

***Prendre en soins les douleurs chroniques
Des dimensions émotionnelles
aux aspects organisationnels***

Pr Anne-Françoise Allaz

*Spécialiste FMH médecine interne
et Médecine psychosomatique et psychosociale SAPPM
Consultante Hôpitaux Universitaires de Genève*

25.1.2024

Pas de conflit d'intérêt

Programme de l'exposé

- I. Fréquence des douleurs chroniques chez les personnes âgées, et en Etablissement Médico-Social (EMS)
- II. Complexité de la douleur. Circuits et influences
- III. Place des influences émotionnelles
- IV. Quelles réponses ? Individualiser l'évaluation et le traitement
- V. Formation et organisation spécifiques en EMS

Epidémiologie chez les personnes âgées / et en EMS (Heim)

Prévalence chez seniors des douleurs chroniques ou persistantes,
non cancéreuses (durée > 3 mois) **40-70%**

Origine surtout musculo-squelettique, neurogène

Importantes répercussions: Fatigue 40%; Trouble du sommeil 25%
Dépression 30%, Baisse de fonctionnalité 35%, Qualité de vie

EMS en Europe: **35-60% (80%)**

Douleurs modérées: 40%, sévères: 30%. Quotidiennes: 50%

Origine **Musculo-squelettiques et cutanées, escarres**

*Ulbricht, J Pain symptom Man, 2019; Domenichiello, Prog Neuropsychopharmacol
Biol Psychiatry 2019; Achterberg, Pain, 2010, Breivik, Pain in Europe*

En EMS, présentation variable

- EMS: Evaluation compliquée par co-morbidités, troubles cognitifs et répercussions

Pas uniforme! Etude NHS 120'000 nouveaux résidents en EMS:

- Sévère, avec répercussions sommeil, **dépression** 20 %
- Modérée, fréquente, avec troubles fonctionnels 25%
- Modérée, occasionnelle, avec **dépression** 25%**
- Modérée, occasionnelle, sans dépression 30%

***très fréquents troubles cognitifs*

Comprendre:

Qu'est ce que la douleur?

Définition de la douleur

La vôtre ?

Définition, selon l'IASP
(International Association for the Study of Pain)

*« Une expérience sensorielle et émotionnelle
désagréable,
associée à - ou ressemblant à celle associée à - une lésion
tissulaire réelle ou potentielle »*

IASP, nouvelle définition de Raja, 2020

Une expérience sensorielle et émotionnelle

- Par définition, toute douleur comprend une dimension de **sensation** et aussi une dimension **émotionnelle (affective)**
- C'est toujours une expérience double « Corps-Esprit »
- La douleur peut exister même sans lésion du corps identifiable, mais reste bien réelle
- Il faut toujours croire ce que dit le/la patient/e *

*Comment la douleur est-elle
transmise, intégrée?*

*Circuits de
transmission et
modulation
de la douleur*

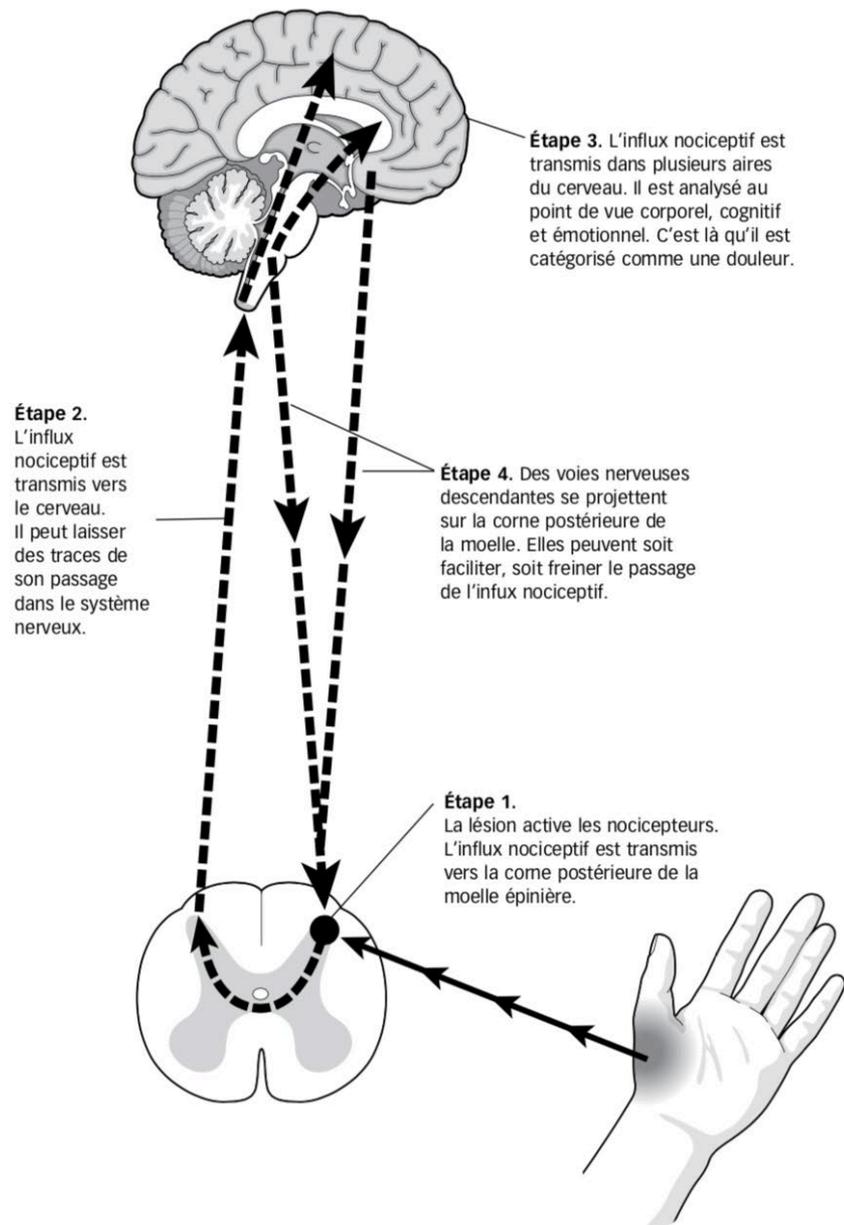


Figure 1 – Les étapes de la douleur.

Trois mécanismes de douleurs

I. Signal d'alarme d'une lésion identifiée (*Douleurs nociceptives*)

Ex: **Problèmes ostéo-articulaires**; arthrose, cancer, et autres

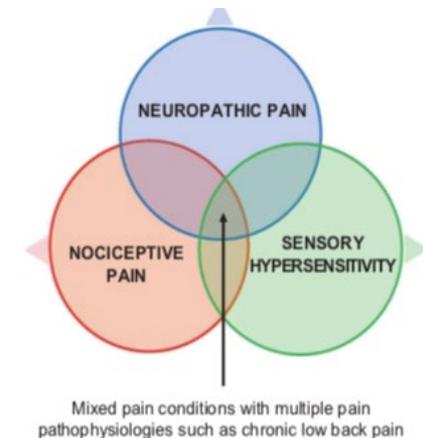
II. Nerfs abimés (*Douleurs neurogènes*)

Ex: **Zona**, Neuropathies, Sciatique, Cicatrices, Amputation

III. Circuits modifiés, Sensibilisation centrale
(*Douleurs nociplastiques*)

Ex: Fibromyalgie, autres douleurs complexes

IV. **Et toujours importantes modulations
émotionnelles et affectives**



En cas de troubles cognitifs ou de démence

- **Pas moins de douleurs !**
- **Moins de plaintes spontanées:**
61% si cognitivement intact versus 31% si démence *Proctor and Hinder, 2001*
- Souvent réponses adéquates **si l'on demande au patient/e**
- **Et si l'on observe les comportements:** résistance aux soins, agitation, agressivité, repli sur soi, confusion, troubles du sommeil *Muhler C, 2021*
 - Systématiser les demandes. Combiner les échelles
 - Cause traitable d'agitation, d'agressivité, de trouble du sommeil
 - Association forte entre douleurs et dépression

Résumé I

- La prévalence de la douleur chronique chez les personnes âgées est élevée
- Douleur = Expérience sensorielle et émotionnelle
- Douleur chronique = complexe. Multiples influences
Plus qu'un simple symptôme; est reconnue comme une maladie en soi
- La douleur peut exister sans qu'une lésion soit identifiable. Elle est néanmoins réelle
- Il existe plusieurs mécanismes de douleurs.
- Notions de traces, de modulations, de vulnérabilité à la douleur
Notions utiles à partager avec les patients, les familles, les équipes
- Chez les patients avec des troubles cognitifs: la douleur peut s'exprimer par une expression corporelle ou neuro-psychologique, des troubles du sommeil, de l'agitation, des refus de soins

Complexité de la douleur

Influences et renforcements

Influences et renforcements émotionnels et relationnels

- Etats dépressifs
- Anxiété
 - Préoccupations anxieuses, hypervigilance aux sensations
 - Peurs et peurs évitements du mouvement, vision catastrophiste
- Histoire d'événements traumatiques
- Deuils
- Besoin d'être compris et entendus de communiquer une demande d'aide

Lumley, 2011; Treede, Pain, 2019; Allaz, Douleurs et émotions, 2021

Douleurs chroniques et dépression: aller-retour

- Population âgée générale: 15-20%; Patients douloureux: **20-50%**
(Stubbs, 2017, Zis, 2017)
- Prédilection mutuelle: aller-retour
(Rentsch, RMS, 2017)
- Recoupement symptomatique important

La dépression contribue à :

- Chronicisation, persistance de la douleur
(Ex: douleurs post-zostériennes, neuropathiques, dos)
- Intensité de la douleur : plus sévères selon sévérité de la dépression
(Goldenberg, 2010, Katon, 2007, Stubbs, 2017)
- Problèmes de «gestion/coping» de la douleur: catastrophisme, incapacité fonctionnelle, démotivation, dépréciation des soins (Bair, 2008)

Dépression souvent atypique chez les personnes âgées. Diagnostics manqués

- Moins d'humeur dépressive ou de manifestations affectives, sauf auto-dévalorisation
- Forte tendance (> 50%) à des présentations neurovégétatives **dont fatigue et troubles du sommeil**
- Nombreuses plaintes physiques, **en particulier des douleurs** (souvent abdominales, céphalées, dos) *(Raphael, 2006, Beyer, 2007)*
- Répétition des plaintes; dépréciations des soins, refus, irritabilité
- Désinvestissement de soi, « *incompétence acquise/helplessness* » immobilisation sous prétexte de douleur
- Symptômes qui peuvent mimer (ou masquer) un trouble cognitif

Anxiété, Anxiété corporelle, évitements

- « Dépressions anxieuses » fréquentes (Wolitzky-Taylor, 2010)
- Anxiété corporelle. Anxiété pour sa santé: « *Health Anxiety* »
Fixation sur le ressenti corporel, Hypervigilance
- Conséquences: Envahissement, **ressenti et représentations** pessimistes
- Notion de « Peur-Evitement » : **Peur des chutes, d'avoir mal**
 Crainte et anticipation de la douleur + évitement du mouvement
(kinésiophobie)
- Conséquences: **immobilisation, cercles vicieux**, perte de contrôle
Déterminant de l'incapacité fonctionnelle (Wertli, 2014, Barsky, 2017)
- Notion de « catastrophisme »

Traumatismes, maltraitance, abus, négligence infantile

- Histoire de traumatismes, de maltraitance, d'abandon, de négligence dans l'enfance créent une **vulnérabilité à la douleur**
Augmentent le risque de douleurs chroniques (*Afari, Psychosom Med, 2014*)
Epidémiologie: fréquemment associés aux douleurs chroniques
- Répercussions très durables (*Tak, Psychosom Res, 2013, You, Pain Medicine, 2019*)
 - Effets de répétition lors d'un nouveau traumatisme
 - Présentation préférentiellement corporelle des plaintes
 - Histoires enfouies, n'affleurent pas toujours à la conscience, ou pas envie d'y revenir: difficiles d'accès
- Créent un important besoin de reconnaissance et de sécurité affective

Landa, Psychosom Med, 2012; de Senarclens inPress, 2016; Nacak, Jpsychosom Research, 2017

Deuils

Deuils: Autre dimension importante... et sous-estimée

- Deuils de conjoints de longue durée: 4 à 9 ans: > **25%** des cas
(Lannen, 2008)
- Symptômes durables, **principalement des douleurs** : 2-3 ans
(Women Health Initiative, 2003; Bradber, 2003; Stroebe, 2007)
- Condensations et rappels traumatiques ou de deuils;
“ **douleur de la mémoire** ”, “ deuils anniversaires ”
- Deuils et pertes symboliques: statut social, santé, indépendance, entourage, apparence, etc.

Douleurs comme message relationnel

- Quête de reconnaissance comme personne souffrante, **recherche d'attention, de soutien, de présence, d'affection**
 - **Sentiments de ne pas être crus, pas écoutés**
Je me sens abandonné à mes douleurs: 30% (Breivik, Pain in Europe)
 - Recherche **d'estime de soi**, capacité à attirer l'attention
 - « *La douleur peut être ce qui reste à la personne âgée pour (se) prouver qu'elle est encore en vie* » (J Pellerin, 2002)
 - Réorganisation systémique (de la famille) autour de la plainte
- **Une demande d'aide n'est pas une manipulation!!**
- Risques élevés de malentendus, d'excès thérapeutiques, de rejet

(Allaz, 2003, 2021)

Résumé II

- Il existe d'importantes influences affectives-émotionnelles sur les douleurs chroniques.

Mais attention: **la douleur reste réelle !**

- La douleur chronique touche souvent des personnes vulnérables avec des histoires traumatiques, des deuils, de grandes périodes de stress. Elles ont besoin d'empathie et de compréhension
- **La Dépression** est fréquente, à identifier. Se cache souvent derrière - ou en accompagnement - des douleurs
- **L'Anxiété** amène à des préoccupations pour sa santé, une hypervigilance aux ressentis corporels
- Elle peut induire des « **Peurs-évitements** » (ne plus vouloir se mobiliser par exemple) donc risque de perte d'autonomie
- Les patients qui souffrent de douleurs chroniques ont de d'importants besoins d'accueil et de reconnaissance

Que peut-on faire?

Un exemple clinique

Histoire d'une dame très âgée en EMS
Plainte de douleurs aux jambes connue des
équipes
Quelle réponse ?

1. Individualiser la prise en charge

- Ecouter, écouter, écouter, observer (équipe): réponse individualisée

Socle de bienveillance et de confiance à créer: s'engager!

(Heijmans, 2011; de Roten, in Dunod, 2011, Duplan RMS, 2023)

- Identifier un (petit) but personnel, valorisé **ici et maintenant**, atteignable « malgré la douleur », adapté au monde du patient
- Plan de traitement créatif, centré sur les priorités de la personne
Tenant compte des échecs
- S'engager, **former son équipe**

II. Prendre pour but le soulagement global

- But du traitement: **Soulagement de la douleur** pour améliorer la qualité de vie, la reprise de liens sociaux, d'activité
- Dépasser l'illusion d'une cause unique et simple à traiter
- Identifier les renforcements qui entraînent des cercles vicieux
- S'occuper du sommeil, du découragement, de la perte de projets
- Adaptation aux capacités et ressources, timing adapté, dans la durée
 - S'occuper +++ de l'atteinte de l'estime de soi
 - **Valoriser**, engager, personnaliser, réveiller un projet personnel
 - **S'intéresser à l'efficacité du traitement. L'évaluer**

III. Agir sur les mécanismes d'origine de la douleur mais aussi sur les moyens modulateurs

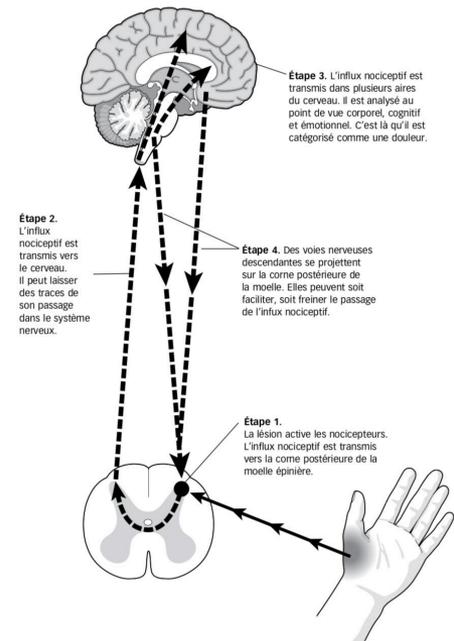


Figure 1 – Les étapes de la douleur.

III. Modulation par des approches diversifiées

- **Renforcer les mécanismes inhibiteurs naturels:**
 - Chaleur, Bains, Massages, Bandages
 - Bénéfices des traitements **locaux** (crèmes, massages)
 - Donner des informations : Contrôle, Anticipations positives
 - Distraction
 - Massage ou antalgique avant mobilisation
- **Physiothérapie**, mobilisation, limiter la raideur, renforcement musculaire, autonomie renforcée, amélioration de la dépression
- Bonne installation; Ergothérapie
- Thérapies corps-esprit, mais en EMS?
- Hypnose, Mindfulness, Art thérapie

Bénéfices documentés en pratique ?

Selon méta-analyse de 5000 patients douloureux, en EMS

J.A. Knopp-Sihota et al. / JAMDA 23 (2022)

1. Médicaments analgésiques: Effets modérés à importants
 2. Autres traitements variés dont **exercice**, acupressure, acupuncture, améliorer la dépression:
Effets modérés à importants, **les plus durables,...** retardés (4 sem)
 3. Interventions combinées
 4. Education des équipes
- Recommandations: Traitements centrés patients, Médicaments avec physiothérapie/acupuncture, TT dépression et formation des équipes

IV et V.

*Réponses institutionnelles
et organisationnelles*

IV. Formation des équipes dans le domaine de la douleur

- Formations sur la complexité de la douleur chronique
 - Douleurs chroniques sont réelles même si pas de « cause », même si répétitives, même si ressemblent à un appel
- Formation sur les présentations cliniques, neuropsychologiques, comportementales de la douleur. Fréquence de la dépression associée
- Formations sur les réponses à donner:
 - Pluralité des actions possibles, en complément des médicaments
 - Manière d'accueillir la plainte: présence, écoute, validation
 - « Communication thérapeutique »: Exemple: « *j'entends, je vois* au lieu de « *je sais* ». Cours utiles pour tous les soignants....
 - Distribution des médicaments avec suggestions positives
 - **Evaluation systématique de l'effet des traitements**

IV. Formation des équipes.

Domaine des attitudes et communication

- Favoriser une attitude motivationnelle et positive (encouragements, empathie, félicitations)
- Favoriser l'engagement des patients, propositions (par ex. de mouvement) « malgré la douleur »
- Proposer un projet partagé: « *nous ferons une promenade, un jeu* »
- Informer le patient autant que possible
- Ne pas oublier d'annoncer une action de soin, de demander l'accord (y compris en cas de démence)
- Communication thérapeutique: « *j'entends, je vois* » au lieu de « *je sais* »
- **Identifier le risque de perte de compassion, de découragement des équipes**
- Rester ouverts, tolérants, créatifs. Partager en équipe. Supervisions

V. Suggestions d'organisation

- Créer une culture antalgique explicite dans l'établissement;
- Former les équipes aux notions et attitudes de base;
- Désigner «1-2 répondant-douleur» à former spécifiquement;
- Impliquer les acteurs du terrain (aides compris). Identifier les besoins, favoriser l'innovation et la créativité des soignants...
- Instaurer des évaluations verbales et comportementales systématiques;
- Programmer une évaluation systématique du bénéfice des traitements;
- Mettre à disposition des offres variées: physiothérapie, bains, massages, lectures, art-thérapie, etc.
- Renforcer la culture du respect de la personne « *Nothing for us, without us* »

V. Bénéfices attendus

Bénéfices pour l'établissement:

- Confort, autonomie et qualité de vie des résidents, satisfaction des proches
- Confort et satisfaction des équipes, **stabilisation du personnel !**
Ex: comprendre les comportements agressifs, refus de soins: moins d'épuisement émotionnel
- Mise en place de projets partagés, soignants, créatifs, motivants, **qui donnent du sens au travail**
- Combattre le spectre de la maltraitance
- Compétence et « Bientraitance » comme esprit d'entreprise et position éthique, humaniste et valorisante - qui donne du sens et de la fierté
- « Bientraitance » comme argument promotionnel fort, facile à financer, attractif pour la population, l'engagement et la stabilisation du personnel

Résumé III

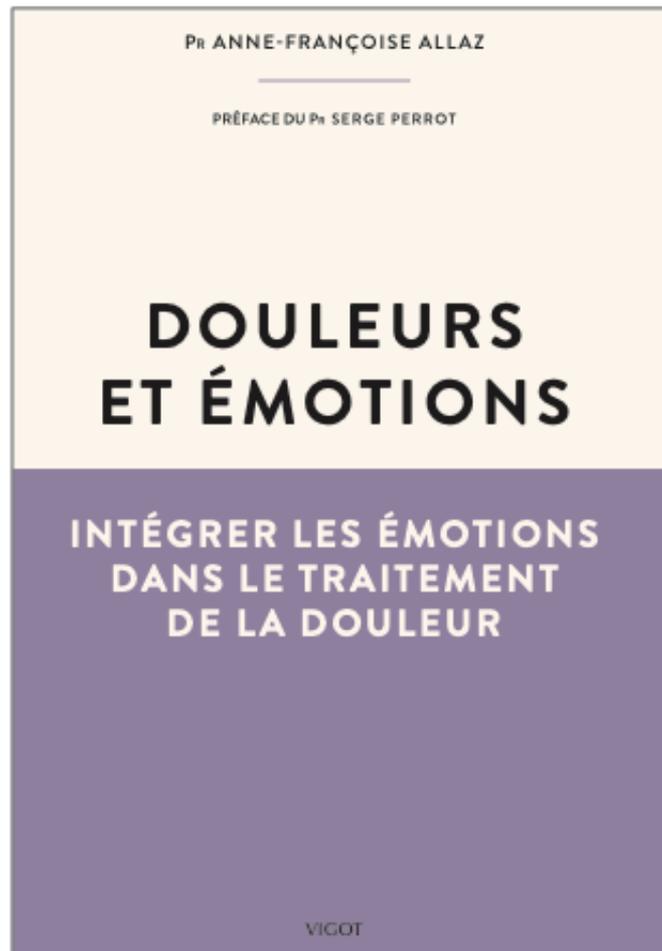
Suggestions de traitement et d'organisation

- Individualiser la prise en charge autour d'un but valorisé par le patient
- Viser l'amélioration de la qualité de vie, des capacités fonctionnelles et le soulagement de la douleur
- La distribution de médicaments doit être « accompagnée » **et évaluée**
- Ne pas sous-estimer les bénéfices des approches locales, physiques, etc et de la communication et de l'information au sujet des traitements
- Prendre au sérieux le besoin de valorisation
- Créer une culture antalgique dans l'établissement avec formation des équipes, création de « référents douleur » formés
Encourager une culture de la « bientraitance ». Etre créatif/ve, s'engager
- Croire au bénéfice d'une « culture antalgique et bientraitante » pour les patients, les proches, les soignants et l'institution, en termes de projet pour le personnel, pour sa stabilisation et le recrutement. + Image !

Quelques références pour aller plus loin...

1. Allaz A-F. *Douleurs et émotions. Intégrer les émotions dans le traitement de la Douleur*. Ed Vigot, Paris, 2021.
2. Achterberg et al.. *Pain in European long-term care facilities: Cross-national study in Finland, Italy and the Netherlands*. *Pain* 2010; 148: 70-74.
3. Zis P. *Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges*. *Clin Interv Aging*. 2017;12:709-720.
4. Jennifer A. Knopp-Sihota. *Management of Chronic Pain in Long-Term Care: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *JAMDA* 23 (2022) 1507e1516

PARUTION : MARS 2021



DOULEURS ET ÉMOTIONS
INTÉGRER LES ÉMOTIONS DANS
LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Anne-Françoise Allaz

15 x 24 cm • 128 pages

Livre broché

ISBN : 978-2-7114-2583-9

14,00 € / 18 CHF

**RÉSERVEZ
VOTRE EXEMPLAIRE
CHEZ VOTRE LIBRAIRE**