

Université Paris Descartes - Faculté Cochin – Port Royal

Année universitaire 2014 -2015

**ANALYSE DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES :
L’EVALUATION DE LA DOULEUR
CHEZ LA PERSONNE AGEE EN
EHPAD**

GERARD Nathalie

D.U Infirmière référente et coordinatrice en EHPAD et SSIAD

Directeur de mémoire : Docteur Céline CORRHIIONS

TABLE DES MATIERES

Sommaire

REMERCIEMENTS	2
I. INTRODUCTION :	3
➤ Présentation de ma situation professionnelle et de mes motivations	3
➤ Rappel des références nationales concernant la prise en charge de la douleur	3
➤ Présentation du choix du thème de mon travail	5
II. CADRE CONCEPTUEL	5
1. Définition de la personne âgée	5
2. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.....	6
3. Définition de la douleur.....	6
➤ Pour les personnes dites « communicantes »	7
➤ Pour les personnes dites « non communicantes »	8
III. METHODOLOGIE	8
1. Auto-évaluation des pratiques	8
2. Audit clinique ciblé	9
• La grille d'audit.....	9
• Choix du lieu et de la population.....	10
IV. RESULTATS.....	10
1. Questionnaire d'auto-évaluation	10
2. Audit clinique ciblé	18
V. DISCUSSION	20
VI. CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE.....	23
ANNEXES	25
ANNEXE 1 : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante	25
ANNEXE 2 : Grille de recueil des données ; évaluation de la douleur chez la personne âgée n°1 ..	26
ANNEXE 3 : Grille de recueil des données ; conduite et surveillance du traitement antalgique chez la personne âgée n°2.....	27
ANNEXE 4 : Questionnaire	28
ANNEXE 5 : Grille d'audit ciblé sur le dossier des résidents	30

REMERCIEMENTS

A tous les enseignants intervenants dans la formation du D.U de l'année 2014-2015, pour la qualité et la richesse de leur enseignement.

A tout le personnel de l'établissement BON AIR à Cambo les Bains, pour son accueil lors de mon stage, en particulier à Séverine LIMOUZIN, l'infirmière coordinatrice en poste.

A toutes les personnes ayant participé à mon enquête.

Un grand merci tout particulier, à ma famille, mon conjoint, mes amis, mes proches pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de cette année.

A toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail et toutes celles qui m'ont apporté leur soutien.

Enfin, je tiens à remercier sincèrement, le Docteur CORRHIIONS Céline qui était mon directeur de mémoire, ainsi que les Docteurs MARIESCU Nathalie, JHISTARRY Carine. Toutes trois m'ont fait découvrir et ont su me transmettre la passion de la gériatrie, et m'ont beaucoup appris durant toutes ces années...

MERCI A VOUS TOUS ...

ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE EN EHPAD

I. INTRODUCTION :

➤ Présentation de ma situation professionnelle et de mes motivations

Je travaille depuis 8 ans dans un CSSR (*Centre de Soins de Suite et de Réadaptation*) à orientation gériatrique situé à ITXASSOU. Nous accueillons des patients âgés dépendants et polypathologiques.

La prise en charge de la douleur est un domaine qui me passionne depuis de nombreuses années, c'est pourquoi tout naturellement j'ai intégré le CLUD (*Comité de Lutte contre la Douleur*) de mon établissement. Pour les besoins de la certification en 2013, nous avons réalisé une EPP (*Evaluation des Pratiques Professionnelles*) dont les résultats nous ont surtout permis de faire évoluer nos pratiques et d'améliorer la prise en charge des patients accueillis.

Au cours de ma formation continue, j'ai eu l'occasion de rencontrer d'autres professionnels de santé venant d'établissements voisins, et lors d'échanges, j'ai pu constater l'hétérogénéité dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur, souvent sous estimée.

➤ Rappel des références nationales concernant la prise en charge de la douleur

La lutte contre la douleur est une priorité nationale.

Depuis presque 20 ans, la lutte contre la douleur constitue une priorité de santé publique et les mesures mises en place témoignent de la volonté des pouvoirs publics d'améliorer la prise en charge de la douleur.

La volonté du Gouvernement est de poursuivre et de renforcer la politique engagée pour améliorer la prise en charge de la douleur.

Tout doit être mis en œuvre pour apporter au malade l'information nécessaire afin qu'il ne subisse plus sa souffrance comme une fatalité.

Il est également nécessaire de former les professionnels à une meilleure écoute du patient, ainsi qu'à une prise en charge tant psychologique que thérapeutique de la douleur du patient.

Des recommandations sur la prise en charge de la douleur chronique ont été diffusées en 1994, puis, à partir de 1998, deux programmes nationaux d'actions ont successivement été mis en place (1998-2001 et 2002-2005).

Les recommandations de l'HAS (*Haute Autorité de Santé*), (octobre 2000) soulignent l'importance d'adapter l'évaluation de la douleur aux personnes âgées non communicantes en choisissant des outils d'hétéro-évaluation adaptés et en développant des techniques antalgiques non pharmacologiques.

En 2001 apparaissent les premières recommandations nationales relatives à la personne âgée qui soulignent la nécessité de repérer et d'évaluer la douleur chez la personne âgée en mettant l'accent sur l'utilisation d'échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation.

En 2005, la loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie donne un cadre légal au développement des soins palliatifs en EHPAD.

En 2006, le plan national de lutte contre la douleur 2006 – 2010 intègre la spécificité de la douleur chez la personne âgée. Il définit quatre priorités dont la première est d'améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables. C'est dans le cadre de ce plan douleur, que le programme d'actions MobiQual a été créé, il est spécifiquement dédié aux personnes âgées dépendantes et/ou en fin de vie.

En 2008, le plan de développement des soins palliatifs 2008 – 2012 consacre de nombreuses mesures visant à soutenir et développer la formation. Ainsi, pour les EHPAD, la lutte contre la douleur est intégrée à la procédure d'auto-évaluation souhaitée par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Dans le cadre de la loi HPST (*Hôpital Santé Territoire*) du 21 juillet 2009, la traçabilité de l'évaluation de la douleur fait partie des 10 indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui devront être mis à disposition du public.

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (annexe 1)

L'évaluation de la douleur figure dans cette charte et a été introduite dans les référentiels d'auto-évaluation des établissements, elle est donc un gage de qualité des EHPAD.

➤ Présentation du choix du thème de mon travail

Dans ce contexte, une analyse des pratiques professionnelles concernant la prise en charge de la douleur en EHPAD (*Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*) m'apparaît pertinente. Je souhaite faire un état des lieux de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur en EHPAD, afin de mieux appréhender les pratiques soignantes dans ce type d'établissement, que je découvre.

II. CADRE CONCEPTUEL

1. Définition de la personne âgée

La population ciblée dans le sujet est la personne âgée. Il convient donc de la définir avant d'aborder les problèmes liés à l'âge et au vieillissement.

Il n'existe pas de réelle définition de « la personne âgée », lorsque l'on emploie ce terme, cela reste très subjectif et chacun en a sa propre définition. Je pense donc qu'il est plus judicieux de parler dans ce cas précis de vieillissement.

L'établissement dans lequel je travaille accueille des patients âgés ayant au minimum 75 ans (cela fait partie des critères d'admission). Ce critère d'âge était jusque là ma référence pour définir une personne âgée.

Selon la définition du « petit Larousse », le vieillissement est « *le fait de devenir vieux, l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort. C'est l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge.* »

Le vieillissement d'une personne est donc un phénomène normal et naturel qui a pour conséquence parfois une dépendance plus ou moins importante.

2. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Un EHPAD est un établissement médico-social, et avant tout, un lieu de vie, dans lequel sont accueillies des personnes âgées de plus de 60 ans, dépendantes, dont le maintien à domicile est devenu compliqué par l'aggravation de la maladie ou de la dépendance.

Les EHPAD organisent la vie quotidienne autour des besoins des résidents dans un cadre médicalisé. La prise en charge s'organise autour de deux axes, les soins et la vie quotidienne. Les soins assurés sont les soins d'hygiène, les soins techniques ainsi que les soins relationnels.

La vie quotidienne est organisée avec pour objectif de stimuler la personne âgée afin de conserver au maximum son autonomie.

Des projets de vie personnalisés sont constitués et s'appuient sur le respect de principes éthiques comme la dignité, la liberté, et l'équité.

3. Définition de la douleur

D'après l'association internationale de la douleur, « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage* ».

Selon le dictionnaire Larousse, la douleur se définit comme « *une sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps et/ou un sentiment pénible, une souffrance morale* ».

A la suite de ces définitions, je me rends bien compte que la douleur a un caractère pluridimensionnel, elle peut être ressentie différemment d'une personne à une autre et être causée par plusieurs raisons, mais le point commun à ces définitions c'est que la douleur est quelque chose de ressenti comme désagréable, pénible voire même insupportable. La douleur est une notion subjective.

Plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente.

Selon le cours du Docteur Gabriel ABITBOL, « *la prévalence de la douleur chez la personne âgée est très élevée : la douleur chronique touche 50% des personnes âgées vivant à domicile, 49% à 83% de celles qui vivent en institution et 80% des personnes âgées en fin de vie. La prévalence est forte mais la douleur est rarement exprimée spontanément* ».

La forte prévalence de la douleur chez les personnes âgées et ses répercussions sur l'autonomie, le psychisme, et le devenir socio familial, impose de rechercher et de traiter ce symptôme.

Les outils de la douleur sont ceux validés par la HAS dans les recommandations publiées en 1999 chez l'adulte douloureux chronique et celles de 2000 pour les patients âgés ayant des troubles de la communication verbale, c'est-à-dire incapables d'utiliser les outils d'auto-évaluation.

➤ **Pour les personnes dites « communicantes »**

Il existe plusieurs échelles d'auto-évaluation de la douleur, elles sont simples d'utilisation et permettent d'évaluer quantitativement l'intensité de la douleur de la personne. C'est la personne elle-même qui « score » sa douleur.

- L'échelle visuelle analogique (EVA), se présente habituellement sous la forme d'une ligne horizontale de 10 cm orientée de gauche à droite.
- L'échelle numérique (EN), le patient donne une note de 0 à 10 pour évaluer sa douleur.
- L'échelle verbale simple (EVS), le patient choisit le mot qui correspond le mieux pour décrire l'intensité de sa douleur (pas=0, faible=1, modérée=2, intense=3 et insupportable=4).
- Les planches du visage, la personne choisit parmi plusieurs images représentant un visage plus ou moins douloureux, celle qui correspond le plus à l'expression de sa douleur. On en déduit un score d'intensité de la douleur.

Ces échelles ont été validées pour les personnes aux fonctions cognitives intactes ou ayant des troubles cognitifs modérés (Mini Mental Status (MMS) ≥ 18 par consensus d'experts), cependant certaines études tentent à montrer que malgré des scores au MMS < 18 , certains patients ont la possibilité d'évaluer leur douleur.

➤ **Pour les personnes dites « non communicantes »**

Les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale souffrent autant que les autres et requièrent comme les autres une évaluation et une prise en charge adaptées de la douleur.

En particulier, tout changement de comportement, spontané ou survenant pendant un soin, chez une personne âgée ayant des troubles de la communication verbale doit faire évoquer la possibilité d'un état douloureux et le faire rechercher.

Si l'auto-évaluation est impossible, on doit utiliser une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur.

- DOLOPLUS : une échelle de 10 items ayant une cotation de 0 à 3 représentative de l'intensité de la douleur.
- Echelle comportementale pour personne âgée (ECPA) : une échelle composée en 2 parties (avant les soins et pendant les soins).
- ALGOPLUS : une échelle développée par le collectif Doloplus, qui est simplifiée. Elle présente 5 items, le soignant observe les expressions du visage, du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et le comportement général. La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui ». Chaque item coté « oui » compte 1 point et la somme permet d'obtenir un score sur 5. Un score supérieur ou égal à 2 permet de diagnostiquer une douleur.

III. METHODOLOGIE

1. Auto-évaluation des pratiques

Dans un premier temps, j'ai souhaité évaluer les connaissances des soignants de l'EHPAD dans lequel j'ai effectué mon stage.

J'ai donc distribué un questionnaire d'auto-évaluation des pratiques (*annexe 4*) aux soignants.

Ce questionnaire avait pour but d'évaluer la maîtrise des outils d'évaluation de la douleur, des procédures existantes au sein de l'établissement et des bonnes pratiques.

2. Audit clinique ciblé

- **La grille d'audit**

Dans un second temps, j'ai réalisé un audit clinique ciblé sur les dossiers des résidents au sein de l'EHPAD où j'ai effectué mon stage. Pour cela, je me suis inspirée d'une grille d'audit tirée d'un outil HAS : « Audit clinique ciblé : prise en charge de la douleur chez la personne âgée » de juin 2006. Cet audit était composé de 2 grilles de recueil (*annexes 2 et 3*) que j'ai associées en une seule grille (*annexe 5*) et adaptée à l'établissement.

J'ai réalisé cet audit sur 54 dossiers de résidents présents dans l'EHPAD, sur une période de un mois.

Les items retenus dans la grille sont :

- la douleur a été évaluée à l'entrée,
- un outil adapté d'évaluation de la douleur (EVS, ENS, ALGOPLUS...) a été choisi pour évaluer la douleur du patient et est précisé sur le dossier,
- on retrouve au moins une évaluation de la douleur sur le mois,
- en cas d'épisode douloureux, retrouve-t-on au moins une mesure de la douleur par la suite ?
 - la douleur est réévaluée après la prise du traitement pour vérifier son efficacité,
 - il existe des Prescriptions Anticipées Personnalisées (PAP) pour la prise en charge de la douleur,
 - les facteurs déclenchant des douleurs sont notés sur le dossier,
 - des thérapeutiques non médicamenteuses (kiné, compresses, massages...) pour la prise en charge de douleur ont été utilisées et sont notées dans le dossier.

Chaque item a été coté :

- oui,
- non,
- non adapté.

- **Choix du lieu et de la population**

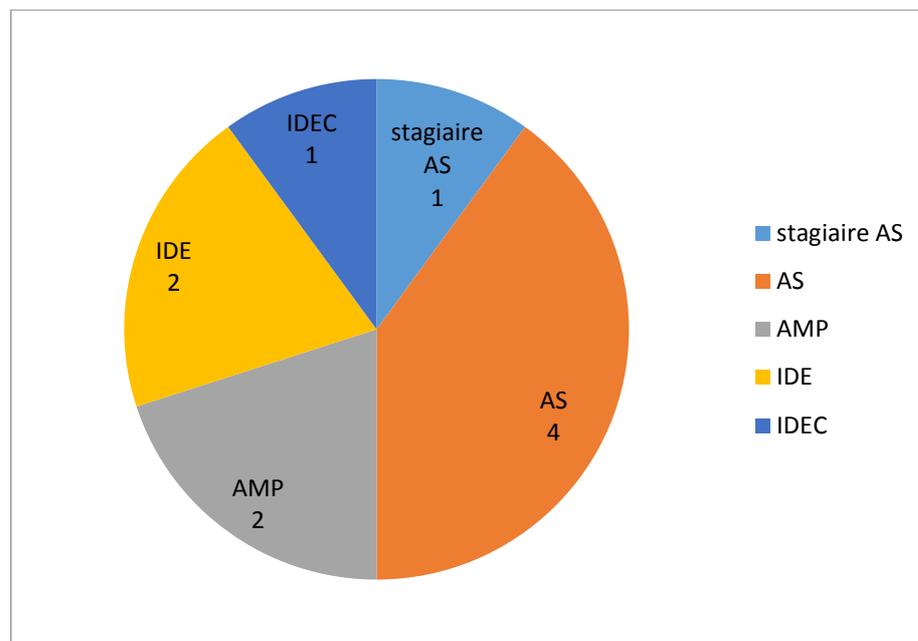
J'ai réalisé mon audit dans l'EHPAD où j'ai effectué mon stage, il accueille des personnes âgées dépendantes et parfois même des fins de vie, donc par définition, des personnes douloureuses communicantes ou pas. La capacité d'accueil de cet établissement est de 58.

IV. RESULTATS

1. Questionnaire d'auto-évaluation

15 questionnaires ont été distribués et 10 récupérés.

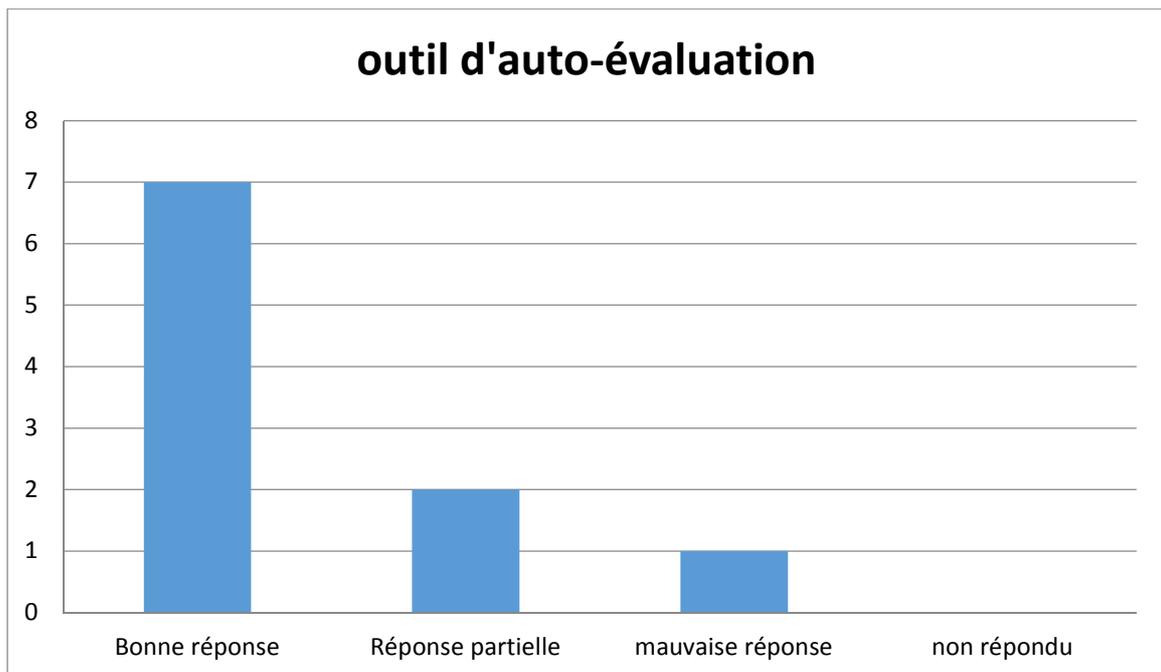
Personnes interrogées :



Les 10 questionnaires qui ont été récupérés, ont été remplis par:

1 stagiaire Aide Soignant (AS), 4 Aides Soignants (dont 2 de nuit), 2 Aides Médico Psychologiques (AMP), 2 Infirmières (IDE), 1 Infirmière Coordinatrice (IDEC).

Question 1 : Quel outil d'auto évaluation de la douleur est utilisé dans votre établissement ? Sur quel score est côté cette échelle ?

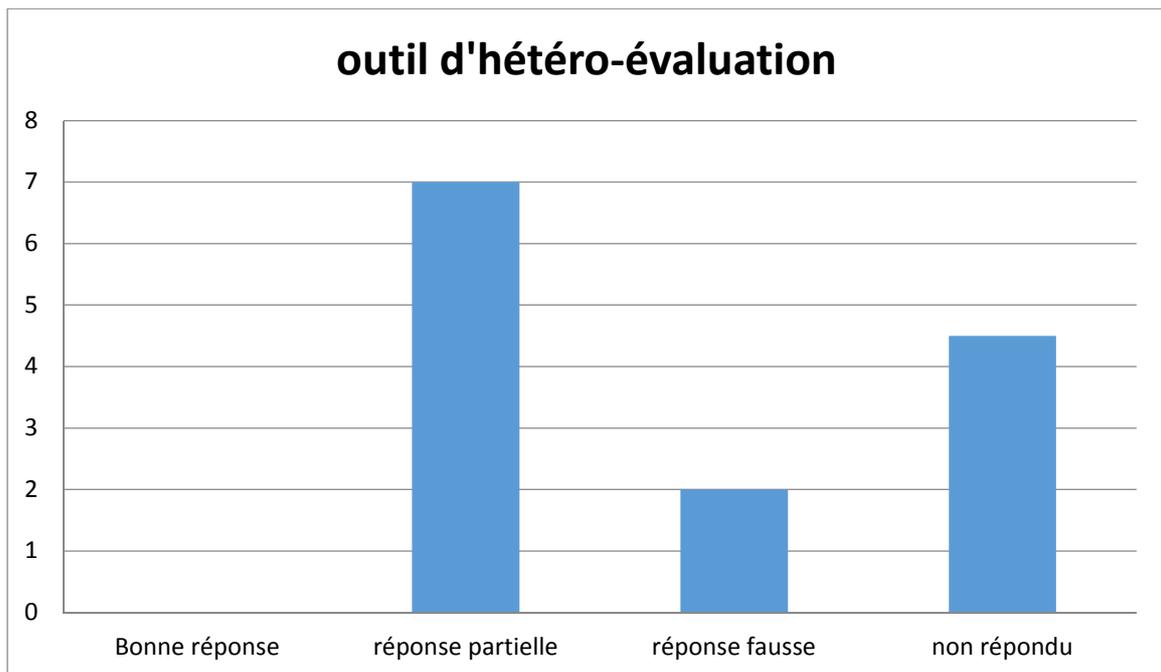


Réponses par catégories professionnelles :

- Stagiaire AS: bonne réponse
- AS : 3 bonnes réponses et 1 réponse partielle
- AMP : 1 bonne et 1 partiellement
- IDE : 1 bonne et 1 partiellement (c'est une intérimaire)
- IDEC : 1 bonne

Question 2 : Quel outil d'hétéro-évaluation de la douleur est utilisé dans votre établissement ? Sur quel score est cotée cette échelle ? A partir de quel score une douleur est détectée ?

Observation : dans le protocole de l'établissement, l'échelle d'hétéro-évaluation utilisée est l'Algoplus, il est bien précisé qu'une douleur est détectée à partir de 2 sur 5.



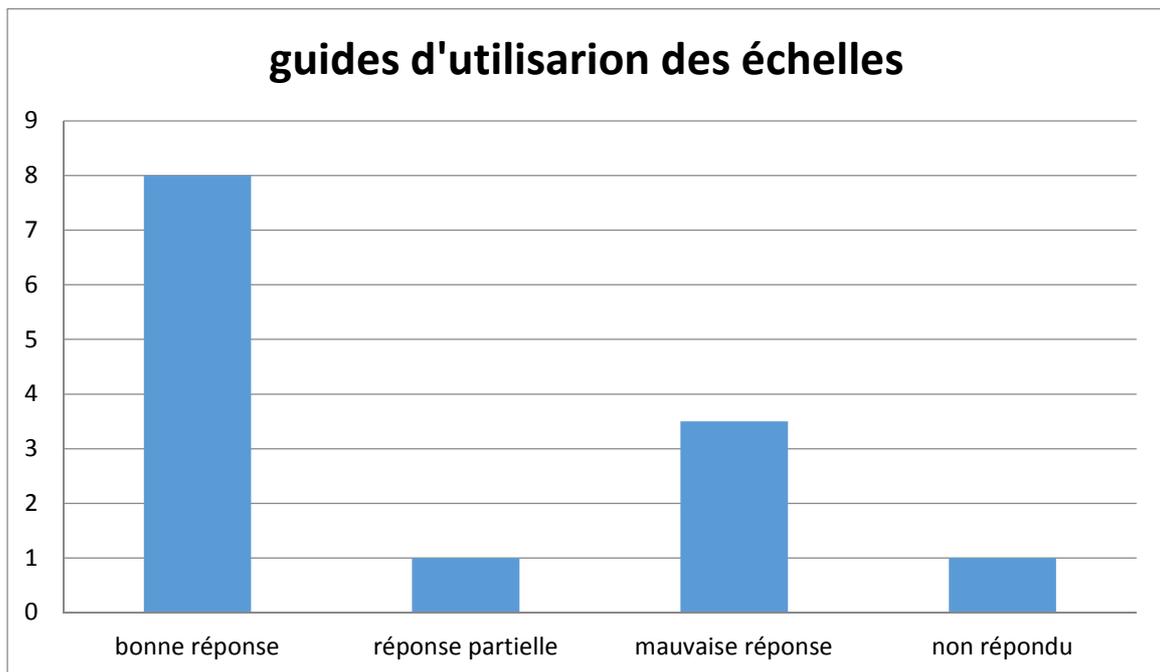
Réponses par catégories professionnelles :

- Stagiaire : réponse partielle
- AS : 3 réponses partielles et 1 non répondu,
- AMP : 1 mauvaise et 1 partiellement,
- IDE : 1 mauvaise (intérimaire) et 1 partiellement,
- IDEC : 1 partiellement.

Question 3 : Un protocole/une procédure précisant la prise en charge de la douleur de la personne âgée existe dans votre établissement :

Dix soignants savent qu'il existe un protocole.

Question 4 : Existe-t-il dans votre établissement, des guides d'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur ?

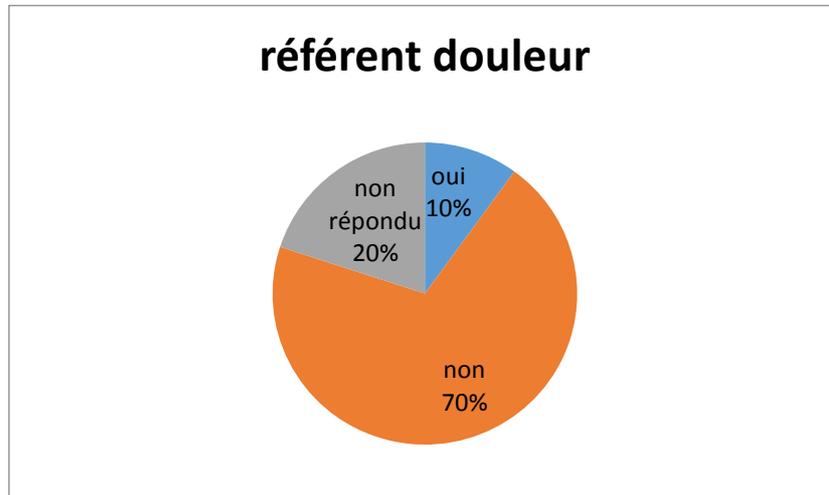


Réponses par catégories professionnelles :

- Stagiaire AS: bonne réponse,
- AS : 2 bonnes réponses + 1 bonne réponse avec un commentaire « réglette » (remplaçante) et 1 non répondu (« question non comprise »),
- AMP : 2 bonnes réponses,
- IDE : 2 bonnes réponses,
- IDEC : bonne réponse.

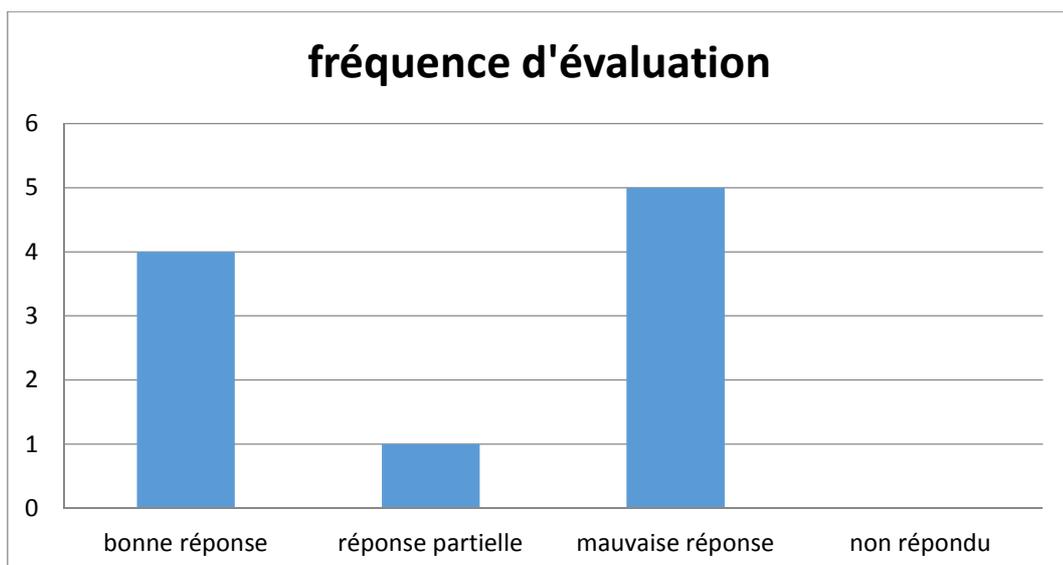
Question 5 : Existe-t-il des référents douleur dans votre établissement ?

Observation : il n'existe pas de référent douleur dans cet EHPAD.



- 7 soignants ont bien répondu
- 1 AS répond qu'il y a un référent douleur
- et 2 soignants n'ont pas répondu (l'élève et une aide soignante remplaçante)

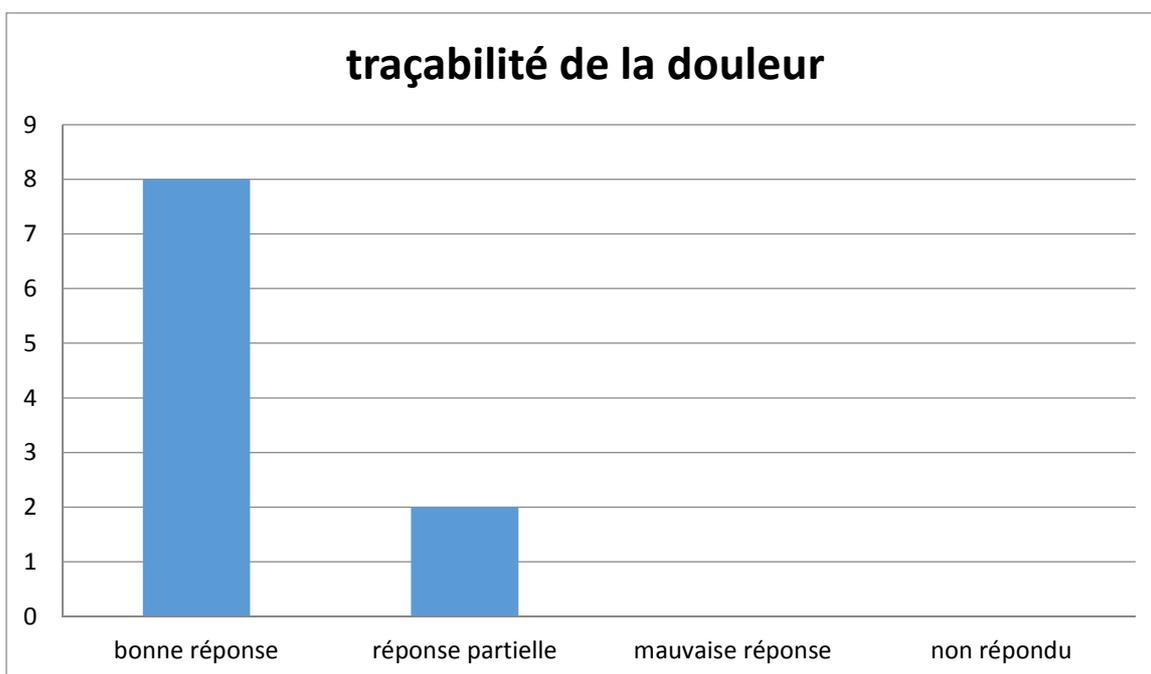
Question 6 : Combien de fois par jour la douleur est-elle évaluée ?



Réponses par catégories professionnelles :

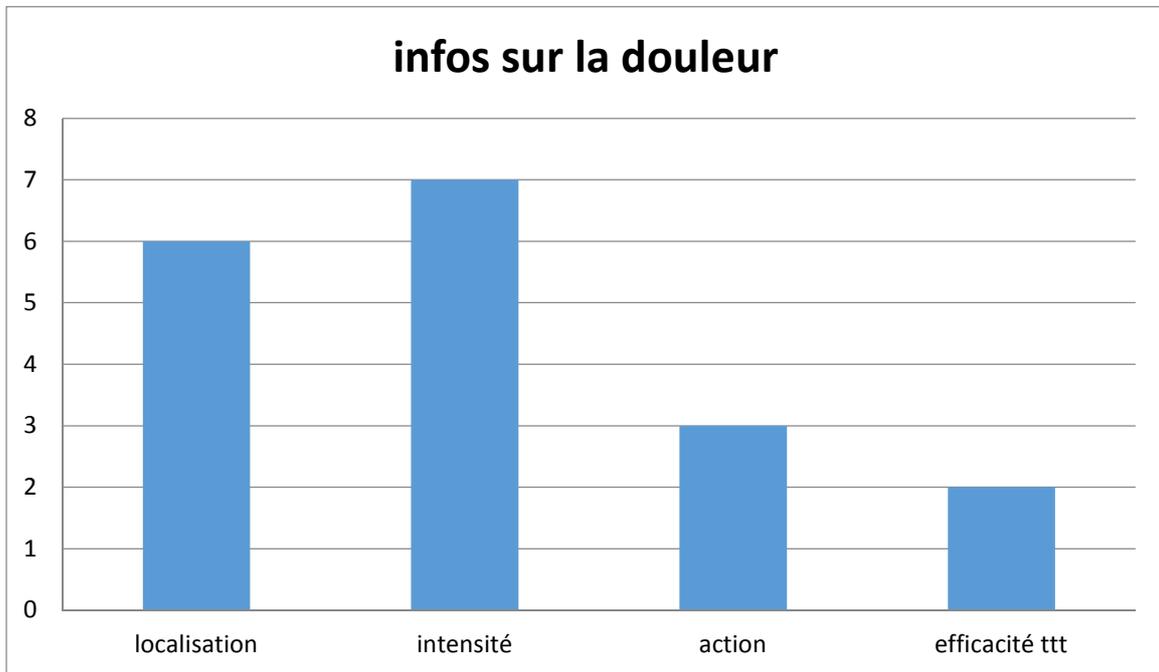
- Stagiaire AS: bonne réponse,
- AS : 2 bonnes réponses et 2 mauvaises,
- AMP : 1partiellement et 1 mauvaise,
- IDE : 2 mauvaises réponses,
- IDEC : bonne réponse.

Question 7 : Où tracez-vous les résultats de l'évaluation de la douleur ?



- 8 soignants ont bien répondu,
- 2 soignants ont répondu de façon partielle (1 IDE intérimaire et 1 AS nouvellement embauchée).

Question 8 : Lorsqu'une douleur est détectée, quelles sont les informations que vous transmettez ?



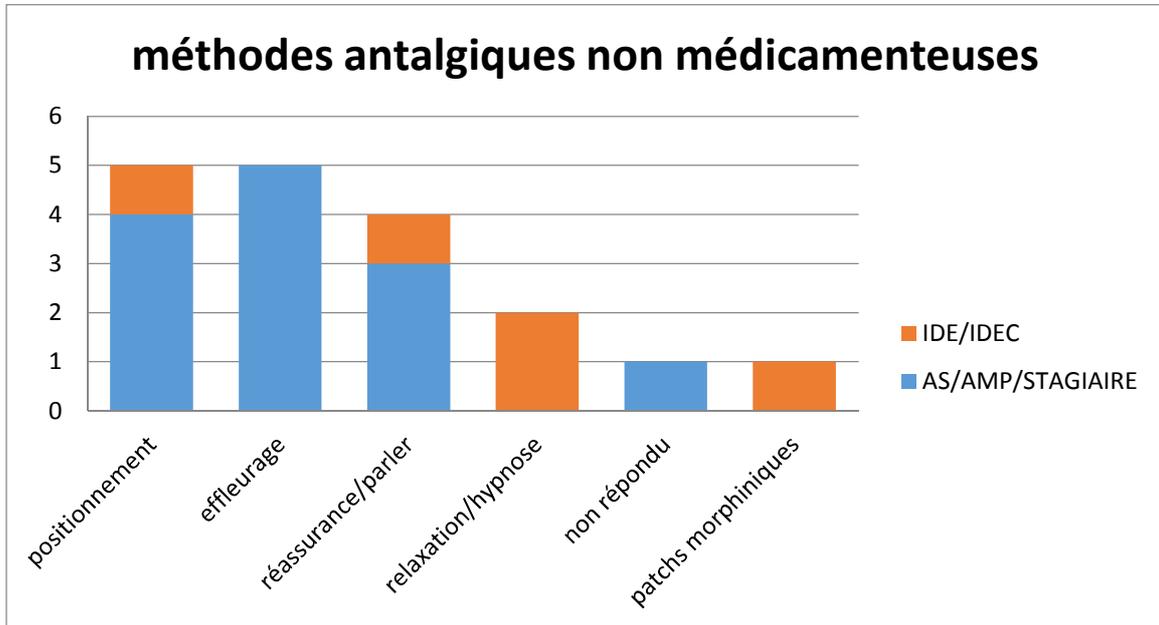
- 6 soignants précisent la localisation de la douleur
- 7 soignants cotent son intensité
- 3 soignants notent une action réalisée
- 2 soignants disent évaluer l'efficacité du traitement

Question 9 : Existe-t-il une procédure/ un protocole sur les prescriptions anticipées personnalisées (PAP) ?

Observation : il n'existe pas de protocole sur les PAP mais les médecins généralistes prescripteurs les utilisent.

- 9 soignants sur 10 disent qu'il existe une procédure sur les PAP.
- 1 n'a pas répondu, il s'agit de l'élève AS

Question 10 : Quelles méthodes antalgiques non médicamenteuses en réponses à la douleur utilisez-vous ?



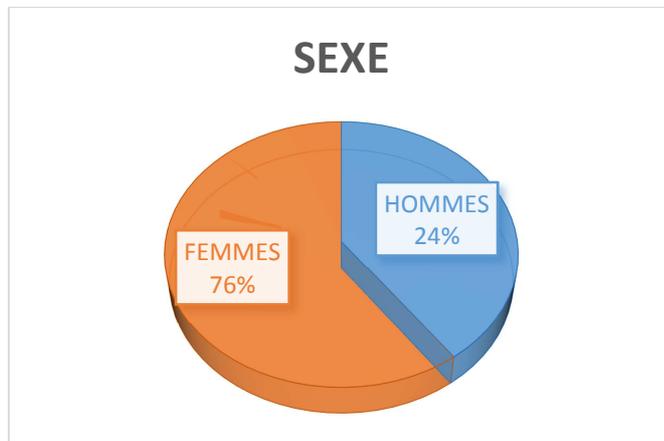
Les méthodes décrites par les soignants sont :

- Le positionnement cité par 4 AS/AMP/Stagiaire et 1 IDE
- L'effleurage cité par 5 AS/AMP/Stagiaire
- La réassurance et le parler cité par 3 AS/AMP/Stagiaire et 1 IDE
- La relaxation et l'hypnose citées par 2 IDE
- 1 soignant n'a pas cité de méthodes non médicamenteuses
- 1 IDE a cité les patchs morphiniques comme méthode antalgique non médicamenteuse (IDE intérimaire).

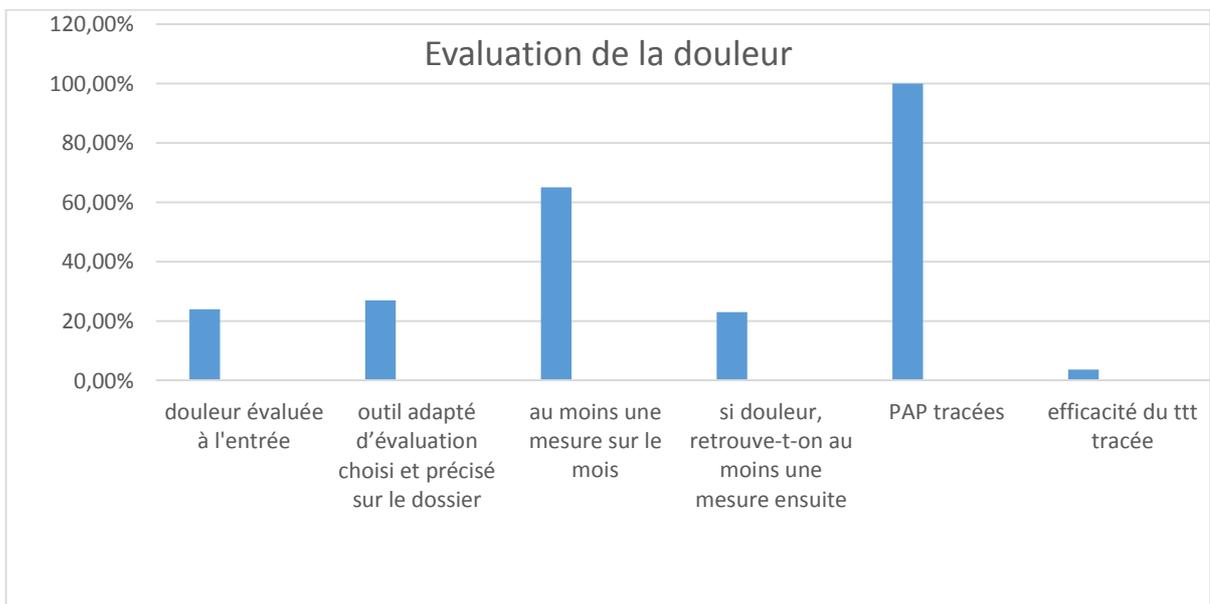
2. Audit clinique ciblé

J'ai analysé l'audit selon deux orientations :

- l'évaluation et le suivi de la douleur,
 - la prise en charge de la douleur d'un point de vue thérapeutique.
- Description de l'échantillon évalué :
 - La moyenne d'âge des résidents est de 83.98 ans (le plus jeune a 64 ans et le plus âgé 100 ans).
 - L'échantillon est représenté par 76% de femmes et 24% d'hommes.



- Evaluation et suivi de la douleur



La douleur n'est évaluée à l'entrée que pour 24% des dossiers étudiés.

Un outil adapté d'évaluation de la douleur est choisi et précisé sur le dossier dans 27% des dossiers étudiés.

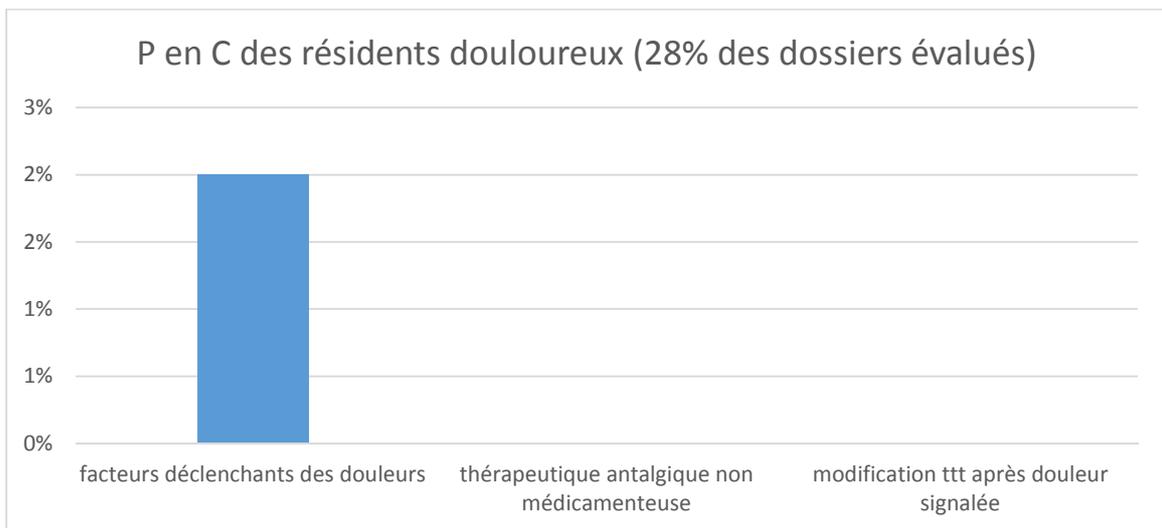
Pour les épisodes douloureux signalés, on retrouve des chiffres scorant la douleur dans 100% des dossiers.

Au moins une évaluation de la douleur a été réalisée et tracée dans le dossier sur le mois dans 65% des dossiers étudiés.

La traçabilité de la distribution des antalgiques prescrits en PAP est de 100%.

On retrouve une évaluation de la douleur après une prise de traitement antalgique en PAP dans 4% des dossiers des résidents.

- Prise en charge thérapeutique des patients douloureux (28% des dossiers étudiés)



Pour les 28% des patients chez qui un épisode douloureux a été signalé, un facteur déclenchant de la douleur a été tracé dans 2% des cas.

Le traitement antalgique a été modifié dans aucun des dossiers.

Aucune thérapeutique antalgique non médicamenteuse n'a été tracée.

V. DISCUSSION

Suite au questionnaire d'auto-évaluation, j'ai pu constater une méconnaissance du protocole en vigueur dans cet EHPAD chez les personnes intervenant de façon ponctuelle dans cet établissement ou chez les nouveaux arrivants.

Il n'existe pas de référent douleur formé, les soignants ont reçu une information en interne pour l'utilisation des échelles.

Mais qui se charge de former ou d'informer les nouveaux embauchés sur les échelles utilisées et les protocoles en vigueur ?

Les circonstances de survenue de la douleur ne sont pas tracées dans le dossier du résident. La description de la douleur est également imprécise, ce qui ne permet pas de différencier le type de douleur, ni de repérer celles induites par les soins. Dans le protocole en vigueur, ces informations ne sont pas très détaillées (« contexte : repos, circonstance déclenchante, antalgique »).

Le recours aux méthodes antalgiques non médicamenteuses est rarement tracé, pourtant les soignants ont cité de nombreuses techniques.

Peut-être faudrait-il passer par une prescription informatisée de ces méthodes afin qu'elles apparaissent sur le plan de soins et qu'elles puissent être validées et donc tracées ?

Les échelles d'hétéro-évaluation ne sont pas encore complètement maîtrisées, il n'y a aucune réponse juste et complète. En effet, les soignants ayant bien cité l'Algoplus comme étant l'échelle d'hétéro-évaluation utilisée au sein de l'EHPAD, identifient le seuil douloureux à 1 au lieu de 2 sur 5.

Les résultats de l'audit ont permis de montrer que la douleur n'est pas systématiquement évaluée à l'entrée (24% des dossiers étudiés), mais il faut savoir que la plus ancienne entrée date de 1982 et l'informatisation des dossiers date seulement de 2009.

Ceci peut expliquer en partie le résultat mais pas complètement. En effet, depuis l'informatisation des dossiers, nombreux sont les résidents pour qui, aucune évaluation de la douleur n'est réalisée dans les 48 heures suivant l'entrée.

Il existe pourtant un protocole qui précise que la douleur des résidents doit être systématiquement recherchée lors de son accueil.

Cet établissement a réalisé un premier travail sur la douleur et a bien identifié deux échelles à utiliser : l'EVS pour l'auto-évaluation et l'Algoplus pour l'hétéro-évaluation.

J'ai constaté au cours de mon enquête, que le choix de l'outil de l'évaluation de la douleur pour le résident accueilli ne se fait pas lors de l'entrée en fonction de ses capacités de communication. L'EVS ou l'Algoplus est choisi au moment du premier pic douloureux.

Les épisodes douloureux sont signalés, tracés et cotés.

Il existe par contre une hétérogénéité dans le choix des outils pour un même résident selon l'évaluateur (EVA, EVS, ENS, ALGOPLUS).

Il est donc difficile d'obtenir une cinétique de la douleur et d'organiser son suivi.

Par ailleurs, je constate une mauvaise maîtrise des échelles de la part des soignants, en effet, on retrouve 13 mesures inappropriées (Algoplus à 9 ; EVS à 0,2).

La douleur a été évaluée au moins une fois dans le mois dans plus de la moitié des dossiers, même pour des patients non algiques, ce qui montre une prise de conscience de la part des soignants quant à la traçabilité de la douleur.

La traçabilité de l'évaluation de l'efficacité du traitement donné reste largement insuffisante. En effet, on retrouve cette donnée dans seulement 4% des dossiers.

Comment savoir si un traitement est efficace si on ne réévalue pas la douleur ?

La prise en charge de ces patients douloureux n'a pas été seulement médicamenteuse, des techniques non médicamenteuses sont utilisées dans cet établissement mais cela n'est pas tracé.

VI. CONCLUSION

La sensibilisation des soignants sur la prise en charge de la douleur débute dès leurs études.

On remarque dans les services de soins, une amélioration sur l'évaluation de la douleur, cette dernière est réalisée de manière quotidienne au même titre que la température ou la tension dans la plupart des services de courts ou de moyens séjours.

En EHPAD, considéré comme un lieu de vie, l'évaluation est réalisée beaucoup plus rarement, pourtant, il a été démontré que le sujet âgé est souvent douloureux. La douleur de la personne âgée reste sous évaluée et sous traitée alors que la prise en charge de la douleur s'inscrit dans le cadre des priorités de santé publique (Programme National de Lutte Contre la Douleur 2006 – 2010).

Au sein des EHPAD, les résidents accueillis peuvent être communicants ou non communicants (démence, séquelles aphasiques d'AVC). Les équipes soignantes doivent s'adapter pour dépister des épisodes douloureux, notamment chez les patients qui ne se plaignent pas ou sont incapables de communiquer.

Mon poste de référente douleur m'a permis de m'impliquer dans la réalisation d'une EPP douleur chez les patients âgés admis en SSR gériatrique.

La réalisation de ce travail de recherche m'a permis de découvrir la différence de prise en charge de la douleur en EHPAD par rapport à un service de soins tel que le SSR et de me confronter avec la réalité des difficultés du terrain en partie liées à un manque de moyens.

Cette analyse des pratiques a permis de mettre en avant des défauts dans la prise en charge de la douleur dans cet EHPAD.

En restant consciente des réalités de terrain et du manque de moyens, il existe des pistes d'amélioration réalisables :

- Une formation ou sensibilisation régulière pourrait être dispensée par l'Infirmière Coordinatrice et/ou le Médecin Coordonateur à l'ensemble des personnels intervenant auprès du résident,
- un référent douleur peut être nommé dans l'équipe de manière à assurer l'information concernant les protocoles pour la prise en charge de la douleur à diffuser aux nouveaux embauchés, intérimaires ou stagiaires,
- les résultats de cette analyse des pratiques vont être présentés aux soignants afin de les sensibiliser aux défauts de prise en charge de la douleur. Il serait intéressant qu'une formation soit réalisée par le Médecin Coordonateur afin d'homogénéiser les pratiques. Les outils de cette enquête pourraient être à nouveau utilisés à distance de la formation pour évaluer l'efficacité de celle-ci et l'amélioration des pratiques soignantes.

BIBLIOGRAPHIE

1) DOCTEURS AQUINO J.P, RUAULT G.

Douleur et personne âgée : état des lieux en France

Institut UPSA de la Douleur : 2010

2) SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET DE GERONTOLOGIE, CAISSE
NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE

Mobiqual : la douleur chez la personne âgée : outils d'évaluation et aide à la décision 2011

Disponible à partir de : <http://www.mobiqual.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/09/DI-BERNARDO-Douleur.pdf>

3) SANTE.GOUV.

Programme national de lutte contre la douleur 2006 – 2010 dans les établissements de santé.

Disponible à partir de :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

4) MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPEES

Guide d'orientation : organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé

Disponible à partir de :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_guide_d_orientation_Organiser_la_lutte_contre_la_douleur_dans_les_ES.pdf

5) EHPAD.COM

Définition de l'EHPAD : disponible à partir de

<http://www.ehpad.com/comprendre-l-ehpad/definition-ehpad/>

6) AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE
Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbales : Octobre 2000

Disponible à partir de : <http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/referentiel/Prise-en-charge-douleur-PA.pdf>

7) DOCTEUR ABITOL G.

Cours sur La douleur du sujet âgé dispensé lors de la formation: 2015

8) DOCTEURS MICHEL M., RAT P.

Douleur et personne âgée : évaluation de la douleur chez la personne âgée

Institut UPSA de la Douleur : 2010

9) HAS (Haute Autorité de Santé)

Rapport de l'expérimentation nationale : Audit clinique ciblé appliqué à la prise en charge de la douleur de la personne âgée : juin 2006

Disponible à partir de :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dpa_-_rapport_final.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante



Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

- 1 Choix de vie**
Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
- 2 Domicile et environnement**
Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
- 3 Une vie sociale malgré les handicaps**
Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.
- 4 Présence et rôle des proches**
Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
- 5 Patrimoine et revenus**
Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus.
- 6 Valorisation de l'activité**
Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.
- 7 Liberté de conscience et pratique religieuse**
Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- 8 Préserver l'autonomie et prévenir**
La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.
- 9 Droit aux soins**
Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.
- 10 Qualification des intervenants**
Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisants.
- 11 Respect de la fin de vie**
Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
- 12 La recherche : une priorité et un devoir**
La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.
- 13 Exercice des droits et protection juridique de la personne**
Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.
- 14 L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion**
L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

ANNEXE 2 : Grille de recueil des données ; évaluation de la douleur chez la personne âgée n°1

Audit clinique ciblé : Prise en charge de la douleur de la personne âgée

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES Évaluation de la douleur chez la personne âgée n° 1. (DPAéva)

Date : ...	Établissement/secteur d'activité : ...
N° de la grille : ...	
Nom de l'évaluateur :	
Identification du patient :	les 3 premières lettres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ou étiquette

OBJECTIF : s'approprier les outils et méthodes d'évaluation de la douleur chez la personne âgée hospitalisée

N°	CRITERES	Oui	Non	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission				DPA	
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée				DPA	
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...)				DPA	
4	Une auto- ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur				DPA	
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient				DPA	
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient				DPA	
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier				DPA	
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe)				DPA + ES	

DPA : dossier du patient

ES : enquête auprès des soignants

ANNEXE 3 : Grille de recueil des données ; conduite et surveillance du traitement antalgique chez la personne âgée n°2

Audit clinique ciblé : Prise en charge de la douleur de la personne âgée

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES Conduite et surveillance du traitement antalgique chez la personne âgée n°2 (DPAAtt)

Date : ... Établissement/secteur d'activité : ...
N° de la grille : ...
Nom de l'évaluateur :
Identification du patient : les 3 premières lettres □□□
ou étiquette

OBJECTIF : améliorer la prise en charge de la douleur de la personne âgée en termes de spécificité de conduite et de surveillance du traitement antalgique						
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	Le traitement antalgique des douleurs de nociception a respecté les trois paliers de l'OMS				DPA	
2	Les antalgiques opiacés forts ont été débutés à demi-dose (2,5 à 5 mg po/4 h)				DPA	
3	La constipation a été systématiquement prévenue et surveillée lors de l'utilisation d'opiacés				DPA + ES	
4	Après un traitement aux opiacés, les effets neuropsychiques (sommolence, confusion) ont été recherchés et notés				DPA + ES	
5	Après un traitement aux opiacés forts, la rétention d'urine a été recherchée et notée				DPA	
6	Les antidépresseurs tricycliques et/ou les anticonvulsivants ont été utilisés dans le traitement des douleurs neuropathiques				DPA + ES	
7	Les effets indésirables des antidépresseurs et/ou des anticonvulsivants à visée antalgique sont recherchés et notés sur le dossier du patient				DPA + ES	
8	Avant les soins douloureux, le patient a reçu un traitement antalgique				DPA	
9	Les thérapeutiques non médicamenteuses (kinésithérapie, physiothérapie, relaxation, soutien psychologique...) ont été utilisées et sont notées dans le dossier du patient				DPA + ES	
10	Le soulagement de la douleur par le traitement antalgique est évalué par une échelle d'auto-évaluation (EVA ou autre) et/ou par une échelle d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...)				DPA	

DPA : dossier du patient

ES : enquête auprès des soignants

ANNEXE 4 : Questionnaire

Je m'appelle Nathalie GERARD, je suis infirmière depuis 2006. Dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Infirmière Référente et Coordinatrice en EHPAD et en SSIAD, je réalise un travail de recherche sur « l'évaluation et la prise en charge de la douleur de la personne âgée en EHPAD ». Afin de m'aider dans sa réalisation, je vous remercie de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

FONCTION :

ANNEE DIPLOME :

ANNEE D'EMBAUCHE :

1. Quel outil d'auto évaluation de la douleur est utilisé dans votre établissement ? Sur quel score est cotée cette échelle ?

2. Quel outil d'hétéro évaluation de la douleur est utilisé dans votre établissement ? Sur quel score est cotée cette échelle ? A partir de quel score une douleur est détectée ?

3. Un protocole/une procédure précisant la prise en charge de la douleur de la personne âgée existe dans votre établissement :

Oui

Non

4. Existe-t-il dans votre établissement, des guides d'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur ?

Oui

Non

5. Existe-t-il des référents douleur dans votre établissement ?

Oui

Non

6. Combien de fois par jour la douleur est-elle évaluée?

7. Où tracez-vous les résultats de l'évaluation de la douleur ?

8. Lorsqu'une douleur est détectée, quelles sont les informations que vous transmettez ?

9. Existe-t-il une procédure/protocole sur les prescriptions anticipées personnalisées (PAP) ?

Oui

Non

10. Quelles méthodes antalgiques non médicamenteuses en réponses à la douleur utilisez-vous ?

Je vous remercie encore du temps que vous avez pris pour le remplissage de ce questionnaire.

ANNEXE 5 : Grille d'audit ciblé sur le dossier des résidents

Evaluation de la douleur chez la personne âgée

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES (pistes d'amélioration)
1	la douleur a été évaluée à l'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	
2	un outil adapté d'évaluation de la douleur (EVS, ENS, ALGOPLUS...) a été choisi et est précisé sur le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	
3	Retrouve-t-on au moins une évaluation de la douleur sur le mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	
4	en cas d'épisode douloureux, retrouve-t-on au moins une mesure par la suite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	
5	la douleur est réévaluée après la prise du traitement pour vérifier son efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	
6	Existe-t-il des Prescriptions Anticipées Personnalisées (PAP) pour la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	
7	les facteurs déclenchant des douleurs sont notés sur le dossier,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	
8	des thérapeutiques non médicamenteuses (kiné, compresses, massages...) pour la prise en charge de douleur ont été utilisées et sont notées dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	
9	l'efficacité du traitement antalgique est évaluée et notée après administration du traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	

RESUME

La lutte contre la douleur est une priorité nationale.

La volonté du Gouvernement est de poursuivre et de renforcer la politique engagée pour améliorer la prise en charge de la douleur, notamment chez la personne âgée.

En tant qu'infirmière « référente douleur » au sein du CLUD du CSSR où je suis en poste, je m'investis dans le domaine de la prise en charge de la douleur depuis de nombreuses années. J'ai participé à la réalisation d'une EPP sur « la prise en charge de la douleur de la personne âgée hospitalisée en SSR ».

J'ai choisi de réaliser une analyse des pratiques professionnelles en EHPAD afin de comparer la prise en charge de la douleur entre un SRR et un EHPAD.

Je souhaite ainsi répondre à certains de mes questionnements mais aussi apporter mon expérience aux soignants de l'EHPAD dans lequel j'ai réalisé mon stage, pour tenter de trouver des pistes d'amélioration dans le domaine de la douleur en institution.

Les résultats de cette enquête ont mis en évidence des défauts de prise en charge de la douleur en lien avec un manque de formations et un manque de moyens.

Tout en restant consciente des réalités de terrain, nous pouvons dégager des pistes d'amélioration des pratiques.