

DOULEUR, MOUVEMENT ET PERSONNE ÂGÉE

SARADOL 20 mai 2016

**« Maintenir du mouvement et mon autonomie »
le travail quotidien du senior douloureux**

Dr Fabienne Marcaillou CETD CHU Clermont-Ferrand



Conflits intérêts

Je déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet traité.

Mouvement....

Sens 1

Déplacement, changement de position (le mouvement oscillatoire d'une pendule....)

Sens 2

Manière de mouvoir le corps (des mouvements gracieux.....)

Sens 3

Groupe de personne qui aspire à un changement (un mouvement de grève....)

Sens 3

Impulsion, élan qui porte à manifester un sentiment, une volonté (un mouvement d'humeur....)

.....

Le mouvement chez le sujet âgé

→ notion de sédentarité

La sédentarité favorise

- Les facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, le diabète, hypercholestérolémie, l'obésité...)
- Les troubles musculo-squelettiques (mal de dos, de cou, d'épaule...)
- La survenue de désagréments comme la sensation de jambes lourdes, la constipation, la sensation de fatigue chronique, de mauvais sommeil
- **Chez le sujet âgé**, la sédentarité favorise en plus le risque de chutes et la tendance à l'isolement

→ risque de perte d'autonomie

Étiologie perte d'autonomie du sujet âgé

Pathologies les plus fréquemment responsables

- ◉ **Arthropathie**
- ◉ **Pathologie dégénérative SNC, pathologie vasculaire cérébrale**
- ◉ **Maladie dépressive**
- ◉ **Néoplasies**
- ◉ **Maladies de œil et de l'oreille**

La perte de l'autonomie est un facteur prédictif de mortalité ou de devenir péjoratif

Douleur chronique du sénior :

→ épidémiologie

- ⊙ 1/3 des plus 65 ans et 40% des plus de 80 ans souffrent de pathologies chroniques douloureuses
 - 75% des cas : pathologies ostéoarticulaires (LC, Arthrose, PR...)
 - Cancéreuses
 - Neurologiques (neuropathies -diabète-, parkinson, zona, AVC, amputation...)
- ⊙ Dans 10 % cas Plainte refuge :
 - Appel à l'aide, besoin d'entrer en relation
 - Dépression masquée
- ⊙ Véritable enjeu de santé publique : vieillissement de la population

Étiologie perte d'autonomie du sujet âgé

Étiologies perte d'autonomie

Et

Étiologies douleur chronique

Sont un peu les *mêmes*

- ⦿ **Pathologies ostéoarticulaires**
- ⦿ **Pathologies systèmes nerveux central**
- ⦿ **Néoplasies**
- ⦿ **Maladie dépressive**

→ entraves au mouvement physique et/ou psychique

Le risque : la cascade

- Douleur – Déficiences
- Sédentarisation -Isolement
- Dépression
- Troubles alimentaires
- Détérioration physiologique
- Syndrome de glissement
- Handicap



M^{me} R Josiane

1^{ère} CS CETD mai 2015 = LS MI Droit s'aggravant depuis 2 ans

○ **Née en mai 1934 (81 ans)**

○ **ATCD**

- Médicaux = HTA, scoliose modérée
- Chirurgicaux :
 - Appendicectomie, cataracte, hémorroïdes
 - **Lombaire** L5-S1 en 2004 LS MID aide d'environ 50% surtout sur la sciatalgie

○ **Mode de vie**

- Divorcée à 40 ans, célibataire vie seule
 - Une fille de 55 ans (2 fils)
 - Un fils de 49 ans médecin (1 fille)
- 2 aides ménagères 4 h/semaine
- Se dit autonome et prend la voiture pour de petits trajets

M^{me} R Josiane

Descriptif douleur

○ **« J'ai mal au dos depuis plus 20 ans ! »**

→ Douleur modérée du rachis lombaire (EN=5)

○ **« Mais c'est cette douleur dans ma jambe qui m'embête »**

→ Douleur plus sévère (EN=7) fesse, face postérieure de cuisse et de jambe droite, s'interrompant à mi-mollet augmentée à la palpation des masses musculaires fessières

○ **Confort global = 5/10**

○ **Se sent vertigineuse et nauséuse**

M^{me} R Josiane

◉ **IRM lombaire de mars 2015 : pas de conflit disco radiculaire;
pas de CLE**

◉ **Pas d'indication chirurgicale retenue**

◉ **Traitements essayés :**

- AINS = 0
- Intolérance aux opioïdes
- Hiatus = 0
- Acupuncture = 0

◉ **Traitement en cours**

- Paracétamol 500 : 8/jour 
- Prégabaline (Lyrica®) : 75 mg x 3/jr 
- Néfopam (Acupan®) : 2-3 amp /jr 
- Betahistine (Betaserc ®) : 2/jr
- Eupressyl : 1/jr



M^{me} R Josiane

Impact de la douleur

○ HAD : A = 0 / D = 3

○ Sommeil : Mauvaise dormeuse depuis 50 ans, pas pire depuis la douleur

○ GIR = 6 personne n'ayant pas perdu son autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne

○ Epice > 39 = vulnérabilité sociale

- Q1 : a rencontré AS
 - Pour se renseigner pour des aides à domicile
 - Pour se renseigner / une carte de stationnement
- Q6,7,8 : Tendance à l'isolement pas par difficulté financière

GIR		6		
Variables Discriminantessss		A	B	C
1 Cohérence	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Orientation	Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels ...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Toilette	Se laver seul, habituellement et correctement, le haut et le bas du corps.	Haut <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Bas <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		AA=A; CC=C; Autres=B		
4 Habillage	S'habiller, se déshabiller, seul, totalement et correctement.	Haut <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Moyen <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Bas <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		AAA=A; CCC=C; Autres=B		
5 Alimentation	Se servir et manger seul, correctement. <u>On considère que les aliments sont déjà préparés.</u>	Se servir <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Manger <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		AA=A; CC,CB,BC=C; Autres=B		
6 Elimination	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination urinaire et anale.	Urinaire <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Anale <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		AA=A; CX,XC=C; Autres=B		
7 Transfert	Pouvoir passer seul, d'une des 3 positions (debout, assis, couché) à une autre, dans les 2 sens.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Déplacement intérieur	Se déplacer seul à l'intérieur du domicile (même avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTIONNAIRE EPICE		
Questions	O/N	Points Calculés
Q1-Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	<input checked="" type="radio"/>	10,06
Q2-Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	<input type="radio"/>	-11,83
Q3-Vivez-vous en couple ?	<input type="radio"/>	0
Q4-Etes-vous propriétaire de votre logement ?	<input type="radio"/>	-8,28
Q5- Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	<input type="radio"/>	0
Q6-Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	<input checked="" type="radio"/>	0
Q7-Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/>	0
Q8-Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/>	0
Q9-Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	<input type="radio"/>	-9,47
Q10-En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	<input type="radio"/>	-9,47
Q11-En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	<input type="radio"/>	-7,1
Total :	6	39,05

M^{me} R Josiane

Impact de la douleur

- Tendance à l'isolement et à la sédentarité
- Notion de 2 chutes en 1 an par maladresse (sans gravité)

→ Stasophobie

- Se sent de moins en moins sûre pour marcher, équilibre moins bon
- Sensation de manque de force et d'instabilité de son MID
- Peur de se déplacer seule en ville
- Peur d'entreprendre une marche seule
- Reste chez elle pour ne plus chuter

Clinique

- ◉ **Mobilité hanches et genoux : Ras**
- ◉ **Examen neurologique normal (MMSE =30/30)**
- ◉ **Pas de raideur rachidienne**
 - DDS = 0
 - Inclinaisons latérales et rotations du rachis correctes
- ◉ **Pas de signes de conflit disco radiculaire clinique**
 - Pas d'impulsivité à la toux
 - Lasèque négatif
- ◉ **DN4 = 3 (brûlures, décharges électriques, froid douloureux)**

Syndrome du piriforme

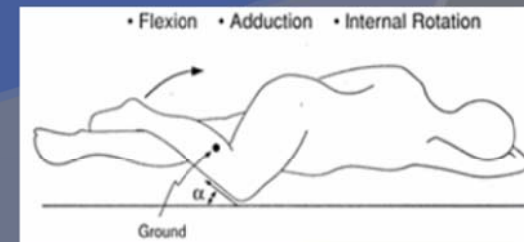
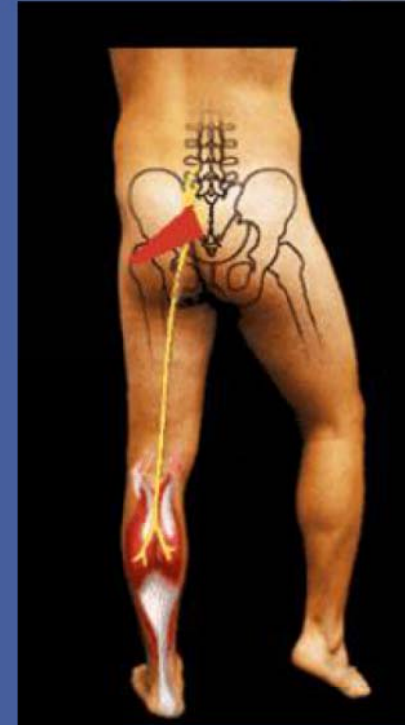
Clinique

Manœuvre de FREIBERG positive

- Décubitus dorsal
- Flexion Adduction Rotation Interne de la hanche réveille une douleur plus vive

Manœuvre de BEATTY positive

- Patient en décubitus latéral du côté non douloureux
- Pied du MI douloureux en regard du creux poplité opposé
- Hanche en flexion adduction RI
- Soulever et maintenir le genou dans cette position avec ou sans résistance



M^{me} R Josiane

Projets des moments de répit

- Redevenir indépendante, autonome, marcher
- Recevoir ou être reçue par des amis
- Partir dans sa famille
- Prendre la voiture pour de plus grands trajets

M^{me} R Josiane

Prise en soin : objectif : améliorer la sensation de confort global, pour tenter d'atteindre les envies des moments de répit

- **Arrêt progressif du néfopam et de la prégabaline**
- **Réduction du paracétamol**
- **HDJ CETD : Mésoperfusion lente sur la région fessière : 4 séances (1/mois de juillet à octobre)**
- **HDJ en service de médecine physique et réadaptation : Remise en mouvement progressive (en aout)**
- **Bilan auprès de l'AS :**
 - Démarches auprès de la MDPH (carte de stationnement, de priorité et d'invalidité)
 - Démarche auprès du MT pour demande ALD non exonérante (en prévision de transports kiné, cs...)
 - Bilan des aides possibles/vis quotidienne (GIR 5-6 = caisse de retraite; GIR 1-4 = conseil général)

M^{me} R Josiane

Prise en soin rééducative en HDJ

◎ **De troubles de l'équilibre et de la marche**

◎ **4 séances par semaine/3 semaines**

- Balnéothérapie
- Exercices de contrôles de l'équilibre
- Exercice d'endurance musculaire
- Apprentissage de l'utilisation du TENS

◎ **Fin Aout 2015 et après la rééducation
«intensive» mise en place d'un suivi par
kinésithérapie de ville 1 à 2 fois / sem**

M^{me} R Josiane

Cs CETD 29 février 2016

○ « je vais mieux, et je suis contente d'avoir moins de médicaments »

→ confort global = 8-9/10 (arrêt néfopam, prégabaline, réduction paracétamol)

○ « et pourtant ma douleur est bien toujours là »

→ EN = 5-6 /10

○ « il faut que je continue la kiné une fois par semaine, ça me stimule la tête et les jambes! »

○ « J'ai toujours peur de tomber mais maintenant je sors un peu plus, j'ai demandé à une de mes aides ménagères de faire une marche hebdomadaire avec moi »

○ « La carte de stationnement m'aide pour les courses »

Douleur, mouvement et personne âgée

Que nous dit la littérature?

Assez pauvre sur le sujet jusqu'à ces 10 dernières années

The relationship between pain intensity and severity and depression in older people : exploratory study. Iliffe et al, BMC Fam Pract 2009



Le désespoir, Munch, Musée Munch, Oslo, Norvège

Résultats de cette étude : issues d'une analyse secondaire d'une Baseline concernant 406 personnes autonomes + 65 ans vivant dans la banlieue Londonienne souffrant de douleur depuis au moins 4 semaines

Analyse de données :

- ◉ Intensité et la fréquence de la douleur (GPM : geriatric pain measure)
- ◉ Présence de symptômes dépressifs (MHI5)
- ◉ Risque d'isolement social (Lubben Social Network et IADL : Instrumental Activities of Daily Living)

Corrélation de l'intensité douloureuse avec

- Isolement social
- Troubles mnésiques
- Difficulté à réaliser les gestes du quotidien
- Bas niveau d'éducation

Hartvigsen J, Spine 2000

Activités physiques sportives

**Pratique régulière d'activité physique (1fs/sem
30 min) chez senior**

**(marche sur longue distance, cyclisme,
jardinage intense, danse)**

➤ diminution des lombalgies

**(surtout chez les sujets à basses capacités
physiques à l'inclusion)**



Médecines complémentaires et techniques non médicamenteuses pour une remise en mouvement progressive

Activité physique et sommeil chez les seniors D. Davenne.
Médecine du sommeil 2015

La pratique d'une activité physique régulière

- ◉ Amélioration du rythme circadien
- ◉ Amélioration de la quantité et de la qualité du sommeil
- ◉ Amélioration globale de la qualité de vie



Médecines complémentaires et techniques non médicamenteuses pour une remise en mouvement progressive

Physical activity, function, and longevity among the very old. J. Stessma, Arch Intern Med, 2009

⊙ Etude observationnelle (patients > 70ans)

⊙ La pratique d'une activité physique régulière

- Augmente l'espérance de vie
- Augmente la qualité de vie

⊙ Débuter une activité physique même à un âge avancé aboutit aussi à ces conclusions



Médecines complémentaires et techniques non médicamenteuses pour une remise en mouvement progressive

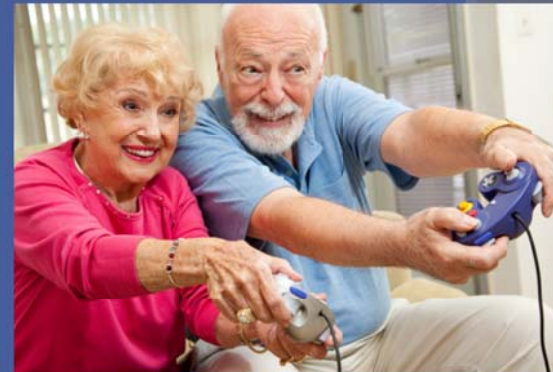
Bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées Vuillemin
Science et Sports 2012

Bénéfices

- **Fonction articulaire**
 - Assouplissement ligamentaire
 - Lutte contre ostéoporose
- **Fonction cardiovasculaire**
- **Sur la morbidité et la mortalité** (fréquence moindre)

HTA Pathologie coronarienne AVC

K colon K sein



• Rappel recommandation OMS 2010 *sujet > 65 ans*

- Activité physique en endurance (aérobie) 150 min / sem activité d'endurance modérée et 75 min/sem activité d'endurance soutenue (au minimum 10 min pour chaque période d'endurance).....
- Activités physiques de renforcement musculaires
- Activités physiques visant à améliorer équilibre

Quel bilan pour
le sénior douloureux
chronique
qui se sédentarise au risque
de perdre son autonomie



Etat des lieux....



État des lieux

◎ **Bilan médical**

◎ **Bilan psychologique**

◎ **Bilan social**

État des lieux

→ *bilan médical*

- ◉ État mnésique

MMSE : Mini Mental State Examination, score < 24/30 fait suspecter démence

- ◉ État physiologique

ATCD médicaux, chirurgicaux...

- ◉ Caractéristiques de la douleur

- ◉ Évaluation du handicap moteur

Fonte musculaire, kinésiophobie, stasophobie...

État des lieux

→ *bilan psychologique*

- ◉ État psychologique

- Échelle HAD : outil de débrouillage**

- Score < 6 est rassurant
- Score >11 fait suspecter une souffrance morale, nécessité d'un bilan

- ◉ Événements de vie familiale

- ◉ Évaluation de la **qualité de vie**

État des lieux

→ *bilan social*

◎ Calcul du GIR (Groupe Iso-ressource) =
détermine un **degré de dépendance**

De son calcul dépendent certaines aides
(APA)

◎ Réalisation du score EPICES
Vulnérabilité sociale

État des lieux

→ bilan social

Calcul du GIR

○ détermine un degré de dépendance

○ de Gir 1 à Gir 6 (Gir 6 = personne autonome)

➤ APA (aides à domicile, financement de matériel....) : aide en fonction du Gir (1-4) et des revenus (non récupérable sur succession)

➤ Aides à domicile des Gir 5 à 6 : aide possible des caisses de retraite

GIR							6		
Variables Discriminantessss							A	B	C
1	Cohérence	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises.				<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	Orientation	Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels ...				<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Toilette	Se laver seul, habituellement et correctement, le haut et le bas du corps.	Haut	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Bas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			AA=A; CC=C; Autres=B						
4	Habillage	S'habiller, se déshabiller, seul, totalement et correctement.	Haut	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Moyen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Bas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			AAA=A; CCC=C; Autres=B						
5	Alimentation	Se servir et manger seul, correctement. <u>On considère que les aliments sont déjà préparés.</u>	Se servir	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Manger	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			AA=A; CC,CB,BC=C; Autres=B						
6	Elimination	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination urinaire et anale.	Urinaire	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Anale	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			AA=A; CX,XC=C; Autres=B						
7	Transfert	Pouvoir passer seul, d'une des 3 positions (debout, assis, couché) à une autre, dans les 2 sens.				<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8	Déplacement intérieur	Se déplacer seul à l'intérieur du domicile (même avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant).				<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

État des lieux

→ *bilan social*

Réalisation du score EPICES

Vulnérabilité sociale

- Financière
- Isolement, lien social manquant

QUESTIONNAIRE EPICE		
Questions	O/N	Points Calculés
Q1-Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?		0
Q2-Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?		0
Q3-Vivez-vous en couple ?		0
Q4-Etes-vous propriétaire de votre logement ?		0
Q5- Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?		0
Q6-Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?		0
Q7-Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?		0
Q8-Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?		0
Q9-Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?		0
Q10-En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?		0
Q11-En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?		0
Total :	0	75,14

En pratique, avant une activité physique plus soutenue, soyons « antalgique » et pour une remise en mouvement progressive !

- **Adapter l'allopathie**
- **Adapter la prise en charge psycho-sociale en concertation avec le patient (et sa famille)**
- **Envisager les techniques non médicamenteuses pour une remise en mouvement progressive**

Allopathie antalgique

Prudence !

Terrain miné pour l'allopathie



◎ **Âge**

- ▶ Altération fonction rénale
- ▶ Plus grande fréquence des effets indésirables

◎ **Comorbidités = polypathologies**

- ▶ Associations médicamenteuses = polymédication
- ▶ Risque = interaction médicamenteuse

Allopathie antalgique

Paracétamol

- ◉ Antalgique de choix pour le sujet âgé (surveillance fonction hépatique et coagulation si AVK et paracétamol 4 gr/jr)

Opiïdes faibles /forts

- ◉ Débuter à faibles posologies par le sulfate de morphine (ex 10mgLP x 2/jr) avec complément antalgique (sulfate de morphine à libération rapide), antiémétiques et prévention de la constipation systématiques

AINS

- ◉ À utiliser avec prudence : en cure courte, sous IPP et après calcul fonction rénale
- ◉ À éviter si pathologies cardiovasculaires

Corticoïdes

- ◉ Parfois utiles en cure courte (< 10 jours) au lieu des AINS
- ◉ Parfois nécessaires dans certaines pathologies chroniques (PPR, PR)
 - prévention systématique de l'ostéoporose
 - surveillance (pression artérielle, glycémie, œil, peau)

Allopathie co-analgésique

- ◉ Antiépileptiques Antidépresseurs
 - Douleurs avec composante neuropathique
 - Trouble de l'humeur

Privilégier : Traitements antalgiques locaux

- ◉ Patch de Lidocaïne (Versatis®)
- ◉ Patch Capsaïcine (Qutenza®)
- ◉ Pommades anti-inflammatoires
- ◉ Mésothérapie



Adaptation de la prise en charge psychosociale en concertation avec le patient (et sa famille)

- Repérer une souffrance morale, un état dépressif (HAD, aide psychiatre, psychologue)
- Repérer une vulnérabilité sociale, une dépendance (Score Epice et GIR, **aide** assistante sociale)

Notion de « liens »

- Répertorier liens sociaux, familiaux existants
- Opportunité à en bâtir de nouveaux
- Tenir compte de la souffrance induite par la solitude : « rien n'est pire pour l'humain que de n'exister pour personne »

→ **Soutien social** possible :

Déterminer les aides nécessaires et possiblement accessibles afin de compenser les pertes d'autonomie

Techniques non médicamenteuses pour une remise en mouvement progressive

Inviter le patient à « travailler » :
.....à s'investir dans le soin

- Passives

- Acupuncture
- Auriculothérapie

- Actives

- TENS
- Activités physiques adaptées

- « Enveloppantes »

- Toucher-massage
- Relaxation - sophrologie

- Mixtes

- Ergothérapie
- Kinésithérapie
- Hypnose
- Thérapies cognitives et comportementales
- Psychomotricité



Techniques non médicamenteuses pour une remise en mouvement progressive

Thérapies cognitives et comportementales

Passe par une analyse **fonctionnelle** du patient (cognitions, façon de se comporter, stratégies)

- Douleur / Activité Physique?

Stratégies mise en place / Cognitions

Stratégies d'ajustement à la douleur chronique utilisées chez sujet âgé :

Certaines semblent dysfonctionnelles :

Corrélées avec un niveau élevé de douleur, d'anxiété et/ou de dépression :

- Dramatisation / Catastrophisme
- Distanciation
- Résignation
- Isolement ...

→ Sédentarisation.... Augmentation de la douleur....

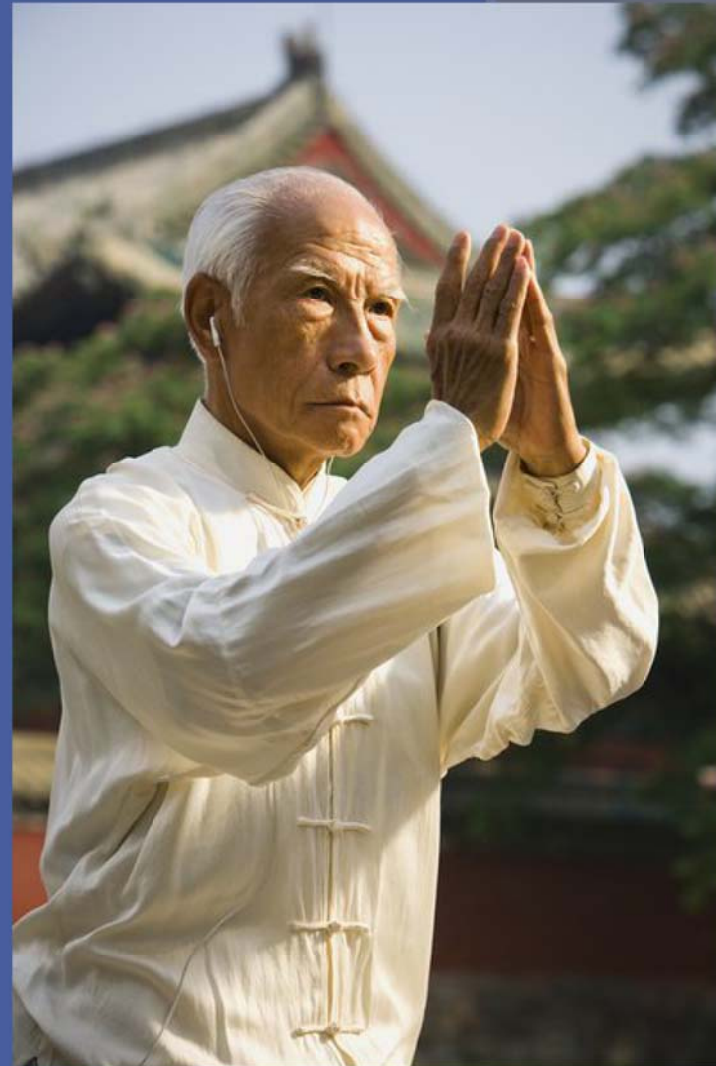
D'autres au contraire sont dites « actives » et semblent plus fonctionnelles :

La distraction



La recherche de bien-être

La communication des émotions



La religiosité/méditation

Conclusion

Souffrance physique et perte d'autonomie :

Encore trop souvent envisagées comme corollaires habituels du vieillissement normal

En présence d'un sénior douloureux en perte d'autonomie

- Bilan large « médico-psycho-social »
- Dépister un état dépressif
- Envisager les aides sociales possibles
- Privilégier les traitements allopathiques locaux
- Dépister une stratégie dysfonctionnelle de coping
- Accorder une place aux techniques non médicamenteuses de remise en mouvement
- Encourager la reprise d'activité physique (choix de l'activité physique ne peut être énoncé sauf peut-être de privilégier l'endurance à la performance)



Gérer les problèmes douloureux dans le mouvement pour moins les subir



Merci de votre attention

Quelques références bibliographiques:

- Enquêtes URCAM 2003, UCAMIF 2003
- Tolérance rénale et hépatique du paracétamol : 3g ou 4g par jour? Ganry H, Presse Med 2001
- Active life style protects against incident low back pain in seniors. A population based -2 year prospective study of 1387 Danish Twins aged 70-100 years. Hartvigsen J, Spine 2000
- Vieillesse et stratégies d'ajustement à la douleur chronique. Aguerre C, In Vivicorsi B. & Collet R. (Eds) « Handicap, cognition et prise en charge individuelle des aspects de la recherche au respect de la personne »
- Douleur, stratégie d'ajustement et détresse psychologique. Analyse complémentaire sur la validité française du coping stratégies questionnaire. L. Dany, Douleur et Anal. 2008
- Activité physique et sommeil chez les seniors D. Davenne D. Davenne Médecine du sommeil (2015) 12, 181—189
- Physical activity, function, and longevity among the very old J. Stessman, R. Hammerman-Rozenberg, A. Cohen, et al. Arch Intern Med, 169 (2009), pp. 1476–1483
- Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? A systematic review D. Aarsland, F.S. Sardahaee, S. Anderssen, et al. Aging Ment Health, 14 (2010), pp. 386–395
- Bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées Benefits of physical activity on health among elderly A. Vuillemin Science et Sports 2012, 27(4) 249–253