



Pierre Frances<sup>1</sup>, Cees Dek<sup>2</sup>,  
Bernard LLanta<sup>2</sup>, Mélanie Jardot<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Médecin généraliste  
1, rue Saint Jean Baptiste  
66650 Banyuls-sur-mer, France  
<frances.pierre@orange.fr>  
<sup>2</sup>Infirmier (équipe alliance  
infirmière), 28, rue Saint Sébastien,  
66650 Banyuls-sur-Mer, France  
<sup>3</sup>Interne en médecine générale,  
1, rue st Jean Baptiste,  
34000 Montpellier, France

# La douleur chez les patients pris en charge en soins palliatifs

Expérience d'une équipe pluriprofessionnelle exerçant en milieu rural

## Résumé

Grâce au concours d'une équipe solidaire, une prise en charge multidisciplinaire des patients en fin de vie est possible.

Entre 1999 et 2016, nous avons suivi 118 patients, pour lesquels la douleur a été un symptôme princeps (98,3 %) lors de leur prise en charge.

Le caractère nociceptif des douleurs était prépondérant en début de prise en charge ; le caractère mixte était le plus important lors des derniers instants de vie.

La complémentarité entre les différents acteurs de soins a permis une prise en charge satisfaisante, et d'obtenir 98 % de soulagement chez les patients.

**Mots clés :** soins palliatifs en milieu rural, pluriprofessionnalité, douleur.

## Pourquoi et de quelle façon prendre en charge les patients en soins palliatifs en milieu rural ?

L'idée de créer une équipe informelle en soins palliatifs a été favorisée par les demandes répétitives de patients qui souhaitaient finir leur vie à domicile.

L'équipe formée au décours de ces demandes a été constituée en 1999 et se composait de plusieurs acteurs :

- l'équipe infirmière composée de six professionnels ;
- l'équipe médicale composée de deux médecins généralistes.

D'autres professionnels ont été ajoutés ponctuellement selon les symptomatologies des patients (orthophonistes, kinésithérapeutes, etc.).

Tirés à part : P. Frances

La création de cette équipe était nécessaire. En effet, Banyuls-sur-mer, où nous exerçons, est loin de toute structure hospitalière (l'hôpital le plus proche est situé à 35 km), et il n'est pas possible pour une unité mobile en soins palliatifs de prendre en charge les patients trop éloignés.

Du fait du nombre important d'infirmier(e)s avec un roulement hebdomadaire (disponibles 24 heures/24), il a été décidé de leur confier la coordination de l'équipe.

Un tel fonctionnement semblait au départ inconcevable, mais laisser à d'autres professionnels de santé la gestion du quotidien est très rapidement devenu une aubaine pour les médecins intervenant dans ce cadre.

De plus, travailler en groupe a permis de rompre l'isolement professionnel et de mieux appréhender les situations difficiles (problèmes relationnels avec la famille, évaluation réelle des plaintes) au sein du domicile.

## La douleur, un pivot de l'action de l'équipe lors de la prise en charge des patients

Entre 1999 et 2016, nous avons pris en charge 118 patients en soins palliatifs, dont une majorité était des hommes (74 patients, soit 62,7 %).

La classe d'âge la plus représentée était celle des 80/84 ans (29 patients, soit 24,6 %).

Durant cette période de 17 ans, la durée de prise en charge moyenne était majoritairement comprise entre un et deux mois (78 patients, soit 66,1 %).

Sur la totalité des patients pris en charge, la douleur a été évaluée et traitée dans 116 cas (soit 98,3 %). Lors notre évaluation, nous avons pris en compte les douleurs par excès de nociception, les douleurs neuropathiques et les douleurs mixtes. Nous avons cependant exclu la composante psychoaffective.

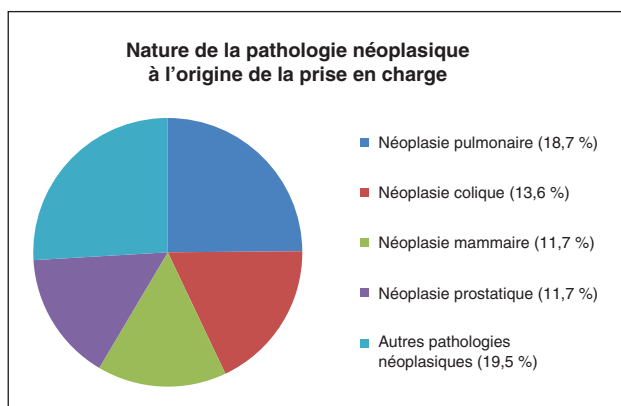
## Les caractéristiques de la douleur en chiffres

### Nature des pathologies responsables de la prise en charge

#### Pathologies cancéreuses

Selon les statistiques nationales, le cancer de la prostate est la première cause de décès.

À Banyuls-sur-mer, nombreux sont les patients qui ont travaillé à la vigne et ont été victimes d'une exposition à l'arsenic. Ceci a induit, à long terme, une prévalence élevée de cancers bronchopulmonaires. Dans notre cas, les néoplasies pulmonaires

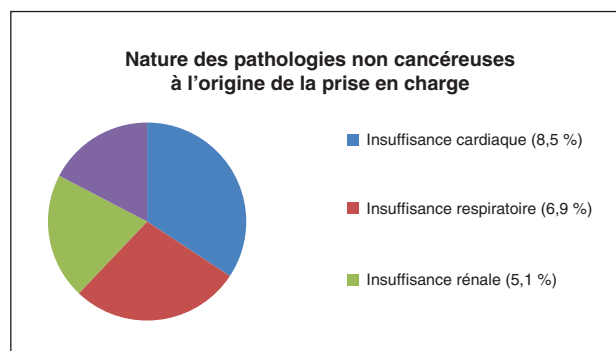


représentaient donc la plus grande part à l'origine de la prise en charge, suivies des néoplasies coliques, mammaires et prostatiques.

#### Pathologies non cancéreuses

L'insuffisance cardiaque est une pathologie fréquente et était la plus importante à l'origine de nos prises en charge. Elle touche plus de 10 millions d'Européens, soit une fourchette comprise entre 0,4 et 2 % de la population. Une augmentation de la prévalence pour cette pathologie est à prévoir pour plusieurs raisons : vieillissement de la population, augmentation de patients jeunes porteurs d'hypertension artérielle ou de coronaropathie (régime alimentaire, stress), et diagnostic plus précis du fait d'une technologie plus évoluée.

Dans notre cas, les autres pathologies ayant mené à une prise en charge étaient les insuffisances respiratoires et rénales.



## Et la douleur dans cette prise en charge !

### Caractéristiques de la douleur

Les caractéristiques de la douleur ont évolué au fur et à mesure de notre prise en charge (*tableau 1*).

Cette constatation doit nous amener à évaluer quotidiennement la nature des douleurs du patient, et est à mettre en relation avec l'évolution de la pathologie à l'origine de cette prise en charge. Cette dernière, du fait de sa diffusion possible (pour le cas des pathologies néoplasiques), induit des compressions tissulaires et modifie, de ce fait, les caractéristiques des douleurs.

**Tableau 1.** Caractéristiques de la douleur au cours de la prise en charge.

Nature de la douleur	Au début de la prise en charge	En fin de prise en charge
Douleur par excès de nociception	90,3 %	44 %
Douleur neuropathique	9,7 %	19,8 %
Douleur mixte	0 %	36,2 %

**Tableau 2.** Évolution des traitements au cours de la prise en charge.

Nature des thérapeutiques utilisées	Au début de la prise en charge	En fin de prise en charge
Antalgiques	69,8 %	96,6 %
Palier 1	16,4 %	75,9 %
Palier 2	23,3 %	31,3 %
Palier 3	30,1 %	83,9 %
Anti-inflammatoires	19,8 %	78,4 %
Anti-épileptiques	8,6 %	50,9 %
Antidépresseurs	18,1 %	56 %
Tricycliques	0 %	47,4 %
IRSNA	18,1 %	8,6 %

### Prise en charge thérapeutique de la douleur

Au décours de l'évolution de la prise en charge palliative, les traitements se sont modifiés et diversifiés (*tableau 2*).

Cela met en exergue une situation plus complexe en fin de prise en charge où différentes composantes doivent être prises en compte pour améliorer le confort du patient, et lui permettre d'aborder une fin de vie de manière sereine.

Nous n'avons volontairement pas pris en compte dans cette évaluation les traitements moins « conventionnels » (TENS, kinésithérapie, ostéopathie, etc.).

### Conclusion

La coordination en équipe permet de mieux appréhender l'évaluation des douleurs, qui peut

être faussée par la présence de membres de la famille ou du fait d'une appréhension du patient à se faire hospitaliser en cas de demandes trop pressantes.

Grâce à une communication entre les différents acteurs, nous pouvons mieux cerner la problématique de la douleur du patient.

Nous avons ainsi obtenu des résultats à la hauteur de nos espérances (98 % des patients ont été soulagés dans les 12 heures après notre passage).

L'écoute et une approche humaniste (nous connaissons les patients de longue date) permettent une prise en charge satisfaisante des patients en soins palliatifs.

Nous encourageons nos confrères à travailler de la même façon.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.