

La douleur et sa prise en charge

Prise en charge individuelle et institutionnelle

Vendredi 13 décembre 2013, Capacité de Gériatrie et D.U. des maladies liées au vieillissement, Toulouse.

B. Pradines. Formation et conseil.

Texte et diapositives en ligne sur le site : <http://www.geriatrie-albi.fr>

e-mail : bpradines@aol.com

Plan de l'exposé

Introduction

I – Etiologies les plus fréquentes

A) Parmi les douleurs chroniques

B) Parmi les douleurs aiguës

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

A) Obstacles diagnostiques

B) Obstacles d'ordre psychologique

C) Obstacles thérapeutiques

D) Obstacles liés à l'organisation des soins

III - Les traitements non médicamenteux

IV – Les dispositions institutionnelles dans la lutte contre la douleur

A) L'obligation de prise en charge de la douleur

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) Le CLUD (comité de lutte contre la douleur)

F) Les équipes mobiles pluridisciplinaires de la douleur

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

Conclusion

Bibliographie

Introduction

Les douleurs sont un souci quotidien en médecine gériatrique.

Par exemple, l'AGS (American Geriatrics Society) rapporte une prévalence de 25 à 50 % hors institution et de 45 à 80 % en institution (AGS, 2002). Près de 50 % de douleurs quotidiennes sont retrouvées chez 5761 patients de soins de longue durée dans trois pays européens (Achterberg et al, 2009).

Elles sont volontiers persistantes, souvent de localisations multiples, invalidantes, en règle intermittentes donc sujettes à l'oubli en cas de troubles cognitifs dont on connaît la grande prévalence dans cette population (PAQUID résultats, 2003)¹.

I – Etiologies les plus fréquentes

A) Parmi les douleurs chroniques :

- les douleurs de l'appareil locomoteur, de loin les plus fréquentes, surtout liées à l'arthrose et à l'ostéoporose fracturaire : genoux, hanches, rachis, épaules. (Brochet et al.1991) (Ferrell et al. 1995).
- les douleurs neuropathiques, périphériques ou centrales, moins fréquentes : polynévrites diabétiques, douleurs post-zostériennes, accidents vasculaires cérébraux (Hager et al, 1999).
- les douleurs spastiques (muscles striés) et spasmodiques (muscles lisses).
- les douleurs cancéreuses.
- les céphalées.
- les épigastralgies.

B) Parmi les 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.

¹ Selon PAQUID (résultats 2003) : 27,6 % plus de 85 ans et 40,9 % des plus de 90 ans présentent une démence. Accessible sans frais le 25 novembre 2009 : http://www.isped.u-bordeaux2.fr/RECHERCHE/paquid/2004_Resultats_PAQUID.pdf

II - Principaux obstacles à la prise en compte de la douleur chez le sujet âgé (Pradines B. et al, 1999) :

A) Obstacles diagnostiques

Chez le sujet sain ou en cas de démence légère à modérée, la personne peut signaler et décrire la douleur. Il n'en est pas de même chez le patient dément sévère qui doit d'abord bénéficier du dépistage de la douleur, préalable indispensable à toute démarche diagnostique et thérapeutique.

1) Les **visites médicales** sont trop ponctuelles pour un dépistage précoce.

2) **Les sites douloureux habituels** doivent être connus. C'est un des buts de l'interrogatoire et du questionnaire remis à la famille ou aux proches lors de l'entrée du résident en établissement. Seront explicitement recherchés les antécédents de pathologies ou de situations inductrices de douleurs : pathologie ostéo-articulaire, chutes, constipation, rétention d'urines. Par ailleurs, le comportement individuel observé lors des épisodes douloureux antérieurs sera relevé (Herr K. 2002).

3) **Le contexte clinique** peut être évocateur :

- notion d'une chute récente, notée et transmise, déformation d'un membre,
- inflammation articulaire, oedème localisé,
- brutal changement spontané de comportement (Pradines V. et al, 2004),
- pathologie intercurrente qui peut entraîner des douleurs diffuses ou une recrudescence d'un site douloureux connu.

Parmi d'autres, les situations suivantes seront notées :

- la phase post-opératoire d'une fracture souvent douloureuse pendant des mois, parfois pendant des années,
- un accident vasculaire cérébral avec hémiplégié et aphasie qui doit attirer l'attention vers les douleurs de l'épaule et du membre supérieur atteints, ainsi que vers des algies d'origine centrale et des céphalées de tension (Widar M. et al, 2002).
- un médicament favorisant une rétention urinaire et la constipation, le plus souvent une substance à propriétés anticholinergiques ou un opioïde.

4) **Les circonstances de survenue des symptômes comportementaux** permettent souvent de soupçonner une étiologie particulière. Les douleurs intermittentes spontanées occasionnent des modifications comportementales qui surviennent au repos et sont répétitives, volontiers de courte durée : spasmes des organes creux, spasticité d'origine neurologique, douleurs fulgurantes des amputés ou de la névralgie faciale.

De loin, les plus fréquentes parmi les douleurs intermittentes sont provoquées par les mouvements et par les soins : les manifestations réactionnelles ont lieu lors des mobilisations actives et surtout

passives, en particulier lors des soins matinaux du fait de l'immobilité de la nuit suivie d'un dérouillage.

B) Obstacles d'ordre psychologique

- 1) **Obstacle général : le fatalisme** classique quant à l'association des douleurs avec l'âge.
- 2) **Obstacles liés au patient** : crainte de décevoir le médecin, crainte d'un geste diagnostique ou thérapeutique, d'une hospitalisation, découragement.

A l'inverse, des plaintes douloureuses successives ou multiples peuvent devenir la voie privilégiée de la relation avec les soignants.

- 3) **Obstacles dans l'entourage du patient** : crainte de suggérer la douleur en l'évoquant auprès de lui.
- 4) **Préjugés négatifs** concernant les antalgiques, en particulier les opioïdes.

C) Obstacles thérapeutiques

- 1) **L'insuffisance thérapeutique** peut souvent être évitée par une évaluation de l'efficacité thérapeutique.
- 2) **L'abandon thérapeutique** peut découler du découragement devant la difficulté à soulager la douleur.
- 3) **La variabilité interindividuelle et même intraindividuelle de la réponse** aux substances analgésiques et leurs effets secondaires rappellent les difficultés pour atteindre l'objectif d'analgésie et l'étroitesse de la marge thérapeutique.

D) Obstacles liés à l'organisation des soins

- 1) **La fragmentation des soins** devrait provoquer un effort de leur coordination : exemple des escarres prises en charge par l'infirmière alors que le médecin est le prescripteur des analgésiques. Le médecin est encore trop rarement présent lors des soins douloureux.
- 2) **Les objectifs de soins** peuvent être irréalistes. Par exemple le traitement curatif des escarres en situation palliative qui ne devrait relever que du confort, à savoir la lutte contre les douleurs et les odeurs.
- 3) **La formation des intervenants** peut laisser à désirer : de nombreuses équipes n'ont encore jamais bénéficié de la moindre formation dans le domaine de la douleur et des soins palliatifs.
- 4) **Les consultations spécialisées** sont encore souvent peu accessibles.

III – Les traitements non médicamenteux

La prise en charge thérapeutique passe par la priorité donnée aux mesures non médicamenteuses.

Pour le suivi, le schéma corporel (en annexe 1) doit être renseigné à l'aide des proches et clairement affiché au vu et au su de toute personne amenée à manipuler le patient. Il réduit le temps nécessaire à la connaissance collective des zones douloureuses du fait du nombre élevé des soignants qui se relayent et des difficultés de transmission des informations. Il témoigne de l'intérêt porté à la prise en charge de la douleur.

Le traitement non médicamenteux garde la priorité : positions, respect du patient et de sa pudeur, explications au patient, aux soignants et à la famille, réassurance, diversion (Gautier I. et al, 2000). La disponibilité de certaines mesures non médicamenteuses, d'indications encore mal codifiées, est insuffisante : utilisation du chaud (thermothérapie) et du froid (cryothérapie), électrothérapie antalgique, vibrothérapie, ergothérapie, massages antalgiques, acupuncture, thérapies cognitivo-comportementales, etc...

IV – Les dispositions législatives et institutionnelles dans la lutte contre la douleur

A) L'obligation de prise en charge de la douleur

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »²

« En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade... »³

« Les établissements de santé publics ou privés et les établissements sociaux et médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes malades qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. »⁴

B) Le rôle du médecin coordonnateur⁵

1) Sous la responsabilité et l'autorité administratives du directeur, le médecin coordonnateur élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre. La douleur figure implicitement dans cette mission.

² loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³ article R.4127-37 du code de la santé publique

⁴ article 1112-4 du code de la santé publique

⁵ circulaire n° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

2) Le médecin coordonnateur doit élaborer et proposer, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent, une liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions faites aux résidents.

3) La connaissance des profils des publics pris en charge dans l'établissement et de leur évolution est indispensable à la mise en œuvre d'une politique de ressources humaines et de formation en adéquation avec les besoins des résidents.

C) Le rôle des infirmiers⁶

Leurs soins ont pour objet de « participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. »

Récemment sont apparu(e)s des infirmier(e)s « référent(e)s douleur » et « ressources douleur » qui peuvent jouer un rôle moteur dans ce domaine.

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

1) Principaux avantages :

- ils permettent une réponse rapide, sans délai, à une situation urgente,
- ils peuvent s'appliquer aux douleurs incidentes liées aux soins techniques et à la fin de la vie,
- ils encouragent une responsabilisation de l'infirmier(e),
- la rédaction des protocoles est l'opportunité de concertation, négociation et précision sur les bonnes conduites. Ils participent ainsi à la formation des utilisateurs,
- ils possèdent un effet «pense-bête»,
- ils favorisent l'harmonisation des soins,
- ils permettent une évaluation des soins effectués par rapport au protocole.

2) Principaux inconvénients :

- ils risquent d'entraîner une moindre implication du médecin, et même de se dispenser de sa présence, voire de sa disponibilité,
- l'impasse sur le diagnostic étiologique pourrait être dramatique,
- ils peuvent aboutir à une uniformisation des procédures par des mesures autoritaires,

6-Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004

- ils ne devraient pas se substituer à la formation des personnels soignants,
- ils risquent aussi d'être oubliés dans un classeur, surtout s'ils ne sont pas diffusés et expliqués aux nouveaux soignants.

E) Le CLUD (comité de lutte contre la douleur)

Dans les établissements publics, le CLUD est une instance pluridisciplinaire (d'environ 12 personnes).

Le CLUD rassemble des praticiens hospitaliers, le pharmacien, des représentants des personnels soignants. La présence d'un psychologue est souhaitable.

Le CLUD comprend également des membres associés : le directeur de l'établissement est étroitement associé aux travaux du comité.

La constitution d'un CLUD, bien que conseillée, n'est pas (encore ?) obligatoire.

F) Les équipes mobiles pluridisciplinaires de la douleur, dont la mission est souvent associée aux soins palliatifs, peuvent être à même d'effectuer des consultations. Elles sont éventuellement en lien avec une consultation ou un centre de la douleur.

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

1) Les recommandations de l'ANAES (ANAES, 2000) représentent un progrès important dans la prise en compte de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale. Il s'agit des premières recommandations françaises d'un groupe d'experts dans ce domaine. Elles sont facilement compréhensibles par les soignants, quelle que soit leur formation et leur expérience. Elles sont trop peu connues des professionnels concernés malgré la possibilité de leur téléchargement gratuit sur Internet⁷.

Les recommandations thérapeutiques de Limoges⁸ ainsi que celles de l'AFSSAPS⁹ méritent d'être connues et diffusées dans ce contexte.

2) Le projet de service, les projets de soins : la hiérarchie des priorités peut faire inscrire la lutte contre la douleur comme le premier objectif de soins dans le projet de service.

3) Les formations, devenues plus fréquentes, ne sont pas encore obligatoires dans ce domaine avant tout exercice soignant auprès de personnes âgées douloureuses. De plus, qu'elles soient initiales ou ultérieures, il convient de vérifier si leur contenu est adapté aux personnes âgées, en particulier à celles qui souffrent de troubles cognitifs.

4) La diffusion de l'information : la sensibilisation de l'entourage sera systématique, en particulier par la diffusion des grilles d'hétéro-évaluation aux soignants, mais aussi aux familles et

7 Accessible le 27 novembre 2013 à l'adresse : <http://geriatrie-albi.com/ANAESoct2000doulpersag.pdf>

8 Accessible le 27 novembre 2013 à l'adresse : <http://www.geriatrie-albi.fr/RecoLimoges1999UPSA.pdf>

9 Accessible le 27 novembre 2013 à l'adresse : <http://geriatrie-albi.com/AFSSAPS2004opioidesnonK.pdf>

aux bénévoles. La formation complémentaire doit être régulièrement mise à jour, par exemple à l'aide de l'outil MOBIQUAL¹⁰.

Conclusion

En pratique, la détection précède le plus souvent l'évaluation chez le sujet âgé non verbalisant. Lors d'un soin douloureux, la prémédication antalgique par voie générale est à la fois nécessaire et insuffisante.

L'effort principal devra porter sur la sensibilisation de l'entourage du malade. Elle est l'élément clef d'une démarche efficace.

L'écoute et la pluridisciplinarité ne sont pas seulement souhaitables. Elles sont indispensables, ici comme ailleurs en gériatrie.

Bibliographie

Achterberg WP, Gambassi G, Finne-Soveri H, Liperoti R, Noro A, Frijters DH, Cherubini A, Dell'aquila G, Ribbe MW. Pain in European long-term care facilities: Cross-national study in Finland, Italy and the Netherlands. *Pain*. 2009 Nov 10.

AGS. The management of persistent pain in older person. AGS panel on persistent pain in older persons. *JAGS*. 50/S205-S224, 2002, p 5. ¹¹

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Recommandations d'octobre 2000 relatives à l'évaluation et à la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

Brochet B, Michel P, Barberger-Gateau P, Dartigues JF, Henry P. Pain in the elderly : an epidemiological study in south-western France. *Pain Clinic* 1991;5:73-9.

Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, *Journal Officiel*, 28 mai 2005, texte 23 sur 320. Accessible le 3 décembre 2007 à l'adresse :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANA0521723D>

10 Renseignements : mobiqual@sfgg.org

¹¹ Accessible le 27 novembre 2013 à l'adresse : http://www.geriatrie-albi.fr/AGS_2002_pain.pdf

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

Gautier I, Geroffroy B, Malaquin Pavan E, Simon L, Toque M, Vuninu M. Améliorer les soins infirmiers potentiellement douloureux. *Soins Gériatrie*, 2000/11-12, n°26, 29-31, réf. Bibl.

Hager K, Gorennoi V, Breidung R. Prävalenz von Schmerzen in einer geriatrischen Klinik. *Geriatric Forschung. Organ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)*. Vol 9 (1999) pp 35-39.

Herr K. Pain Control: Pain Assessment in Cognitively Impaired Older Adults. *AJN, American Journal of Nursing*. December 2002. Volume 102 Number 12. Pages 65 – 68

Pradines B, Manteau R, Hamié W. Prise en compte de la douleur chez les personnes âgées : de multiples obstacles. *Gériatrie*. Septembre/Octobre 1999, n° 16, pp 16-20.

Pradines V. Pradines B. L'agitation chez le dément non verbalisant : penser à la douleur. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Numéro 2, volume 4, 271-4, décembre 2004, Synthèse.

Widar M, Samuelsson L, Karlsson-Tivenius S, Ahlstrom G. Long-term pain conditions after a stroke. *J Rehabil Med*. 2002 Jul;34(4):165-70.