

IUNIVERSITE PARIS DESCARTES

MEMOIRE

Diplôme Inter universitaire

(D.I.U)

MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

EVALUATION DE LA DOULEUR

CHEZ LA PERSONNE AGEE EN EHPAD

Directeur de mémoire : Docteur Jean-Claude MALBEC

Dr Hassiba ASKROU

Dr Pascal LEMOIGT

Dr Alain ROSAMOND GERMAIN

Dr Messaouda ZEGHOUANE

Remerciements

Docteur Jean-Claude MALBEC

&

Docteur Clémence BOUILLY

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	4
1 - QU'EST – CE - QUE LA DOULEUR ?	5
1.1 CIRCUIT DE LA DOULEUR ET DESCRIPTION DES CIRCUITS NERVEUX .	
1.2 LES TYPES DE DOULEURS.	
1.3 CONSEQUENCES CHEZ LA PERSONNE AGEE.	
1.4 DOULEUR ET SOINS PAILLATIFS EN EHPAD.	
2 - EVALUATION DE LA DOULEUR.	8
2.1 ECHELLES D' AUTO-EVALUATION.	
2.2 ECHELLES D HETERO- EVALUATION.	
3 - METHODES.	10
4 - DISCUSION	11
5 – CONCLUSION	12
6 – ANNEXES	13
7 – BIBLIOGRAPHIE	14

INTRODUCTION

L'idée fausse que vieillir c'est souffrir circule encore chez les soignants même en EHPAD.

Il est difficile d'imaginer, une douleur significative en 2015 et dans notre environnement, sans aucune possibilité de soulagement par des moyens médicaux ou non.

La bonne prise en charge de la douleur nécessite donc une évaluation de cette douleur.

Depuis 1994 : (amendement Neuwirth) la prise en charge de la douleur fait partie du code de santé publique (circulaire précisant les modalités de prise en charge par le médecin traitant au domicile et de la liaison à établir avec les établissements de santé).

1995 : la charte du patient hospitalisé dit « tout établissement doit se doter de moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille et intégrer ses moyens dans le projet d'établissement »

1998 2001 : premier programme national de la lutte contre la douleur ou trois axes de la lutte contre la douleur apparaissent : au sein des établissements, dans la formation des professionnels de santé et enfin avec la prise en considération des attentes patients – public .

2002 : la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, confirme le soulagement des douleurs et l'accompagnement en fin de vie comme un droit fondamental de toute personne.

2001 - 2003 : premières recommandations relatives à la personne âgée, incluant celles atteintes de troubles de la communication verbale par l'ANAES ; on assiste à l'émergence des échelles d'évaluation.

2002-2005 : le 2^{ème} plan national de lutte antidouleur suivi de la loi Léonetti mettent en relief les soins palliatifs.

2006-2010 : c'est ce troisième plan qui met l'accent sur la prise en charge de la douleur chez la personne âgée (mise en œuvre du programme Mobiquial).

Nous rappelons aussi 3 dispositions réglementaires qui nous semblent incontournables :

1. la charte des droits et libertés de la personne accueillie (loi du 09/10/2003).
2. la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap et de dépendance, réactualisée en 2007.
3. la loi de rénovation de l'Action sociale (li du 02/01/2002) fondant la notion de dépendance, qui débouchera sur la tarification ternaire des établissements médicaux sociaux ...

Il est important de rappeler que la prévalence de la douleur augmente avec l'âge :

40 à 60 % des personnes âgées souffrent de douleurs chroniques dont un tiers de douleurs sévères.

En fin de vie, la prévalence peut atteindre **80 %**.

1 - QUEST- CE - QUE LA DOULEUR ?

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle individuelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou vécue comme telle. (OMS IAFSP).

1 -1 CIRCUIT DE LA DOULEUR, DESCRIPTION DES CIRCUITS NERVEUX

Les messages nociceptifs sont acheminés par les fibres nerveuses vers les cornes antérieures puis postérieures de la moelle et ensuite vers le cerveau .

Les messages douloureux peuvent être décrits en 4 composantes :

- Composante sensori –discriminatives décodant les caractéristiques du message nociceptif.
- Composante affectivo–sensorielle affichant la part affective attachée à l'expérience douloureuse.
- Composante cognitive définissant l'ensemble des processus mentaux qui accompagnent et donnent sens à une perception et adaptant la réaction comportementale.
- Composante comportementale enfin englobant l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre.

1-2 LES TYPES DE DOULEURS

La douleur peut être :

- Aigue : fracture, choc post opératoire....
- Spontanée.
- Induite par les soins (toilette, habillage, pansements...)

Par mécanisme physiopathologique

- Par excès de nociception ayant un rythme mécanique ou inflammatoire, une topographie régionale non systématisée, un examen neurologique normal.
- Neuropathique ou neurogène comportant une atteinte périphérique ou centrale, une douleur plus ou moins continue fulgurante ou intermittente, des signes dysesthésiques.
- Psychogène difficile à diagnostiquer (penser à une pathologie psychiatrique débutante ou à une étiologie non trouvée).
- Idiopathique.

Quand le clinicien ne trouve pas de lésion ou de cause psychogènece sont des douleurs dites fonctionnelles même si fondées cliniquement (exemple de la glossodynie)

La durée

- Evolution aigue.
- Evolution chronique.
- Chronique si elle évolue au-delà de 3 à 6 mois (rhumatologique cancéreuse, neurologique)
A ce stade le symptôme douloureux, d'alarme jusqu'alors, peut devenir « un problème en soi car il y a des retentissements péjoratifs sur l'individu »

1-3 Conséquences chez la personne âgée

La douleur chez la personne âgée peut entraîner

- Anxiété
- Dépression
- Régression
- Perte d'autonomie
- Troubles de la marche
- Chutes

1-4 DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

Les soins palliatifs sont des soins prodigués pour soulager les douleurs physiques ainsi que tous les autres symptômes de souffrance ou d'inconfort (INPES) La loi relative aux droits des malades et à la fin de vie du 22 avril 2015 dite « loi LEONETTI » défend les droits des patients et les obligations des médecins en regard des limitations ou de l'arrêt des traitements afin d'éviter toute « obstination déraisonnable ». L'article L-111005 du code de la santé publique précise que toute personne a le droit de recourir aux soins visant à soulager la douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance, prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé doivent mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer une fin de vie digne jusqu'à la mort.

En EHPAD 54 % des résidents en fin de vie ont reçu des antalgiques de type morphinique au cours des 15 derniers jours qui ont précédé le décès. La douleur était bien soulagée selon les médecins coordonnateurs (étude de l'observatoire national de fin de vie publiée le 11 septembre 2003)

Nous avons pu noter qu'un quart des résidents mourraient à l'hôpital. Ce chiffre baisse de manière significative s'il y a un(e) infirmière de nuit dans l'établissement. Dans ce cas seulement 15,7% des résidents sont hospitalisés au cours des 15 derniers jours de vie contre 24,9% dans les autres EHPAD. Si un(e) infirmier (e) de nuit était présente dans toutes les EHPAD, on éviterait 18 000 hospitalisations.

La mutualisation des infirmiers, infirmières dans les EHPAD proches permet le maintien des résidents en EHPAD.

Les liens entre les EHPAD et les équipes de soins palliatifs se renforcent : 62,5 % DES EHPAD ont fait appel à des équipes de soins palliatifs.

Ce rappel sur la douleur débouche naturellement sur son évaluation qui est au cœur de notre mémoire.

2 - EVALUATION DE LA DOULEUR

Le préalable avant toute évaluation est de la repérer, de pratiquer un bon examen clinique

Les poly-pathologies, les déficits sensoriels, les troubles cognitifs peuvent perturber la réalisation de cette évaluation.

Il faut donc distinguer les personnes n'ayant pas ou peu de troubles de la communication verbale de ceux en ayant pour le choix des échelles d'évaluation adaptées

Quelles sont-elles ?

2.1 Echelles d'auto évaluation :

Elles permettent quantitativement de mesurer l'intensité de la douleur que le patient reporte lui-même.

Elles seraient applicables jusqu'à 18 de MMS.

- Echelle visuelle analogique (EVA) elle est représentée par une ligne horizontale de 10 cm pour le point le plus à droite est le maximum de douleur, le point le plus à gauche étant le point de zéro douleur.
- Echelle visuelle analogique (EVN) le patient donne une note sur une échelle de 0 à 10 ou de 0 à 100 plus la note est élevée plus l'algie est intense.
- Echelle verbale simple (EVS) le patient choisit le nombre qui correspond le mieux à sa douleur parmi plusieurs mots
« absente » « faible » « modérée » « intense » « extrêmement intense »

2.2 Echelles d'hétéro-évaluation

Elles s'adressent à des personnes ayant des troubles de la communication

- Echelle Doloplus : c'est une fiche d'observation comportant 10 items répartis en 3 sous groupes : retentissement somatique, psychomoteur psychosocial.
Chaque item est coté de 0 à 3 (0 pas de perturbation 3 perturbation maximum).
La douleur est patente si le score est supérieur ou égal à 5.
Elle nécessite une formation des soignants.
- Echelle ECPA : elle comporte 8 items en 2 dimensions (avant et après les soins).
Chacun est défini par degré de gravité progressive (0 à 4)
Plus le score est élevé plus la douleur est importante.
Elle nécessite une formation des soignants.
- Echelle Algols : c'est une variante de l'échelle Doloplus appliquée aux douleurs aiguës

La question sur laquelle portera donc notre travail :

Comment la douleur est elle évaluée dans les EHPAD de notre environnement professionnel ?

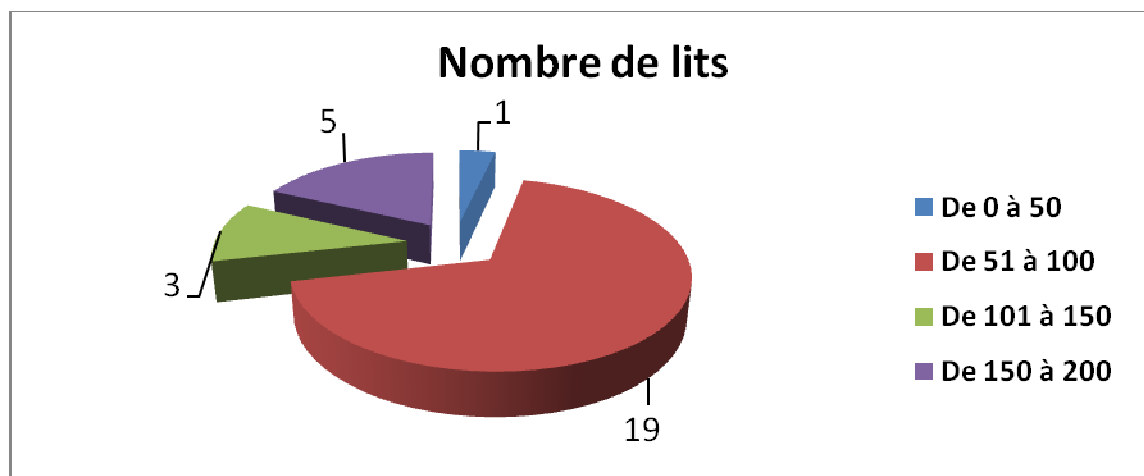
3 – METHODES

Nous avons établi un questionnaire avec notre directeur de mémoire. Ce questionnaire a été adressé aux EHPAD de notre environnement professionnel (Orne et Région parisienne). Les questionnaires ont été adressés du 1er mai au 30 juin 2015 par courrier avec enveloppe timbrée pour le retour.

Nous n'avons pas fait de relance.

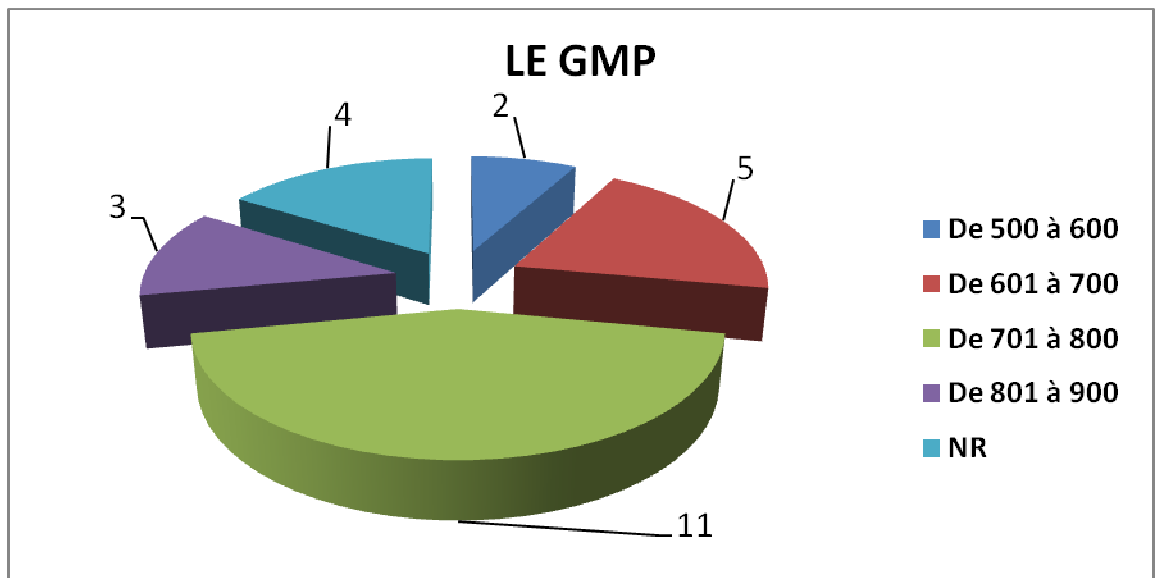
Nous nous sommes rencontrés pour faire le dépouillement.

	Nombre de lits
De 0 à 50	1
De 51 à 100	19
De 101 à 150	3
De 150 à 200	5

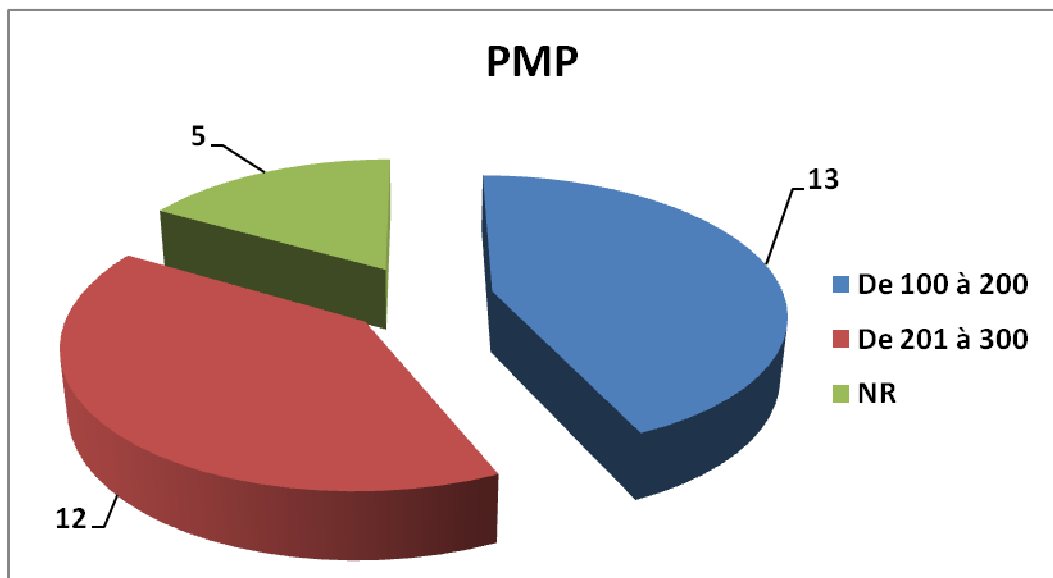


Evaluation de la douleur chez la personne âgée en EHPAD

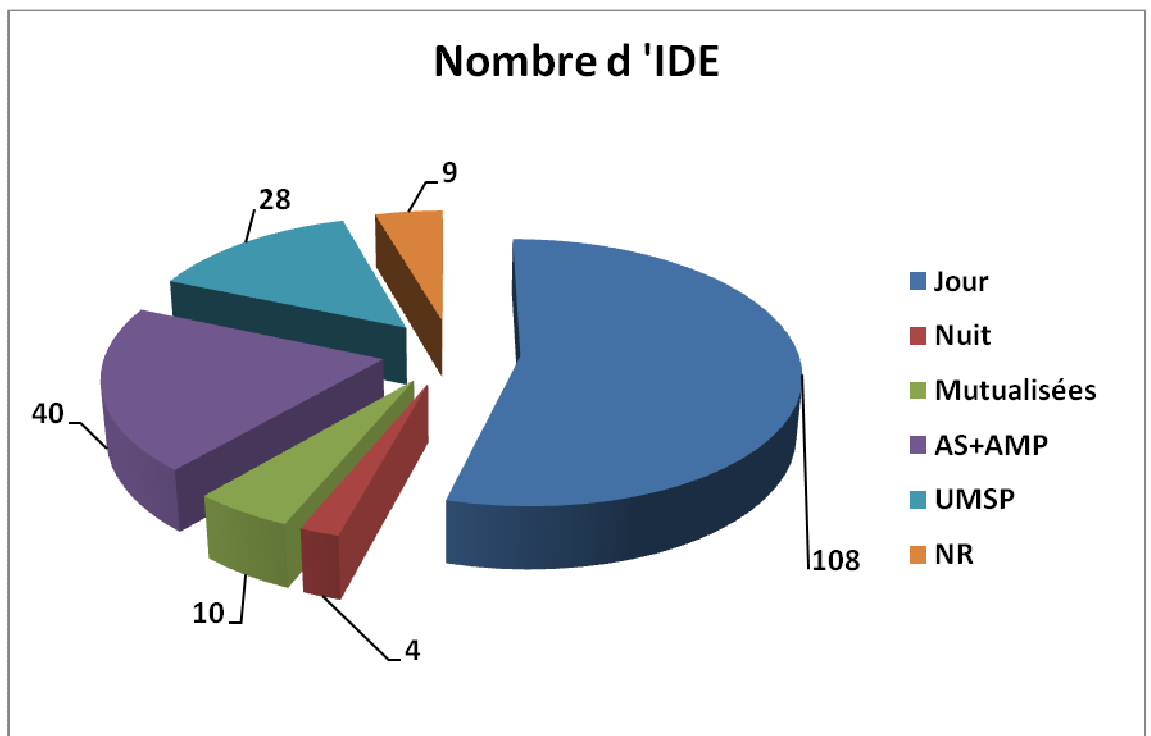
	LE GMP
De 500 à 600	2
De 601 à 700	5
De 701 à 800	11
De 801 à 900	3
NR	4



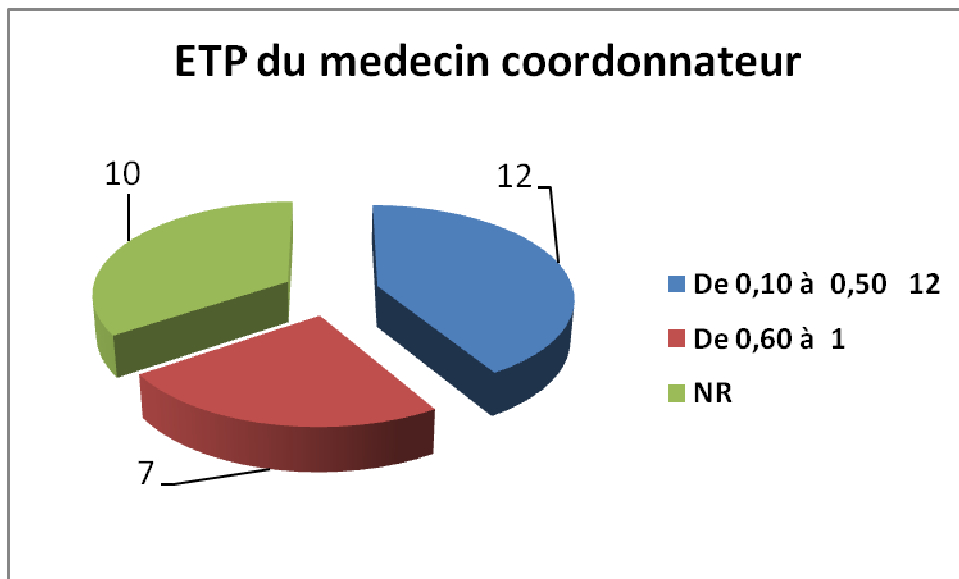
LE PMP	
De 100 à 200	13
De 201 à 300	12
NR	5



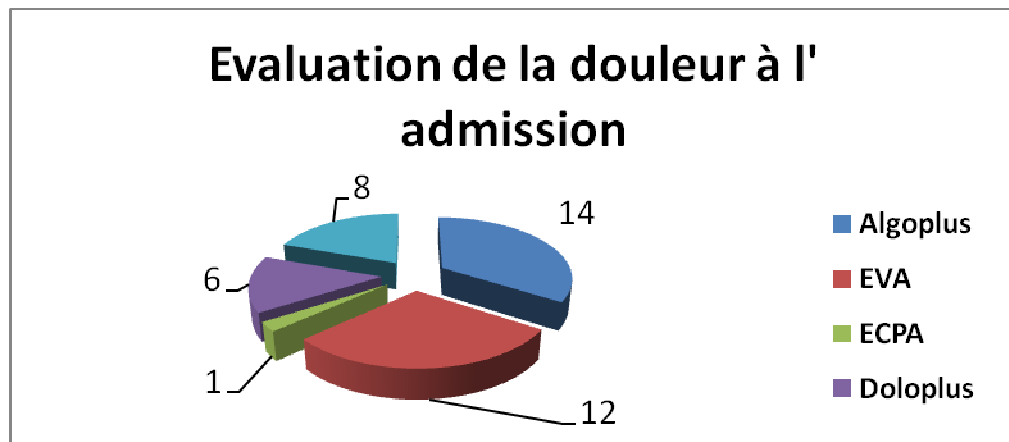
	Nombre d 'IDE
Jour	108
Nuit	4
Mutualisées	10
AS+AMP	40
UMSP	28
NR	9



	ETP du médecin coordonnateur
De 0,10 à 0,50	12
De 0,60 à 1	7
NR	10

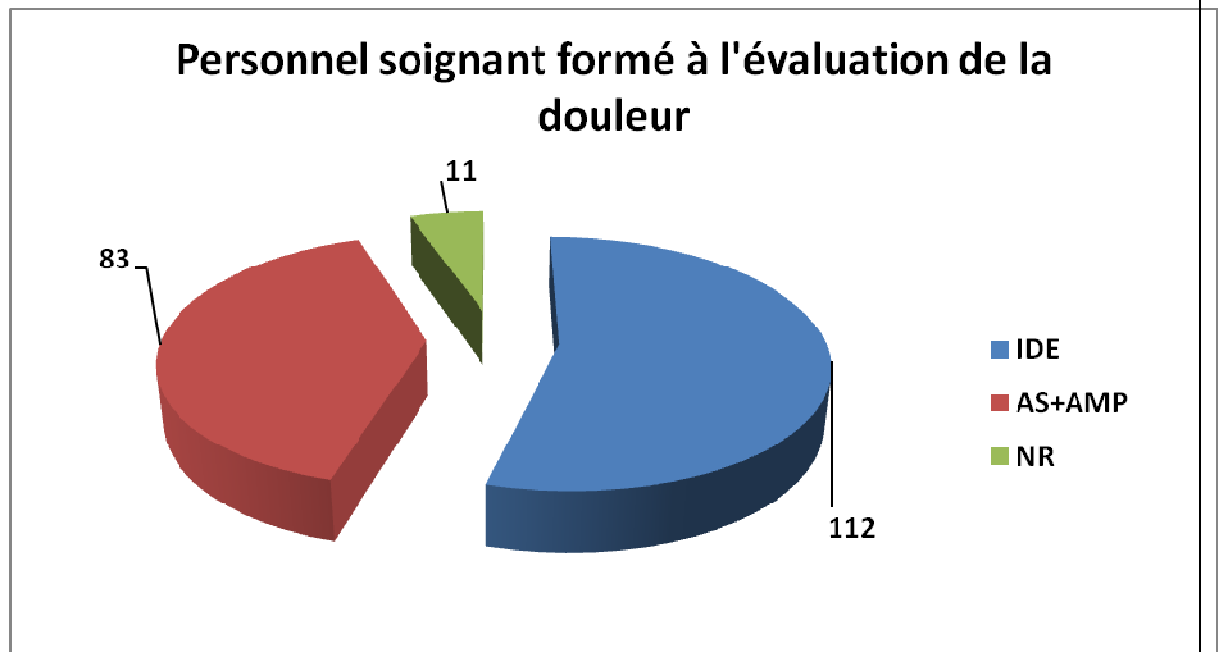


	Evaluation de la douleur à l'admission
ALGOPLUS	14
EVA	12
ECPA	1
DOLOPLUS	6
NR	8

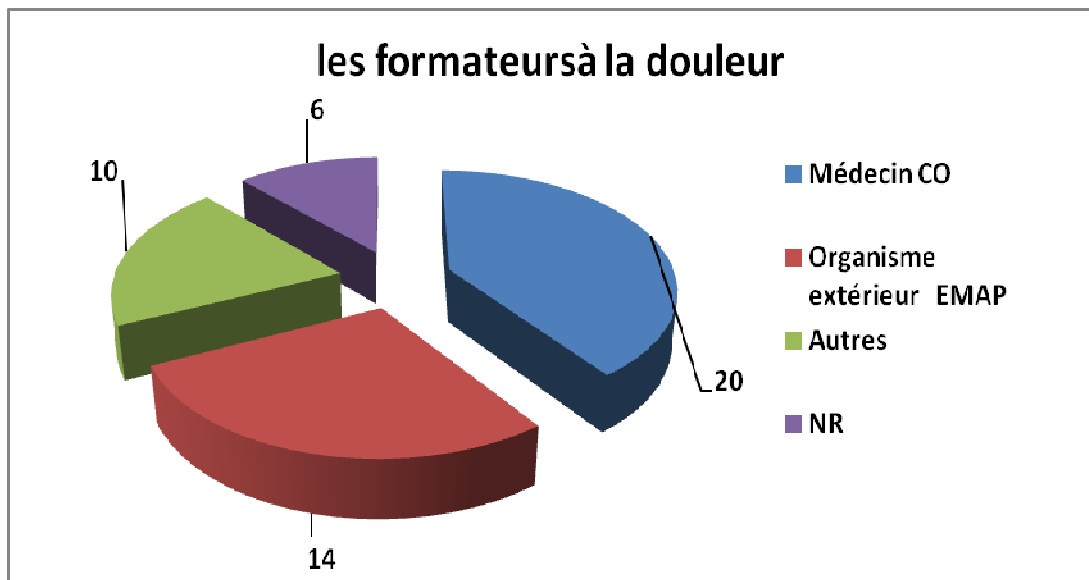


Evaluation de la douleur chez la personne âgée en EHPAD

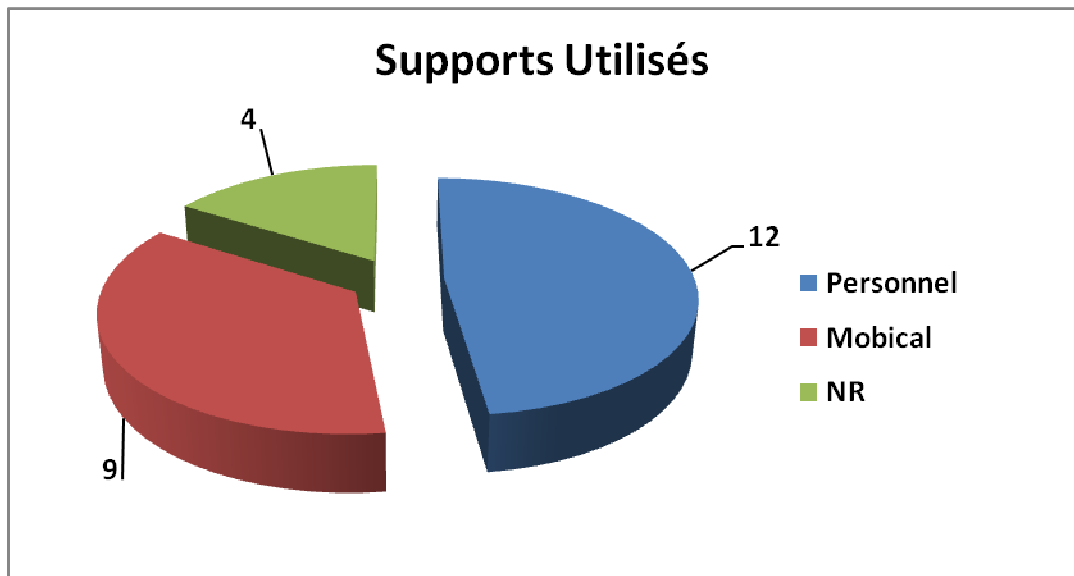
	Personnel soignant formé à l'évaluation de la douleur
IDE	112
AS+AMP	83
NR	11



	les formateurs à la douleur
Médecin CO	20
Organisme extérieur EMAP	14
Autres	10
NR	6



	Supports Utilisés
PERSONNEL	12
MOBICAL	9
NR	4



4 - DISCUSSION

Pour cette étude, chaque médecin a assuré la diffusion de 18 questionnaires et a reçu en retour 6 réponses, 3 réponses sont parvenus hors délai.

Le personnel soignant est bien sensibilisé à l'évaluation de la douleur grâce à la formation reçue soit par le médecin coordonnateur soit par des organismes extérieurs .

On remarque que le principal support de formation est celui u médecin coordonnateur.

Les échelles d'évaluation de la douleur utilisée, sont : Algoplus, Doloplus, EVA, EVN.

Malgré cette sensibilisation à la douleur, très peu de résidents ont été évalués à l'admission.

Pour les infirmières de nuit, nous n'avons pas assez d'information sur les EHPAD, pour déterminer l'intérêt de la présence d'infirmières de nuit.

Nous remarquons selon cette étude que leur nombre est faible au sein des EHPA.

La présence d'infirmières mutualisées est plus fréquente en région parisienne qu'en milieu rural, où les EHPAD sont éloignées les unes des autres.

En ce qui concerne l'équipe mobile de soins palliatifs, la collaboration des EHPA est notable.

D'après cette étude, 20 à 100 % des résidents hospitalisés chaque année en fin de vie, les réponses étaient erronées car mal comprises.

5 - CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence l'évaluation de la douleur à l'admission, mais nous remarquons que cette douleur n'a pas été évaluée tout au long du séjour du résident.

Le questionnaire était mal renseigné, certaines questions étaient difficilement exploitables du fait d'insuffisance des renseignements dans la réponse.

Nous avons pu établir la place du médecin traitant dans la prise en charge e la douleur chez la personne âgée en EHPAD .

Nous pensons qu'il faut déterminer la place du médecin traitant, au sein de l'équipe, celui-ci étant la prescription principale .

6 – ANNEXES

7 – BIBLIOGRAPHIE

- 1 – Comptes-rendus du 2^{ème} congrès national des médecins coordonateurs d'EHPAD.
Journées de formation professionnelle des médecins 'EHPAD. METAIS (2)/article, LA REVUE FRANCOPHONE DE GERIATRIE et DE GERONTOLOGIE n° 12/119. 2005.
- 2 - « Prévalence de la douleur obtenue auprès du résident rapportée au recueil de la douleur au sein du dossier en EHPAD dans le Nord-Finistère », thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine, diplôme d'état par Anne-Laure GASNIER , présentée et soutenue publiquement le 30 mai 2013.
- 3 - « Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées, ayant des troubles de la communication verbale ». ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Octobre 2000.
- 4 - « Douleur et personnes âgées : réparer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité ». Colloque du 24 mars 2005, LA REVUE DE GERIATRIE , tome 30, supplément C au n° 6 - juin 2005.
- 5 - « cohorte paquid : approche épidémiologique du vieillissement, santé, société ». Paris ; INSERM (éditeur) 1996, pages 79 à 99.
- 6 - « La douleur dans tous ses états, de sa banalisation à son évaluation au sein d'une EHPAD » JOSSE I , thèse/mémoire, Office Aquitain de Recherche d'Etudes d'Informations et de Liaisons sur les personnes âgées (OAREIL) Bordeaux. FRA, 2009.
- 7 - « Evaluation des pratiques professionnelles.
Rapport de l'expérimentation nationale.
Audit clinique ciblé appliqué à la prise en charge de la douleur de la personne âgée » HAS (Haute Autorité de la Santé) Juin 2006.
- 8 - « An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons”. T. Hadjistavropoulos, Keela A. Herr, D. C. Turk .
Clinical Journal of Pain 23.1 (2007): S1-43.
- 9 - “Douleur et personne âgée”
Françoise BEROUD, coordinateur Institut UPSA de la douleur, pages 49 à 64.
Edition 2011.
- 10 - www.mobiquial.org