

Une expérience gériatrique

Douleur et physiothérapie en pratique hospitalière

La prise en soins de la douleur aiguë comme chronique des patients âgés est une priorité du traitement physiothérapeutique. En effet, que la douleur soit le motif primaire de la prescription médicale ou qu'elle soit identifiée au décours du bilan initial physiothérapeutique, son évaluation conditionnera grandement l'adhésion du patient à sa rééducation, en réduisant les retentissements négatifs tant sur l'aspect fonctionnel que biopsychosocial. La péjoration des capacités physiques, corrélée à la kinésiophobie, au catastrophisme et à la chronicisation de la douleur chez le sujet âgé, renforce la perte d'autonomie tout en diminuant sa qualité de vie (1–2).

La douleur est définie telle qu'une «expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion» (3). La douleur doit ainsi être appréhendée de façon pluridimensionnelle, en intégrant approche somatique et psychothérapeutique de façon complémentaire, afin d'en saisir la complexité et de mettre en place des objectifs partagés et réalistes tant avec le patient qu'avec l'équipe médico-soignante (4–6).

La douleur peut comporter, tout à la fois, des signes physiopathologiques objectivables (i.e., inflammatoires, lésions bio-mécaniques, atteintes du système nerveux central ou périphérique), mais aussi des signes idiopathiques modulés par des facteurs neuropsychiques et comportementaux.

Ces éléments entraînent une discordance entre les symptômes cliniques présentés et les lésions observables car la douleur s'inscrit dans une histoire personnelle modifiant le ressenti expérientiel du patient âgé: composante sensori-motrice, affective, émotionnelle et cognitive. Ce retentissement individualisé est à l'origine en grande partie de la distinction douleur aiguë-symptôme / douleur chronique-syndrome (5).

Méthodologie

Approche différenciée douleur aiguë / douleur chronique / douleur induite

On distingue schématiquement quatre types de mécanismes:

- ▶ Les douleurs nociceptives, essentiellement de type aiguës: douleurs mécaniques, inflammatoires et douleurs mixtes. Le traitement physiothérapeutique sera curatif et préventif en agissant sur le processus causal réactionnel ou en limitant les effets excitateurs (5–6)
- ▶ Les douleurs neuropathiques, évoluant le plus souvent vers la chronicité: douleur projetée, référée, pararhumatologique et douleurs spontanées provoquées. Le traitement, visant l'amélioration des phénomènes douloureux en phase aiguë, devient prioritairement réadaptatif et préventif en phase de chronicité (ex.: éducation thérapeutique de la lombalgie chronique) (7)



Jean de Buretel de Chassey
Thônex



Ingrid Plard
Genève

- ▶ Les douleurs dysfonctionnelles (ex.: fibromyalgie) nécessitent une approche physiothérapeutique multimodale de type réadaptatif fonctionnel (8)
- ▶ Les douleurs psychogènes, en absence de substrat organique lésionnel, nécessitent une approche privilégiant l'alliance thérapeutique (techniques orientées sur la représentation du schéma corporel, levée de tensions, voire la reconnaissance de la souffrance psychique) (9)

Le syndrome douloureux chronique suggère une démarche diagnostique et thérapeutique pluridisciplinaire car les facteurs d'exacerbation sont souvent multiples: facteurs intrinsèques (atteintes d'organes induisant des troubles fonctionnels et/ou des troubles cognitifs surajoutés), facteurs comportementaux (polymédication, addictions) et environnementaux (ruptures sociales, deuils objectifs ou symboliques) (10, 11, 17).

Les douleurs induites peuvent relever de l'ensemble de ces mécanismes, ce qui impose un raisonnement physiothérapeutique construit sur la triade «évaluer-traiter-suivre» afin d'optimiser l'approche préventive.

Plan de traitement

Le patient âgé exprime ses attentes, en concertation avec le physiothérapeute, qui propose un projet de soins commun et des moyens de traitements adaptés suite à une prescription médicale, complémentaire de la prise en charge médicamenteuse. Plan de traitement en quatre axes principaux d'interventions:

Antalgique:

Traitement physiothérapeutique individualisé, suite à un bilan initial qui évalue et définit les caractéristiques de la douleur: prise en charge ciblée, prise de conscience du corps, contingence des répercussions négatives sur les capacités de mouvement du patient âgé. Cet objectif ne représente pas une fin en soi mais prépare la phase suivante, plus active (11–20)

Rééducation et reconditionnement physique :

Explorer les capacités fonctionnelles et articulaires du moment après validation par le patient (i.e., atteindre «ce qui est possible et supportable pour le patient au quotidien»)

Lever les tensions musculaires, contractures reflexes douloureuses: extéroception-respiration

Permettre de mieux gérer la douleur dans les AVQ (ergothérapie), limiter les attitudes vicieuses génératrices de douleur

Autonomiser le patient et stimuler l'auto-rééducation: mobilisation et proprioception

Lutter contre la rééducation passive (7-12)

Rééducation cognitivo-comportementale :

Lutter contre les évitements et repli sur soi: mettre en confiance

Favoriser les techniques de coping selon 3 stratégies principales: détourner l'attention, modifier l'interprétation et favoriser la relaxation (6, 9, 20)

Enseignement thérapeutique :

Le patient doit devenir acteur de son plan de traitement. Le but est de lui montrer «qu'il peut et comment il peut se mobiliser»: cross éducation et optimisation de la rééducation sensorimotrice

TAB. 1a Techniques Manuelles – buts, indications et contre-indications			
	Buts	Indications	Contre-indications
Trigger point	Relâchement musculaire par positionnement, compression manuelle ischémique, étirement manuel local, massage fonctionnel, libération tissulaire	Douleur chronique	Vasculaire (hématome frais, thrombose, varice, problème de coagulation) Lésions cutanées Maladies musculaires Infections, tumeurs Douleur trop importante
Massage décontractant	Myorelaxant, diminution et inhibition du seuil nociceptif, gate-control, effet relationnel	Douleur chronique, sédation des contractures musculaires, dysalgies	Plaies, infections Troubles de la sensibilité (hyperesthésie) Troubles vasculaire: TVP, Hématome
Drainage lymphatique manuel	Compression, résorption œdème, analgésie	Lymphoedèmes, hématome à distance, douleur induite	Dermo-hypodermite, TVP, Insuffisance cardiaque droite, foyers infectieux et tumoraux
Massage Transverse Profond (type Cyriax)	Hyperthermie mécanique qui permet un apport sanguin, une revascularisation et un effet anti-inflammatoire. Mouvement qui libère les adhérences	Lésions musculaires, ligamentaires, et tendineuses, douleur aiguë post-traumatique et chronique	Inflammation d'origine microbienne Manifestation post-traumatique exacerbée ou hyperalgique: calcification, ossification des parties molles Bursites, arthrite rhumatoïdale Compression nerveuse

TAB. 1b Techniques instrumentales et agents physiques – buts, indications et contre-indications			
	Buts	Indications	Contre-indications
Cryothérapie	Anesthésie locale, diminution de l'œdème, échanges artério-veineux (17)	Douleur aiguë, inflammatoire (phase aiguë des maladies rhumatismales), hématome en aigu	Infections, trouble de la sensibilité et cognitifs en gériatrie
Fangothérapie	Décontractant (sédation des tensions et contractures), analgésique, et vasodilatateur	Musculaires et douleur chronique	Insuffisance circulatoire (veineuse et/ou artérielle) Trouble de la sensibilité Foyer infectieux, inflammation, plaie, fièvre, patch (ne pas appliquer de chaleur sur un patch car provoque une diffusion rapide du produit)
Electrothérapie: TENS	Electrostimulation à haute fréquence des fibres nerveuses de la zone douloureuse, de type Gate Control ou secousses musculaires à basse fréquence stimulant la libération d'endorphines par le cerveau (thérapie additionnelle). Analgésique, défibrillant et hyperémiant par ultrasons (19)	Douleur chronique (endorphines), neuropathique, rhumatoïdale et douleur aiguë (US et Tens) en post-traumatique (lombalgies et cervicalgies chroniques, lombo-sciatalgies-cruralgies, contractures réflexes, sidération musculaire, entorses)	Pace maker ou autre implant médical actif = risques d'interférences Proximité de Micro-ondes Troubles psychiatriques sévères Foyers infectieux Région cervicale antérieure, thoracique, ventre de la femme enceinte Peau lésée ou allergies cutanées
TAPE	Soulager la tension musculaire, favoriser le mouvement et la proprioception, améliorer la circulation lymphatique et sanguine (18)	Douleurs aiguës et chroniques, techniques musculaires, articulaires, aponévrotiques, lymphatiques ou combinées	Plaies Allergie à la colle
Balnéothérapie	Relaxant, décontractant, vasodilatateur, effet hydrodynamique (limiter la pesanteur) (13)	Rééducation musculaire et articulaire, douleur aiguë et chronique	Incontinence, sonde urinaire, plaies, ou voies veineuses, phobie de l'eau, problèmes de peau, troubles cardio-respiratoires (sévéres)

Eviter que les adaptations motrices visant à diminuer le mouvement (effet bénéfique initial dans la phase douloureuse aiguë) ne deviennent délétères à long terme lorsque la chronicité s'installe (9)

Carnet de bord individuel et commentaires (8)

Retrouver le plaisir de bouger

Prévenir l'invalidation progressive: anticiper

Précautions et contre-indications

Différents paramètres vont impacter le bilan et le traitement physiothérapeutique:

Paramètres cliniques et physiques: âge, troubles de la sensibilité, troubles cognitifs et émotionnels, troubles musculo-squelettiques, troubles cardio-respiratoires et vasculaires, signes liés aux maladies chroniques (ostéoporose, métastases osseuses, effets secondaires)

Paramètres psychologiques et facteurs centraux:

- ▶ Les mécanismes de protection, voire de défense mis en place par le patient (deuils, envahissement, régression) seront à évaluer avec précaution lors du bilan initial physiothérapeutique de la douleur
- ▶ Le concept de «peur-évitement» est un déterminant central du processus de chronicisation. Il se traduit par un sentiment de «pensées catastrophistes, c'est-à-dire de croyances et d'attentes pessimistes à

TAB. 1c Mobilisation, transferts et étirements – buts, indications et contre-indications		
Buts	Indications	Contre-indications
Eviter la grabatisation; mouvement passif ou actif (filière aérobie et intensité modérée); limiter et éviter l'enraidissement; aider aux transferts; soulager les appuis et les efforts douloureux. Mobilité articulaire, mise en charge, postures et automobilisation Entretien et récupération masse musculaire Entretien du schéma corporel et du système circulatoire. Lubrification articulaire (liquide synovial, cartilage) Stimulation du système digestif, les grandes fonctions Estime de soi	Douleur aiguë, chronique et induite	Ostéoporose et douleurs aggravées, Métastases osseuses, Fractures et certaines arthroses déformantes, Plaies, et maux perforants, Trouble TA, Diabétique

TAB. 1d Autres – buts, indications et contre-indications			
	Buts	Indications	Contre-indications
Positionnement et contention	Prévenir les troubles du tonus; diminuer les appuis douloureux et la charge musculo-articulaire; compenser un déficit musculaire ou hypertonie	Douleur aiguë post-traumatique (PTG-PTH) et douleur chronique (SLA, parkinson, ataxies, Post AVC, arthrose évoluée, PR, pelvispondylite rhumatoïde (spondylarthrite ankylosante))	Perte de proprioception, ostéoporose, suivi non rigoureux = attitude vicieuse, troubles cognitifs en gériatrie
Imagerie motrice	Reprogrammation sensori-motrice du cerveau («remodeler» le bon schéma) en trois phases, dans un ordre chronologique précis: reconnaissance de latéralité, puis mouvements imaginés, enfin travail avec la thérapie miroir	Douleur chronique et induite (syndrome douloureux régional complexe, Sudeck, syndrome épaule-main, post-AVC)	Accentuation des sensations douloureuses, augmentation des oedèmes, défaut de concentration ou de compréhension, troubles cognitifs majeurs
Hypnose	Amener le patient à mieux gérer et vivre avec sa douleur	Douleur induite (soins), douleur chronique (oncologiques, neuropathiques et somatiques)	Troubles psychiatriques sévères, Troubles anxieux
Mindfulness	Recentrer le patient sur ses ressentis à l'instant présent et observer l'évolution de cette douleur (intensité, amplitude, fréquence) (5)	Douleur chronique	Troubles psychiatriques sévères
Sophrologie-relaxation	Aider le patient à aborder différemment les maux de l'existence en lui inculquant une manière positive de les aborder	Douleur chronique, induite, neuropathique et somatique	Troubles psychiatriques sévères
Réflexologie	Equilibrer l'organisme, et faire «circuler les énergies»	Comme complément thérapeutique dans diverses pathologies et dans la douleur chronique	Traumatismes, inflammation Plaies, infections Maladies cardiaques récentes Pendant les 3-4 premiers mois de grossesse
Shiatsu	Stimuler les vertus préventives dans le maintien du bien-être et de la santé	Soutien dans diverses pathologies. Stimuler les fonctions vitales. Douleur chronique	Fracture, hémorragie épilepsie, syndrome abdominal aigu, toute affection grave nécessitant l'intervention d'un médecin Ostéoporose sévère, TVP, fièvre, inflammation aiguë, trouble cardiaque et pulmonaire Dermatose importante, infection cutanée Femme enceinte et enfant (shiatsu spécifique)

propos de soi-même, des autres et du futur (il) engendre un sentiment d'impuissance face aux événements qui se traduit par une peur du mouvement (kinésiophobie) et des comportements déviant. Pour certains patients, la peur du mouvement peut être plus invalidante que la douleur elle-même.» (3, 11, 13)

Principaux facteurs de risques à prendre en compte: surpoids, déconditionnement physique, maladies physiques, maladies psychiatriques, stress psychosocial, qualité du réseau de soins, partenariat avec le malade/les proches, représentations menaçantes, mauvaise compréhension des enjeux, sentiments d'échec ou de rejet, ergonomie au domicile et au travail.

Déroulement du traitement

En collaboration pluridisciplinaire avec les équipes médico-soignantes (ergothérapeutes, médecins, infirmières, psychiatres si besoin). Il s'agit en particulier d'obtenir une expérience positive du mouvement pour renforcer l'adhésion du patient et la réussite du traitement (14–20).

Bilan physiothérapique ciblé

► Anamnèse de la douleur classique –

► Spécificité des douleurs chroniques dont oncologiques:

Capacités du patient à bouger afin de valoriser ses possibilités fonctionnelles

Développement d'une alliance thérapeutique nécessaire aux traitements
Optimisation de ses acquis et progrès fonctionnels (mobilité, AVQ et confiance retrouvée en ses capacités), en particulier en le «décentrant» de ses sensations douloureuses.

Reconnaissance du patient comme personne souffrante (15)

► Spécificité des douleurs chroniques en psychiatrie

Bilan de déconditionnement souvent majeur, troubles psychosomatiques associés

Évaluation de l'impact bio-psycho-social avec l'équipe psychiatrique

► Tests spécifiques des douleurs lombaires

Echelle de confort

Distance doigt-sol; test d'élasticité des IJ et de shirado

Mc Kenzie: établir les préférences directionnelles rachidiennes du patient en flexion et en extension

Diagnostic physiothérapique

Morpho-Statique

Mobilité fonctionnelle: transferts, déplacements, périmètre, relever du sol

Mobilité spécifique analytique

Mobilité musculo-articulaire: arthrose, rétractions musculaires, hyperlaxité

Bilan palpatoire musculo-squelettique

Bilan neurologique moteur et sensitif (test DN4: fourmillements, brûlures, paresthésies, engourdissements, décharge électrique, allodynies)

Propositions thérapeutiques

Il s'agira également de présenter les possibilités de progrès à venir.

Court terme: plus petit objectif significatif durant l'hospitalisation (3 semaines en moy.) centré sur la mobilité, réentraînement à l'effort associés à des techniques visant une diminution du symptôme voire de la cause douloureuse

Moyen terme (du retour à domicile à 1 an): physiothérapie en cabinet (force et amplitudes), piscine, groupe de type ProMIDos si douleurs réfractaires,

Long terme (> à 1 an): rééducation plus active en privilégiant auto-rééducation et récupération de la «fonction»

Conclusions du bilan

Etablir un programme personnalisé en utilisant des techniques instrumentales, fonctionnelles, relaxantes, manuelles.

Suivre régulièrement les répercussions de la douleur chez le patient âgé, afin de réajuster le traitement physiothérapique si besoin (réserve médicamenteuse).

Traitements

Buts: diminuer les douleurs, impliquer le patient âgé et co-construire une spirale vertueuse «affrontement-mouvement-reconditionnement-confiance», sans perdre de vue que la sensibilisation centrale douloureuse modifie l'approche thérapeutique (16).

Obstacles fréquents en gériatrie: manque d'adhésion du patient, maintien difficile des résultats dans le temps si rééducation trop passive, manque de compréhension sans un soutien pluridisciplinaire affirmé.

Principes de la rééducation: rester infra douloureux, doux, relaxant en respectant la fatigabilité du patient.

Traitement type:

Séance individuelle de 30 min (3 à 5 / sem.):

► Exercices personnalisés infra-douloureux sous forme de programme

► Compensations positives ou délétères?

► Reconditionnement physique (kinésiophobie)

► Electrothérapie de type TENS, cryothérapie, fangothérapie, massage

Séance groupale de 45 min:

► Transfert, échauffement et mobilisation générale

► Image corporelle: lutter contre les croyances et représentations

► Exercices fonctionnels et prévention des chutes

Jean de Buretel de Chassey

Responsable de secteur Physiothérapie

Département de Médecine Interne, Réhabilitation et Gériatrie

Hôpitaux Universitaires de Genève - Hôpital des Trois-Chêne

Chemin du pont-Bochet 3, 1226 Thônex

jean.deBureteldeChassey@hcuge.ch

Ingrid Plard

Physiothérapeute du Service de Médecine Interne et Réhabilitation de

l'Hôpital de Beau-Séjour, Hôpitaux Universitaires de Genève

Avenue de Beau-Séjour 26, 1211 Genève 14

Ingrid.Plard@hcuge.ch

✚ **Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Messages à retenir

- ◆ La douleur chronique est très fréquente en gériatrie
- ◆ La douleur chronique est associée à une perte d'autonomie, des troubles cognitifs et une peur du mouvement
- ◆ La douleur chronique est à évaluer de façon pluridimensionnelle en regard du contexte bio-psycho-social
- ◆ Une approche active pluridisciplinaire avec des objectifs partagés et une exposition graduelle est à privilégier

Références:

1. Vlaeyen J. Fear of movement, injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995;62:363-72
2. Modèle comportemental et cognitif d'après Vlaeyen JWS, 1995
3. Association internationale pour l'étude de la douleur, IASP.
4. ANAES. Recommandations et Références professionnelles. Evaluation et suivi des douleurs chroniques en médecine ambulatoire. 1999
5. Boureau F et al. Assessment and management of chronic pain. *EMC Anesthésie Réanimation* 2005;1-22
6. O'Reilly A. La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique: une revue des travaux. *J thérapie comportementale et cognitive* 2011;21:126-31
7. Gallice JP et al. Multidisciplinary programs and chronic back pain: concepts and practical aspects. *Kinésithérapie la revue* 2010;102:40-4
8. Coudeyre E et al. Un simple livret d'information peut contribuer à réduire l'incapacité fonctionnelle. Etude randomisée et contrôlée en milieu de rééducation. *Ann réadaptation médecine physique* 2006;49:600-8
9. Hug F et al. Adaptations du mouvement à la douleur: objectifs et conséquences. *Kinésithérapie la revue* 2016;16:2-9
10. Abenhaim L et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine* 2000;25:1S-33S
11. Allaz AF. Le messenger boiteux: approche pratique des douleurs chroniques. Editions médecine et hygiène. 2007
12. Pautex S. Douleurs et personnes âgées. *Rev Med Suisse* 2014;10:27
13. Espi-Lopez GV et al. Effectiveness of physical therapy in patients with tension-type headache: literature review. *J Jap Physical Ther Assoc* 2014;17:31-8
14. O'Sullivan P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Man Ther* 2005;10:242-55
15. Beaulieu. La douleur en mouvement. Les presses de l'université de Montréal.
16. Nijss et al. Thinking beyond muscles and joints: therapists and patients attitudes and beliefs regarding chronic pain are key to applying effective treatment. *Man Ther* 2013;18:96-102
17. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet* 1999;354:581-5
18. Bellot F. Cryothérapie post-traumatique: entre pratique et théorie. *Kinésithér Scient* 2015;0570:31-6
19. van Middelkoop M et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2011;20:19-39
20. Jadaud et al. Place du masseur-kinésithérapeute dans la PEC pluridisciplinaire des douloureux chroniques en Centre de Traitement de la Douleur (CHU de Nantes). 2015
21. Kerkour et al. Bandages adhésifs élastiques de couleurs: description et application pratique. *Rev Med Suisse* 2009;1560-3
22. Al-Qubaeissy KY et al. The effectiveness of hydrotherapy in the management of rheumatoid arthritis: a systematic review. *Musculoskeletal Care* 2013;11:3-18
23. Imagerie motrice. Département de chirurgie. Physiothérapie Unité de la main.