

La douleur et sa prise en charge

Prise en charge individuelle et institutionnelle

Le vendredi 2 avril 2004, Capacité de Gériologie et D.U. des maladies liées au vieillissement, Toulouse.

B. Pradines. Service de Soins de Longue Durée du Centre Hospitalier d'Albi. 8103 ALBI Cedex.

Site : <http://users.aol.com/Dgeriatrie/>

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 - Quels sont les 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) Les CLUD (comités de lutte contre la douleur)

B) Le rôle du médecin coordonnateur

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

D) 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).

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

L'article L.1110-5, 3ème alinéa du code de la santé publique stipule :

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

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 : 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 post-traumatiques.
- les arthropathies microcristallines.
- le fécalome.
- la rétention d'urines.

II - Quels sont les principaux obstacles à la prise en compte de la douleur chez le sujet âgé ? (Pradines 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 recherchés. 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 institution. 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,
- pathologie intercurrente qui peut entraîner des douleurs diffuses ou une recrudescence d'une localisation douloureuse connue.

Parmi d'autres, les situations suivantes seront notées :

- la phase post-opératoire d'une fracture est souvent douloureuse pendant des mois, parfois pendant des années,
- un accident vasculaire cérébral avec hémiplégié et aphasie doit attirer l'attention vers les douleurs de l'épaule et du membre supérieur atteints, les algies d'origine centrale et les céphalées de tension (Widar 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 sur de courtes durées : spasmes des organes creux, spasticité neurologique, douleurs fulgurantes des amputés ou de la névralgie faciale.

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.

B) Obstacles d'ordre psychologique

1) Obstacle général : le fatalisme bien connu et bien partagé 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, découragement.

A l'inverse, l'expression de la douleur peut 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 opioïdes.

C) Obstacles thérapeutiques

L'insuffisance thérapeutique peut souvent être évitée par une évaluation de l'efficacité thérapeutique.

L'abandon thérapeutique par découragement devant la difficulté à soulager la douleur.

La variabilité de la réponse aux substances analgésiques et leurs effets secondaires.

D) Obstacles liés à l'organisation des soins

1) La fragmentation des soins devrait entraîner un effort de leur coordination : exemple des escarres prises en charge par l'infirmière, le médecin étant le prescripteur des analgésiques.

2) Les objectifs de soins peuvent être irréalistes.

3) La formation des intervenants peut laisser à désirer.

3) Les consultations spécialisées sont encore 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 et clairement affiché à côté du lit. 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 des transmissions des informations. Il affiche clairement 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 et al. 2000).

La disponibilité de certaines mesures non médicamenteuses est encore insuffisante : kinésithérapie, parafangothérapie, utilisation du chaud et du froid, électrothérapie, ergothérapie, relaxation, etc...

IV – Les dispositions institutionnelles dans la lutte contre la douleur

A) Les CLUD (comités 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.

B) Le rôle du médecin coordonnateur

1) Il est responsable de l'organisation de la permanence des soins médicaux, des dossiers médicaux, des stratégies gérontologiques d'investigation et de prise en charge. La douleur figure explicitement dans cette mission.

2) Il élabore en étroite collaboration avec les médecins des résidents et le pharmacien attaché, une liste type de médicaments.

3) Il contribue à la formation gérontologique continue de l'équipe soignante et des salariés de l'institution.

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

1) Principaux avantages :

- responsabilisation de l'infirmier(e),
- la rédaction du protocole est l'opportunité de concertation, négociation, précision sur les bonnes conduites,
- ils participent à la formation des utilisateurs,
- ils possèdent un effet «pense-bête»,
- ils favorisent l'harmonisation des soins,
- ils permettent une réponse rapide à une situation urgente,
- ils entraînent une évaluation des soins par rapport au protocole,
- ils s'appliquent bien aux douleurs incidentes liées aux soins techniques.

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

D) 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.

Dans une enquête que nous avons réalisée en 2003 auprès de 46 soignants expérimentés en gériatrie figurait la question suivante :

Avez-vous lu les recommandations d'octobre 2000 de l'ANAES intitulées : "Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale" ?

Les réponses étaient les suivantes :

- oui : 13
- non : 27 dont une lecture des recommandations de l'AGS (American Geriatrics Society)
- pas de réponse : 6

Ainsi, les recommandations de l'ANAES semblent encore trop peu connues des professionnels concernés malgré la possibilité de leur consultation et de leur téléchargement gratuits sur Internet (<http://www.anaes.fr>).

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

Les formations, devenues plus fréquentes, ne sont pas encore obligatoires dans ce domaine avant l'exercice 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.

3) 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 aux bénévoles.

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 lors d'un soin douloureux 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

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

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Recommandations d'octobre 2000 relatives à la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale. Accessibles sans frais en téléchargement à l'adresse suivante : www.anaes.fr, rubrique Publications, sous-rubrique Gériatrie.

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.

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 Gérontologie, 2000/11-12, n°26, 29-31, réf. Bibl.

Hager K, Gorenou V, Breidung R. Prävalenz von Schmerzen in einer geriatrischen Klinik. Geriatrie 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. Gériatries. Septembre/Octobre 1999, n° 16, pp 16-20.

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.