

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE



Université Paris DESCARTES

Faculté Cochin – Port Royal

BONNARD-RICHARDET Véronique

DU Infirmière référente et coordinatrice (IRCO)

Année universitaire 2015

Directeur de mémoire : Mme VILLAIN Géraldine,
psychomotricienne

*Au sein de l'EHPAD
« Le Village »
Centre hospitalier
Arpajon*

Remerciements :

Dans un premier temps, je tiens tout particulièrement à remercier Mme VILLAIN Géraldine, pour son accompagnement tout au long de la réalisation de ce projet et les conseils qu'elle a pu me prodiguer.

J'aimerais de plus remercier Mme LETOURMY Françoise, cadre de santé au sein de l'EHPAD « le village » à Arpajon, pour m'avoir laissé la liberté d'interroger ses équipes de soins et d'avoir réalisé un projet concernant son établissement.

Enfin, je remercie l'ensemble du personnel de l'équipe de soin de l'EHPAD « le village » pour m'avoir accompagné dans mes réflexions et principalement pour avoir accepté de m'aider en répondant aux différents questionnaires que j'ai pu leur soumettre pour la création de ce travail.

Sommaire :

Introduction	1
I. Analyse des besoins par rapport à la prise en charge de la douleur au sein de L'EHPAD « le village »	3
1) Présentation de la structure	3
2) Construction du questionnaire	4
3) Les résultats du questionnaire	5
A) Expérience des aides- soignantes	5
B) Les connaissances de chacun	5
C) Analyse du questionnaire	10
D) But et objectifs du projet	12
II. Vers une nouvelle prise en charge de la douleur	13
1) Place de l'IRCO (Infirmière référente et coordinatrice)	13
A) Cadre de la Réunion de présentation du projet	13
B) Elaboration de groupes de travail pour la formation	14
C) Suivi du projet et coordination entre les membres de l'équipe	15
2) Place de l'aide-soignant	17
A) Position de l'aide- soignant dans l'équipe	18
B) Rôle de l'aide- soignant dans la prise en charge de la douleur	19
a. Identifier une personne âgée douloureuse au quotidien	19
b. Evaluation de la douleur	20
c. L'importance des transmissions	23
3) Objectifs attendus	24
4) Limites du projet	27
Conclusion :	29
Lexique :	30
Bibliographie/sitographie :	31
Sommaires des annexes	32
Annexes	33
Résumé :	43

Introduction :

La prise en charge de la personne âgée devient une préoccupation de santé publique et notamment pour la douleur. Cela rejoint les approches de bientraitance et humanité qui ont pour but l'amélioration de la qualité de vie de la personne âgée dans les différentes structures qui lui sont dédiées.

Au cours des vingt dernières années, la prise en charge de la douleur a connu des avancées notables. En effet, les pouvoirs publics ont pris conscience des différents enjeux de ce sujet ce qui s'est traduit par diverses lois, celle du 4 février 1995 par exemple donne obligation aux établissements de mettre en œuvre des moyens de prise en charge de la douleur. Des décrets comme celui du 29 juillet 2004, art 1243-112 par exemple : « l'infirmier doit participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur, de la détresse physique et psychique des personnes ». La loi Neuwirth de 1995 du code de la santé publique stipule que les établissements de santé doivent mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. La charte du patient, article 2¹, va également dans ce sens.

Ces lois doivent être appliquées dans tous les établissements recevant des personnes âgées mais malheureusement la réalité est toute autre dans bon nombre d'EHPAD².

L'idée de faire un travail sur la douleur vient du fait qu'au sein de l'EHPAD dans lequel j'exerce, il y a trop souvent un certain manque de considération de la douleur. En effet, nous constatons fréquemment la prescription de paracétamol lorsque la personne s'exprime et si celle-ci peut en faire la demande. La réponse à la requête d'un médicament pour la douleur se fait la plupart du temps sans prendre le temps d'analyser l'origine de celle-ci. Il faut savoir que la douleur est le symptôme qui conduit le plus souvent vers le médecin. C'est un signal d'alarme de l'organisme, « c'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion » selon une définition de l'IASP³ en 1979. La douleur peut être aiguë (douleur vive, brutale, souvent brève, d'origine traumatique, post opératoire ou induite par les soins) ou chronique (douleur qui persiste au-delà de trois mois). La douleur a plusieurs mécanismes :

¹ Voir Annexe 8

² Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes – Voir lexique p 32

³ International Association for the Study Of Pain – Voir lexique p 32

- douleur nociceptive : signal d'alarme en réponse à une agression contre l'organisme envoyé au cerveau pour l'alerter (brûlure, piqure...)
- douleur neuropathique : consécutive à une lésion nerveuse qui provoque un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central (une sciatique suite à une hernie discale...)
- douleur idiopathique : douleur sans cause identifiable.
- douleur psychogène : d'origine psychologique liée à un évènement récent ou ancien (deuil, dépression, traumatisme...)

Il est donc essentiel de repérer le type de douleur, son mécanisme et le ressenti de la personne pour déterminer le traitement le plus adapté et surtout une prise en charge personnalisée, individualisée. D'où l'importance d'avoir du personnel formé pour pallier au manque de communication de la personne âgée ayant des troubles cognitifs et pouvant difficilement exprimer ses besoins. Ce travail ciblera donc cette catégorie de population, représentée à 37% dans l'EHPAD où je travaille. Les difficultés de communication demandent donc une attention différente et plus importante. Le rôle des aides-soignants est donc primordial.

Mon projet consiste à amener les équipes soignantes à mieux considérer la douleur pour apporter une réponse adaptée à chaque résident de l'EHPAD dans lequel j'exerce. Cet établissement compte quatre - vingt personnes dont une majorité ont des difficultés pour formuler leur ressenti. Je souhaite pour cela aider les aides- soignants en les formant pour qu'ils soient aptes à prendre en charge à leur niveau la douleur de la personne âgée ne pouvant plus ou peu s'exprimer.

L'objectif est donc de savoir quel est le rôle de l'IRCO⁴ (infirmier(e)référente et coordinatrice) dans la sensibilisation des aides-soignants à la prise en charge de la douleur de la personne âgée ayant des troubles cognitifs ? Ce travail présente en premier le point de vue des aides- soignants sur la prise en charge de la douleur au sein de l'EHPAD « Le Village ». A partir de ce retour d'expérience, nous effectuerons une analyse des besoins pour améliorer l'évaluation et le suivi de la douleur auprès des personnes ayant des troubles cognitifs et voir ainsi quelles réponses pourraient être apportées.

⁴ Infirmier(e) référent(e) et coordinateur (rice) – voir Lexique p 32

I. Analyse des besoins par rapport à la prise en charge de la douleur au sein de L'EHPAD « le village »

1) Présentation de la structure

Créée en 1994, la maison de retraite « Le Village du Pays de Châtres » devient un EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) en 2007. Malgré ce changement de statut cette institution reste plus communément nommée maison de retraite le Village. Cet établissement public est installé au sein du centre hospitalier d'Arpajon, dans le département de l'Essonne. Il accueille quatre-vingt résidents dépendants, désorientés dont 20 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui sont regroupées dans un espace de vie nommé CANTOU⁵ (Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles) depuis 2011.

Le personnel soignant se compose :

- D'un médecin, chef de service présent deux heures par semaine dans l'établissement et en cas de besoin. Il exerce au centre hospitalier attenant, au service de consultation mémoire et est également le médecin traitant de 20 résidents de l'EHPAD.
- Un second médecin est présent à temps plein, il est médecin traitant de 60 résidents mais aussi Médecin coordonnateur
- Une cadre de santé (ancienne kinésithérapeute)
- Quatre infirmières à temps plein et une à mi-temps en équivalent temps plein
- Vingt aides-soignants dont quatre travaillant de nuit
- Sept ASH⁶ (agents de services hospitaliers)
- Un ergothérapeute, deux animatrices à temps plein
- Une psychomotricienne, une psychologue, une diététicienne, toutes les trois à mi-temps.
- Une pharmacie à usage intérieur avec un poste de préparatrice à quart temps dédié à l'EHPAD.

⁵ Centre d'animation naturel tiré d'occupations utiles – Voir lexique p 32

⁶ Agents de services hospitaliers – voir lexique p 32

2) Construction du questionnaire

Pour établir ce projet, je devais connaître les besoins, le ressenti du personnel sur l'importance de la prise en charge de la douleur. Pour cela, j'ai donc commencé par parler de ce sujet lors de rassemblements informels (pauses café, transmissions, ...). Le sujet suscitait des échanges, des questionnements et ne laissait pas indifférent. Chacun avait une opinion, divergente ou non.

Comme dans tous les services, il y a différentes catégories professionnelles qui exercent dans cet EHPAD. J'ai choisi de cibler les aides-soignants car ils sont le plus au contact des résidents, ce sont les plus proches, souvent leur confident mais aussi les plus nombreux en quantité par rapport aux autres professionnels. Je n'ai pas différencié le personnel travaillant de jour ou de nuit car la douleur et sa prise en charge sont importantes tout au long du nyctémère. Que ce soit la douleur physique ou morale, elle peut même s'amplifier avec l'angoisse de la nuit.

Dans le service il y a vingt aides-soignants dont quatre travaillant de nuit. J'ai distribué un questionnaire ⁷ de 10 questions à chacun. J'ai choisi de commencer mon questionnaire par des questions générales et de continuer par des questions plus spécifiques, ciblées sur l'EHPAD « le village ». Je me dois de tenir compte de ce qui est déjà mis en place, comment cela est perçu et assimilé et ce qu'il serait souhaitable d'avoir dans le futur.

Afin de ne pas demander aux aides-soignants de trop écrire (crainte que cela ne les empêche de répondre facilement) j'ai opté pour une majorité de questions fermées, des réponses simples et précises ou des questions à choix multiples (où il faut entourer la réponse selon son opinion). Cette option s'est fait aussi dans le but de ne pas les mettre dans l'embarras pour répondre, par peur de faire des fautes d'orthographe, mal rédigé, mal retranscrire leur opinion.

J'ai distribué les questionnaires fin avril et j'ai demandé s'il était possible d'y répondre dans les 15 jours suivants. Deux semaines plus tard, j'avais obtenu dix réponses. J'ai donc revu les dix autres aides-soignants qui m'ont dit ne pas avoir eu le temps de le remplir en raison des jours fériés du mois de mai (partis en week-end, enfants à la maison, ...). Je leur ai donc accordé une semaine supplémentaire. Après ce délai, j'ai obtenu 16 réponses et j'ai donc décidé de travailler sur ces 16 retours.

⁷ Voir annexe 9

Le questionnaire s'intéresse tout d'abord à l'expérience de l'aide-soignant, ensuite les connaissances de chacun, la prise en charge actuelle de la douleur, et se termine par les attentes et les besoins de chaque aide-soignant.

3) Les résultats du questionnaire

A) Expérience des aides- soignantes

Parmi ces réponses, sept aides-soignants ont une expérience importante (ancienneté du diplôme supérieure à 10 ans) et travaillent depuis plus de 10 ans auprès des personnes âgées.

Neuf aides-soignants ont plus de 5 ans d'exercice à l'EHPAD « Le Village, » parmi lesquels trois travaillent de nuit.

B) Les connaissances de chacun

100% des aides- soignants reconnaissent que la prise en charge de la douleur est importante car elle améliore le quotidien de la personne âgée pour 68% ; De plus 32% pensent que le résident est mieux s'il n'a pas mal.

25% des aides-soignants pensent que la douleur est inéluctable, 70% pensent que non et 5% estiment ne pas pouvoir répondre à la question.

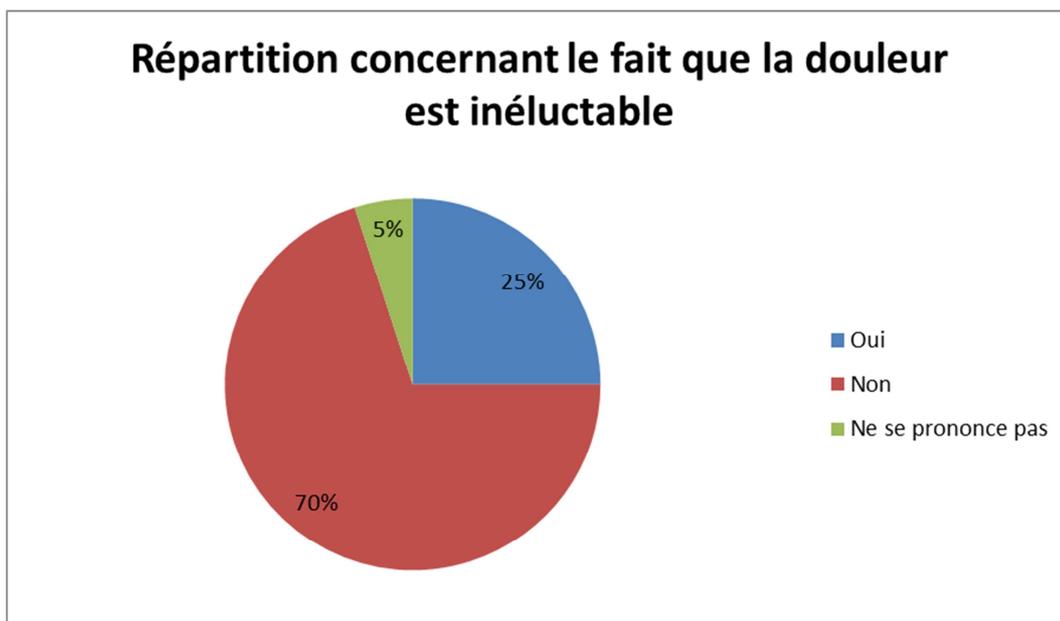


Figure 1 - Répartition concernant le fait que la douleur est inéluctable

Source : création personnelle

Les modes d'expression de la douleur :

- 35% des aides-soignants constatent qu'une personne âgée est douloureuse lorsqu'elle grimace en se mobilisant,
- 20% quand elle se plaint,
- 15% lorsqu'elle adopte une position antalgique,
- 16% lorsqu'elle crie
- 14% lorsqu'elle est agitée

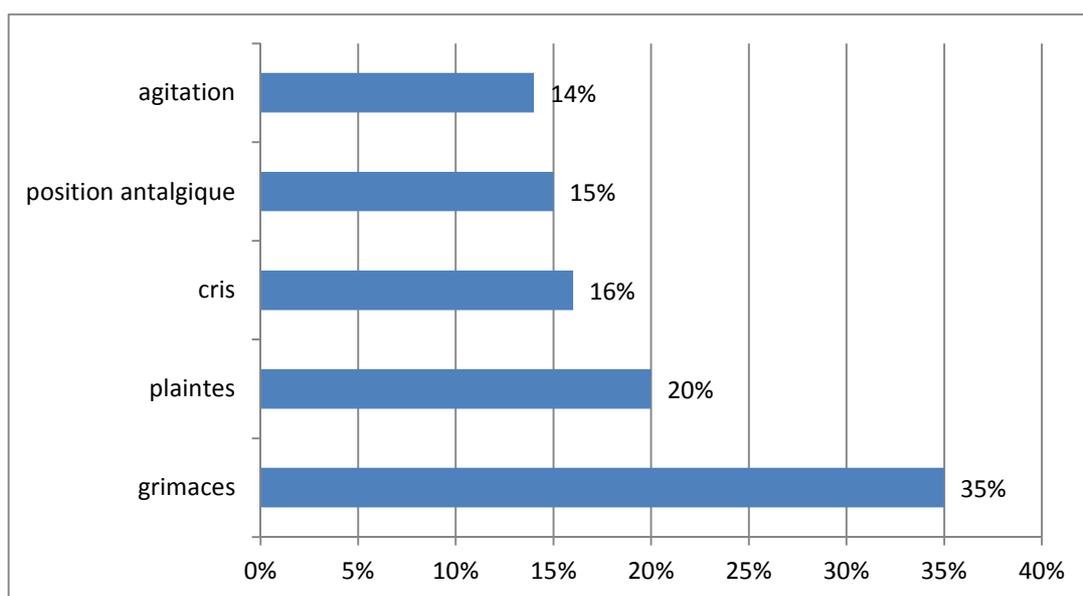


Figure 2 – les différents modes d'expression de la douleur selon les aides –soignants

Source : création personnelle

La prise en charge actuelle de la douleur au sein de l'EHPAD :

Pour 62% des aides- soignants la prise en charge de la douleur est peu efficace à l'EHPAD « Le Village » .

58% Estiment qu'elle est efficace.

25% disent qu'elle est évaluée et 10% qu'elle est réévaluée.

Pour 20% d'entre eux, la prise en charge de la douleur est organisée à l'EHPAD « Le Village » contre 18% qui trouvent que rien n'est organisé. 10% ne savent pas et 52% n'ont pas répondu.

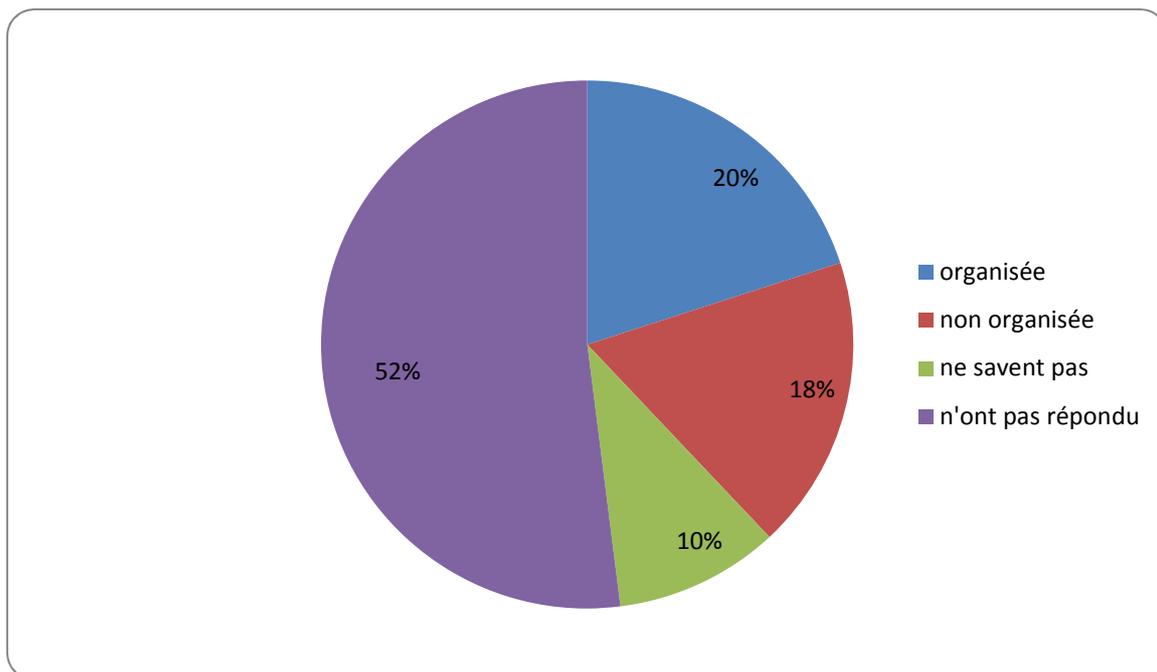


Figure 3 - la prise en charge de la douleur est-elle organisée ?

Source : création personnelle

Les modes d'évaluation de la douleur :

Pour évaluer la douleur, 93 % disent qu'il y a des échelles pour le faire et 7% pensent que le questionnement permet de le faire.

La moitié des aides-soignants pensent que l'on peut utiliser toutes les échelles pour toutes les douleurs.

20% disent qu'à l'EHPAD « Le Village » on utilise l'échelle d'évaluation algoplus, 2% l'EVA⁸ (échelle visuelle analogique), 13% l'EVS⁹ (échelle visuelle simple) 13% l'ECPA¹⁰ (échelle comportementale pour personnes âgées) et les 52% restants ne savent pas.

50 % disent savoir utiliser les échelles mais 25% d'entre eux ont des doutes sur leurs connaissances (les 25% restant n'ont pas répondu)

81% ont besoin d'informations complémentaires.

⁸ Echelle visuelle analogique – voir lexique p 32

⁹ Echelle visuelle simple – Voir lexique p 32

¹⁰ Echelle comportementale pour personne âgées – voir lexique p 32

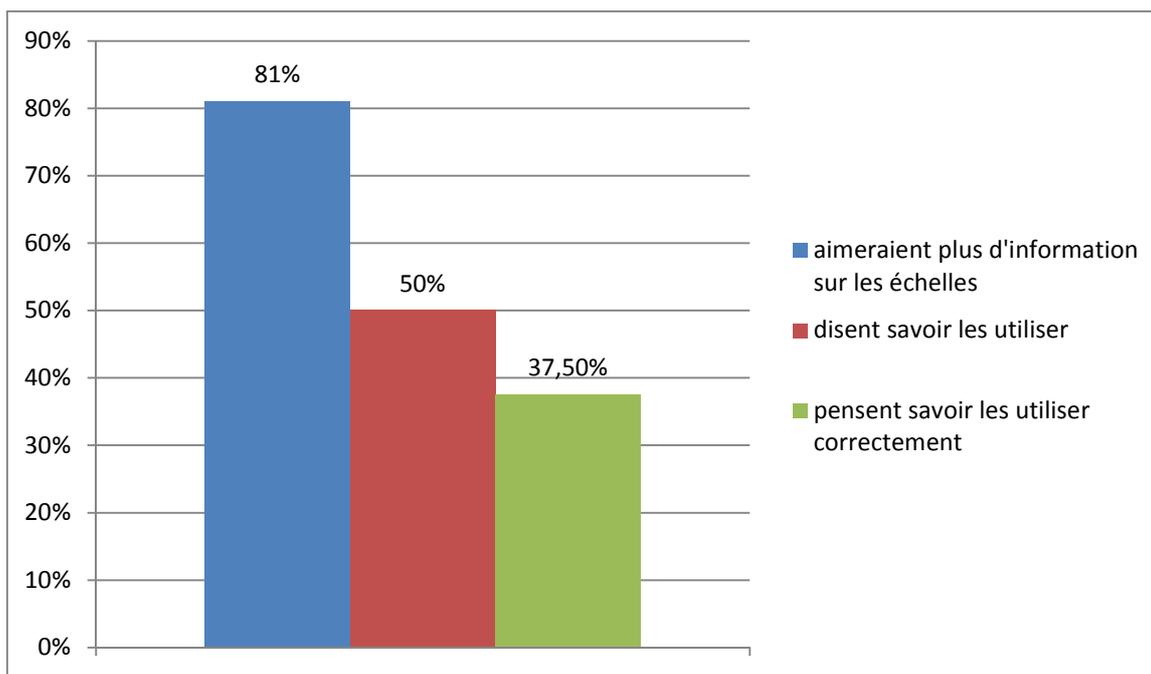


Figure 4 - connaissance des échelles par les aides-soignants

Source : création personnelle

70% Souhaitent apprendre pour utiliser au mieux ces échelles.

12% ne veulent pas apprendre. 18% ne se sont pas prononcés.

Après cette analyse, des questions supplémentaires me sont venues à l'idée et après réflexion, j'ai décidé de refaire un 2^{ème} questionnaire ¹¹avec cinq autres questions pour mieux diriger mon travail en fonction des besoins réels.

Caractéristiques de la douleur :

Tous les aides –soignants pensent qu'il y a différentes douleurs :

72% d'entre eux parlent de la douleur physique ou morale et 18% de douleur aigue ou chronique et 10% n'ont pas répondu.

100 % des aides-soignants disent que tout le monde ne ressent pas la douleur de la même manière mais 80 % pensent que les personnes âgées avec des troubles cognitifs la ressentent moins. Pour 66% des aides-soignants la prise en charge de la douleur n'est pas différente selon la pathologie du résident contre 24% pour qui elle l'est et 10% ne savent pas.

¹¹ Voir annexe 10

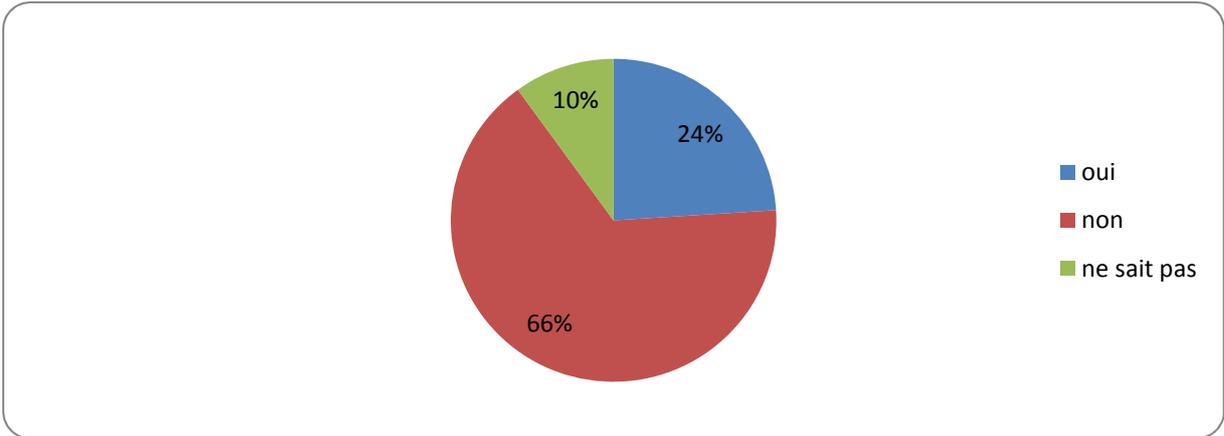


Figure 5 - répartition des réponses concernant le fait que la prise en charge de la douleur est différente selon la pathologie du patient

Source : création personnelle

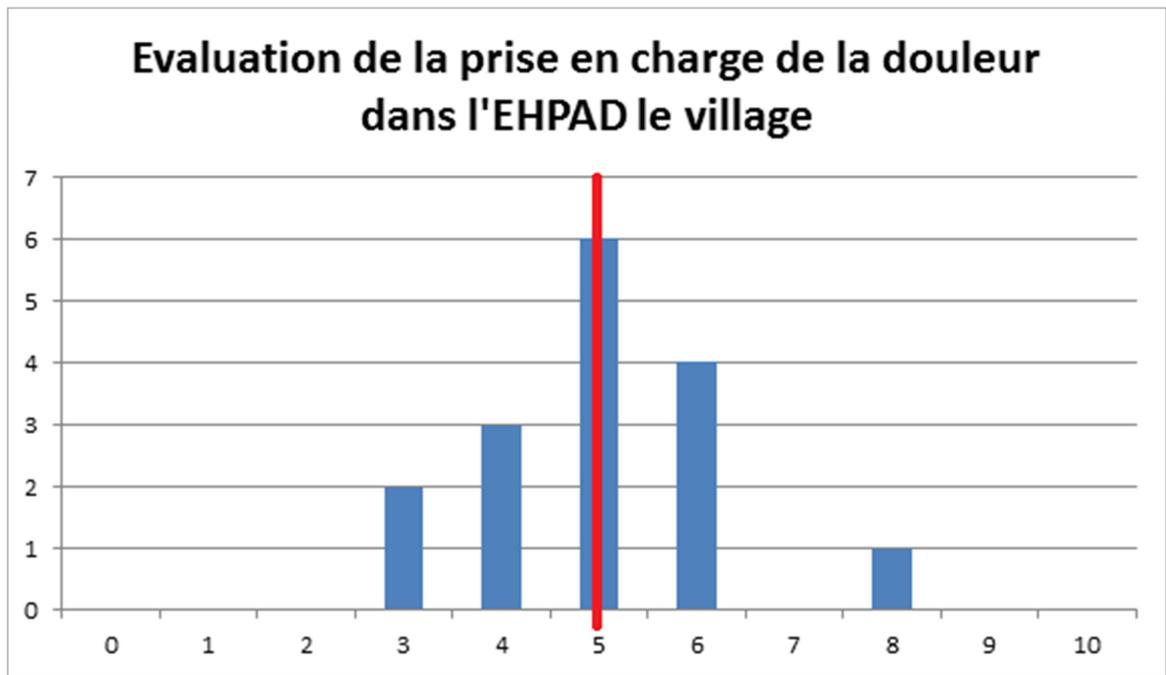


Figure 6 - Evaluation de la prise en charge de la douleur dans l'EHPAD le village par les aides-soignants

Source : création personnelle

Comme nous pouvons le constater sur le graphique ci-dessus, les aides-soignants ont donné une note sur la prise en charge actuelle de la douleur. Sur une échelle de 0 à 10 (0 = Prise en charge nulle, 10 = excellente prise en charge), la moyenne est de 5/10 (voir trait rouge sur le graphique).

C) Analyse du questionnaire

Suite à cette distribution de questionnaires, j'ai eu 80% de retour, ce qui prouve l'intérêt porté par le personnel pour ce sujet. Les aides-soignants se sentent concernés. Ils connaissent bien les personnes âgées puisque 43% d'entre eux exercent auprès d'elles depuis plus de dix ans et ils connaissent également bien la structure de l'EHPAD « Le Village » puisque 56% d'entre eux y exercent depuis plus de 5 ans. Les quatre personnes travaillant de nuit ont répondu, ce qui me laisse penser que la prise en charge de la douleur est aussi importante la nuit et le rôle des aides-soignants accru car il n'y a pas de présence infirmière.

Le fait que 100% des aides-soignants reconnaissent que la prise en charge de la douleur est importante me conforte dans mon idée qu'il est essentiel voir primordial de réfléchir sur ce sujet.

Savoir que 70% des aides-soignants pensent que la douleur n'est pas inéluctable chez la personne âgée laisse à penser qu'il existe des moyens pour combattre la douleur, ou tout au moins l'atténuer. Il serait faux de croire que la personne âgée de par son vieillissement, ses multi pathologies doit avoir mal. Quel que soit l'âge, il faut lutter contre la douleur et celle-ci doit être prise au sérieux lorsqu'elle concerne une personne âgée. Sa prise en charge doit être propre à chaque individu, c'est-à-dire personnalisée, individualisée afin de diminuer au maximum les effets indésirables. Pour cela, il faut être près de la personne âgée et c'est pour cette raison que je me suis intéressée aux besoins des aides-soignants pour les aider à reconnaître une personne douloureuse.

80 % des aides-soignants pensent que les personnes âgées avec des troubles cognitifs ressentent moins la douleur, peut-être parce qu'elles expriment moins facilement leurs émotions verbalement et cela nécessite donc de porter une attention plus grande aux communications non verbales

Pour 35% des aides-soignants, une personne âgée est douloureuse si elle grimace à la mobilisation, si elle se plaint, si elle gémit. Cette constatation est effectivement correcte, mais me semble insuffisante et demande donc des connaissances supplémentaires.

Le constat sur la prise en charge de la douleur à l'EHPAD « Le Village »:

62% des aides-soignants trouvent qu'elle est peu efficace. Cela prouve qu'il y a un travail à effectuer pour une meilleure prise en charge et que mon projet peut faire évoluer les pratiques.

Le fait que 52% des aides-soignants n'aient pas répondu à la question de savoir si la prise en charge de la douleur est organisée me laisse à penser qu'ils ne savent pas s'il y a quelque chose effectivement de prévu. Il y a une carence à ce niveau, la communication entre docteurs, infirmières, aides-soignants fait défaut ; En effet la prise en charge de la douleur n'est pas organisée dans ce service, il n'y a pas de protocole à proprement dit. Lorsqu'un résident est douloureux, le médecin prescrit des antalgiques et demande d'évaluer la douleur à l'aide d'échelle pour connaître l'efficacité du traitement ; Rien n'est prévu en dehors de cela, il manque un coordinateur pour donner l'impulsion aux équipes soignantes et les faire réfléchir sur le fait que la prise en charge de la douleur est importante.

Ce constat va aussi dans le même sens lorsqu'il s'agit de donner le nom des échelles d'évaluation de la douleur. 52% n'ont pas répondu, peut être ignorent-ils seulement le nom ? car 93% savent qu'elles existent. Par contre, il y a des lacunes quant à l'utilisation, 50% disent savoir les utiliser mais 31% ont besoin d'informations complémentaires. L'explication du fonctionnement des échelles est donc nécessaire pour 81% des aides-soignants.

Le 2^{ème} questionnaire m'a permis de constater que pour les aides-soignants, il y a la douleur physique et morale pour 72% d'entre eux et que seul 18% parlent de douleur aiguë ou chronique et 10% n'ont pas répondu. Il y a donc un besoin de connaissances supplémentaires qui les aideront à mieux comprendre la personne âgée douloureuse et les différents types de douleurs pour les appréhender selon leur spécificité.

Le fait que 100% des aides-soignants soient d'accord pour dire que tous les résidents ne ressentent pas la douleur de la même manière prouve que la prise en charge doit être personnalisée et nécessite de bien connaître le résident.

80% des aides-soignants pensent que le ressenti est moindre lorsque la personne a des troubles cognitifs mais ce sont des idées reçues. Ce n'est parce que l'on communique moins que l'on ressent moins la douleur, elle s'exprime différemment.

Pour 66% des aides-soignants, la prise en charge de la douleur est différente selon les pathologies. Il faut donc individualiser la prise en charge, connaître l'origine des troubles, les habitudes du résident pour lui apporter des soins de meilleure qualité, adaptés à ses besoins.

Suite à ce questionnaire, je constate qu'il y a une carence importante sur l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur. Les aides-soignants savent qu'il existe des outils pour évaluer la douleur mais ne connaissent pas vraiment leur utilité ni leur maniement. Ils semblent ignorer la spécificité de chaque échelle, pensent qu'elles servent à évaluer toutes les douleurs pour une majorité d'entre eux. L'échelle doloplus pour évaluer la douleur chronique semble inexistante.

Le fait que la prise en charge de la douleur à l'EHPAD « Le Village » obtienne une note de 5/10 montre qu'il y a effectivement des besoins de la part des aides-soignants. Que cette prise en charge de la douleur est insuffisante, incorrecte.

D) But et objectifs du projet

Le but de ce projet est d'améliorer la prise en charge de la douleur dans l'EHPAD « Le Village », que chaque personne ait une évaluation de la douleur dès son arrivée mais aussi à chaque changement de comportement. Il est souhaitable que l'on arrive à penser à la douleur dès la moindre variation dans les habitudes de vie du résident.

Pour ce faire, les aides-soignants doivent être formés à cette thématique. Il faut que cette prise en charge soit pluridisciplinaire mais nécessite un déclencheur pour modifier, pour améliorer la prise en charge actuelle de la douleur de la personne âgée avec des troubles cognitifs. Je souhaite donc être ce déclencheur en tant qu'infirmière référente coordinatrice et sensibiliser les aides-soignants dans cette prise en charge.

II. Vers une nouvelle prise en charge de la douleur

Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur de la personne âgée ayant des troubles cognitifs à l'EHPAD « Le Village », je souhaiterais mener ce projet en interne pour sensibiliser les aides-soignants à l'identification, à l'évaluation et au suivi de la douleur.

1) Place de l'IRCO (Infirmière référente et coordinatrice)

L'infirmière référente et coordinatrice fait la liaison entre les différentes catégories de personnel. Elle est un maillon qui relie aide-soignant, infirmier, médecin, famille mais c'est aussi le lien avec la direction dont elle dépend.

C'est elle qui est au centre dans l'organisation du « prendre soin » des personnes âgées reçues dans l'établissement.

L'IRCO manage le personnel soignant en insufflant et dynamisant le travail en commun. Elle fait participer les différents membres de l'équipe aux projets en les motivant. Elle les implique dans ce travail mais elle supervise les soins et la bonne pratique gériatrique.

A) Cadre de la Réunion de présentation du projet

Le projet consiste à organiser en interne une session de formation. La réunion de présentation sera primordiale pour mettre en place le cadre et assurer la pérennité du projet. Il est donc important que les conditions soient optimales pour tous.

Tout d'abord l'IRCO parle de son projet avec le Directeur et le Médecin coordonnateur afin d'avoir leur aval mais aussi leur aide pour le mener à bien. Ensuite elle planifie une réunion en tenant compte le plus possible des incontournables dans l'organisation du service mais aussi dans la vie personnelle des soignants. C'est-à-dire plus en début d'après-midi après les transmissions pour éviter de faire revenir trop de personne et au moment de la sieste où les résidents sont un peu moins demandeurs. En évitant les jours de vérification de la pharmacie, de distribution des usages uniques ... mais aussi le mercredi car les parents veulent rentrer auprès de leurs enfants. C'est à l'IRCO de prendre en compte ces informations afin de ne pas laisser des contraintes perturber ce temps commun. La réunion doit être annoncée plusieurs jours à l'avance par affiche dans les lieux où l'ensemble du personnel passe, salle de repos, lieu des transmissions, vestiaires. Sur ces affiches on doit trouver le jour, l'heure du début et de fin de réunion, le lieu, l'objet de la réunion, dire qu'elle s'adresse aux aides-soignants.

Le jour de la réunion l'IRCO veille à ce que la salle soit adaptée, bien éclairée, une ou plusieurs tables disposées de manière à obtenir un ilot central où l'ensemble des participants puisse se voir, tous au même niveau. Il faut créer une ambiance propice aux échanges où chacun puisse s'exprimer, une dynamique d'équipe autour de ce sujet en responsabilisant chaque personne.

L'IRCO commence par remercier les personnes pour leur présence mais aussi pour leur implication et fait part ensuite des déductions faites après analyse des questionnaires, les constats qui en ressortent.

Tout d'abord un bilan sur le ressenti des aides-soignants sur la prise en charge actuelle de la douleur et leur explique qu'ensemble cette prise en charge va s'améliorer mais qu'ils ont tous un rôle à jouer et qu'elle compte sur eux.

B) Elaboration de groupes de travail pour la formation

Cette formation sera interne à l'EHPAD « Le Village », spécifique à cette structure et sera basée notamment sur l'analyse des questionnaires distribués aux aides-soignants afin de répondre à leurs besoins actuels. Il y aura également de la théorie pour comprendre et identifier certains comportements mais également de la pratique pour utiliser correctement les outils en rapport avec la prise en charge de la douleur (échelle d'évaluation, matériel à utiliser pour améliorer le quotidien, objet à mettre dans le lit....). A chaque thématique des intervenants seront conviés en rapport avec leur rôle (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne,...); Dans la mesure de ses possibilités le médecin coordinateur y participera.

Pour y arriver l'IRCO explique qu'elle compte faire plusieurs réunions d'environ une heure chacune tous les mois par groupe de dix personnes pendant un an excepté la période estivale .

Cette formation s'adresse aux aides-soignants, Un thème différent sera abordé de manière théorique à chaque session et celui-ci sera le même pendant deux mois et nécessitera la présence de la même personne tous les deux mois et lui donnera donc deux possibilités de dates. Ce choix de déroulement s'explique pour que les réunions ne pèsent pas trop dans le planning du personnel et elles respecteront les mêmes contraintes que la réunion de présentation. Avec l'accord de la direction, ces heures seront récupérables sur le temps de travail et l'IRCO veillera à les planifier.

Le but de cette formation est d'établir ensemble un protocole pour obtenir une meilleure prise en charge de la douleur des personnes âgées ayant des troubles cognitifs, avoir une ligne de conduite similaire pour tous les résidents auxquelles viendront se greffer des pratiques spécifiques à chacun.

L'IRCO présentera le rôle de chacun et fera le lien entre les intervenants pour comprendre l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire

C) Suivi du projet et coordination entre les membres de l'équipe

Pour mettre en place une relation entre les différents intervenants, il faut d'abord que l'IRCO redonne la fonction sommaire de chacun :

- Le médecin pose un diagnostic, fait des prescriptions médicales, soigne mais donne aussi la manière dont le traitement doit être conduit. Par rapport à la douleur, il est le prescripteur d'antalgiques, d'examen complémentaires mais également de l'intervention du kinésithérapeute, de la psychomotricienne, de l'ergothérapeute. C'est lui qui décide la manière dont sera faite la prise en charge en tenant compte bien sûr de l'avis des autres membres de l'équipe.
- Le médecin coordonnateur intervient dans les admissions des résidents en faisant leur évaluation d'autonomie. Il assure la qualité de la prise en charge à l'intérieur de l'établissement et veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques. C'est le conseiller gériatrique du Directeur. Ce n'est pas un prescripteur.
- L'infirmière gère les soins, pose un diagnostic infirmier, pratique des soins sur prescription médicale mais aussi selon son rôle propre en fonction des besoins du résident. Elle est chargée du suivi médical du patient, de la distribution et de l'administration des traitements
- Le kinésithérapeute utilise des techniques de massage, de gymnastique médicale au niveau musculaire et articulaire .Il agit dans un but préventif, curatif ou de rééducation fonctionnelle. Il intervient pour entretenir ou arrêter le mouvement selon les besoins mais aussi pour redonner la fonction initiale à la partie du corps qui a été lésée.
- L'ergothérapeute intervient au près d'une personne pour l'assister dans les gestes du quotidien devenus impossibles suite à une pathologie. Il tient compte des habitudes de

vie de la personne, adapte son environnement au handicap en utilisant des aides techniques, des appareillages...pour lui permettre de se déplacer, d'effectuer des soins personnels. Il lui donne des moyens pour augmenter son confort et acquérir de l'autonomie. Il ajoute des objets de confort mais aussi de prévention dans son lit, son fauteuil, il les adapte au problème aigu ou chronique.

- Le psychomotricien s'intéresse aux troubles physiques en redonnant à la personne soignée la sensation d'être en harmonie avec son corps.

C'est à l'IRCO de faire le lien entre eux pour organiser les soins et favoriser le « prendre soin » du résident. Faire respecter dans la mesure du possible le rythme du résident en adaptant les horaires d'intervention de chacun .Par exemple faire en sorte que l'infirmière fasse le pansement d'escarre sacrée dans la continuité de la toilette pour éviter de multiplier les mobilisations souvent désagréables voir douloureuses. Planifier les horaires de lever du résident pour les adapter à ses habitudes de vie mais aussi à sa séance de kinésithérapie, à la visite du médecin, aux examens externes, aux habitudes de visites de la famille si elles sont régulières ; Organiser les interventions de chacun permet également de faire le lien entre eux, voir la complémentarité de leurs fonctions. Chacun apporte quelque chose au résident et l'adapte en fonction du projet de soins qui a été établi en équipe pluridisciplinaire.

C'est l'IRCO qui doit donc également planifier en fonction des activités de chaque intervenant un temps pour établir le projet de soins du résident, outils indispensable au bon suivi de celui-ci ; Toutes les catégories professionnelles doivent être présentes car chacun a une opinion, un avis par rapport à sa relation avec le résident. Il faut mettre en place un support papier puisque l'EHPAD « Le Village » n'est pas informatisé, sur lequel il y aura pour chaque résident le nom de l'intervenant et son horaire d'intervention avec et l'aide-soignant adaptera ses soins en fonctions.

L'IRCO sollicite le médecin pour expliquer simplement aux aides-soignants les différentes douleurs afin qu'ils soient réactifs rapidement en cas de besoin. Il parlera des douleurs aiguës, induites par les soins ou chroniques et ce qu'il attend des aides-soignants.

Pour assurer une qualité de soins, il faut d'abord connaître la personne que l'on a en charge savoir qu'elles sont les causes qui engendrent un manque de communication verbale ; connaître l'origine du problème donnera une aide pour une meilleure prise en charge. Dans le

suivi de la coordination, l'IRCO va mener une réflexion d'équipe sur les causes des difficultés d'expression pour mieux identifier la survenue de douleurs auprès de ce public. Les difficultés d'expression verbales peuvent avoir plusieurs raisons :

- Des handicaps sensoriels (ouïe ou vue) qui l'excluent du monde réel, elle n'arrive pas toujours à savoir s'il y a une présence près d'elle, à reconnaître le monde qui l'entoure. Cette agnosie peut être un frein à l'expression de ses ressentis.
- Des troubles du langage comme l'aphasie, la dysphasie perturbent la communication mais aussi l'absence de dents, des prothèses dentaires inadaptées, des mycoses buccales, ... peuvent aussi créer des difficultés d'expressions.
- Des troubles neuropsychiques, des perturbations de l'état cognitif, les démences quelques soient leur dénomination (vasculaire, de type Alzheimer, à corps de Levy, parkinson ...) brouillent la communication. Ces maladies neurodégénératives atteignent de façon progressive et irréversible toutes les fonctions de l'organisme et notamment l'expression orale. Les personnes atteintes de ses pathologies ne savent plus exprimer ce qu'elles ressentent par des mots, à nous d'interpréter le plus justement possible leur comportement pour adapter les soins.

L'IRCO doit veiller à ce que l'ensemble du personnel soit au courant de la pathologie de chaque résident afin de connaître et tenir compte de son handicap ou des troubles du comportement qui en découlent. Il y a effectivement un dossier de soins avec les antécédents et les pathologies actuelles de chacun mais celui-ci est rangé dans la salle de soins et pas forcément facile d'accès. Pour pallier à cette difficulté, une feuille nommée « macro cible » a été ajoutée au diagramme de soins. L'aide-soignant doit donc s'y référer et l'IRCO doit aux cours des transmissions s'enquérir de savoir si elle est à jour et correspond bien à la situation actuelle du résident

2) Place de l'aide-soignant

Comme nous avons vu la place de l'IRCO dans cette formation nous allons définir celle de l'aide –soignant. Sa place dans l'équipe, les connaissances qu'il doit avoir pour une prise en charge de qualité. Ensuite nous verrons la manière d'évaluer la douleur et sa mise en place à l'EHPAD « Le Village ».

A) Position de l'aide- soignant dans l'équipe

Comme son nom l'indique, il aide le soignant, c'est-à-dire l'infirmier dans l'exécution d'actes techniques comme les prise de sang, la pose de perfusion, la réfection de pansement....Mais il voit aussi la personne âgée dans différentes situations de la vie courante : réveil, toilette, repas, animation,... et peut donc mieux que quiconque apporter un jugement sur les changements de comportement de cette personne et évaluer toutes modifications d'un jour à l'autre. L'aide-soignant a une relation de proximité avec le résident, il partage son intimité dans tous les actes de la vie quotidienne et une relation humaine se crée entre eux. C'est un relais indispensable dans l'élaboration du projet de vie du résident.

Dans tous les cas l'aide-soignant doit tracer tout ce qu'il constate dans le dossier du résident et ses transmissions doivent être exploitées et suivies par l'ensemble de l'équipe. Le regard du soignant est très important car il permet de détecter les changements chez la personne âgée ayant des troubles cognitifs. De là partent des interprétations, justes ou fausses qui demandent à être discutées en équipe et pour lesquelles on s'efforcera d'apporter une solution objective pour le bien être ou le mieux-être du résident.

Mise en place du référent aide-soignant douleur :

Il est nécessaire d'avoir un référent aide-soignant douleur, c'est-à-dire une personne intéressée par le sujet qui saura motiver ses collègues pour la prise en charge de la douleur. L'idéal est d'avoir une personne volontaire qui accepte de consacrer un peu de son temps à cette thématique. Il assurera le relais entre ses collègues et l'infirmière et travaillera en collaboration avec l'infirmière référente douleur et l'IRCO ; Il veillera à ce que l'ensemble des aides-soignants respectent l'organisation des soins et travaillent tous avec le même objectif qui est de diminuer la douleur. Pour y arriver il privilégiera parfois le travail en binôme.

Il est utile de savoir identifier une personne âgée douloureuse, connaître et utiliser correctement les outils d'évaluation de la douleur ainsi que les moyens pour la diminuer et définir la place de l'aide- soignant dans cette prise en charge.

B) Rôle de l'aide- soignant dans la prise en charge de la douleur

a. Identifier une personne âgée douloureuse au quotidien

La douleur n'est pas nécessairement exprimée et rarement évidente, il faut l'identifier au travers de différents comportements et l'aide-soignant est en premier plan dans cette identification et doit être réactif dans plusieurs situations :

- Une perte rapide d'autonomie, la personne qui ne peut plus se lever, se laver, marcher seule en peu de temps, qui se renferme, qui ne veut plus sortir de sa chambre, ne plus être en contact avec les autres. L'arrêt de la marche chez un déambulant ou la déambulation subitement excessive chez quelqu'un de passif. La douleur peut à elle seule être à l'origine de ce changement de comportement, en effet elle peut être exacerbée ou atténuée par le mouvement.
- Tout changement de comportement, le résident qui devient agressif, qui pleure facilement ou plus simplement qui n'est plus le même dans sa façon d'être .La personne qui ne parle plus « comme avant », qui refuse de communiquer ou qui parle seule, qui crie, qui hurle en employant des injures.
- Une modification de l'appétit (perte ou excès) pouvant entraîner un changement important de leur poids, (d'où l'intérêt de peser les résidents une fois par mois). La douleur diminue l'activité physique qui réduit les dépenses énergétiques, donc les besoins alimentaires et l'appétit. L'effet inverse est également possible, la personne douloureuse comble son manque d'activités en mangeant, prend du poids et se bouge encore moins.
- Des perturbations au niveau sanguin (déshydratation, diminution du taux d'albumine ...) peuvent également être attribuées à la douleur du fait du déficit alimentaire.
- Des troubles du sommeil, notamment une agitation nocturne, des difficultés d'endormissement, des insomnies, des déambulations... qui entraînent des asthénies matinales, des besoins de repos diurnes qui désorganisent le quotidien et perturbent les repères de la journée.

La formation aura pour objectif d'aborder de façon théorique ce point et de susciter des échanges entre les participants. Il est primordial que les aides-soignants se sentent

impliqués et concernés et cela doit aussi se faire par des échanges de pratiques et exemples cliniques. La réflexion de groupe permettra d'identifier les résidents potentiellement à risque.

La douleur est souvent un signal de détresse, un signal d'alarme, les plaintes douloureuses traduisent parfois d'autres souffrances difficiles à exprimer comme l'ennui, la solitude, la peur de mourir.

Dans ce travail d'identification de la douleur, il ne faut pas négliger le rôle de la famille et des proches. Ils connaissent le résident depuis plus longtemps que le personnel et ont des souvenirs avec lui, ils l'ont connu lorsqu'il exerçait une profession, s'occupait de ses enfants, qu'il était plus jeune. Ils peuvent donc parler de ses habitudes de vie mais ils ont vécu aussi auprès de lui lors de ses changements physiologiques liés à la vieillesse ou ses modifications en rapport avec des pathologies. Ils ont fait le choix peut être à contre cœur de le placer en institution mais il reste entre eux un lien affectif. Comme ils le voient avec d'autres yeux il faut être réceptif lorsqu'ils disent « il n'est pas comme d'habitude ». Une expression au demeurant banale qui prouve qu'un changement intervient et il faut essayer de trouver la cause. Le plus souvent les proches s'adressent en premier aux aides-soignants pour savoir s'ils ont le même ressenti, s'ils se sont aperçus de quelque chose lors des soins et souhaitent des renseignements sur leur parent. L'aide-soignant confirme ou infirme leurs dires en fonction de son opinion et les invite à se rendre auprès de l'infirmière pour obtenir des données complémentaires.

Après avoir identifié la douleur, il faut l'évaluer et pour cela nous allons parler des outils dont on dispose et de leur fonctionnement.

b. Evaluation de la douleur

Suite à une suspicion de douleur, préalablement discutée en équipe lors des transmissions, l'aide-soignant après en avoir parlé à l'infirmière, effectuera une évaluation de la douleur. Malgré le caractère personnel, chacun ayant sa propre sensibilité et une tolérance variable, on dispose d'échelles pour évaluer cette douleur. Nous avons à notre disposition des échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation.

Les échelles d'auto-évaluation permettent à la personne douloureuse d'évaluer seule sa douleur, il s'agit de

- l'EVA (échelle visuelle analogique)¹²
- l'EN (échelle numérique)¹³
- l'EVS (échelle verbale simple)¹⁴
- les planches de visage¹⁵

Ces échelles dont l'EVS reste la plus utilisée nécessitent d'être en possession de toutes ses capacités mentales pour l'utiliser.

Lorsque la personne douloureuse a des troubles cognitifs, il est nécessaire que la douleur soit évaluée par quelqu'un d'autre ; Dans ce cas on utilise des échelles d'hétéro-évaluation retenues par la Haute Autorité de Santé :

- Echelle algoplus¹⁶
- Echelle doloplus¹⁷
- ECPA (échelle comportemental de la personne âgée)¹⁸

Les échelles d'hétéro-évaluation sont très utiles car elles permettent d'évaluer aussi bien la douleur aiguë (algoplus) que la douleur chronique (doloplus) ainsi que l'évaluation des douleurs induites par les soins (ECPA) et ceci au dépend de la personne âgée.

Les membres du CLUD¹⁹ (Comité de lutte contre la douleur) du Centre Hospitalier d'Arpajon ont décidé de ne retenir que certaines échelles d'évaluation de la douleur chez la personne âgée : EVS, Doloplus, Algoplus, ECPA. Tous les services de gériatrie de cet établissement travaillent exclusivement avec ces outils.

Comme nous nous intéressons aux personnes âgées ayant des troubles cognitifs, la formation portera sur les échelles algoplus, doloplus et ECPA

¹² Voir Annexe 12

¹³ Voir Annexe 13

¹⁴ Voir Annexe 14

¹⁵ Voir Annexe 15

¹⁶ Voir Annexe 16

¹⁷ Voir Annexe 17

¹⁸ Voir Annexe 18

¹⁹ Comité de lutte contre la douleur – voir Lexique p 32

Echelle algoplus : échelle d'évaluation comportementale de la douleur aigue chez la personne âgée ayant des troubles cognitifs, présentant des difficultés de communication verbale, pouvant peu ou pas s'exprimer.

L'échelle comporte cinq items (visage, regard, plaintes, corps, comportement) et dans chaque item se trouvent plusieurs caractéristiques et c'est en observant la personne que l'on peut coter « oui » ou « non » à cet item.

La présence d'un seul comportement dans chaque item suffit à coter celui-ci en « oui » ; Pour plus de faciliter pour remplir la grille, on observe dans l'ordre mais rien ne l'impose.

On obtient une note sur cinq et dès lors que l'on dépasse deux « oui » on peut dire qu'il y a douleur.

Echelle doloplus : échelle d'évaluation comportementale de la douleur chronique chez la personne âgée présentant des troubles cognitifs, des difficultés d'expression;

Cette échelle se compose de dix items répartis en trois catégories :

- retentissement somatique
- retentissement psychomoteur
- retentissement psycho-social
- Pour chaque item on donne une note de 0 à 3 parmi les 4 possibilités et l'on obtient un score entre 0 et 30. Un résultat de 5 sur 30 prouve qu'il y a douleur. Ne rien cocher si l'item ne correspond pas au comportement de la personne évaluée.

Echelle ECPA : échelle comportementale de la douleur pour personne âgée.

La cotation de cette échelle se fait en deux temps, l'observation du résident avant et pendant le soin. Il est important que la cotation avant les soins se fasse en temps réel.

Cette échelle comporte huit items comprenant chacun cinq possibilités cotées de 0 à 4, le score total est compris entre 0 et 32 (absence de douleur à douleur insupportable).

Avant le soin les items portent sur l'expression du visage, la position spontanée au repos, les mouvements du patient, relation avec autrui ; pendant le soin, ils porteront sur l'anticipation

anxieuse des soins, les réactions pendant les soins des zones douloureuses, les plaintes exprimées pendant les soins.

Il est préférable de faire une cotation en binôme afin de ne pas avoir une trop grande variabilité entre soignants.

Faire une cotation avec l'échelle appropriée à l'admission permet d'avoir une référence. Pour l'ensemble des échelles il est important d'avoir un chiffre de base mais ce chiffre en lui-même a moins d'importance que son évolution. En effet évaluer la douleur est important mais inutile si elle n'est pas réévaluée quotidiennement après avoir apporté un élément extérieur pour la diminuer (antalgique, objet de confort, kinésithérapie...). Les échelles permettent d'évaluer l'efficacité de ce qui a été mis en place pour le mieux-être de la personne.

Il faut noter sur ces fiches d'évaluation l'identité de la personne évaluée, la date, l'heure, le statut et le nom du ou des évaluateurs ; Comme le service n'est pas informatisé, ces fiches seront répertoriées dans le dossier de soins du résident après avoir informé l'infirmier et le médecin du résultat mais également transmis à tous les intervenants (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne ...) lors des transmissions orales.

Après cette théorie nous nous rendront auprès de résidents pour mettre en pratique l'utilisation de ces échelles .Au début l'utilisation paraît complexe et longue notamment pour l'échelle doloplus mais avec l'habitude le temps diminue pour atteindre quelques minutes.

Le but est que l'aide-soignant puisse apporter à l'équipe des données sur la douleur qui seront exploitables en vue d'obtenir une solution adaptée.

Suite à l'évaluation de la douleur, il faut transmettre les résultats obtenus.

c. L'importance des transmissions

Les transmissions des aides-soignants sont très importantes pour plusieurs raisons :

- elles sont le reflet du comportement de la personne âgée. Au cours des soins l'aide-soignant observe, stimule, évalue la personne qu'il a en charge. Il peut ensuite donner un jugement sur les capacités du résident et comme il le fait plusieurs jours de suite, il constate les modifications d'un jour à l'autre.

- elles permettent également d'anticiper la douleur induite, en effet l'aide-soignant transmet que le résident est douloureux par exemple au moment du lever, lors des mobilisations ... Cela permettra au médecin après évaluation à l'aide de l'échelle ECPA de mettre en place des antalgiques au réveil, à l'infirmière de regrouper les soins techniques avec les soins d'hygiène, au kinésithérapeute de faire sa séance au moment où la personne est moins douloureuse.

- elles ont un rôle primordial aussi lors des douleurs chroniques, l'aide-soignant est apte à donner des renseignements sur la douleur. En observant le résident, il peut parler de l'intensité de la douleur, de son emplacement, des mouvements qui l'augmentent ou la diminuent, du moment auquel elle apparaît. Il est en mesure également de donner les positions antalgiques dans le lit ou le fauteuil, les objets qu'il met en place pour augmenter le confort du résident.

- les transmissions sont la base de discussion entre tous les membres de l'équipe pour apporter des solutions à un problème, pour évaluer ce qui a été mis en place.

Après avoir identifié, évalué, apporté des solutions pour améliorer le confort du résident, il faut réévaluer la douleur pour adapter le traitement. Il ne faut pas négliger cette étape car le traitement de la douleur est dans la plupart des cas connus en fonction de la pathologie identifiée mais il doit être adapté, individualisé à chaque personne. En effet le ressenti n'est pas le même pour tous et un suivi est nécessaire pour le déterminer. Un traitement, quel qu'il soit n'est pas forcément d'emblée efficace. Un coussin, une talonnière, un dispositif anti-équin, des cales de positionnement...peuvent ne pas forcément apporter le bien-être souhaité.

Il faut donc retenir que la douleur doit être identifiée, évaluée, traitée et réévaluée.

3) Objectifs attendus

Maintenant que nous avons vu quels sont les moyens d'améliorer la prise en charge de la douleur et la future formation des aides-soignants via une interaction avec l'infirmière coordinatrice, il est important de réfléchir sur les résultats attendus et sur ce que cela pourra apporter comme plus-value aux résidents ainsi qu'à l'équipe soignante.

Les résultats souhaités doivent être plausibles. En effet, il est inutile de penser que dès le lendemain de la formation, la prise en charge de la douleur sera complètement correcte au

sein de l'EHPAD et ce pour chaque type de douleur. Il faut pour cela être réaliste et avoir des objectifs réalisables par rapport aux délais que nous nous sommes fixés.

Pour les résidents

Avec les nouvelles connaissances des aides-soignants la douleur sera mieux considérée, plus rapidement identifiée et les soins prodigués adaptés. Assez rapidement la douleur sera évaluée lors de l'entrée de chaque résident par le médecin coordonnateur et l'IRCO afin d'avoir une base mais également orienter la prise en charge. Il en sera de même lors de tout changement de comportement mais cette évaluation se fera par l'aide-soignant. Le traitement sera adapté et ne passera pas forcément par la prise systématique d'antalgiques. Chaque intervenant sera sollicité selon sa spécificité et apportera du confort au résident. Celui-ci sera plus écouté avec un personnel plus réceptif.

Pour les aides-soignants

La formation des aides-soignants peut apporter une manière de penser différente concernant la douleur mais également une reconnaissance plus importante de leur rôle.

A court terme, l'objectif durant le premier mois est que certains aides-soignants aient le réflexe de penser aux moyens d'identifier la douleur et savoir saisir les personnes compétentes pour la traiter. Qu'au quotidien, l'aide-soignant soit attentif aux manifestations physiques de la douleur ainsi qu'aux paroles exprimées par le résident aussi minimes soient elles mais également à celles exprimées par les proches, qu'elles soient verbalisées ou imagées. Cette formation doit faire comprendre à l'aide-soignant l'importance de son rôle dans la prise en charge de la douleur d'autant plus primordial lorsque la personne a des troubles cognitifs. Il faut admettre que la personne âgée dite non communicante est une personne qui ne s'exprime pas verbalement, qui ne comprend pas ou qui ne participe pas et la douleur se manifeste par les mimiques, le retrait, l'agressivité, les signes de défense. Que chaque changement de comportement engendre une recherche de la douleur, une prise de conscience. Que lors des transmissions, il soit rapporté toutes constatations, que l'on discute du problème en équipe pluridisciplinaire très rapidement.

A moyen terme, qu'au moins la moitié des aides-soignants sache utiliser les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur et si ce n'est pas le cas qu'ils aient le réflexe de s'informer auprès de l'aide-soignant référent douleur ou de l'IRCO mais qu'ils ne restent pas dans l'ignorance. Chacun apprend et comprend à son rythme, il faut le respecter et aider celui qui a besoin de plus de temps pour assimiler. Que le résultat de cette évaluation soit communiqué à l'ensemble du personnel pour être analysé et discuté. La complexité de la douleur nécessite l'activité de plusieurs personnes où chacun a un rôle à jouer en fonction de sa spécificité et il faut la considérer, c'est un travail de complémentarité.

A long terme l'idéal est que l'aide-soignant ait toujours en tête les conséquences d'une mauvaise prise en charge de la douleur. Qu'il prenne conscience qu'une douleur mal ou non contrôlée conduit à des états régressifs de la personne âgée, c'est un facteur de risque confusionnel avec un repli sur soi, un détachement, l'isolement, une baisse de moral pouvant engendrer une dépression, un désir de mort,Des complications liées au manque de mouvement ou à l'alitement peuvent entraîner une baisse de l'autonomie, des escarres, une diminution de l'appétit...Une mauvaise prise en charge peut également créer de l'épuisement, du découragement de la part du personnel et il faut donc en discuter en équipe. Que cette thématique soit un des principaux objectifs du projet de soins et du projet d'établissement lorsqu'il sera créé.

La formation des Aides-soignants pourrait commencer début 2016 pour une durée de 12 mois et pourrait être prolongée en fonction de la compréhension de chacun mais ne se refermerait pas définitivement pour permettre des compléments d'informations si le besoin s'en fait sentir mais aussi former les nouveaux arrivants. L'ambition de ce projet est qu'à la fin de l'année 2016, l'ensemble du personnel sache qu'il y a des moyens pour identifier, diminuer la douleur, des outils pour l'évaluer et qu'en 2017 ils sachent les utiliser.

Le résumé de ce projet se traduit par la création d'un protocole de prise en charge de la douleur représenté par ce schéma et comparé à celui de la prise en charge antérieure :

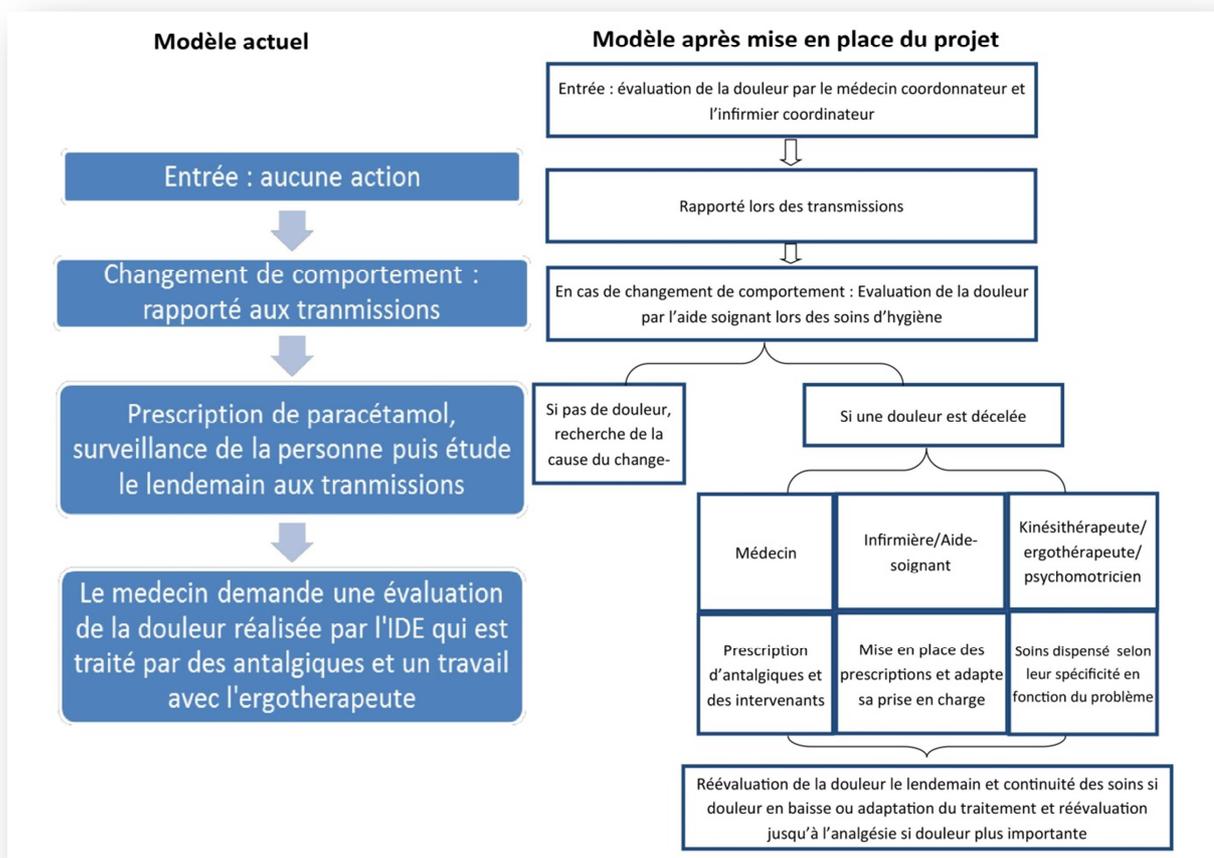


Figure 7 - Schéma présentant la différence de fonctionnement avant et après la mise en place du projet

Source : création personnelle

4) Limites du projet

Les principales limites de ce projet résident dans sa spécificité. En effet, toute la construction et l'analyse qui ont été présentés dans ce document traitent le cas isolé de l'EHPAD « Le Village » et de ses caractéristiques propres. Il est donc possible que les conclusions que nous pouvons en tirer et le programme prévu pour ce cas précis ne conviennent pas à d'autres établissements qui souhaiteraient améliorer la prise en charge de la douleur au quotidien de leurs résidents. De la même manière, il fait état dans ce projet uniquement d'améliorer dans un premier temps la gestion de la douleur au quotidien pour les sujets présentant des troubles cognitifs. Nous n'avons pas abordé la question concernant les personnes n'en présentant pas. Il est donc bon de se demander si ce programme de formation, aussi efficace puisse-t-il être

avec des patients ayant des troubles cognitifs, ne serait pas redondant ou demandant trop d'implication dans le cas d'une personne communicante qui serait capable au quotidien d'auto diagnostiquer sa douleur et surtout de la transmettre directement au personnel soignant ou à sa famille.

Enfin, une des principales limites de ce projet est propre à chaque mise en place, puisque nous manquons à l'heure actuelle de recul sur le sujet. En effet, le projet, son contenu et son déroulement ne sont jusqu'alors basés que sur des données théoriques. Pour résoudre ce problème, il faudra adapter celui-ci au cours de son déroulement, en tenant compte des données empiriques constatées sur le terrain. Notamment en terme d'assimilation de la formation, il faudra s'assurer que celle-ci soit suffisante afin d'améliorer la prise en charge dans l'EHPAD « Le Village » ou si un nouveau projet doit être monté afin de compléter celui-ci.

Conclusion :

Comme nous l'avons vu, la douleur est un problème récurrent chez la personne âgée. De plus, nous avons constaté qu'il n'y a pas raison de croire qu'avec l'avancée en âge et l'apparition de troubles cognitifs la perception de celle-ci est moindre. Les pouvoirs publics y attachent de plus en plus d'importance car il s'agit d'une urgence en gériatrie du fait des conséquences néfastes que la douleur engendre au quotidien. Plusieurs lois et obligations ont été mise en place afin d'améliorer le quotidien de la personne âgée. Cependant, comme toute réglementation, cela ne représente pas un confort optimal mais plutôt un minimum à respecter au sein de l'EHPAD. Pour autant, le travail du personnel soignant qui est de garantir une qualité de vie à ses résidents, a aussi l'ambition d'être capable d'améliorer le ressenti de chacun au quotidien et cela passe par une meilleure gestion de sa douleur. Ce projet se veut d'être, en toute modestie, le prolongement de l'application de la législation à l'EHPAD « Le Village ». A travers cette formation, c'est toute une ambition que nous avons, puisque à travers sa mise en place, ce n'est pas uniquement l'amélioration de la prise en charge de la douleur qui est visée. En effet, cet objectif terminal passe par une responsabilisation globale du personnel et une montée en compétence de certains éléments de l'équipe qui se trouveront placés en tant qu'aide-soignant référent sur ces sujets. Cette mise en place d'un système organisé permet d'ouvrir la porte à des formations similaires sur d'autres sujets. La reconnaissance de la douleur, l'identification, l'évaluation, le traitement et la réévaluation feront partie de notre futur proche, il serait alors intéressant de se demander pourquoi ne pas élargir ce programme à l'ensemble des résidents afin d'améliorer encore les conditions de vie au sein de l'EHPAD « le village » ?

Lexique :

IASP : International Association for the Study of Pain est une institution contre la douleur.

EVA : Echelle Visuelle Analogique est une échelle d'auto-évaluation de la douleur chez l'adulte. C'est une réglette graduée et le patient doit positionner un curseur selon l'intensité de sa douleur ; A gauche aucune douleur, à droite douleur insupportable. Coté praticien une graduation de 0 (aucune douleur) à 10 (douleur insupportable).

EVS : Echelle Verbale Simple est une échelle d'auto-évaluation de la douleur chez l'adulte .Elle donne des qualificatifs à la douleur allant de l'absence à douleur intense en passant par faible et modérée.

EN : Echelle Numérique est une échelle d'auto-évaluation de la douleur chez l'adulte et consiste à donner une note à l'intensité de la douleur de 0 à 10 .

ECPA : Echelle Comportementale pour personne âgée est une échelle d'hétéro-évaluation qui permet de coter la douleur avant et pendant les soins

IRCO : Infirmière référente et coordinatrice est une infirmière qui, fait le lien entre les différents membres de l'équipe, le médecin, la direction. Elle supervise les soins et la bonne pratique gériatrique.

CLUD : Comité de lutte contre la douleur est une instance pluridisciplinaire qui participe à la démarche d'amélioration pour la prise en charge de la douleur.

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est un établissement médico-social qui se définit comme une maison de retraite médicalisée.

ASH : Agent des services Hospitaliers est une personne qui assure l'entretien et l'hygiène dans les hôpitaux ou structures médico-sociales .A l'EHPAD « Le Village », ils ont un rôle proche de celui de l'aide –soignant.

CANTOU : Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles est une unité de vie protégée pour l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Bibliographie/sitographie :

1. Patricia Cimerman, Pascal Thibault, Hôpital A Trousseau, Paris CNRD
Décrets relatifs à l'exercice de la profession d'infirmière : numérotation, codification, ou en sommes-nous ? Mars 2005 (consulté le 05/07/2015).
Disponible à l' url : <http://www.cnrdr.fr/Decrets-relatifs-a-l-exercice-de.html>

2. Article Anonyme
La douleur, 2 juin 2015 (consulté le 14/06/2015)
<http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html>

3. Document anonyme
Charte du patient hospitalisé, Article 2, Edition SICOM avril 2006 (consulté le 22/06/2015)
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

4. Colloque du 24 mars 2007
Revue de gériatrie société française de gériatrie et de gérontologie
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_geriatrie - douleur et personnes agees - _colloque_240305.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_geriatrie_-_douleur_et_personnes_agees_-_colloque_240305.pdf)

5. ANAES
Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulpersag.pdf>

Livre :

- Louis Brasseur,
Traitement de la douleur, 1998, édition Doin Editions, collection conduites

- A Müller, C Metzger, M Schwettes, C Walter.
Soins infirmiers et douleur , édition Elsevier Masson, septembre 2012

- Dr Michèle Benigno
Comprendre et combattre la douleur, édition Dangles, décembre 2002

Sommaires des annexes :

Figure 1 - Répartition concernant le fait que la douleur est inéluctable.....	5
Figure 2 – les différents modes d’expression de la douleur selon les aides –soignants	6
Figure 3 - la prise en charge de la douleur est-elle organisée ?.....	7
Figure 4 - connaissance des échelles par les aides-soignants	8
Figure 5 - répartition des réponses concernant le fait que la prise en charge de la douleur est différente selon la pathologie du patient.....	9
Figure 6 - Evaluation de la prise en charge de la douleur dans l'EHPAD le village par les aides-soignants	9
Figure 7 - Schéma présentant la différence de fonctionnement avant et après la mise en place du projet.....	27
Figure 8 - article 2 de la charte du patient	33
Figure 9 - 1er questionnaire.....	34
Figure 10 - 2ème questionnaire	35
Figure 11 - Tableau des résultats bruts des questionnaires	37
Figure 12 - Echelle visuelle analogique (EVA).....	38
Figure 13 - Echelle numérique	38
Figure 14 - Echelle verbale simple (EVS).....	39
Figure 15 - Echelle de mesure de la douleur par l'échelle visuelle	39
Figure 16 - Echelle Algoplus.....	40
Figure 17 - Echelle Doloplus.....	41
Figure 18 - Echelle ECPA	42

Annexes :

Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins

Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques de chacun d'eux. Ils leur dispensent les actes de prévention, d'investigation de diagnostic ou de soins – curatifs ou palliatifs – que requiert leur état et ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, leur faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Par ailleurs, ils veillent à **la continuité des soins** à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser **la prise en charge de la douleur** des personnes qu'il accueille. Une brochure intitulée « Contrat d'engagement contre la douleur » doit être remise à chaque personne hospitalisée. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques, permettent d'apporter, dans la quasi totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes. Une attention particulière doit être portée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie.

Lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, l'établissement met tout en œuvre pour leur assurer **une vie digne jusqu'à la mort**. À cet égard, la prise en compte de leur volonté est essentielle (cf. infra IV). Elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques tant physiques que psychologiques. Elles sont accompagnées, si elles le souhaitent, par leur famille ou leurs proches et les personnes de leur choix (en particulier la personne de confiance qu'elle aura désignée) et, naturellement, par le personnel et les bénévoles intervenant dans l'établissement. En cas de décès imminent, l'établissement s'attachera à prévenir la personne de confiance, la famille ou, à défaut, les proches, dans un délai leur permettant d'avoir la possibilité d'accompagner la personne lors de ses derniers moments. L'entourage bénéficie également d'un soutien⁹.

En cas de décès dans l'établissement de santé, la dépouille de la personne décédée est déposée dans la chambre mortuaire de l'établissement ou, à défaut, dans celle d'un autre établissement. En l'absence de chambre mortuaire, le défunt peut être transféré hors de l'établissement dans une chambre funéraire à la demande de la famille ou à la demande du directeur de l'établissement, s'il lui a été impossible de joindre la famille dans un délai de dix heures à compter du décès. Lorsque le transfert en chambre funéraire a été demandé par le directeur de l'établissement, les frais résultant du transport sont à la charge de l'établissement ainsi que les frais dits de séjour, dans la limite des trois premiers jours suivant l'admission.

Figure 8 - article 2 de la charte du patient

Source : <http://www.sante.gouv.fr/>

Nombre d'années d'aide -soignant(e) :

Nombre d'années de travail au près de personnes âgées :

Nombre d'années de travail à l'EHPAD Le Village :

Travail de jour ou de nuit *

- 1- La prise en charge de la douleur vous semble t-elle importante ?pourquoi ?
- 2- Pensez -vous que la douleur est inéluctable chez la personne âgée ? pourquoi ?
- 3- Comment reconnaissez- vous une personne douloureuse ?
- 4- Comment est la prise en charge de la douleur à l'EHPAD Le Village* :
 - inexistante
 - peu efficace
 - efficace
 - anticipée
 - évaluée
 - réévaluée
- 5-Cette prise en charge est -elle organisée, protocolisée ?
- 6-Que connaissez -vous comme moyen pour évaluer la douleur ?
- 7-Quelles sont les échelles d'évaluation de la douleur disponibles à l'EHPAD Le Village ?
- 8-Savez -vous utiliser ces échelles ?
 - Si oui, avez -vous besoin d'informations complémentaires ?
 - Si non, souhaitez -vous apprendre ?
- 9- Pensez-vous que la diminution de la douleur passe inévitablement par la prise d'antalgique ?
- 10- Avez- vous bénéficié d'une formation spécifique sur la douleur ?
 - Si oui était-elle suffisante ?
 - Si non souhaitez - vous en bénéficier ?

*Entourez votre ou vos réponses

Figure 9 - 1er questionnaire

Source : création personnelle

2^{ème} questionnaire :

1) Y'a-t-il différentes douleur ?

Oui Non ne se prononce pas

Si oui, lesquels ?

.....

2) Pensez-vous que tous les résidents ressentent la douleur de la même manière ?

Oui Non ne se prononce pas

Si non, ceux qui ont des troubles cognitifs le ressentent-ils moins ?

Oui Non Ne se prononce pas

3) Est-ce que la prise en charge de la douleur est différente selon la pathologie de la personne âgée ?

Oui Non Ne sait pas

4) Savez-vous si toutes les échelles évaluent toutes les douleurs ?

Oui Non ne se prononce pas

5) Sur une échelle de 1 à 10, comment placerez-vous la prise en charge de la douleur dans l'EHPAD le village ?

0 = prise en charge nulle 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = prise en charge excellente

Figure 10 - 2^{ème} questionnaire

Source : Création personnelle

Nombre d'années d'Aide-soignant	<ul style="list-style-type: none"> - 2 ont 1 an - 2 ont 2 ans - 1 a 3 ans - 1 a 4 ans - 2 ont 5 ans - 1 a 10 ans - 1 a 11 ans - 1 a 12 ans - 1 a 16 ans - 1 a 20 ans - 1 a 22 ans - 1 a 32 ans
Nombre d'années de travail avec la personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> - 3 ont 1 an - 2 ont 2 ans - 1 a 3 ans - 1 a 4 ans - 2 ont 5 ans - 2 ont 10 ans - 1 a 12 ans - 1 a 15 ans - 1 a 16 ans - 1 a 20 ans - 1 a 22 ans
Nombre d'années de travail à la maison de retraite « le village »	<ul style="list-style-type: none"> - 2 ont 1 an - 1 a 2 ans - 1 a 3 ans - 1 a 4 ans - 2 ont 5 ans - 1 a 6 ans - 1 a 7 ans - 1 a 8 ans - 1 a 10 ans - 1 a 12 ans - 1 a 15 ans - 1 a 16 ans - 1 a 20 ans - 1 a 22 ans
La prise en charge de la douleur est-elle importante ? Pourquoi ?	16 réponses oui 11 : améliorer le quotidien / 5 : le résident est mieux s'il n'a pas mal
Pensez-vous que la douleur est inéluctable chez la personne âgée ?	Oui : 4 Non : 11 ne se prononcent pas : 1
Comment reconnaissez-vous une personne douloureuse ?	6 : grimace / 3 : elle se plaint / 2 : utilise une position antalgique / 3 : elle crie / 2 : elle est agitée
Comment est la prise en charge de la douleur à l'EHPAD le village ?	Inexistante : 0 / Peu efficace : 10 / Efficace : 9 / Anticipée : 0 / Evaluée : 4 / Réévaluée : 2

Cette prise en charge est-elle organisée, protocolisée ?	Organisée : 3 / non organisée : 2 / Ne savent pas : 1 / non répondu : 10
Que connaissez-vous comme moyen pour évaluer la douleur ?	Les échelles : 15 / le questionnement : 1
Quelles sont les échelles d'évaluation de la douleur disponibles à l'EHPAD le village ?	EVA : 1/ EVS : 1 / Algoplus : 3 / ECPA : 3 / Ne savent pas : 9
Savez-vous utiliser ces échelles ?	Oui : 8 / Non : 3 / Non répondu : 5
Si oui, avez-vous besoin d'informations complémentaires ?	Oui : 13
Si non, souhaitez-vous apprendre ?	Non : 2
Pensez-vous que la diminution de la douleur passe inévitablement par la prise d'antalgique ?	Oui : 10 / Non : 4 / ne sait pas : 2
Avez-vous bénéficié d'une formation spécifique sur la douleur ?	Oui : 8 / Non : 8
Si oui était-elle suffisante ?	Oui : 6
Y'a -t-il différentes douleurs ?	Oui : 16 / Non : 0
Si oui, lesquelles ?	Douleur physique et morale : 11 / Douleur chronique et aigue : 3 / Non répondu : 2
Pensez-vous que tous les résidents ressentent la douleur de la même manière ?	Oui : 0 / Non : 16
Pensez-vous que la prise en charge de la douleur est différente selon la pathologie ?	Oui : 4 / Non : 10 / ne savent pas : 2
Savez-vous si toutes les échelles évaluent toutes les douleurs ?	Oui : 8 / Non : 8
Sur une échelle de 1 à 10, pouvez-vous donner une note a la prise en charge de la douleur à l'EHPAD le village ?	2 ont répondu 3 / 3 ont répondu 4 / 6 ont répondu 5 / 4 ont répondu 6 / 1 ont répondu 8

Figure 11 - Tableau des résultats bruts des questionnaires

Source : données du questionnaire

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

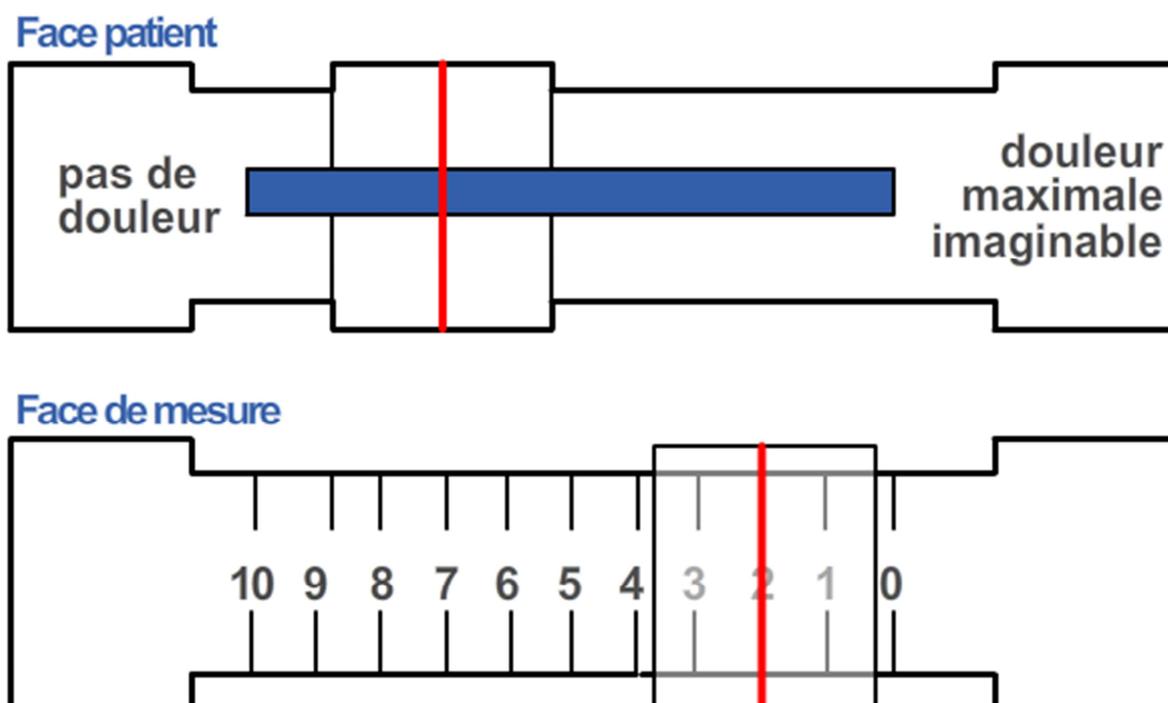


Figure 12 - Echelle visuelle analogique (EVA)

Source : [www. http://smartfiches.fr/](http://smartfiches.fr/)

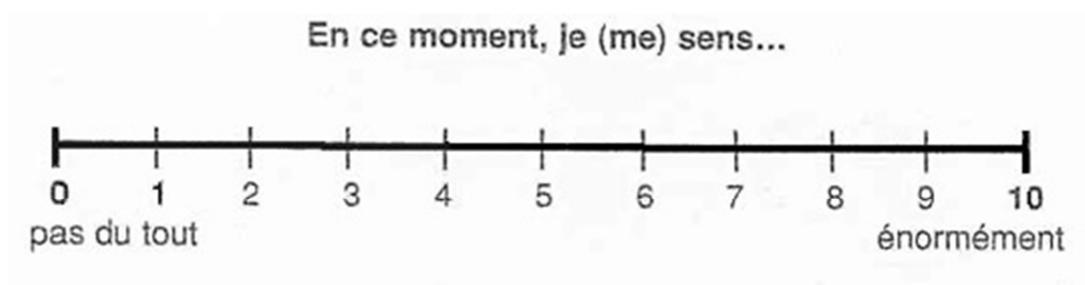


Figure 13 - Echelle numérique

Source : <http://www.medson.net/>

Douleur au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

Figure 14 - Echelle verbale simple (EVS)

Source : <http://evaldouleur.free.fr/>



Figure 15 - Echelle de mesure de la douleur par l'échelle visuelle

Source : <http://www.institut-upsa-douleur.org/>



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heure	.....h .....		.....h .....		.....h .....		.....h .....		.....h .....		.....h .....	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « 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		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

Figure 16 - Echelle AlgoPlus

Source : <http://hopital-ste-foy.fr/>

ECHELLE DOLOPLUS - 2 EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :	Prénom :	Service :	DATES				
Observation Comportementale							
RETENTISSEMENT SOMATIQUE							
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	.....	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	.....	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	.....	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	.....	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	.....	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	.....	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	.....	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	.....	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	.....	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	.....	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	.....	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	.....	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	.....	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	.....	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	.....	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	.....	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	.....	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	.....	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	.....	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	.....	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR							
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	.....	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	.....	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	.....	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	.....	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	.....	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	.....	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	.....	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	.....	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL							
8• Communication	• inchangée	.....	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	.....	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	.....	2	2	2	2
	• absente ou refus de toute communication	.....	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	.....	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	.....	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	.....	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	.....	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	.....	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	.....	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	.....	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	.....	3	3	3	3
COPYRIGHT						SCORE	

Figure 17 - Echelle Doloplus

Source : <http://tpe-2011-la-douleur.e-monsite.com/>

ECPA - Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes

Source: www.geocities.com/bpradines/ECPA.html

Nom, prénom			
	Dates		
Observation avant les soins			
1. Expression du visage: regard et mimique			
• visage détendu	0	0	0
• visage soucieux	1	1	1
• le sujet grimace de temps en temps	2	2	2
• regard effrayé et/ou visage crispé	3	3	3
• expression complètement figée	4	4	4
2. Position spontanée au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)			
• aucune position antalgique	0	0	0
• le sujet évite une position	1	1	1
• le sujet choisit une position antalgique	2	2	2
• le sujet recherche sans succès une position antalgique	3	3	3
• le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4	4	4
3. Mouvements (ou mobilité) du patient (hors et/ou dans le lit)			
• le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0	0	0
• le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1	1	1
• lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2	2	2
• immobilité contrairement à son habitude*	3	3	3
• absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4	4	4
4. Sur la 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	0	0
• contact plus difficile à établir que d'habitude	1	1	1
• éviter la relation contrairement à l'habitude	2	2	2
• absence de tout contact contrairement à l'habitude	3	3	3
• indifférence totale contrairement à l'habitude	4	4	4
Observation pendant les soins			
5. Anticipation anxieuse aux soins			
• le sujet ne montre pas d'anxiété	0	0	0
• angoisse du regard, impression de peur	1	1	1
• sujet agité	2	2	2
• sujet agressif	3	3	3
• cris, soupirs, gémissements	4	4	4
6. Réactions pendant la mobilisation			
• le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0	0	0
• le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1	1	1
• le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2	2	2
• le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3	3	3
• le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4	4	4
7. Réactions pendant les soins des zones douloureuses			
• aucune réaction pendant les soins	0	0	0
• réaction pendant les soins, sans plus	1	1	1
• réaction au toucher des zones douloureuses	2	2	2
• réaction à l'effleurement des zones douloureuses	3	3	3
• l'approche des zones est impossible	4	4	4
8. Plaintes exprimées pendant les soins			
• le sujet ne se plaint pas	0	0	0
• le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	1	1	1
• le sujet se plaint dès la présence du soignant	2	2	2
• le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3	3	3
• le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4	4	4
Total	/32	/32	/32

*Se référer au(x) jour(s) précédent(s) – **ou prostration – ne pas utiliser l'ECPA chez les patients en état végétatif

Figure 18 - Echelle ECPA

Source : <http://tpe-mesure-de-la-douleur.e-monsite.com/>

Résumé :

La douleur est un phénomène très présent chez la personne âgée. Malgré les recommandations des pouvoirs publics, elle n'est pas toujours bien considérée.

Afin de lui donner une primauté à l'EHPAD « Le Village » où j'exerce, faire un protocole sur la prise en charge de la douleur des résidents paraît nécessaire.

L'objectif est d'élaborer un projet et savoir quel est le rôle de l'IRCO (Infirmière référente et coordinatrice) dans la sensibilisation des aides-soignants à la prise en charge de la douleur de la personne âgée ayant des troubles cognitifs.

Tout d'abord un questionnaire réservé aux aides-soignants du service, les plus proches des résidents, pour évaluer leur ressenti sur la prise en charge existante.

Ensuite l'élaboration d'une formation basée sur les lacunes actuelles, destinée aux aides-soignants pour améliorer leurs connaissances. Mais également l'intégration pour tous d'une nouvelle façon de penser : la douleur est une urgence en gériatrie, elle doit être identifiée évaluée, traitée et réévaluée en équipe pluridisciplinaire.

Après cette réflexion, il est bon de se demander si cette réalisation peut être étendue à l'ensemble des résidents de cette institution et être intégrée dans le futur projet d'établissement ?