



ÉCOLE DE
GÉRIATRIE ET DE
GÉRONTOLOGIE
MONTPELLIER - NÎMES



FACULTÉ DE MÉDECINE
MONTPELLIER-NÎMES

Douleur et personnes âgées

(Partie 1)

Master de gérontologie



CM 2319 _ Dr Marie-Suzanne Leglise



PLAN DU COURS

- 0 **Priorité de santé publique**
- 0 **Politique de prise en charge de la douleur**
- 0 **Contrat d'engagement dans les établissements**
- 0 **La douleur chez la personne âgée (définition, organisation générale...)**
- 0 **Données épidémiologiques chez les +65 ans**
- 0 **De graves conséquences**
- 0 **Evaluation de la douleur**
- 0 **Traitement de la douleur**

PRIORITE DE SANTE PUBLIQUE



- o Recommandations de l'ANAES pour la prise en charge de la douleur chez les personnes non communicantes (décembre 2008)
- o Plan de lutte contre la douleur : 2006-2010 « soulager et prévenir la douleur chez les personnes les plus vulnérables : les personnes âgées, les personnes non communicantes,... et les personnes en fin de vie et suite recommandations actuelles .
- o PEC de la douleur est considérée comme un DROIT depuis la loi de mars 2002
- o Recommandations de bonnes pratiques en EHPAD DGAS et valises « mobiqua »
- o Plan des soins palliatifs: formations sur la prise en charge de

4 axes :

- o Amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables dont les personnes âgées et en fin de vie
- o Formation renforcée des professionnels de santé
- o Meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques
- o Structuration de la filière de soins



Puis depuis 2013 , 3 axes prioritaires

- Distinguer les douleurs aiguës, douleurs chroniques et douleurs liés aux soins
- Les axes prioritaires:
 - Améliorer la PEC et l'évaluation en sensibilisant les soignants de premier recours
 - Garantir la PEC quand le patient est à domicile
 - Aider les patients qui ont des difficultés de communication à mieux exprimer les douleurs ressenties (nourrissons, personnes souffrant de troubles psychiatriques ou troubles envahissant du développement)

Article L.1110-5 du code de la santé publique (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)

« ...toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur.

Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... »



POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Article L.1112-4 du code de la santé publique (modifié par la Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs) : *»les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes malades qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis ... »*

L'article 37 code de déontologie précise « *qu'en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique* ».

Article R 4311-8(cadre réglementaire IDE décret du 29 juillet 2004 : *l'IDE est habilité à entreprendre et adapter les*

La douleur chez la personne âgée



Outil d'Evaluation & aide à
la décision

En collaboration avec



A l'initiative de la Direction Générale de la Santé

- 0 Principes généraux de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée
- 0 Un arbre décisionnel
- 0 Les échelles d'auto-évaluation (réglettes)
 - Échelle verbale simple (EVS)
 - Échelle numérique (EN)
- 0 Les échelles d'hétéro-évaluation (fiches)
 - Échelle comportementale ECPA
 - Échelle comportementale DOLOPLUS®
 - Échelle ALGOPLUS
- 0 Des blocs de suivi de la douleur
 - Auto et hétéro-évaluation
- 0 Un CD de fichiers imprimables: échelles, formations , diaporamas , faire une EPP

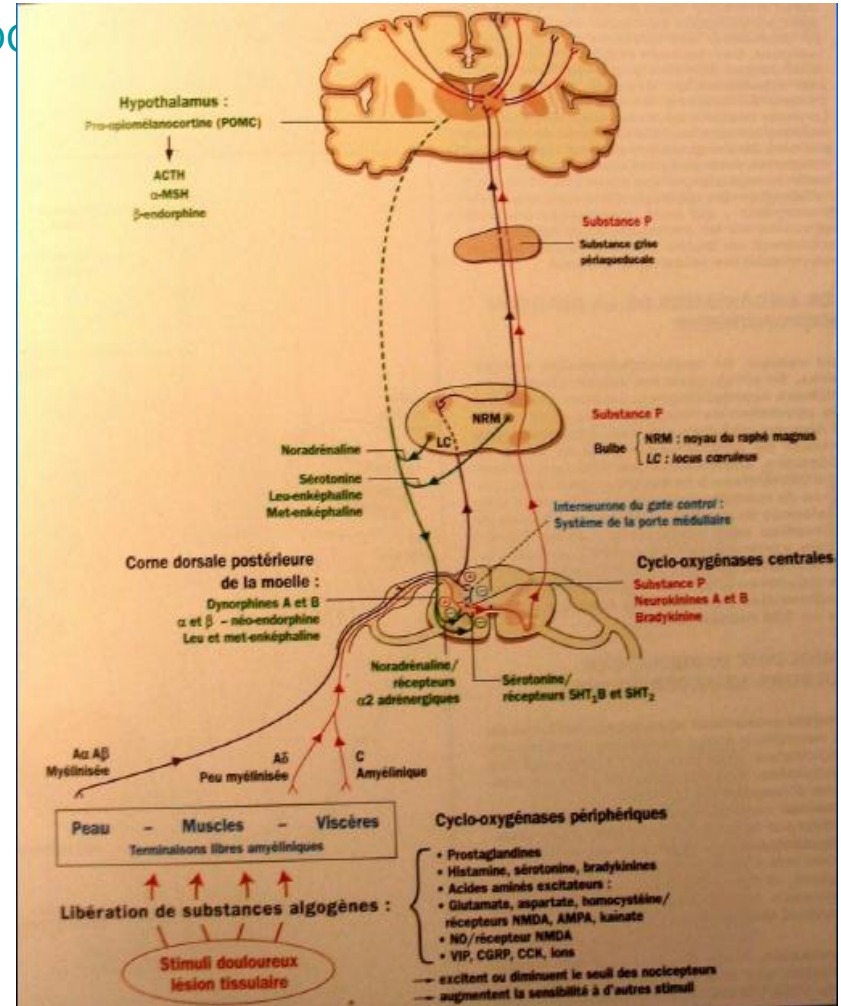


DEFINITION revue en 2020 (I.A.S.P)

- o Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (Raja et al., 2020).
- o Cela permet de palier à l'absence de verbalisation ou la difficulté de communiquer. Avec la confirmation du modèle Bio-Psycho-Social
- o La douleur peut ainsi donner des effets indésirables sur le fonctionnement de l'être , son bien-être social et psychologique
- o Depuis 2019, les douleurs chroniques sont bien une maladie à part entière par l'OMS
- o La douleur chronique persiste et « désarme ». maladie à

COMPLEXITE DES VOIES DE LA DOULEUR

- Schéma livre de *P. Ginies*





Physiologie normale

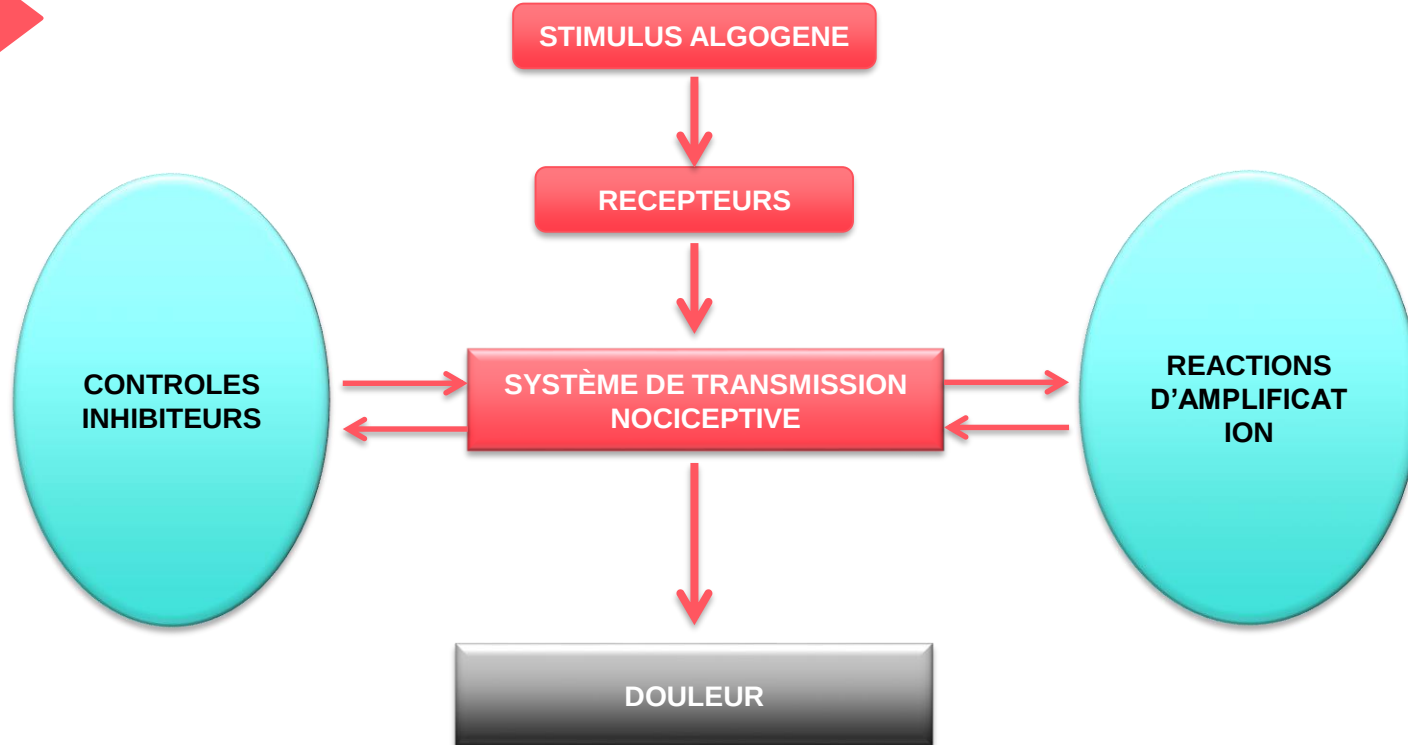
- Naissance au niveau des nocicepteurs
 - Mécanorécepteurs Ad fibres de petits calibres , lentes
 - Multinodaux Ad et C fibres de petit calibre (température, chimique , mécanique)
- Relais par la moëlle substance P (peptide de 11 aa) Faisceau spinothalamique et spino réticulés
- Transmission au cortex
- Types de douleurs :
 - Excès de nociception par une agression viscérale somatique , processus inflammatoires, stimulations mécaniques , phénomènes ischémiques aboutissant à des perturbations loco régionales
 - Désafférentation: lésion des voies afférentes périphériques ou centrales se traduisant par un défaut des systèmes inhibiteurs de la transmission nociceptive



La théorie de la douleur

- La modulation de la douleur :
 - théorie de la Gate contrôle par un neurone inhibiteur excité par les neurones rapides Ad et b ,
 - au niveau supra médullaire : des substances endogènes sérotoninergiques descendante
- L'hyperalgie :
 - par un état inflammatoire prolongé avec une sensibilisation et libération de médiateurs inflammatoires (histamine et PG) augmentant la sensibilité des récepteurs ,
 - hyperalgie primaire dans la zone lésée puis secondaire dans la peau périphérique
- Allodynie central et périphérique : dans la zone extérieure à la lésion , les stimulations inoffensives entraînent de la douleur

ORGANISATION GENERALE



Réseau complexe d'éléments qui véhiculent vers le cerveau un message douloureux, résultante d'une intégration entre le message nociceptif et ses contrôles activateurs et inhibiteurs à tous les niveaux



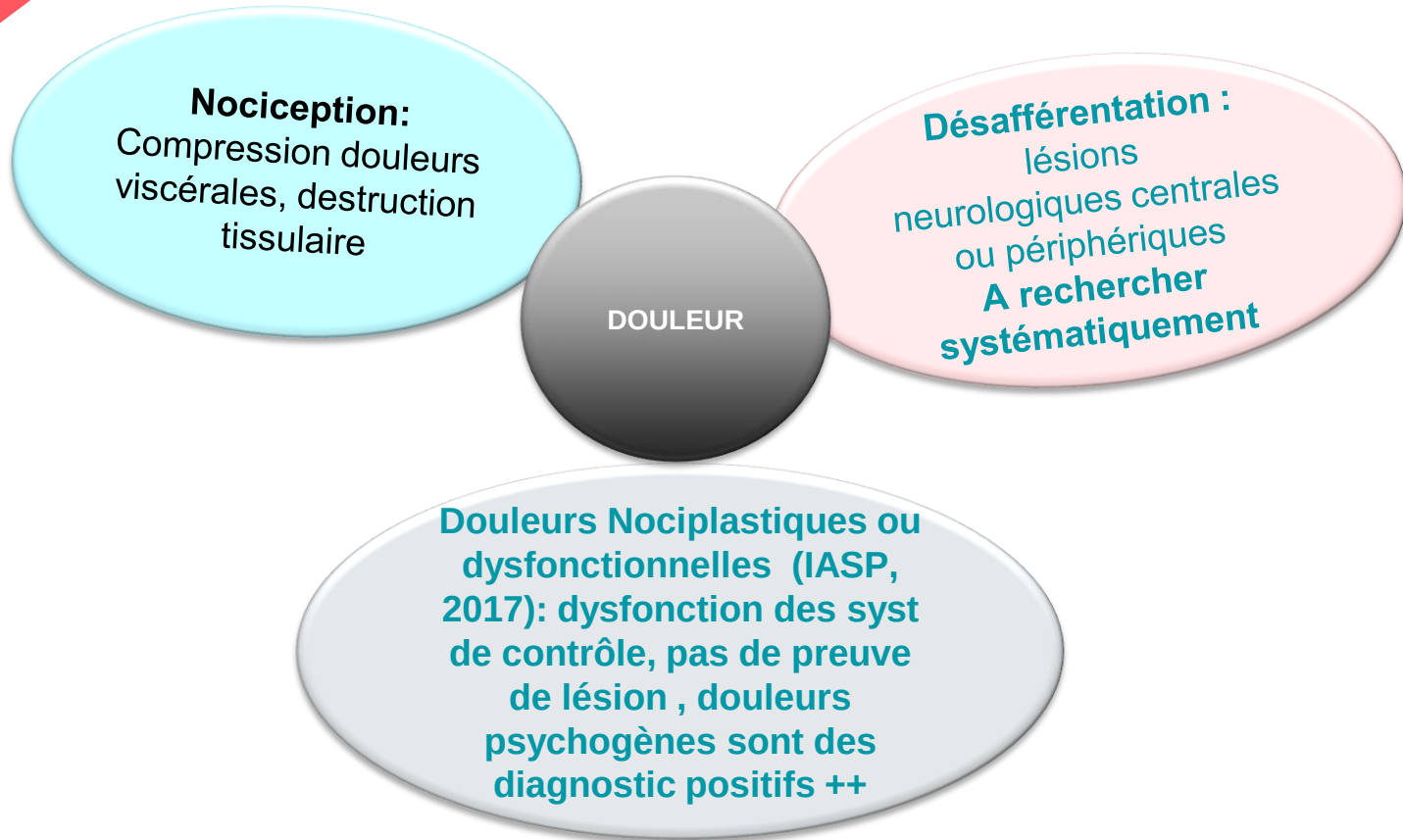
PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR

- Presbyalgie ? : l'ensemble de la littérature est contradictoire, On ne sait pas exactement le rôle qu'aurait le vieillissement sur la douleur: il existe une diminution de la densité des nocicepteurs, des afférences nociceptives, des voies spinothalamiques et corticales , mais il n'existe pas de presbyalgie.

Et « vieillir n'est pas physiologiquement douloureux »

- La perception douloureuse varie en fonction de la nature (la pression mécanique, et les stimuli radiants) et en fonction des expérimentateurs
- La polypathologie fréquente est aussi à l'origine de plusieurs composantes algogènes (nociceptives, neuropathiques et psychogènes) , les mécanismes sont rarement uniques.
- Si la fréquence de la douleur chronique augmente avec l'âge, les affections peuvent évoluer différemment (migraines

MODELE PLURIDIMENSIONNEL : LES MECANISMES



MODÈLE PLURIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR : COMPOSANTES

Composante sensori-motrice :

décodage de la
localisation, de l'intensité, de la

Composante cognitive :
durée et de la qualité
données variables
ensemble des

processus mentaux susceptibles
d'influencer la perception de la
douleur

Croyances et sens donné à la
douleur

Des modulations possibles par des
phénomènes d'attention et de
diversions, par l'interprétation de la
valeur attribuée à la perception
douloureuse ou par le souvenir
d'expériences passées.

Mémorisation des phénomènes

Composante affectivo-émotionnelle : donne la tonalité
désagréable et pénible

Tonalité affective plus marquée
Anxiété et dépression

Composante comportementale :

ensemble de manifestations verbales
et non verbales ; fonction de
communication avec l'entourage et
largement modéré par
l'environnement familial et ethno-
culturel et apprentissages antérieurs



Types de douleurs

- Aiguë: douleur qui reste un signal d'alarme , en déterminer rapidement l'origine et la nature , il peut comme pour toute douleur y avoir une composante affective
- Chronique : plus de 3 mois et/ou présence d'épisodes douloureux récurrents sur une période de plus de 3 mois , définie par son caractère primaire : maladie qui devient destructrice ou secondaire rattachables (6 cadres diagnostic définis : cancer, post chir ou post trauma, neuropathiques C, céphalées et dls oro-faciales , dls C viscérales , dls C musculo-squelettiques avec des possibilités de mixité)
- Douleurs liées au soin , ou provoquées

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES CHEZ LES PLUS DE 65 ANS

0 Prévalence de la douleur

- 0 Prévalence de la douleur de 25 à 50 % chez les PA vivant à la maison (Lefebvre-Chapiro S et al. *Particularités de la douleur et de sa prise en charge chez les personnes âgées. Presse médicale.*2000;29:333-39)

- 50 à 93 % chez les PA vivant en institution (Pickering et al 2001)

0 Sur 60% de douleurs chroniques en institution, 34% n'avaient pas été détectées à domicile. (Sengstaken E , King S. *the problème of pain and its detection among gériatrics nursing home residents. J Am Geriatr Soc.*1993;41:541-4

- 0 En fin de vie, la prévalence peut atteindre 80%
La prise en charge est insuffisante particulièrement chez les personnes démentes : 1/3 seulement de douloureux reçoivent un traitement (Wary B et al. *L'évaluation de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles cognitifs. La revue de généraliste et de la gériatrie.* 2000;64:162-68)

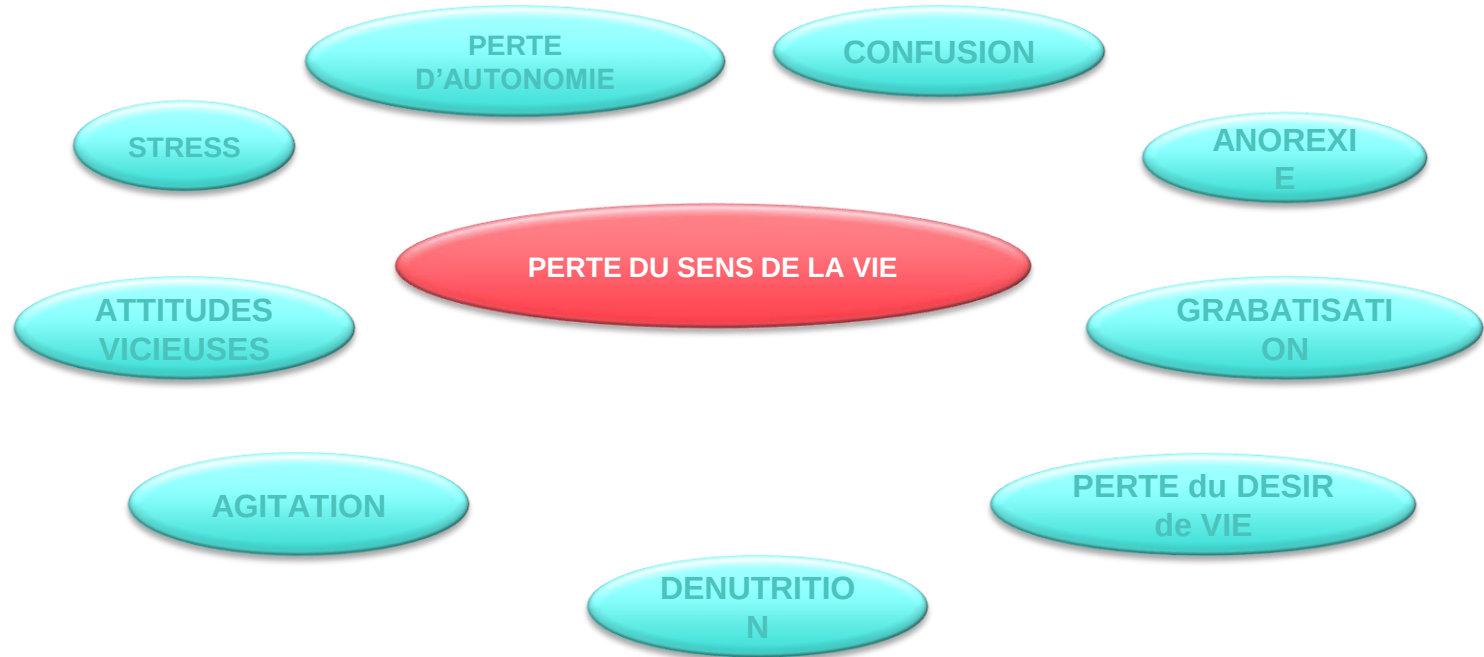
0 Étude « REGARDS »: la DI provoquée est insuffisamment prise en compte : soins d'hygiène, aide et confort (recueil Epidémiologique en Gériatrie des Actes Ressentis comme Douloureux et Stressants ; 2011)



Spécificités gériatriques

- Plaintes rares, négligées par une expression peu bruyante par une expression trompeuse surtout lors de troubles cognitifs
- Multiples étiologies : 3,5 pathologies/ personne
- Douleurs provoquées par les soins sont fréquentes
- Conséquences dramatiques
- Complexité du repérage et de l'évaluation du fait des troubles cognitifs.
- Des adaptations thérapeutiques nécessaires

VIGILANCE causes? Conséquences?





DE GRAVES CONSÉQUENCES CHEZ LES SOIGNANTS

- o Sentiment d'impuissance
- o Sentiment de culpabilité
- o Souffrance et frustration
- o Epuisement professionnel
- o Démotivation



DE GRAVES CONSÉQUENCES CHEZ L'ENTOURAGE

- 0 Isolement
- 0 Retrait social
- 0 Angoisse des proches
- 0 Surprotection
- 0 Epuisement
- 0 Découragement



LUTTE CONTRE LES IDÉES PRÉCONÇUES

- o La douleur diminue avec l'âge : Presbyalgie ?
- o La douleur fait partie du vieillissement
- o La douleur prend un caractère rédempteur, mûrissant
- o La douleur est un signe de faiblesse: « Ce n'est pas bon de se plaindre dans la vie ». « Si tu es un homme, tu ne pleures pas »



LUTTE CONTRE LES PRÉJUGÉS DE LA PERSONNE ÂGÉE

- o Banalisation de la douleur. Vieillesse = douleur,
- o Vécu par rapport à la maladie, au handicap et à la mort: entrée dans la dégradation physique, refus des médecins, sentiment de perte de liberté par la médicalisation, lassitude à leurs maladies
- o Vécu par rapport aux médicaments: peur de la médicalisation, sentiment d'être en fin de vie, particulièrement s'il y a utilisation de morphine

EVALUATION: étape nécessaire et obligatoire

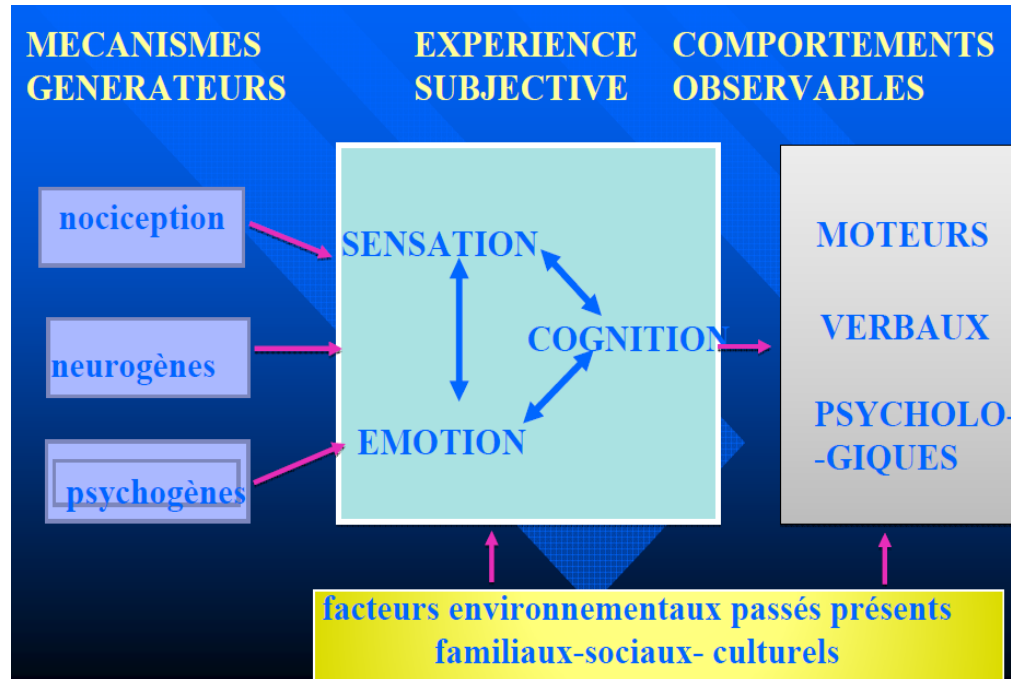


Schéma de Bourreau



SOUS ESTIMATION

0 **Liée à la personne âgée elle-même :**

- Des sensations moins précises (sans pour autant être moins intenses), des modifications du seuil de la douleur
- Troubles neuro-psychiques préexistant discrets (langage ou bradypsychie, dysthymie dépression pouvant pérenniser la douleur et être à l'origine de ce qu'on appelle « syndrome de glissement »)
- Altération des fonctions supérieures

0 **Liée au personnel soignant :**

- Méconnaissance des signes pouvant faire suspecter la douleur

CONTEXTE CULTUREL

Judéo-chrétien
Stoïcisme
Fatalisme

PEURS

Morphine
Handicap
Investigations
Mort

PATHOLOGIES :

Démences
Aphasie et trbles communication
Trbles neuro-psychiques

Expression modifiée

TABLEAUX ATYPIQUES :

Confusion
Agitation, cris
Dépression
Régression, mutisme
Troubles du caractère





RECONNAISSANCE DES SIGNES POUVANT FAIRE ÉVOQUER LA DOULEUR

0 Penser à poser la question

0 Y penser devant tout changement de comportement, ou modification du tonus ou de la posture

0 Axiome de base: « Un patient âgé qui ne se plaint pas n'est pas non douloureux »

0 Pour toute personne âgée:

- **RECHERCHE SYSTEMATIQUE** à l'entrée de toute institution, lors de la première consultation, et
- PRISE REGULIERE de la « douleur » comme la température
- Outils validés



NECESSITE D'UNE EVALUATION

- o L'absence de corrélation entre l'importance de la lésion trouvée et l'intensité perçue
- o L'absence de marqueur biologique mesurable de la douleur
- o La possible placebo-sensibilité de toute douleur (même dans les dls somatiques)
- o La variabilité inter individuelle
- o La mise en jeu de processus mentaux



OBJECTIFS DE L'EVALUATION

- 0 Appréciation quantitative (intensité, sévérité)
- 0 Appréciation qualitative : les différents mécanismes
- 0 Aide à l'affinement du diagnostic étiologique
- 0 Appréciation du retentissement sur la qualité de la vie: fonctionnel, autonomie, social, psychologique et relationnel
- 0 Aide dans le choix du traitement
- 0 Appréciation de l'amélioration apporté par le traitement par une évaluation répétée
- 0 Évaluation de la douleur provoquée par les soins, de la pertinence du soin douloureux , de sa réalisation et de l'organisation des soins



« COMMENT » EVALUER quantitativement ?

- 0 Échelles d'auto-évaluation: EVA, EVS ou EN (auto-évaluation?)
- 0 Echelles d'hétéro-évaluation: doloplus, ECPA ou ECS Sainte Perrine, algoplus
- 0 Ils permettent d'objectiver et de mesurer avant et après traitement (obligation de qualité)
- 0 Ils permettent d'avoir un langage commun des différents acteurs autour de la Personne Agée et de pouvoir mieux travailler en équipe



AUTO-ÉVALUATION?

o C'est la meilleure en théorie

o Or chez la PA, l'expression de la douleur est pauvre car elle est très peu verbalisée : stoïcisme, honte d'être faible en se plaignant, culture judéo-chrétienne

o Une personne âgée sur deux ne peut s'auto-évaluer.

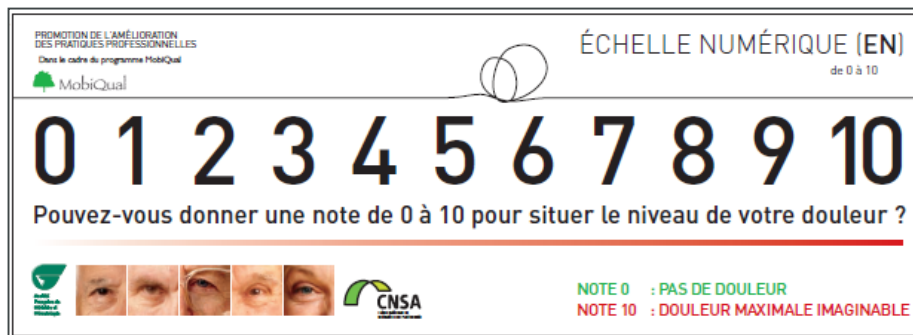
Wary B et al. L'évaluation de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles cognitifs. La revue de généraliste et de la gériatrie. 2000;64:162-68

o 50% des Personnes Agées lucides et communicantes, ne sont pas capables d'utiliser une EVA.

Simon AM et al. Évaluation de la douleur chez la personne âgée. La revue de généraliste et de la gériatrie. 1998;49:6-10

Outils de l'auto-évaluation

- EVS (échelle verbale simple): par des qualificatifs:
 - Douleur nulle, douleur faible, dl modérée, dl intense, dl insupportable ou intolérable
- Echelle numérique: la personne chiffre sa douleur



PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual

MobiQual

ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)
de 0 à 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur ?

NOTE 0 : PAS DE DOULEUR
NOTE 10 : DOULEUR MAXIMALE IMAGINABLE

CNSA

The form includes a header with the MobiQual logo and a title 'ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN) de 0 à 10'. Below the title is a row of numbers from 0 to 10. A handwritten '0' is written above the number 6. Below the numbers is a red horizontal line. At the bottom, there are logos for MobiQual, CNSA, and a series of five small images showing different facial expressions of pain. The text 'NOTE 0 : PAS DE DOULEUR' and 'NOTE 10 : DOULEUR MAXIMALE IMAGINABLE' is at the bottom right.

AUTO-ÉVALUATION EVS ou EN

- 0 Étude sur une population âgée avec MMS>18
- 0 Utilisation correcte des échelles :
 - EVA : 46%
 - EN : 73,3%
 - EVS : 76,6%
- 0 Comparaison des échelles 2 à 2 : Significatif, $p<0,001$
 - EVA et EVS
 - EVA et EN
 - EN et EVS non significatif
- 0 Comparaison entre population MMS entre 18-23 et MMS>23 :
 - Pas de relation entre le score au MMS et la capacité d'utiliser correctement les 3 échelles

François V et al. Évaluation d'un stimulus de pression par des échelles verbales simples, numériques et visuelles analogiques au sein d'une population âgée hospitalisée : implication pour l'évaluation de la douleur en gériatrie. Revue de Gériatrie.2004;29:95-101

Algoplus : douleur aiguë

ALGOPLUS	
Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale	
	OuiNon
1 – Visage: Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	☐ ☐
2 – Regard: Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	☐ ☐
3 – Plaintes orales: « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	☐ ☐
4 – Corps: Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	☐ ☐
5 – Comportements: Agitation ou agressivité, agrippement	☐ ☐
Total Oui ___ /	

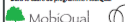
5

Échelle validée: sensibilité, variabilité inter-juges, spécificité
Scores de douleur > ou = 2 il y a douleur ;



PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dans le cadre du programme MobiQual



PRÉVENIR, ÉVALUER,
PRENDRE EN CHARGE
LA DOULEUR
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE



**ÉCHELLE
DOLOPLUS[®]**

OUTIL D'ÉVALUATION

ÉCHELLE DOLOPLUS[®]

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Nom du patient : _____ Prénom du patient : _____

Date de naissance du patient : _____ Sexe : ☐ F ☐ M Service : _____

Dates : _____

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1. PLAINTES SOMATIQUES					
pas de plainte	0	0	0	0	0
plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1
plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2	2
plaintes spontanées continues	3	3	3	3	3
2. POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS					
pas de position antalgique	0	0	0	0	0
le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1	1
position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2	2
position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3	3
3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES					
pas de protection	0	0	0	0	0
protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1	1
protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2	2
protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3	3
4. MIMIQUE					
mimique habituelle	0	0	0	0	0
mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1	1
mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2	2
mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3	3
5. SOMMEIL					
sommeil habituel	0	0	0	0	0
difficultés d'endormissement	1	1	1	1	1
réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2	2
insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE					
possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0
possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1	1
possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2	2
toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3	3
7. MOUVEMENTS					
possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0
possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1	1
possibilités habituelles actives et passives limitées (même aide, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2	2
mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8. COMMUNICATION					
inchangée	0	0	0	0	0
intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1	1
diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2	2
absence ou refus de toute communication	3	3	3	3	3
9. VIE SOCIALE					
participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...)	0	0	0	0	0
participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1
refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2	2
refus de toute vie sociale	3	3	3	3	3
10. TROUBLES DU COMPORTEMENT					
comportement habituel	0	0	0	0	0
troubles du comportement à la sollicitation et itératifs	1	1	1	1	1
troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2	2
troubles du comportement à la sollicitation et permanents	3	3	3	3	3

SCORE

0	1	2	3
---	---	---	---

HETERO-EVALUATION

DOLOPLUS

Validée

Crée par un
collectif de
gériatres

Apprentissage

Cotation en
équipe
pluridisciplinaire

Score > 5



ÉCHELLE ECPA® ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Nom du patient :	Prénom du patient :		
Date de naissance du patient :	Sexe : ☐ M ☐ F	Date du test :	Heure :
Service :	Nom du cotateur :		

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu.....	0
Visage soucieux.....	1
Le sujet grimace de temps en temps.....	2
Regard effrayé et/ou visage crispé.....	3
Expression complètement figée.....	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique.....	0
Le sujet évite une position.....	1
Le sujet choisit une position antalgique.....	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique.....	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur.....	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*.....	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements.....	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*.....	2
Immobilisé contrairement à son habitude*.....	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*.....	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration.
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle.

4/ RELATION À AUTRUI il s'agit de toute relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression.....

Même type de contact que d'habitude*.....	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*.....	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*.....	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*.....	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*.....	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété.....	0
Angoisse du regard, impression de peur.....	1
Sujet agité.....	2
Sujet agressif.....	3
Cris, soupirs, gémissements.....	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière.....	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins.....	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins.....	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins.....	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins.....	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins.....	0
Réaction pendant les soins, sans plus.....	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses.....	2
Réaction à l'ÉCARTÈLEMENT des zones douloureuses.....	3
L'approche des zones est impossible.....	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas.....	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui.....	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant.....	2
Le sujet gémît ou pleure silencieusement de façon spontanée.....	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée.....	4

SCORE

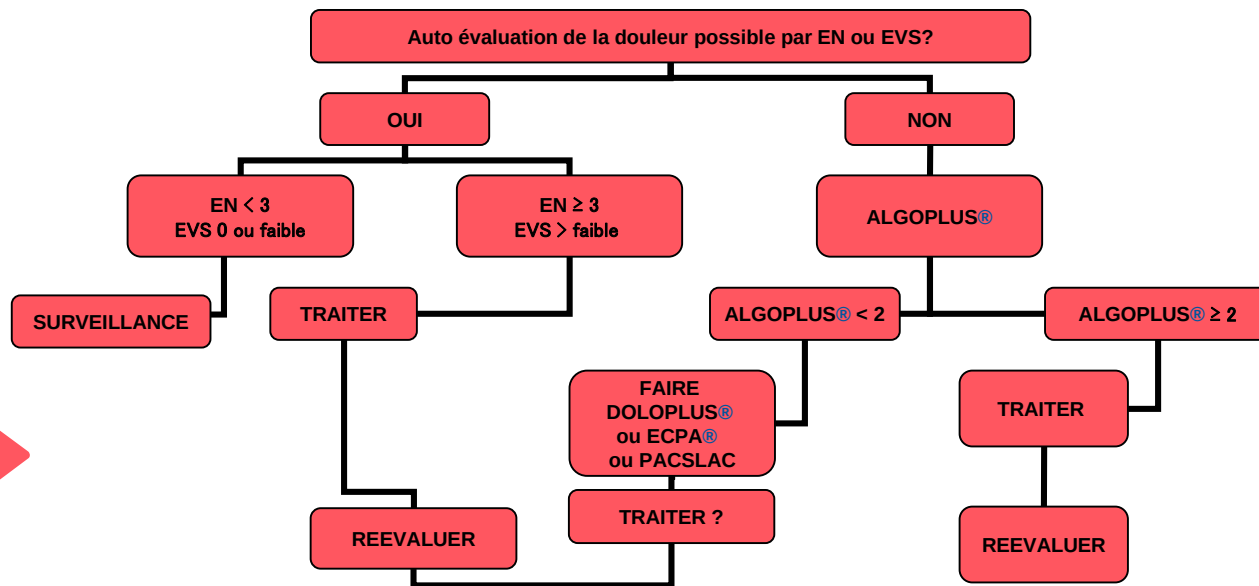
ECPA: 8 items

2 DIMENSIONS

SCORE > 6

Propositions pour la prise en charge de la douleur du Sujet âgé en court séjour, SSR, SLD, EHPAD ou au domicile:

→ **Compromis entre faisabilité de l'évaluation et efficacité de la détection**



Martin E; Doloplus Collective Team, Pereira B, Pickering G. Concordance of Pain Detection Using the Doloplus and Algoplus Behavioral Scales. J Am Geriatr Soc. 2016 Oct;64(10):e100-e102.

Rat P, collectif doloplus ,...Douleurs , 2014

DN4

identification

douleur

neuropathique

*Savoir observer
car les personnes
ne peuvent pas
toujours
répondre*

Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1: La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

- 1 - Brûlure
- 2 - Sensation de froid douloureux
- 3 - Décharges électriques

oui	non
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Question 2: La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

- 4 - Fourmillements
- 5 - Picotements
- 6 - Engourdissement
- 7 - Démangeaisons

oui	non
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

EXAMEN DU PATIENT

Question 3: La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence?

- 8 - Hypoesthésie au tact
- 9 - Hypoesthésie à la piqûre

oui	non
☐	☐
☐	☐

Question 4: La douleur est-elle provoquée ou augmentée par:

- 10 - Le frottement

oui	non
☐	☐



Le cri Est-ce une douleur?

- Problèmes dérangeants dans nos établissements : manifestations relativement f chez les personnes atteintes de TNCM, trouble du comportement vocal dans la littérature internationale le moins bien compris et le plus inducteur de « stress » et épuisement pour les aidants familiaux et professionnels (B. Calvet et JP Clément, les cris récurrents chez le patient atteint de démence Presse médicale 2015)
- HAS 2014: le cri, chez une personne souffrant de démence, est une vocalisation compréhensible ou non de forte intensité et répétitive , un comportement vocal « perturbateur » comme une agitation verbale
- Cela représente 5 à 10 % de sujets touchés par la démence pousseraient ainsi de véritables cris , pour certains 13 à 30% ds les SLD américains (Cohen-Mansfield et al. Screaming in nursing homes AM Ger Soc 1990) Ryan et al. Noise-making amongst elderly in long terme care. Gerontologist 1988

FICHE DECLIC v 2016

1 - Il a mal

-douleurs physiques :

nociception, neuropathies, voire position antalgique méconnue
globe vésical, fécalome, pathologies diverses à réétudier avec l'équipe médicale

- douleurs induites lors des soins

-mauvaise installation, source d'inconfort

douleurs provoquées par les soins ou la position : transferts, toilette, rééducation, repas .

-certains gémissements ne témoignent pas forcément de douleur physique, mais peuvent être des restes de communication ou des

« gémissements réponses » aux stimulations (à l'agonie notamment)

le cri est donc signal d'alarme = il est à faire disparaître, avec la douleur

→ Instituer ou Réévaluer le traitement antalgique, utiliser une échelle d'hétéroévaluation de la douleur, revoir

l'organisation des soins, prévoir une prémédication des soins

2- Il est mal

-souffrance morale,

Peur, angoisse, révolte, dépression, hallucinations,

Refus de soins pour mauvaise organisation des soins, appréhension, incompréhension sensorielle, voire maltraitance et vécu abandonnique ... avec

des cris qui sont donc justifiés

déclenchement des cris par la famille : que sait-elle ? est-elle en état de comprendre ? Y a-t-il des entretiens explicatifs de bonne qualité (assis, en prenant le temps) ?

frustration, isolement, et réactions liées à la dépendance

→ le cri n'est pas uniquement « négatif » ou « inutile » mais il faut sûrement l'atténuer

→ Réévaluer l'approche globale, le sens des soins, l'utilité des psychotropes

3 - Il est déficitaire cognitif

- processus démentiel d'origines diverses : (attention à la fluctuation et aux variantes d'une équipe à l'autre) : Alzheimer et

apparentés, Troubles neurologiques, troubles post AVC, Encéphalite, trouble tumoral central

- cortège sémiologique riche, souvent explicatif mais non relié à des douleurs physiques

- penser à la simple demande de présence (comme communication, voire comme cris de joie)

→ le cri n'est pas uniquement « négatif » ou « inutile », mais il faut l'atténuer

→ Réévaluer l'approche globale, les psychotrope dont les neuroleptiques

GOMAS J-M.

RIBOUT D.

KNORRECK F.

DENIS M.

PETROGNANI A.

SALES E.





Cette fiche DECLIC

- Pas de score
- Pas de calcul
- Une méthode de réflexion
- Le patient au centre
- Accepter une incertitude de l'évolution ,
- Patience et faire le pari du sens
- Nécessité de compétences relationnelles
- Et une implication de tous les professionnels



Significations différentes des cris

B. Calvet et JP Clément

- Un cri-réflexe comme chez l'enfant : inné , instinctif, archaïque , qui devient ensuite un automatisme
- Un cri comportement en lien avec une souffrance physique ou psychique dans un comportement de survie
- Un cri langage: plus intentionnel dans une dimension de communication , d'appel et de sollicitation , révélant des affects , des émotions
- Un cri langage du corps avec des signes non verbaux (faim, appétences inassouvies)
- Cri agressif qui accroche , qui dérange , qui crée un désordre ..; renvoie le soignant à la négation de sa fonction

Boubonnais et al : the meanings of screams in older people living with dementia in a nursing home Int psychogeriatric 2010



Évaluation de la douleur

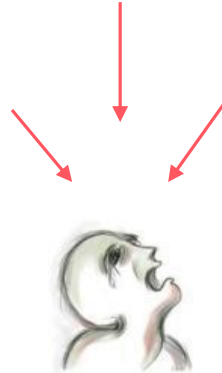
- **Douleur de fond:** qualité , localisation , facteurs déclencheurs
- **Pendant ou après le changement de pansement:** qualité , localisation , à quel moment ,...
- Intensité : échelles
- Analyse sémiologique : mécanismes?
- Recherche étiologique de la douleur de fond (il peut y avoir plusieurs causes) , et des douleurs provoquées

Antécédents douloureux :

vécu de la douleur
dans l'histoire
de cette personne

Douleurs multi-factorielles

Causes ostéo-articulaires 50-80%
Causes musculo-squelettiques
Cancers
Plaies chroniques
Causes vasculaires
Causes neurogènes 10-20%
Soins douloureux



Contexte psychologique :

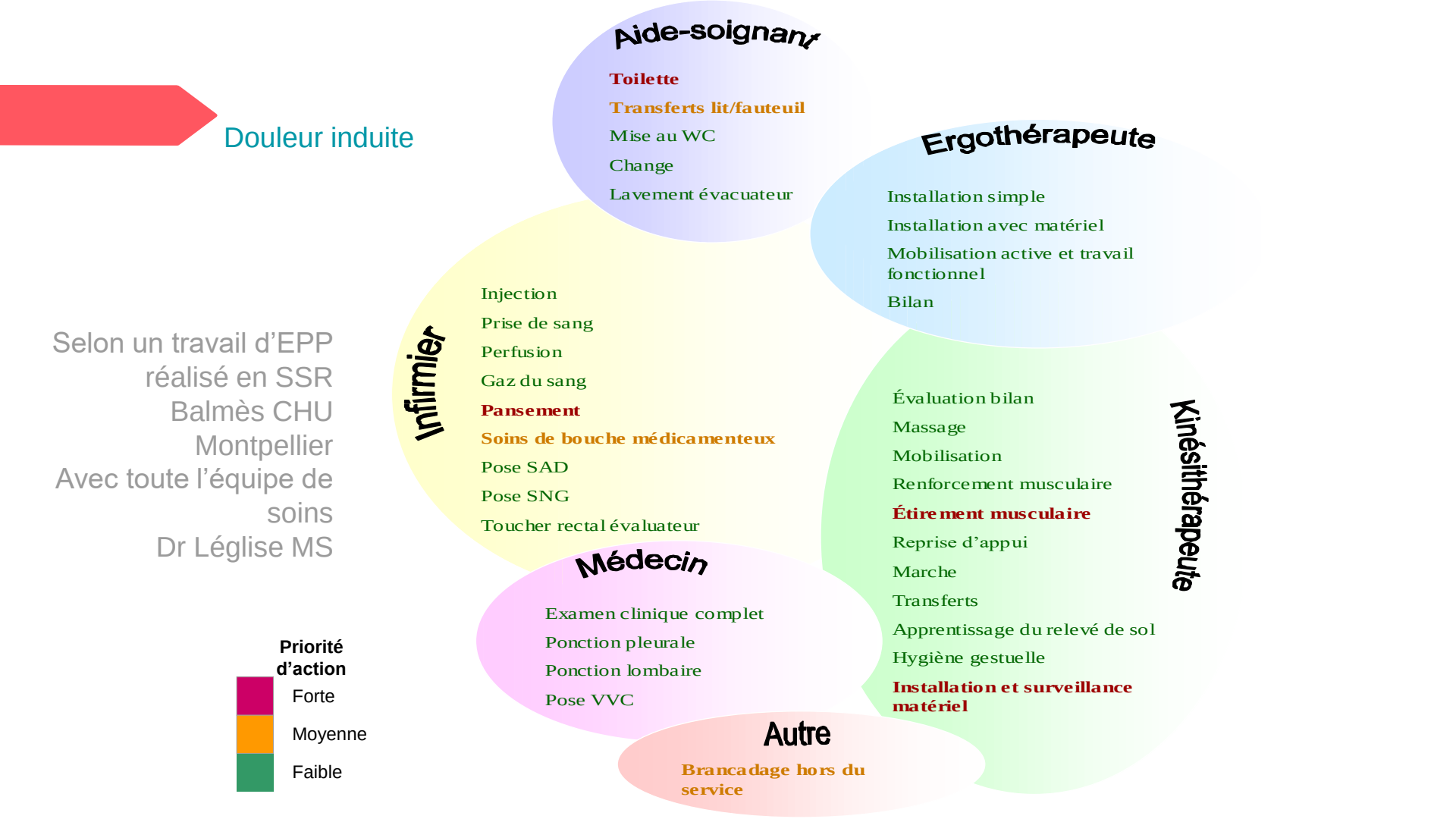
Souffrance morale
isolement social
Dépression
Situation de pertes et de deuils
Inadaptation de l'environnement

Les facteurs douloureux



Douleurs liées aux soins

- Douleur provoquée intentionnellement dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la dl
- Douleur « iatrogène » non intentionnelle , n'ayant pu être réduite par des moyens de prévention
- Douleur induite de courte durée par le soignant ds des circonstances prévisibles et susceptibles d'être prévenues : en deux catégories
 - lors de soins invasifs pansement, sondage, post op,...
 - Et lors de soins liés à la vie quotidienne : toilette; soins d'hygiène bucco-dentaire , change , transferts ...)



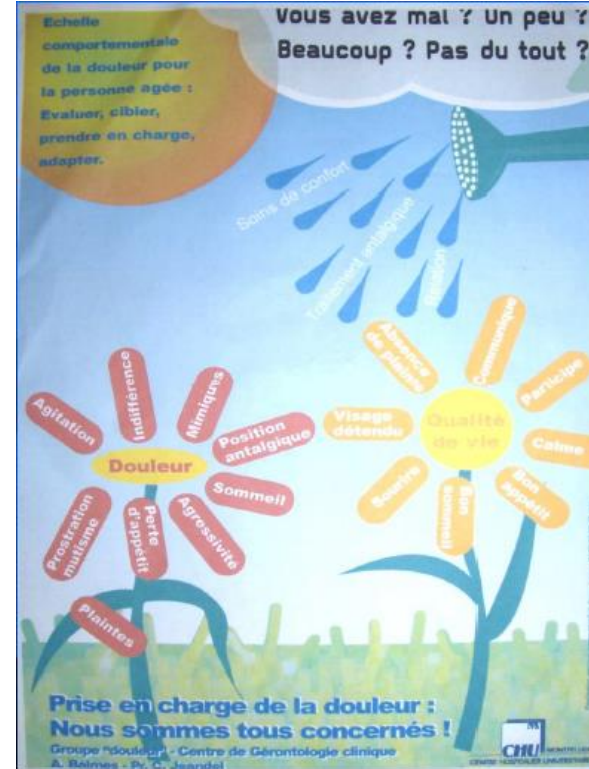
LA DOULEUR

- Y penser...
- La rechercher...
- La traiter...
- La prévenir...

- ...car la douleur arrête l'écoulement du temps...
- Tout professionnel est concerné
- ...

« 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



CM2319_Dr Marie Suzanne LEGLISE



FACULTÉ DE MÉDECINE
MONTPELLIER-NÎMES

Merci pour votre attention.