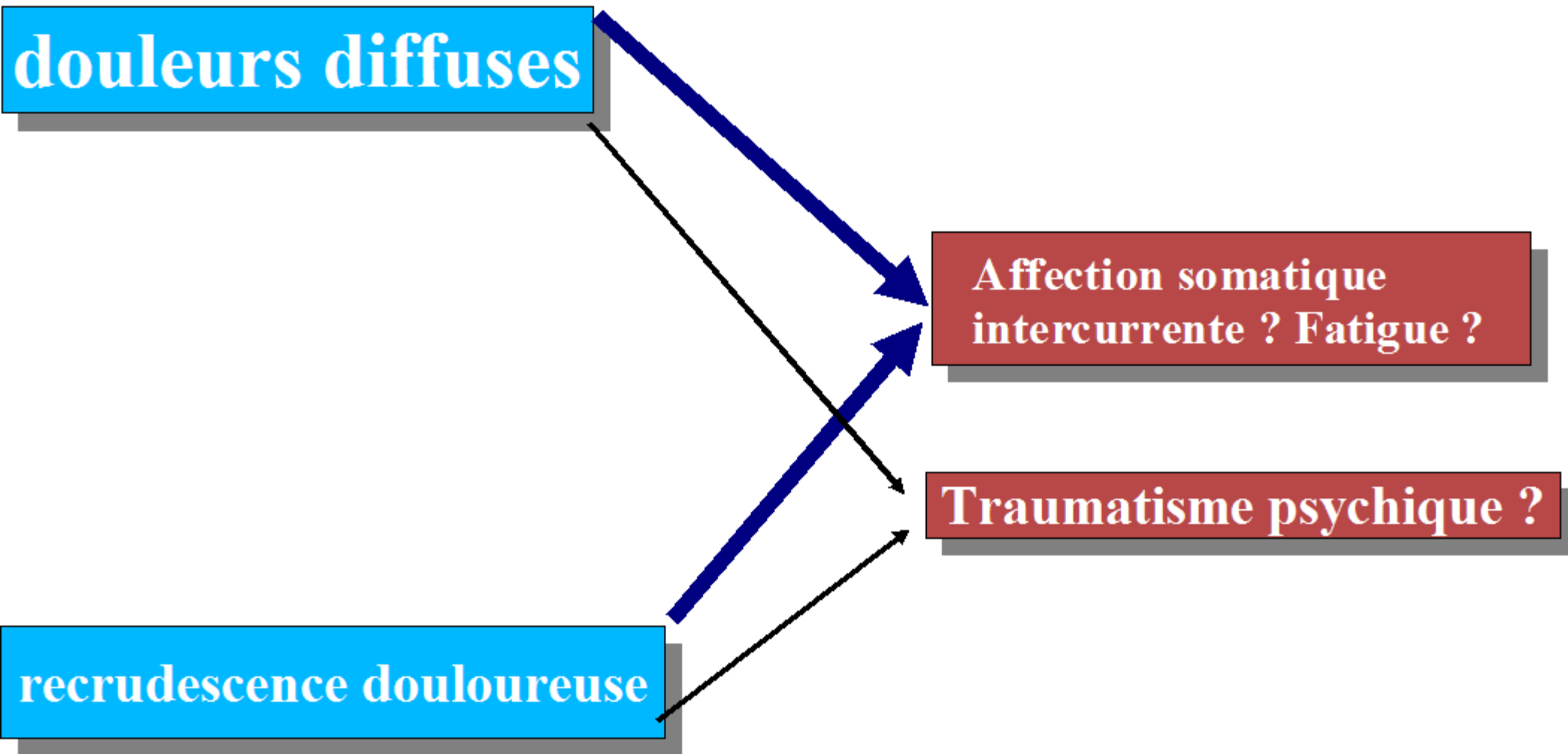
# Obstacles diagnostiques

- 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 ...

# Obstacles diagnostiques

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

# En pratique quotidienne



# 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

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

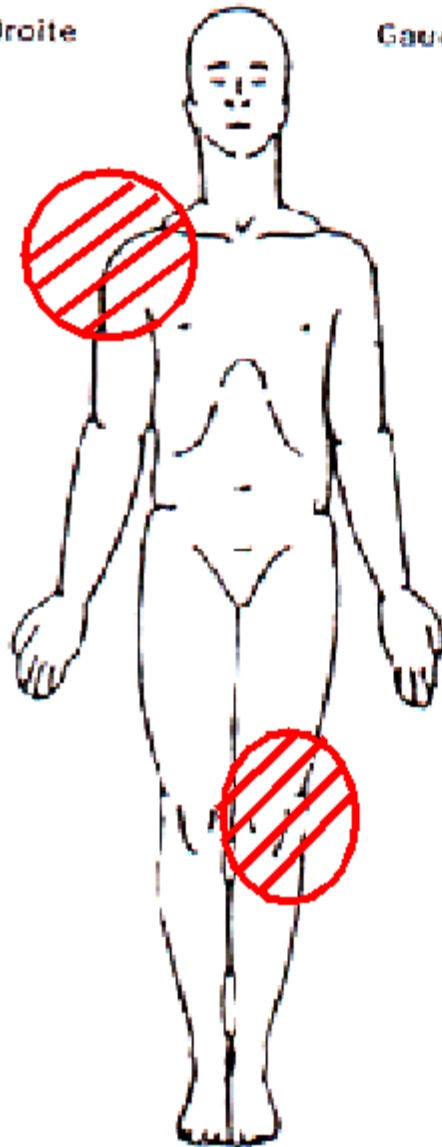


# **III – Les traitements non médicamenteux**

# Schéma corporel

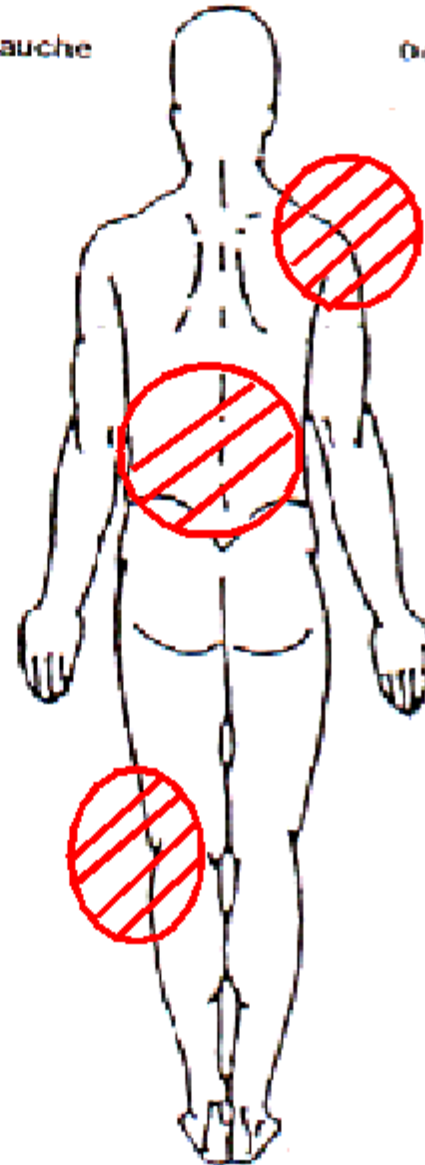
Droite

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,**
- **douleurs incidentes liées aux soins techniques,**
- **évaluation des soins par rapport au protocole,**
- **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) obligation,**

**B) rôle du médecin coordonnateur,**

**C) rôle des infirmiers,**

**D) prescription anticipée et protocoles de soins.**



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

**F) Les équipes mobiles pluridisciplinaires et les consultations, les “référents”, les “ressources”,**

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

# Conclusion

La détection peut précéder l'évaluation,

Effort de sensibilisation de l'entourage.