



ÉCOLE DE  
GÉRIATRIE ET DE  
GÉRONTOLOGIE  
MONTPELLIER - NÎMES



FACULTÉ DE MÉDECINE  
MONTPELLIER-NÎMES

# Douleur et personnes âgées : prise en soins

(Partie 2)

Master de gérontologie



CM2320\_Dr Marie-Suzanne Leglise



# Bases du traitement

## TRAITEMENT PLURIMODAL

1. Traitement de la douleur de fond et traitement des accès douloureux pouvant être liés aux soins, lors de poussées douloureuses, ou lors de mobilisations
2. Traitement médicamenteux et traitement non médicamenteux



# Traitement médicamenteux



## BASES POUR INSTAURER UN TRAITEMENT ANTALGIQUE

- o Écouter le patient dans sa dimension bio-psycho-sociale
- o Utilisation des recommandations validées pour prescrire un traitement antalgique ( traitement selon le mécanisme, en respectant les paliers pour les PA), et co-antalgiques
- o Utilisation des médications adaptées et aux bonnes posologies, aux bons rythmes
- o Prévenir et traiter précocement les effets indésirables (constipation, vomissements, somnolence, prurit,...)
- o Évaluer précocement les effets bénéfiques/ effets indésirables
- o Faire participer tout le monde, prise en charge globale
- o Associer une prise en charge non médicamenteuse



## PRINCIPES ET RÈGLES : LE TEMPS!

- o Croire le sujet qui se plaint, éviter de juger: la plainte, l'expression émotionnelle sont des réactions individualisées
- o Éviter de « banaliser la douleur »: ce n'est pas normal de souffrir
- o Éviter de répondre systématiquement par un antalgique,
- o Analyser la demande qui se cache derrière la plainte, être attentif à la description
- o Observer attention à la « cécité empathique » et au « déni parfois massif » c'est de l'anxiété de la nervosité , de l'agitation
- o Essayer de toujours répondre car c'est aussi reconnaître le sujet
- o Informer et parler: la parole est aussi un soin à utiliser quand on le peut
- o L'objectif n'est pas d'arriver à 0 douleur, mais d'arriver à un niveau de douleur toléré par la personne



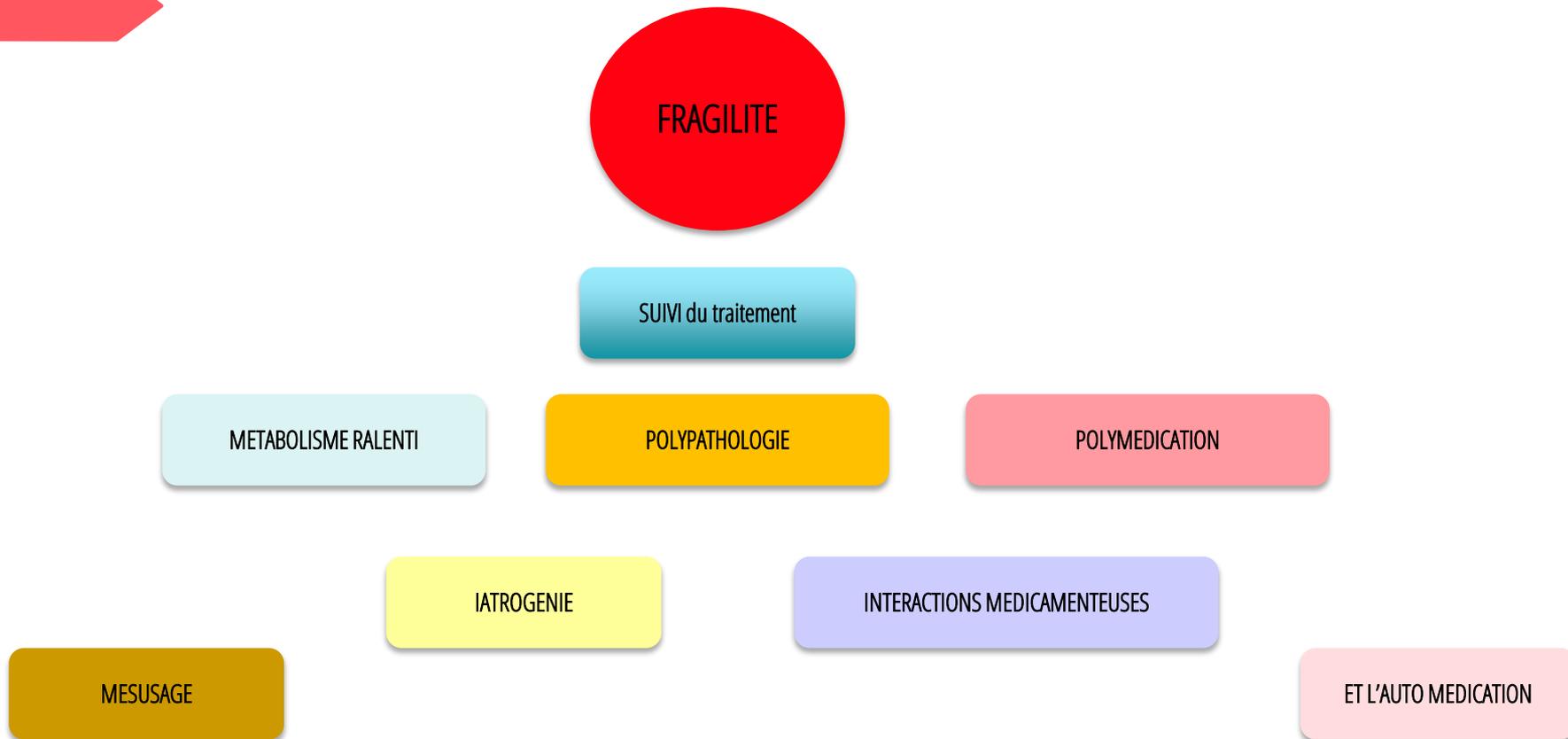
## DOULEUR MÉMOIRE

*Queneau P, Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Tome 1. ED Masson 2004*

- Certaines douleurs chroniques = réminiscence de douleurs aiguës en dehors de toute agression tissulaire.
  - Douleur du membre fantôme (5% des amputations).
  - Réactualisation d'une douleur (sans support organique):
    - ✓ Lors d'un épisode dépressif
    - ✓ Lors d'un syndrome thalamique (atteinte du thalamus sensitif).

Prévention de la douleur mémoire par une analgésie maximale précoce en période aiguë

# UN DEFI POUR LES SOIGNANTS pour le ttt médicamenteux





## Les règles de prescription (1)

- **Préférence de la voie orale** (niveau C)
- **Prescription à horaire fixe**
- Prescription individuelle, adaptée : pas de dose standard.
- **Prescription faites avec minutie** : dose, horaire écrits en détail, explications des effets secondaires, surveillance
- Prescription fond et prescription anticipée



## QUELLE PERSONNE AGEE ?

oPA avec une poly-pathologie et poly-médicamentation:

- o INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

oMétabolisme: distribution différente, masse maigre, eau totale, tissu adipeux débits cardiaque, hépatique et rénal

- o POIDS
- o Clérence de la créatinine (formule de Cockroft)
- o Albumine
- o ETAT PHYSIOLOGIQUE=âge

oPossibilités d'administration: forme galéniques

oSuiivi de son ttt



## TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

- ✓ Connaître les recommandations des traitements : les antalgiques, les douleurs cancéreuses , les douleurs non cancéreuses
- ✓ Connaître les effets indésirables
- ✓ Être humble et surtout penser à associer la PEC non médicamenteuse
- ✓ Et la PEC des soins douloureux
- ✓ Associer le paracétamol aux paliers 3 (effet d'épargne morphinique)



# Classification selon leurs actions pharmacologiques *IASP Press*

## *D. Lussier et P. Beaulieu*

- Antalgiques anti-nociceptifs :
  - 1. non opioïdes : paracétamol et AINS,
  - 2. opioïdes et cannabinoïdes
- Anti-hyperalgésiques: antagonistes NMDA :
  - 1. kétamine et NO ,
  - 2. anti-épileptiques : gabapentine , prégabaline et lamotrigine
  - 3. Néfopam
- Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitateurs: antidépresseurs :
  - Tricycliques et antidépresseurs sérotoninergiques noradrénergiques
- Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique:
  - 1. anesthésiques locaux ,
  - 2. carbamazépine ,
  - 3. capsaïcine
- Mixtes : analgésiques antinociceptifs et modulateurs des contrôles inhibiteurs ou excitateurs descendants : Tramadol, Methadone
- Autres



## Prescription des morphiniques en traitement de fond

- Préférer la voie orale quand elle est possible
- Titrer et commencer à petites doses 2,5 mg à 5 mg selon le poids, toutes les 4 à 6 h selon la fonction rénale
- Ne pas oublier l'interdose : 1/10 dose quotidienne
- Réévaluer et réadapter les doses augmenter d'un tiers la dose quotidienne (pour diminuer même schéma)
- Utilisation des recommandations de la SFEDT sur l'utilisation des morphiniques dans les douleurs non chroniques , et sur les dernières recommandations sur les prescriptions des morphiniques , et selon les recommandations d'experts (gériatres algologues sur le traitement de la douleur et utilisation de la morphine chez la PA (Pickering ,..... )
- Savoir Ré –évaluer pour continuer ou diminuer, voire arrêter le traitement !



## LES IDEES RECUE SUR LA MORPHINE

- o La toxicomanie
- o La dépression respiratoire
- o L'accoutumance
- o « Ca fait vomir »
- o « Ca fait dormir »
- o Morphine et fin de vie
- o « Je ne veux pas devenir un légume », « Je ne serai plus comme avant » : peur de l'induction d'un changement de comportement non induit par eux-mêmes. La douleur envahit la personne.



## EFFETS INDESIRABLES des morphiniques

- o Constipation : laxatif systématique, naloxone
- o Nausées vomissements inconstants
- o Somnolence (interactions)
- o Etat confusionnel et hallucinations
- o Rétention urinaire: Sonde intermittente, alpha bloquant
- o Prurit
- o Sueurs
- o Myoclonies
- o Hypotension , chutes

## Pour les douleurs induites



MEOPA: mélange équimoléculaire protoxyde et oxygène  
4 mn avant le soin, pendant le soin, et s'élimine 4 mn après  
Analgésie de surface et myorelaxant  
CI: TC, HTIC, et toute pathologie avec une bulle aérique

- ❖ Tous les antalgiques :
    - respect de leur délai d'action 1 H par voie orale, 30 mn après injection sous cutanée
    - palier choisi en fonction de l'intensité ou du mécanisme:
- paracétamol 1g ,  
tramadol surtout s'il y a une composante neuropathique, avec une titration grâce à la forme pédiatrique 1gtte = 2,5mg  
morphine commencer par 2.5 à 5 mg orale
- ❖ Lors de composante anxieuse très importante : possibilité de rajouter du midazolam 2.5 mg en sous cutanée (d'élimination rapide)

## C'EST UNE URGENCE !!!

- Tout le monde est concerné dans la reconnaissance des signes pouvant faire évoquer un phénomène douloureux
- La prise en charge est pluridisciplinaire





# Les traitements non médicamenteux



## La relation humaine

- Approche relationnelle de qualité: reprise du « comment communiquer: en face, au même niveau,... »
- Respect de la pudeur, de l'intimité de la personne
- Prendre le temps du soin, de la relation (temps et temps....)
- S'assurer du confort physique de la personne
- S'assurer du confort sensoriel (vision, audition, toucher, odorat, goût)
- Prévenir la douleur induite par le soin
- Anticiper le soin , le soin douloureux
  
- Formations aux différentes techniques



## NE PAS OUBLIER LES TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

- o La kinésithérapie: préserver au plus l'autonomie
- o Le TENS : la neuro stimulation transcutanée
- o La physiothérapie: chaud, froid
- o Les appareillages et les matériels de support
- o Les massages: les pressions glissées, pressions statiques , pétrissages, les percussions , les vibrations , les frictions
- o La psychothérapie
- o Les Thérapies cognitivo-comportementales
- o La psychomotricité: apprendre à mieux gérer son corps, lutter contre le désinvestissement corporel, redonner vie aux gestes
- o Méthodes psycho-corporelles : gymnastique douce, yoga, Tai chi chuan, Qi Gong
- o La relaxation
- o L'hypnose utilisant l'imagination pour influencer l'état physique
- o Le toucher-massage
- o L'acupuncture et l'électroacupuncture
- o La réflexothérapie



## Une organisation

- Gestion de formations du personnel
- Responsabilité légale, déléguée
- Circulation de l'information
- Liens formels avec des structures ressources: les connaître CLUD, services hospitaliers, équipes mobiles, HAD, réseaux
- Implication du directeur et de l'équipe d'encadrement pour optimiser le confort de vie des résidents , adéquation entre les moyens humains et techniques et les personnes accueillies, ressources extérieures
- Nécessité d' « une analyse stratégique au sein de l'établissement »
- Exemple en terme d'organisation : La « prévention des douleurs induites passe par une anticipation et planification des soins, par un temps et une disponibilité des personnels , une traçabilité des informations »



## Une organisation matérielle

- Pas de consensus
- Voir en pluriprofessionnalité
- Nécessité d'un engagement de l'établissement :
- Matériels : fauteuils, adaptés roulants , (attention au coquille), confort, aménagement des accessoires , entretiens
- Assises, coussins de formes varies , de positionnement
- Aides techniques , rolator, 2 , 4 roues, déambulateurs, cannes, guidons de transferts, aide aux transferts , lève malades , balance chaise , ou avec le lève malade,
- PCA, stocks de stupéfiants

## Le lit médicalisé

### 2 fonctions comme par exemple le lit « Alzheimer »

- Relève buste électrique
- Relève jambe électrique



### 3 fonctions

- Relève buste électrique
- Relève jambe électrique
- Plicature genoux





## Le matelas

### Préventif

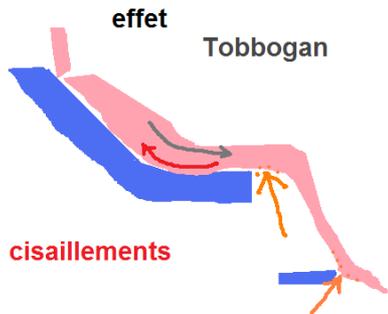
- Mousse simple
- Mémoire de forme ou visco-élastique
- À air <15cm

### Curatif

- À Air >15 cm

## Fauteuils, coussins

- Fauteuil de chambre
- Coquilles
- Conforts avec des réglages multiples
- Standards ou légers
- Positionnement sur mesure avec des mesures anthropométriques
- Attention à l'effet « hamac, tobogan »



Ajustement en fonction de la douleur et de sa position  
Prendre des mesures largeur assise , hauteur



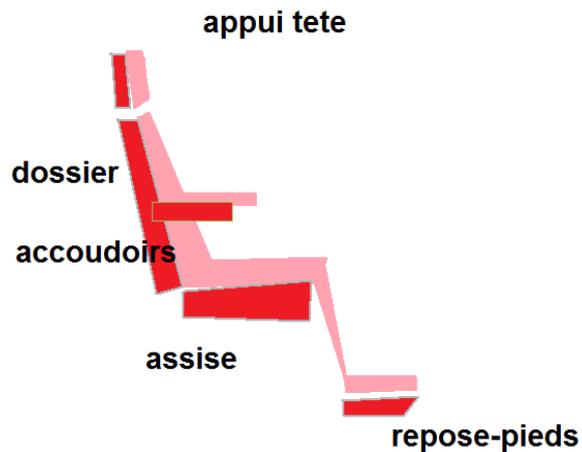
Fauteuil roulant léger/manuel



Fauteuil roulant confort



Fauteuil roulant coquille  
!!!DANGER !!!  
peut favoriser la perte d'autonomie  
Revoir indications selon HAS



Coque moulée sur mesure sur prescription médicale: prescription spécialiste



## DOULEUR = DANGER MAIS la MOBILISATION reste une PRIORITE chez la PA en prévention de la perte d'autonomie

- o Qui provoque douleur , provoque :
  - Repli sur soi
  - Réactions de défense, rétropulsion +++
  - Agitation , Agressivité
  - Perte d'autonomie
  - Pénibilité accrue pour tous



## FAVORISER LE MOUVEMENT TOUT EN RESPECTANT LE CHOIX DE LA PERSONNE AGEE

- o En invitant ou en incitant au travers d'une gestuelle adaptée



# FAVORISER LE MOUVEMENT TOUT EN RESPECTANT LE CHOIX DE LA PERSONNE AGE

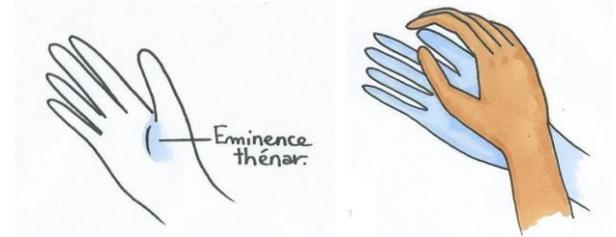
- o Utiliser des prises infra douloureuses
- o Privilégier les paumes de main plutôt que les doigts

## Aide aux déplacements Marie Ramos Ergothérapeute

Faire utiliser l'**aide de marche** du patient en priorité, plutôt qu'une aide humaine. → Avec un **outil** la personne devient **autonome**

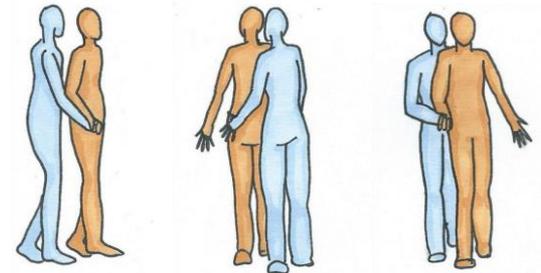
### La prise canne

Le patient a un appui «sûr» avec le soignant: paume sur paume.  
La main du patient et celle du soignant **sont du même côté.**



Exemple de prise canne

Le patient attrape **le pouce du soignant**, les 2 éminences thénars sont l'une contre l'autre. Le soignant **oppose une résistance**.  
En position debout, la main du soignant est à la hauteur d'une canne (bassin).



Côté

Dos

Face



# FAVORISER LE MOUVEMENT TOUT EN RESPECTANT LE CHOIX DE LA PERSONNE AGE

- o Stimuler
- o Guider
- o Solliciter
- o Entretenir
- o Favoriser
- o Aider



## Commentaire:

En résumé se souvenir de règles simples:

- 1 positionnement relatif à la P.A. pour permettre l'ouverture de sa trajectoire (espace libre)
- 1 proximité corporelle sécurisante (affectivité dans l'efficacité)
- 1 accroche du regard pour orienter la trajectoire de la P.A. (indication conductrice)
- 1 déclenchement par le toucher incitatif (le geste et la parole)



# LES CONTACTS PHYSIQUES

- Accompagnent la réalisation des mouvements de la Personne âgée lors des procédures
- Du point de vue strictement gestuel, ces contacts aident, contrôlent ou effectuent le déplacement corporel de la Personne âgée

## **Commentaire:**

**Notre attention peut être attirée par 3 aspects différents de ces contacts:**

**La réaction d'appui de la personne âgée répondant aux contacts fermes sur certains de ses reliefs osseux: talon de la main, pointe du coude, sacrum**

**La rétraction tonique de la personne âgée chaque fois que le soignant lui agrippe des muscles ou des tendons**

**La stimulation orientée du déplacement de la personne âgée par impulsions de la paume de la main du soignant**



## BON MOUVEMENT ET BON MATERIEL



Techniques  
de  
mobilisation :  
formation +++



## Au lit

- Barre latérale de redressement: retournements

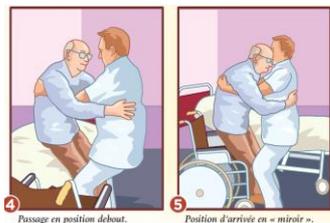
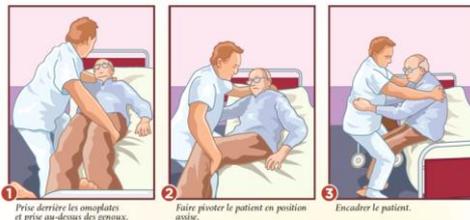


- Potence: rehaussement



## Transferts avec appui

- En poids soignant/soigné



- Ceinture de transfert

- ❖ Avec moustache

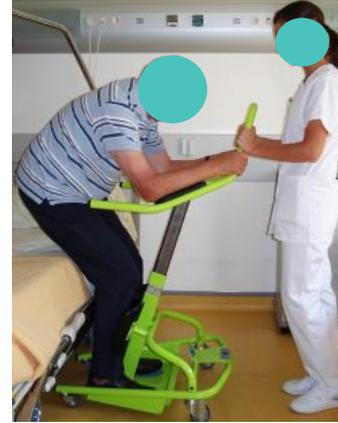


- ❖ Avec disque pivotant





Guidon fixe



Guidon déplaçant



Guidon pivotant

Verticalisateur électrique



## Sans appui

- Soulève malade électrique



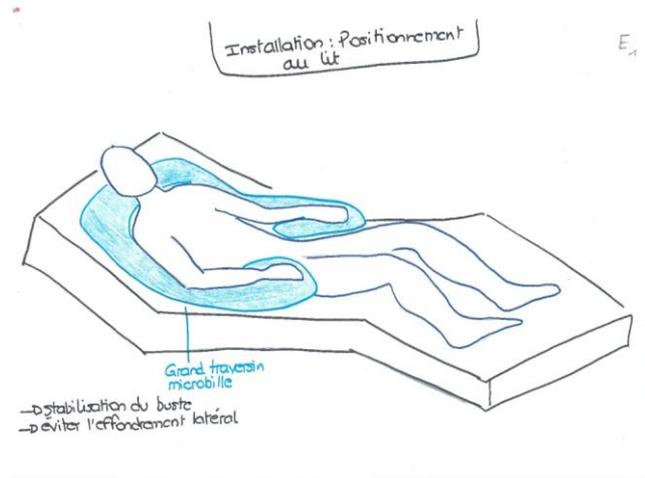
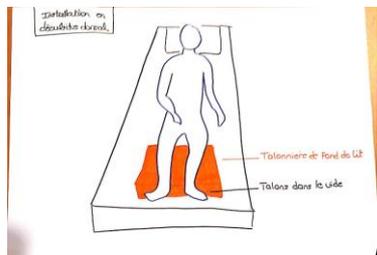
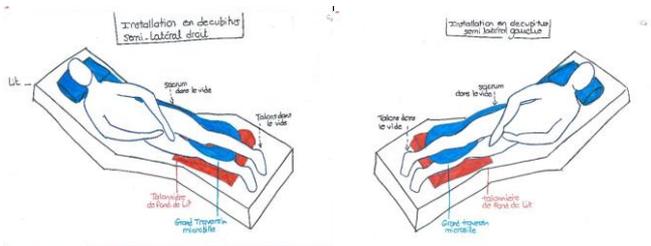
- Rails au plafond



# Ergothérapeute +++

- Conseils pour la bonne installation
  - Lit : barre latérale , guidons de transferts , coussins microbilles , cale de décubitus

Cures de posture : Decubitus semi-latéral droit/Decubitus dorsal/Decubitus semi-latéral gauche



## GROUPE « DOULEUR-SOUFFRANCE » : UN AUTRE REGARD...

- o Psychosomatique : comment faire cheminer le sujet vers la verbalisation
- o Le rôle de la famille
- o La souffrance des soignants :
  - manque de temps pour la relation
  - confrontation à la douleur et la fin de vie
  - questions et récriminations des proches



L'apport des thérapies comportementales dans la gestion des conflits

# UNE PRISE EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSE INNOVANTE : L'APPROCHE CORPORELLE

## Le toucher dimension essentielle de communication non verbale

- o L'apport des soins esthétiques dans le vécu corporel
- o Les bains thérapeutiques depuis 1991
- o Formation de référents « Toucher- Massage » :
  - Fiche de transmission spécifique
  - Echanges de pratiques réguliers

## LE « TOUCHER-MASSAGE » EN GÉRIATRIE

- Accompagnement quotidien des soignants dans les soins d'hygiène et de confort
- Ateliers hebdomadaires pour les patients dans tous les secteurs
- Expérience de prise en charge des troubles du comportement
- Ateliers pour les soignants et les familles



# Lits-douche et douleurs induites

## Effets sur la douleur et le confort



M. COLSON<sup>1</sup> - A. CHAMPEYRACHE<sup>2</sup> - M. BOURBEI<sup>3</sup> - N. EDDAGHOUGHI<sup>4</sup> - M. TESTE<sup>5</sup> - A. AGRET<sup>6</sup> - H. MAUREL<sup>7</sup> - Dr M-S. LEGLISE<sup>8</sup>

### Matériel nécessaire :

- une alèze,
- un drap de bain,
- un réservoir d'eau à 37 °,
- une douchette.



Soin réalisé en binôme  
au lit du patient  
Durée moyenne  
du soin : 40 mn

### Contexte

50% à 80% des personnes âgées souffrent de douleurs induites par les soins (soignées, mobilisations, transferts). On observe une grande fragilité de ces patients associée au risque de iatrogénie. Ce protocole met l'accent sur la prise en soins non médicamenteuse, en complément des traitements antalgiques usuels.

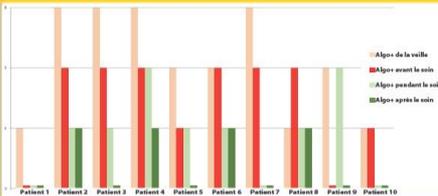
Problématique : L'utilisation du lit-douche diminue-t-elle la douleur lors des soins de nursing ?

### Objectifs

- Diminuer les douleurs de la personne âgée
- Diminuer les douleurs induites
- Optimiser la prise en soin non médicamenteuse
- Dédier une prise en soin centrée sur le bien-être et le confort
- Revaloriser l'estime de soi du patient

### Méthodologie

- Evaluation de la douleur, avant, pendant et après utilisation du lit-douche chez des patients douloureux lors des soins de nursing.
- Recueil de l'évolution des signes observables de bien-être avec utilisation de l'échelle Algoplus :
  - visage,
  - regard,
  - plaintes,
  - corps,
  - comportements.



Constat :  
Une amélioration quantifiable des signes de confort apparaît et se poursuit dans la durée, y compris la nuit et le lendemain.

Avant le lit-douche



Pendant le lit-douche



Après le lit-douche



### émotions



### Recueil de paroles

**Solignants :** perception du soin  
 « Il est déstendu »  
 « elle semble apaisée », « son visage est serein »  
**Patients :** verbalisation  
 « merci », « je sens bon », « j'avais oublié »  
 « ça m'a fait beaucoup de bien »  
**Entourage :** expression  
 « merci », « j'ai remarqué un changement »  
 « elle sent bon »  
 « Il est bien aujourd'hui »

### Limites

**Liées à l'état du patient**  
 « Plus importantes »  
 « Démence avec troubles du comportement (agitation) »  
 « Phobie de l'eau »  
**Liées à l'organisation**  
 « Le temps »  
 « Présence de 2 solignants requise (binôme AS/IDE, psychomotricien/ergothérapeute) »  
**Liées à cette étude**  
 « Le faible échantillon de cas retenus (10) »

### Perspectives et Plan d'action

- Pour le patient :**
- Acceptation du schéma corporel
  - Restauration de l'estime de soi
- Pour les équipes soignantes :**
- Intégration du soin dans la planification journalière
  - Evaluation de l'impact sur le traitement antalgique : diminution ?
- Compagnonnage :**
- Formation-action avec les unités de soins
- Réévaluation :**
- À programmer à moyen terme
  - Réflexion sur les outils et les indicateurs

● LIT-DOUCHE  
Au lit du patient

Confort  
Diminution des douleurs  
Apaisement

## TRAITEMENT ET PRÉVENTION DE LA DOULEUR LORS DE SOINS QUOTIDIENS (DOULEUR - MÉMOIRE)

- o Soins de toilette (toucher dans les gestes quotidiens, vêtements appropriés)
- o Mobilisation (formation de techniques pour lever)
- o Soins de plaies (anesthésiques locaux, utilisation du gaz techniques pour faire les pansements)
- o Prises de sang, gestes techniques de diagnostic ou de traitement (utilisation des anesthésiques ou des techniques non douloureuses)



## PRINCIPE DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

- Favoriser l'expression de la plainte douloureuse de la personne âgée
- Reconnaître un comportement douloureux
- Ne jamais sous estimer les effets délétères d'une douleur chronique sur l'état de santé global du patient et sa qualité de vie
- Être exhaustif dans l'évaluation d'une douleur, diagnostic exact est égal à un traitement le plus efficace
- Prévenir la douleur des investigations diagnostiques
- Favoriser l'approche combinée médicamenteuse et non médicamenteuse



# Le traitement

Plurimodal

- Traitement médicamenteux
- Traitement non médicamenteux
- Traitement lors des soins





Beaucoup d'erreurs sont certes à corriger dans la prise en charge de la douleur

Mais

**Attention!**

à ne pas verser dans l'excès inverse qui conduirait à croire que :  
toute douleur puisse être immédiatement supprimée par une sorte de

« médicament miracle »

La douleur soulagée est **toujours**  
le fruit d'une participation active  
au sein d'une relation



*« Il n'y a pas de douleurs sans souffrance.  
La douleur est une déchirure de soi qui brise l'évidence  
de la relation au monde... »*

Daniel Lebreton

Prendre en charge la douleur d'une personne âgée, c'est l'aider à vivre et tenter de donner du sens aux jours qui passent