

Université Paris Descartes

Prise en charge de la douleur des patients déments en EHPAD
Réflexions sur le rôle du Médecin Coordonnateur

Docteur Patrick GILBERT

Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire de Formation à la fonction de
Médecin Coordonnateur en EHPAD

Année 2018

Directeur de mémoire : Docteur Philippe TAURAND
Chef de Pôle Gériatrie Eaubonne-Montmorency-Argenteuil

PLAN

I – Exposé de la question	page 2
II – Qu’en pensent les soignants ? Enquête.	Page 5
III – Les composantes de la douleur	page 11
IV – Le grand âge protège-t-il de la douleur ?	page 16
V – La démence protège-t-elle de la douleur ? Analyse de la littérature	page 20
VI – Réflexion sur le rôle du Médecin coordonnateur	page 28
VII – Conclusion	page 37
Bibliographie	page 1-2
Annexes	pages I-XIX

I - Exposé de la question

La douleur est au cœur de l'évaluation gériatrique. L'American Geriatrics Society (AGS) recommande d'en effectuer le dépistage systématique. La prévalence globale de la douleur augmente de façon importante avec l'âge. Selon divers auteurs, 60 à 75 % des sujets âgés de plus de 65 ans et plus rapportent au moins une douleur chronique. Souvent modifiée dans son expression, la douleur de la personne âgée peut se manifester par un repli, une anorexie, une instabilité ou une altération cognitive, voire un problème comportemental ou une confusion. Elle est habituellement sous-évaluée et sous-traitée chez les personnes âgées.

La population regroupée dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) a précisément pour caractéristique son grand âge (85 ans et 9 mois en moyenne, en 2015¹). La probabilité de rencontrer des personnes douloureuses en EHPAD est donc très importante. Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), le fait de vivre en institution fait croître à 80 % (quatre résidents sur cinq) le pourcentage de sujets âgés de 65 ans et plus rapportant au moins une douleur chronique (1).

Les syndromes démentiels constituent un autre problème majeur de santé en EHPAD. Selon les sources, 50 à 70% des personnes vivant en EHPAD souffrent de troubles cognitifs, contre 15% des personnes âgées de plus de 80 ans pour la population générale². De ce fait, de très nombreuses personnes âgées institutionnalisées vont présenter tout ensemble une symptomatologie douloureuse et des troubles cognitifs susceptibles de rendre plus difficile encore le repérage, l'évaluation et la prise en charge de cette douleur. Il est démontré qu'à pathologie et âge identiques, la personne âgée démente reçoit toujours moins de médicaments antalgiques que la personne âgée qui ne souffre pas de démence. D'après Herr, la sévérité des

¹ Drees, *Etudes et Résultats*, n°1015 (dossier internet)

² INSERM, juillet 2014, Dossier Alzheimer (dossier internet)

troubles cognitifs est directement corrélée à une augmentation du risque de sous-traitement de la douleur (2).

Est-il acceptable que l'institutionnalisation induise l'effet délétère de concentrer en un même lieu géographique des personnes à qui ne serait pas accordé le droit fondamental à la prise en charge attentive de leur douleur, sous ce seul motif qu'ils ont « perdu la tête »³ ? Ce défaut de peut être lourd de conséquences, tant sur le plan des fonctions cognitives (accélération du processus morbide et fragilisation d'un état limite) que sur celui du comportement thymique et psychique de la personne (dépression, anxiété, troubles du comportement, agitation, confusion, lâcher-prise), ainsi que sur son lien social (tendance à l'isolement).

Notre expérience de cinq années en équipe mobile territoriale de soins palliatifs intervenant spécifiquement dans les EHPAD du Val d'Oise (EMSP-Territoriale 95)⁴, de 2013 à ce jour, nous a conduit à prendre acte par nous mêmes du fait que la prise en charge de la douleur des personnes âgées démentes en institution était globalement très insuffisante. Nous nous sommes interrogés : Ce fait est-il lié à une sous-estimation de la douleur ? L'explication serait-elle également du côté du soignant qui ne parviendrait pas à reconnaître les signes de la douleur chez un patient non-communicant ? Est-elle du côté du résident qui percevrait et exprimerait sa douleur autrement qu'en l'absence de démence ? Existerait-il une explication du côté des atteintes lésionnelles spécifiques et/ou du type de démence qui modifierait la « coloration » des douleurs en jouant sur ses différentes composantes ? Les traitements antalgiques enfin, agiraient-ils d'une façon différente chez les sujets déments et chez les sujets non déments ?

On observe fréquemment qu'un certain nombre de croyances, de préjugés ou de convictions, souvent liés, pour une part, à un défaut d'information, de formation, ou de mise à jour des

³ Lois du 4 février 1995 et du 9 juin 1999 (Art. L1112-4 du CSP) : les établissements doivent mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients.

Loi du 4 mars 2002 (Art. L1110-5 alinéa 4 du CSP) : droit au **soulagement** de la douleur.

⁴ EMSPT du Val d'Oise, rattachée au Pôle de Médecine Gériatrique du Centre Hospitalier Simone Veil d'Eaubonne-Montmorency. Email : <emsp-ehpad-territoriale@ch-simoneveil.fr>

connaissances, peuvent conduire à « passer à côté » de la douleur ou à la sous-estimer. Comment expliquer, par exemple, que même en présence de situations cliniques pouvant à l'évidence générer de la douleur et de la souffrance (une escarre, des rétractions spastiques, une mycose buccale, une maladie cancéreuse évolutive...), la « présomption d'absence de douleur » l'emporte si souvent chez bon nombre de soignants sur la « présomption de présence de douleurs » et, plus grave, que cette « présomption d'absence de douleur » libère le soignant de toute obligation (bonnes pratiques) de rechercher méthodiquement la douleur à l'aide des échelles validées ? Cette banalisation de la douleur des sujets âgés déments peut avoir plusieurs causes. On peut invoquer la faible présence des médecins traitants dans les établissements, le manque de connaissance de certains dans le domaine de la douleur et de son traitement, le temps partiel d'activité des médecins coordonnateurs, l'absence de suivi et de réévaluation de la douleur par les équipes soignantes, des mauvaises pratiques liées à un défaut de formation des soignants, le manque de moyens en personnel pour la surveillance des résidents. Tout ceci donne le sentiment que la douleur, et qui plus est la douleur des sujets âgés et déments, a quelque chose d'un peu anxiogène pour certains médecins et soignants. Tout se passe comme si elle faisait peur. Or la douleur fait partie du quotidien, en EHPAD comme hors EHPAD. L'ignorer ou l'éviter est aujourd'hui éthiquement inacceptable. Ne faut-il pas repenser cette question en termes « d'inculturation » à la réalité de la douleur et à sa prise en charge efficace en EHPAD, avec deux objectifs fondamentaux : mieux comprendre comment la personne démente ressent et exprime sa douleur, pour mieux comprendre comment identifier, évaluer et prendre en charge cette douleur.

Dans le cadre de cette « inculturation » à la prise charge de la douleur des sujets âgés déments en EHPAD, s'il est une personne que l'on doit former en priorité et dont la parole devra ensuite être écoutée, c'est l'Aide-Soignante (AS). L'accompagnement des résidents au fil des heures et des jours est de son rôle propre. La former à observer objectivement et à transmettre

efficacement ses observations aux bonnes personnes, c'est s'assurer pour la suite d'une prise en charge correcte des symptômes douloureux des résidents. Les grilles d'évaluations validées seront toujours utiles et même indispensables. Leur utilisation doit être parfaitement maîtrisée, mais leurs limites sont connues. L'expérience et le vécu des soignants et le temps qui leur sera donné pour accomplir leur mission sont irremplaçables. Ils seront les premiers garants de ce succès.

Le but de ce travail est de réfléchir sur le rôle que peut et doit jouer le médecin coordonnateur afin que soit mise en place une politique durable d'attention à la douleur et à l'obligation morale et légale de la soulager, puisque la plupart de ses treize missions au sein de l'EHPAD, définies par le Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011, lui en confèrent la responsabilité.



II - Que pensent les soignants de la douleur des personnes âgées souffrant de syndromes démentiels ?

Notre constat de départ est qu'à pathologie et âge identiques, la personne âgée démente reçoit toujours moins de médicaments antalgiques que la personne âgée qui ne souffre pas de démence et que sa prise en charge est très souvent insuffisante.

Il n'est pas rare, en pratique quotidienne, d'être confronté à des approches simplistes sur cette question du dément douloureux, parfois par défaut, parfois par excès.

Lorsqu'on les interroge, certains considéreront qu'étant moins attentif à sa douleur, ne parvenant pas à se la représenter, oubliant les épisodes douloureux précédents, le patient dément, probablement, ressentira moins la douleur.

Une approche tout aussi simpliste peut raisonner à l'opposé en considérant que le dément ne parvient pas à verbaliser sa douleur, que son anxiété est majorée, que sa confusion est augmentée et qu'en conséquence sa douleur sera probablement exacerbée...

Nous nous sommes intéressés au regard que portent les soignants sur la douleur des personnes âgées présentant des troubles cognitifs ?

Enquête

Du 22 au 28 novembre 2016 une courte enquête a été menée par le pôle gériatrique du Centre Hospitalier Simone Veil d'Eaubonne Montmorency (CHSV-EM).

L'objectif était de recueillir de façon ponctuelle l'opinion de professionnels de santé sur la perception de la douleur chez les patients âgés présentant des troubles cognitifs.

La population interrogée était composée de soignants des différentes unités gériatriques hospitalières du CHSV-EM et d'un EHPAD non hospitalier, œuvrant au contact de patients déments (voir documents en annexe).

Méthode

❖ La question posée était :

« Nous savons qu'une personne âgée démente ne verbalise pas toujours sa douleur et qu'elle l'exprime parfois par des cris, une agitation, ou une attitude de repli, notamment lors des soins. Pensez-vous que, par rapport à une personne âgée non démente, elle ressent la douleur de façon :

- *Identique ?*
- *Plus intense ?*
- *Moins intense ?*
- *Vous ne pouvez vous prononcer ?*

❖ Il était en outre noté si le soignant interrogé avait répondu :

- Spontanément et sans hésitation
- Après une courte période de réflexion mais précisément
- Avec embarras et/ou hésitation

❖ Caractéristiques de la population interrogée :

74 professionnels de santé prenant en charge des patients déments ont été interrogés, exerçant en soins palliatifs (N = 13), en Gériatrie (UGA ; SSR ; EHPAD), en MPR, en Diabétologie. Ils étaient médecins (N = 18) et non-médecins (IDE, AS, Psychologues, Ergothérapeutes)

Résultats

Convictions exprimées :

La perception de la douleur chez les déments est :

- Identique : 62,1 %
- Plus intense : 14,9 %
- Moins intense : 13,5 %
- NSP : 9,5 %

Modalité de la réponse :

- Après une courte réflexion : 48,6 %
- Spontanée : 32,4 %
- Avec embarras / avec hésitation : 19 %

Comparaison « Médecins » versus « Non-Médecins »

Il n'y a pas de différence significative entre l'appréciation des médecins et celle des soignants non-médecins.

Perception de la douleur	médecins	Non médecins	P
identique	55,5 %	64,3 %	0,69
Plus intense	22,7 %	12,5 %	
Moins intense	16,7 %	12,5 %	
NSP	5,5 %	10,7 %	

Modalité de la réponse	médecins	Non-médecins	P
Après une courte réflexion	50,0 %	48,2 %	1,0
spontanée	33,3 %	32,1 %	
Avec embarras/hésitation	16,7 %	19,6 %	

Comparaison « soignants en soins palliatifs » (SP) versus « soignant hors soins palliatifs » (non-SP)

Les soignants en Soins Palliatifs, plus accoutumés à l'évaluation de la douleur, sont pourtant ceux qui s'interrogent et hésitent le plus. Il apparaît que 46,1 % d'entre eux répondent avec embarras ou hésitation (contre 13,1 % chez les soignants non-SP). Et 30,8 % d'entre eux disent ne pas savoir si la douleur est plus intense ou moins intense chez les déments (contre 4,9 % chez les soignants non SP). Enfin les soignants non-SP sont presque deux fois plus nombreux (67,2 % contre 38,5 %) à penser que la douleur est identique chez les déments et chez les non déments. Cette différence ne peut qu'interroger.

Perception de la douleur	SP	Non-SP	P
Identique	38,5 %	67,2 %	0,03
Plus intense	15,4 %	14,7 %	
Moins intense	15,4 %	13,1 %	
NSP	30,8 %	4,9	

Modalités de réponse	SP	Non-SP	P
Après une courte réflexion	23,1 %	54,1 %	0,03
spontanée	30,8 %	32,8 %	
Avec embarras/Hésitation	46,1 %	13,1 %	

Conclusion

Les limites de cette courte enquête sont évidentes. Elle n'est certes qu'un cliché instantané de ce que concevaient les soignants à un instant T. Mais elle doit, malgré tout, alerter sur le halo de mystère qui entoure encore la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées démentes : celle-ci reste mal connue des professionnels de santé en général. Une étude plus approfondie serait utile pour disposer de résultats de portée générale et scientifiquement utilisables.

Cependant, quelques points sont intéressants à relever. Les divergences d'opinions entre professionnels (tous métiers confondus), ainsi que leurs hésitations et leur embarras pour dire si la douleur est plus importante, moins importante ou identique chez les personnes âgées démentes et non démentes, met en valeur la part de subjectivité, l'absence d'élaboration qui sous-tend certaines réponses. Ce fait semble confirmé par le nombre assez significatif de réponses données « avec hésitation et embarras » (presque 20 % des réponses). On relève aussi que les modalités de réponses sont identiques entre non-médecins et médecins ; ceux-ci sont aussi nombreux que les autres soignants à manifester de « l'embarras » (16 % et 19 %). Enfin on est surpris de constater qu'un tiers des intervenants en SP pensent que la douleur est identique chez la personne âgée démente et non démente, un tiers de ces intervenants SP

pensent qu'elle est différente (pour moitié d'entre eux elle est moins intense et pour l'autre moitié plus intense). Et un tiers déclare ne pas savoir répondre. Un soignant SP sur deux environ répond avec « hésitation et embarras » (46,1 %).

De fait l'évaluation de la douleur n'est pas chose simple car c'est la douleur elle-même qui est complexe et son évolution vers la chronicité la rend plus complexe encore. Le grand âge et la démence surajoutent un nouveau degré de complexité sensori-discriminative, comportementale et émotionnelle chez des patients privés de tout ou partie de leur cognition. Ceci met l'accent sur la nécessité absolue de former convenablement les professionnels de santé qui sont en responsabilité de ces personnes au repérage, à l'évaluation, à la surveillance et à la prise en charge efficiente des sujets âgés douloureux.



Ces premières réflexions nous amènent à nous poser deux questions au moins, dans le but de rassembler des données objectives et démontrées sur l'articulation du trio Douleur / Grand-Âge / Démence :

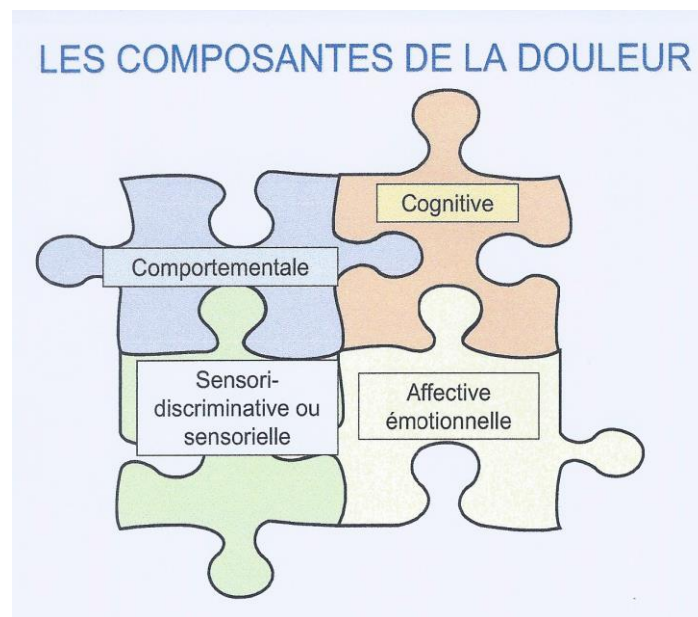
Quel est l'impact du vieillissement sur la perception et l'expression de la douleur ? Le grand âge protège-t-il de la douleur ? La presbyalgésie existe-t-elle ?

Quel est l'impact des lésions cérébrales dues à la démence sur la perception de la douleur ? La démence protège-t-elle de la douleur ? Tous les types de démence produisent-ils les mêmes effets ?

III - Les composantes de la douleur. Leur substrat anatomo-physiopathologique

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes » (Définition de l'IASP).

L'expérience douloureuse n'est pas univoque. On lui reconnaît quatre composantes intrinsèquement liées. Prises ensemble, permettent une approche globale de la douleur.



(d'après Sylvie ROSTAING-RIRATTIERI, Unité Douleur Hôpital Saint-Antoine)

La composante sensori-discriminative :

Il s'agit des **mécanismes neurophysiologiques** qui permettent le décodage par le cerveau de la douleur par excès de nociception. Ils permettent de **qualifier** la douleur (brûlure, décharge, torsion...), de préciser sa **durée** (on parle de douleur chronique au delà de trois à six mois selon les auteurs. Cependant peut-on affirmer qu'il s'agit encore de la même douleur ?), son **intensité** qui peut être auto-évaluée ou hétéro-évaluée grâce aux différentes échelles validées à cet effet, sa **localisation et son irradiation**, son **profil évolutif**.

La composante affective et émotionnelle :

Elle correspond à la **tonalité** de la douleur, son caractère **désagréable, pénible** ou **insupportable**. Cette tonalité est également évaluable à l'aide d'outils adaptés. Elle a comme conséquence possible un certain degré de détresse psychologique, d'anxiété, de dépression - surtout dans la douleur chronique - et de tolérance à la douleur dont les composantes sont elles-mêmes multiples. Cette composante a deux « moteurs » : le stimulus nociceptif lui-même activant le système limbique et les conditions environnementales dans lesquelles surviennent la stimulation (nature de la maladie, inconnues sur son évolution, environnement familial et social)

La composante cognitive :

C'est l'ensemble des **processus mentaux** susceptibles **d'influencer** ou de moduler la **perception** de la douleur (composante sensori-discriminative) et les réactions comportementales à la douleur (composante comportementales). Il s'agit de la **représentation** que le patient se fait de sa maladie ; de la **signification** et de la **valeur** qu'il lui donne en référence à des valeurs culturelles, sociales, religieuses ; des processus de modulation de la perception douloureuse par détournement **de l'attention** vers une tâche plus neutre (processus de contre-stimulation) ; de **l'interprétation** et des **attentes** vis à vis des avis médicaux ; des **expériences** personnelles de la douleur dans le passé, ainsi que du vécu antérieur, y compris dans l'entourage ; des **anticipations** (apprentissage permettant d'élaborer une stratégie comportemental permettant d'atténuer ou d'éviter la douleur). Cette composante sera à l'évidence perturbée chez les personnes atteintes d'un syndrome démentiel.

La composante comportementale :

C'est le **mode d'expression** de la douleur, très riche et varié. On y retrouve les manifestations somatiques « autonomes » de la douleur, sueurs, palpitations, hypertension artérielle, tachycardie, tachypnée... ; les manifestations **verbales**, plaintes, gémissements, prostration,

agressivité ; et **non verbales** comme la posture ou la mimique ; la **limitation** des activités quotidiennes, domestiques, professionnelles, physiques... ; le retentissement sur les **rythmes de base**, appétit, sommeil, alimentation, sexualité... ; l'attitude ou comportement vis à vis de la maladie, déni, indifférence ou fixation ; l'observance des **prescriptions** et des conseils et préconisations. Certains de ces modes d'expression seront d'une grande utilité pour quantifier le degré de douleur chez des patients non communicants et/ou présentant des troubles cognitifs sévères (échelles comportementales) (3).

Il n'existe donc pas de centre cérébral unique de la douleur, que l'on pourrait neutraliser totalement par un acte thérapeutique ciblé, chirurgical, médicamenteux, ou autre.

La douleur chronique résulte de l'expérience subjective d'une sensation émotive déplaisante. On considère que cette expérience résulte de processus d'adaptation au sein de *réseaux de neurones* situés à différents niveaux du système nerveux central (4).

Lorsqu'un stimulus nociceptif est émis, il active simultanément de nombreuses structures cérébrales qui interagissent entre elles pour construire une sensation douloureuse particulière et tout à fait personnelle. De plus l'intégration de cette douleur particulière bénéficie de nos expériences passées et de notre héritage culturel, de notre environnement social, de nos choix, ce qui complexifie encore davantage, dans leur composition et dans leur fonctionnalité, ces *réseaux* impliqués dans l'expérience douloureuse.

Il est cependant admis qu'il existe une spécialisation fonctionnelle au moins partielle de certaines régions du cerveau, correspondant aux différentes composantes de la douleur. Pour autant, cette attribution ne doit pas être figée. La complexité de la douleur ne tient pas seulement au nombre de centres cérébraux impactés, mais tout autant à leur inter-fonctionnalité. Pour tenter de mieux comprendre la douleur, il conviendrait d'élaborer un modèle rendant compte du lien organique et fonctionnel articulant entre elles ces structures anatomiques cérébrales.

Le signal douloureux capté par les terminaisons nerveuses (épidermiques ou disséminées dans tout l'organisme) transite par la moelle épinière jusqu'au tronc cérébral ou est opéré un premier traitement de la douleur sous la forme d'arcs réflexes provoquant des gestes automatiques de retrait, avant toute prise de conscience du danger. Au delà des centres du tronc cérébral, le circuit spinothalamique conduit les fibres nerveuses jusqu'au Thalamus où parviennent toutes les entrées sensorielle perçues par l'organisme, qu'elles soient ou non nociceptives. Une partie des voies spinales ascendantes conduisent l'information nociceptive vers le thalamus médian et les structures limbiques dont le complexe amygdalien. Ces structures interviennent dans la dimension affective des comportements. Une autre partie des voie spinales ascendantes mènent au thalamus latéral sensori-discriminatif puis vers les aires corticales somesthésiques, prolongées par un réseau cortico-limbique qui intégrerait l'information nociceptive en association avec les informations contextuelles et la mémoire. Ces dernières ajouteraient une dimension cognitive à la dimension affective de la douleur.

Certains auteurs proposent aujourd'hui une modélisation des mécanismes de la douleur sous forme *d'associations neuronales* (« matrices nociceptives ») qui constituent l'ensemble des régions du cerveau dont l'activité varie lors d'une expérience douloureuse. *Cet espace neuronal* est en mesure d'intégrer différents types de douleurs. Chaque douleur singulière aurait ainsi une typologie d'activation de la matrice nociceptive ou de l'un de ses sous ensembles. Cependant le détail des connexions est différent dans chaque cerveau pris individuellement. L'expérience douloureuse sera donc nécessairement différente pour chaque individu. Enfin, les connexions synaptiques étant modifiables avec l'expérience, la perception de chaque douleur pourra évoluer avec le temps pour un même cerveau.

On identifie trois niveaux distincts d'associations neuronales (5)

- Les régions de l'insula postérieure, de l'opercule pariétal médian, du gyrus cingulaire médian et du cortex primaire sensoriel constituent une « matrice nociceptive » primaire permettant l'intégration sensorielle, l'orientation et les mouvements de retrait.
- La région pariétale postérieure et la région fronto-latérale sont responsables du contrôle cognitif de la douleur par des réactions conscientes. Elles font partie d'un deuxième ordre de « matrice nociceptive » qui intègre également des réactions végétatives et de ré-afférentation du cortex insulaire.
- Une « matrice nociceptive » de troisième ordre permet une « réappréciation » de la perception douloureuse en fonction du temps et de l'expérience. Elle comporte une intégration multi-sensorielle par le cortex temporo-pariétal, une intégration des états internes par le cortex préfrontal médian, et de l'encodage de la mémoire à court terme par le cortex préfrontal dorso-latéral.

La douleur est donc une expérience sensorielle très complexe et totalement propre à chaque individu. Cette expérience est-elle susceptible de se modifier avec l'âge chez une même personne, sous l'effet du vieillissement des tissus nerveux ? Si l'expérience est modifiée, faut-il en conclure, toujours dans la ligne de notre courte enquête, qu'il y aurait moins de douleur ou au contraire plus de douleur chez une personne âgée ?



IV - La presbyalgésie existe-t-elle ? Le grand âge protège-t-il de la douleur ?

Nous parlons ici du sujet âgé, hors d'une pathologie démentielle.

Les polyopathologies sont fréquentes chez les personnes âgées⁵ et le nombre de pathologies entraînant des douleurs aiguës ou chronique augmente également avec l'âge. Elles constituent un facteur de fragilité et tendent à générer un état de dépendance ou à l'aggraver.

Dans le cadre des douleurs chroniques (outre les douleurs associées aux maladies cancéreuses) on rencontre très fréquemment des atteintes musculo-squelettiques et/ou articulaires. Selon la gravité de leur retentissement fonctionnel elles sont sources de handicap. Les douleurs neuropathiques sont fréquentes également. Elles peuvent être périphériques, ou centrales à la suite d'accidents vasculaires. Elles peuvent également se rencontrer dans le cadre de maladies neurodégénératives évoluées, de pathologies évolutives graves du rachis, ou encore en phase évoluée de certaines pathologies cancéreuses viscérales. Les pathologies cutanées sont également une fréquente source de douleur (les escarres, lors d'immobilisations prolongées s'accompagnant de dénutritions sévères ; les ulcères cutanés dans le cadre de pathologies veineuses et d'artériopathies oblitérantes des membres inférieurs). En fin de vie des douleurs multi-causales et intriquées, évoluent vers une situation de douleur « totale » qui implique une prise en charge très attentive et même minutieuse.

Ce que l'on observe d'un point de vue clinique et à travers de rares études publiées sur la douleur de la personne âgée peut surprendre :

Le constat de départ est que certaines pathologies viscérales aiguës sont parfois ressenties différemment chez les sujets âgés (6). A titre d'exemple, dans une étude rétrospective portant

⁵ Enquête HAS 2002-2003, les personnes âgées de 65 à 79 ans ont en moyenne 5 maladies.

sur des patients opérés (appendicectomie), seulement 22 % des patients âgés avaient présenté des douleurs abdominales typiques de l'appendicite aiguë (7). Un autre exemple communément décrit est celui de l'ischémie myocardique. Le nombre de patients de plus de 75 ans ayant présenté des douleurs atypiques secondaires à un infarctus du myocarde est supérieur à 75 %. Entre 22 % et 68 % des patients âgés, selon les études, ont des signes électrocardiographiques d'ischémie aiguë sans traduction clinique (8). Une étude portant sur les ulcères gastriques non douloureux a révélé que 30 % des patients âgés n'avaient pas éprouvé de douleur contre 8 à 20 % de sujets jeunes (9). D'autres exemples ont encore été rapportés telles que urgences abdominales atypiques, fractures du col du fémur silencieuses...

Une étude réalisée en 1994 a suivi 1871 patients ambulatoires douloureux atteints d'une pathologie cancéreuse. Il en est ressorti que le simple fait d'être âgé de plus de 70 ans laissait prévoir une antalgie insuffisante en regard du niveau de douleur (10). Une autre étude de la même époque s'est penchée sur le traitement antalgique de 4003 patients douloureux atteints de cancer et vivant en maison de retraite. Ceux qui étaient âgés de plus de 85 ans recevaient moins fréquemment des antalgiques. Parmi eux seulement 13 % recevaient des antalgiques forts contre 38 % pour les patients âgés de 65 à 74 ans (11).

Qu'en est-il réellement de l'expérience douloureuse au cours du vieillissement ?

Composante sensori-discriminative : le vieillissement est responsable d'une perte de sensibilité des récepteurs cutanés, d'une diminution de l'activation des fibres A δ et C, d'une perte de neurotransmetteurs, d'une diminution de l'intégration cérébrale de l'information nociceptive, d'un affaiblissement du contrôle descendant. On a démontré qu'il n'en résulte aucune modification des seuils de perception de la douleur mais une diminution de la discrimination sensorielle.

Avant d'analyser ce que devient l'expérience douloureuse chez la personne âgée, rappelons que - et ceci quel que soit l'âge du patient - les douleurs chroniques ont un retentissement

émotionnel et comportemental avec état anxio-dépressif associé, ainsi qu'un retentissement cognitif (12) qui se manifeste sous la forme d'un déficit attentionnel, d'un ralentissement psychomoteur et de troubles de la mémoire. Chez le sujet âgé normal, on peut donc s'attendre à voir ces symptômes se majorer.

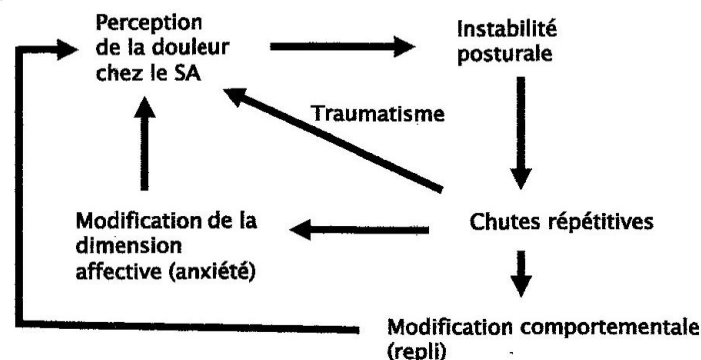
Composante affective et émotionnelle : Il existe une accentuation de la résonance affective lorsque sont associés à la douleur des facteurs tels qu'une anxiété ou un isolement.

Composante cognitive : On observe une fragilisation d'un état cognitif déjà limite chez la personne âgée. Une diminution des capacités mnésiques attentionnelles étant déjà présentes, la douleur chronique va accentuer les difficultés cognitives. Confusion, désorientation peuvent en résulter, nécessitant un diagnostic différentiel avec une démence débutante.

La composante comportementale : Elle se manifeste sous la forme d'attitudes spécifiques comme le repli, l'agitation ou les cris, des plaintes exacerbées, une surconsommation de psychotropes.

En réalité le tableau est souvent plus complexe...

Cependant l'intrication entre elles des nombreuses pathologies dont souffre la personne âgée rend souvent le tableau beaucoup plus complexe, entraînant parfois de véritables cercles vicieux de fragilisation et rendant plus compliqué le processus douloureux. Le schéma suivant donne un exemple parmi d'autres d'une « simple » douleur musculo-squelettique dont les conséquences, facilement gérables chez un sujet jeune, peuvent être rapidement délétères chez un sujet âgé.



En définitive, le grand-âge protège-t-il ou non de la douleur ? La réponse est **négative** car :

1. Si les modifications sensori-discriminatives sont bien en faveur d'une diminution de la sensation douloureuse,
2. Ce fait ne peut contrebalancer
 - L'effet négatif des trois autres composantes de la douleur
 - La fréquence, s'accroissant avec l'âge, de pathologies génératrices de douleur
 - L'apparition de cascades délétères aboutissant à une perception douloureuse **exacerbée**

Il en ressort que la douleur chronique, chez la personne âgée doit être logiquement considérée comme un syndrome gériatrique susceptible de conduire vers un état de fragilité (13) et donc comme quelque chose de grave

Selon Inouye SK, le syndrome gériatrique est défini comme une situation de santé marquée par quatre critères. La douleur chronique du sujet âgé les valide tous les quatre.

1. Sa **fréquence** augmente fortement avec l'âge (et/ou ne s'observe que chez les sujets âgés).
2. Elle résulte de **facteurs étiologiques multiples** et divers, dont
 - des facteurs favorisants (chroniques), incluant les effets du vieillissement.
 - des facteurs précipitants (aigus ou intermittents).
3. Elle a pour conséquences fréquentes un risque de **perte d'indépendance** fonctionnelle et/ou d'entrée en institution.
4. Sa **prise en charge est multifactorielle** (intervention interdisciplinaire) et requiert une approche globale et historique du patient.

Au même titre que les troubles cognitifs, la dénutrition, les chutes répétées, les escarres, l'isolement social, l'incontinence, la dépression, le déficit sensoriel, LA DOULEUR CHRONIQUE non prise en charge précipite la personne âgée vers la fragilisation et vers les graves difficultés cognitives et psycho-comportementales.



V- La douleur est-elle identique, chez les sujets âgés atteints de démence ? Que trouve-t-on dans la littérature médicale ?

Une rapide revue de la littérature publiée durant les vingt dernières années met en évidence des prises de consciences successives, mais encore beaucoup d'hésitations. La plupart des publications traitent plus spécifiquement de la douleur dans la Maladie d'Alzheimer. Le sujet est moins étudié et de ce fait moins bien connus dans les autres types de syndromes démentiels.

1 - La fréquence de la douleur dans les démences

- **La démence augmente la fréquence de la douleur (14)**

Hunt et son équipe se sont fixé comme objectif de rapporter la prévalence, les corrélations et la prise en charge médicamenteuse de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence vivant en institution. Un échantillon représentatif national des bénéficiaires de Medicare (système d'assurance-santé aux Etats Unis) a été retenu pour cette étude.

7609 participants ont été sélectionnés avec des données complètes sur leur fonction cognitive. Parmi eux, 802 participants présentaient une démence (67,2 % d'entre eux étaient âgés de 80 ans ou plus). 670 participants (63,5 %) atteints de démence présentaient des douleurs gênantes. Pour 347 d'entre eux (43,3 %), il s'agissait de douleurs limitant leurs activités (ADL). Ces taux étaient significativement plus élevés que dans la cohorte ne présentant pas de démence (54,5 % de douleurs gênantes et 27,2 % de douleur limitant les activités).

Enfin, parmi ceux qui avaient signalé des douleurs, 30,3 % ont déclaré qu'ils prenaient rarement ou jamais des médicaments contre la douleur.

Participants	Déments	Non déments	p
N = 7609	802	6807	
Expérience douloureuse	63,5 %	54,5 %	<0,001
Limitation ADL	43,3 %	27,2 %	<0,001

Les personnes âgées vivant en institution atteintes de démence courent un risque élevé de souffrir et portent un fardeau de douleurs gênantes et de douleurs limitant leurs activités. « *Les défis considérables associés à l'évaluation et au traitement de la douleur chez des personnes âgées atteintes de démence nécessiteront des solutions créatrices de la part de chercheurs, de cliniciens et de décideurs pour s'assurer que la douleur est bien gérée dans cette population vulnérable* » (J. Hunt).

- **La douleur est un symptôme plus fréquent encore chez les déments en fin de vie**

Dans une étude néerlandaise sur la fin de vie chez les déments en maison de retraite (15), des patients ont été observés pendant une longue durée depuis leur entrée jusqu'à leur décès (jusqu'à 3 ans et demi) dans le but d'explorer l'évolution de leurs symptômes d'inconfort (douleur, agitation, dyspnée). Cette évolution était évaluée tous les six mois. La douleur était fréquente : de 47% à 68 % au cours des évaluations semestrielles successives et passant à 78 % au cours de la dernière semaine de vie. Il est apparu que la douleur était fréquemment associée à une agitation, mais sans qu'une corrélation nécessaire entre les deux ait pu être démontrée. L'aggravation de la démence était également un facteur d'aggravation de la douleur. L'usage des opioïdes forts était nécessaire à l'approche de la fin de vie (44 %). Les auteurs publiant cette étude notent en outre que la douleur de ces patients était probablement insuffisamment contrôlée dès l'entrée en institution. Ils insistent sur la nécessité d'une prise en charge correcte de la douleur du patient dément, « sans attendre la fin de vie ».

	Evaluation semestrielle	fin de vie
Douleur	47 à 68 %	78 %
Agitation	57 à 71 %	35 %
Dyspnée	16 à 26 %	52 %

2 – La démence modifie la perception et l’expression de la douleur

L’évolution des processus démentiel retentit sur les quatre différentes composantes de la douleur telles que précédemment définies.

- La composante cognitive

Le traitement et l’intégration des informations sensorielles, y compris douloureuses, est lié aux processus cognitifs du cerveau. Ainsi que nous l’avons déjà vu, chez un patient douloureux chronique, même en l’absence de troubles cognitifs, la douleur est généralement associée à un déficit attentionnel par capture des processus attentionnels par la douleur, à un ralentissement psychomoteur et à des troubles de mémoire. Il s’y ajoute souvent une atteinte de la capacité de choix, dont le retentissement émotionnel sera souvent ressenti comme pénible avec un cortège anxieux ou dépressif.

Le patient atteint de la maladie d’Alzheimer, dont la cognition est détériorée, voit et perçoit donc le monde avec son expérience sensorielle, mais sans pouvoir intégrer toutes ces informations pour en comprendre le contexte (ralentissement de la vitesse de traitement et ralentissement psychomoteur) C’est donc l’attribution d’une signification à la douleur qui est perturbée et de façon précoce dans cette maladie (5). Les troubles attentionnels et mnésiques sont en outre responsables d’un oubli des épisodes douloureux. De ce fait, même si la personne reste encore communicante, en particulier dans une forme débutante, les capacités d’autoévaluation à distance d’un épisode douloureux peuvent être atteintes (dans le cadre de douleurs aiguës ou encore de douleurs provoquées par les soins). Il peut être aidant de toujours

coupler une autoévaluation et une hétéro-évaluation comparative chez le patient souffrant d'une démence sans altération majeure de la communication (11).

La composante sensori-discriminative

Dans une étude publiée en 1999, Sherder cherche à vérifier l'impact des lésions extensives atteignant les zones cérébrales limbiques dans la maladie d'Alzheimer. Au terme d'une analyse comparative entre des patients porteurs de la maladie d'Alzheimer et des patients du même âge, indemnes de cette maladie, il conclut que les patients porteurs d'une Maladie d'Alzheimer « éprouveraient » moins de douleur que les patients témoins, tant sur le plan de son intensité que sur le plan de son impact affectif (16).

Une autre étude rend compte du fait que des céphalées liées à une ponction lombaire sont retrouvées chez 2 % seulement des déments de type Alzheimer alors que chez des sujets âgés sans atteinte cognitive elles sont présentes dans 40 % des cas (17).

Mais ces résultats méritent d'être complétés par d'autres observations.

Les seuils de douleur et la tolérance à la douleur ont été testés chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer en utilisant deux types de stimuli (phasique et tonique). En comparant ces patients à des sujets normaux du même âge, aucune différence n'est apparue quant aux seuils de détection du stimulus et aux seuils d'apparition de la douleur. La composante sensori-discriminative de la douleur est donc bien conservée chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer (18).

Ces observations sont retrouvées dans d'autres publications qui insistent sur l'existence d'une dissociation entre la dimension sensori-discriminative de la douleur et sa composante émotionnelle et affective (19) (20).

La conservation de la dimension sensori-discriminative ne semble pas se vérifier dans d'autres démences, dans lesquelles les atteintes anatomiques sont différentes. Dans la démence

vasculaire et certaines formes de démences à prions, on observerait au contraire une augmentation du ressenti douloureux (21).

- La composante affective et émotionnelle

Si le seuil de détection de la douleur est bien identique chez les malades Alzheimer et non-Alzheimer, cependant la tolérance à la douleur semble accrue chez les malades Alzheimer (18).

Dans cette publication précédemment citée, F. Benedetti rapporte qu'une augmentation significative de la tolérance à la douleur (composante affectivo-émotionnelle) a été retrouvée chez ces mêmes patients. Ceci serait lié à une atteinte structurelle du système médian, le noyau intra-laminaire en particulier, qui joue un rôle important dans cette composante de la douleur. Par contre les aires sensorielles primales du système latéral sont mieux préservées.

Benedetti établit même une corrélation entre la sévérité de la maladie et la tolérance à la douleur, en sorte que plus la déficience cognitive est grave, plus la tolérance à la douleur est élevée. De même les patients atteints de maladie d'Alzheimer et présentant une altération électroencéphalographique (pics Alpha et Delta de faible puissance) ont une tolérance accrue aux stimulations douloureuses. En résumé, plus le Mini Mental State Examination (MMSE) et l'Electroencéphalogramme (EEG) sont altérés, plus la tolérance à la douleur est élevée.

A contrario, d'autres auteurs décrivent une tolérance diminuée chez certains patients atteints de la maladie d'Alzheimer. C'est ainsi que C. Jenssen-Dahm (20), parle d'une baisse de la tolérance à certains types de stimuli qui pourrait être rapportée à la difficulté d'adaptation dans cette maladie.

- La composante comportementale

La démence de type Alzheimer modifie les réactions autonomiques aux stimuli douloureux :

Pour Rainero, les réactions végétatives sont altérées en lien avec la douleur dans la maladie d'Alzheimer. Après application de stimuli douloureux, il montre chez ces patients une diminution de la sensation douloureuse liée à une diminution des réponses autonomiques avérées par la mesure de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle, en comparaison de sujet âgés exempts de démence. (19)

Des modifications neurovégétatives sont observées sous l'effet de la douleur chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, sans modification sensori-discriminative

Après évaluation de leur déficience cognitive (MMSE) et de la détérioration de l'activité électrique de leur cerveau (EEG quantitatif), Benedetti soumet des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à des mesures sensorielles au cours desquelles l'intensité minimale du stimulus pour que celui-ci soit décelable, puis pour qu'il provoque la douleur sont déterminés.

Il confirme que ni les seuils de détection du stimulus, ni le seuil de détection de la douleur ne sont corrélés au degré de dégradation cognitive ou au déclin de l'activité électrique du cerveau.

Les composantes sensori-discriminatives de la douleur sont donc bien préservées même à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer, comme le soulignent beaucoup d'autres auteurs.

En revanche, au cours de ces mêmes stimulation sensorielles, un lien de corrélation est établi entre la diminution des réactions végétatives d'une part et le degré de détérioration de la fonction cognitive et de l'activité électrique du cerveau d'autre part.

Par ailleurs, 15 secondes avant l'application du stimulus, le sujet était averti de sa survenue proche, inaugurant ainsi pour lui une phase anticipatoire. Durant cette phase, on a observé chez les patients atteints d'une démence de type Alzheimer une moindre modification de la fréquence cardiaque que chez le sujet non dément (22).

Ainsi, tant la douleur provoquée que son anticipation s'accompagnent d'une moindre réaction végétative (composante comportementale de la douleur) alors même que la composante sensori-discriminative demeure inchangée, y compris en cas d'atteinte cognitive sévère.

Les troubles psycho-comportementaux fréquemment présents dans l'évolution d'une démence peuvent masquer la présence d'une douleur

Une agitation ou un autre symptôme perturbateur chez une personne souffrant de troubles cognitifs, surtout s'ils sont d'apparition récente, doivent toujours faire rechercher une douleur chronique ou aiguë. Un trouble psycho-comportemental déficitaire ne doit pas moins alerter sur la possible présence d'une situation douloureuse (23).

Un diagnostic différentiel attentif est dans tous les cas indispensable.

J.M. Gomas propose d'avoir recours à ce qu'il appelle « la fiche déclic » (DEcryptage CLInique des Cris chez la personne âgée) (24 et annexe). Il suggère de distinguer trois étapes successive et à valider dans cet ordre : 1- Le patient **a-y-il** mal (douleur) ? 2- Le patient **est-t-il** mal (souffrance) ? 3- Le patient crie-t-il du **seul fait** de sa démence ? Deux ou trois de ces causes peuvent également cohabiter chez un même patient. Le test antalgique bien conduit, avec titration, s'impose donc en tout premier lieu (« présomption de douleur »), la prise en charge d'une souffrance morale probable vient ensuite, par des moyens non médicamenteux et si besoin médicamenteux. Si l'on n'obtient aucune amélioration notable, alors on pourra considérer qu'il s'agit bien de troubles démentiels, qui, quoi qu'il en soit, signalent une détresse et doivent être pareillement pris en charge.

3 - L'apport de l'IRM fonctionnelle dans la compréhension de l'expérience douloureuse chez la personne atteinte d'une démence de type Alzheimer

Des mécanismes cérébraux sous-tendant l'interrelation entre cognition et douleur. L'IRM fonctionnelle permet aujourd'hui de démontrer, par comparaison avec une cohorte de témoins, l'amélioration de la connectivité fonctionnelle chez le patient atteint d'une maladie d'Alzheimer, entre le cortex Préfrontal Dorso-latéral, et le cortex cingulaire antérieur médian, le noyau gris périaqueducal, le Thalamus, l'Hypothalamus et plusieurs zones motrices. De

même la connectivité fonctionnelle inter-régionale de la plupart des réseaux de douleurs s'est avérée plus importante chez ces patients atteints (25).

Au total on retiendra donc les points suivants (26) :

- ❖ La fréquence de la douleur augmente au cours du vieillissement et la personne âgée a de multiples raisons d'avoir mal.
- ❖ Les troubles cognitifs, quel qu'en soit le type, n'enlèvent rien de ce risque de souffrir et ajoutent plutôt une complexité supplémentaire par l'altération de certaines composantes de la douleur.
- ❖ Les seuils de perception de la douleur semblent peu modifiés entre la personne âgée sans trouble cognitif et celle qui en présente. La composante sensori-discriminative de la douleur reste peu perturbée.
- ❖ Elle est par contre dissociée de sa composante affectivo-émotionnelle qui est atteinte. Mais cet aspect fait l'objet de débats contradictoires. Ainsi la tolérance à la douleur est augmentée chez certains patients atteints de la maladie d'Alzheimer. A l'inverse elle peut être diminuée chez d'autres. On verra donc des patients souffrir de douleurs exacerbées, quand d'autres sembleront d'une grande tolérance.
- ❖ On peut imaginer que les sentiments de déplaisirs et les émotions qui constituent la dimension affective de la douleur sont comme déconnectés du lien avec leur cause qui se trouve dans la perception sensori-discriminative. Ils ont également perdu leur mode d'expression cognitif.
- ❖ Les réactions végétatives à la douleur (comportement autonome) sont diminuées chez les patients présentant une Maladie d'Alzheimer. Cette diminution de la réactivité neurovégétative est corrélée à un déficit de la capacité d'anticiper la douleur.

- ❖ Des troubles psycho-comportementaux peuvent apparaître ou s'exacerber sur un mode décompensatoire chez une personne atteinte de troubles cognitifs à l'occasion d'une expérience douloureuse aiguë ou chronique.
- ❖ La douleur peut aggraver un statut cognitif déjà précaire lorsqu'elle n'est pas correctement prise en charge. Elle doit être considérée comme un syndrome gériatrique susceptible de provoquer une fragilisation en cascade aggravant encore l'expérience douloureuse.
- ❖ La perspective principale qui ressort de cette rapide revue est la nécessité de passer d'un concept d'atteinte cérébrale localisée, voire pluri-localisée, à un concept de *réseau neuronal* à la fonctionnalité variable selon les personnes, les atteintes tissulaires, l'intensité de la douleur, son contexte émotionnel et affectif...

VI - Quel est le rôle du médecin coordonnateur dans la prise en charge des résidents douloureux et déments en EHPAD ?

Au cours des précédents chapitres nous avons pris acte de la complexité de l'expérience douloureuse et de la difficulté de sa prise en charge chez une personne âgée souffrant de troubles cognitifs. La perplexité des soignants, observée lors de notre courte étude, si elle a pu d'abord nous surprendre, s'avère en réalité bien compréhensible et en partie fondée. De nombreuses questions restent obscures, contradictoires, voire encore débattues.

<p>On retiendra que les personnes souffrant de démence n'ont pas moins mal que les personnes du même âge sans troubles démentiels. Leur perceptions sensori-discriminatives sont les mêmes et les seuils douloureux sont identiques. Mais il se peut que leur douleur soit</p>
--

« composée »⁶ autrement : Leur fragilisation sur le plan affectif et émotionnel, sur le plan cognitif et sur le plan comportemental, les rend plus vulnérables au ressenti douloureux, plus exposées à la souffrance de l'anxiété, plus isolées du fait leurs perturbations cognitives, plus démunies du point de vue de la signification de la douleur et des mécanismes de défense et d'anticipation. Souvent méconnues dans leurs douleurs, elles sont moins et moins bien traitées et, partir de cet instant, plus fragilisées. Plusieurs auteurs notent en outre que l'effet placebo des traitements efficaces contre la douleur serait inopérant chez ces patients qui « n'attendent pas de soulagement » (26). Au total, l'expérience douloureuse est plus intense et plus pénible pour les personnes âgées atteintes de démence. Il serait injuste et maltraitant d'abandonner, même par ignorance, ces personnes à leur situation. Au même titre que pour leurs soins de base corporels et de la vie quotidienne – alimentation, élimination, habillement, mobilisations, déplacements... – **elles sont tout autant « dépendantes » pour leur douleur.**

Parmi les treize missions dévolues au médecin coordonnateur, douze d'entre elles au moins, sinon toutes, lui confient la responsabilité d'une prise en charge efficace des résidents douloureux présents dans l'institution ou il exerce sa fonction (rappelons qu'en EHPAD, trois résidents sur quatre environ sont douloureux). La gestion de cette responsabilité déployée en treize missions ne doit pas masquer une unique intentionnalité : celle de demeurer continuellement centré sur chaque patient-résident douloureux et sur la recherche de son confort de vie. Par son expertise dans le domaine de la douleur, le médecin coordonnateur peut contribuer à l'élaboration de réponses référées aux bonnes pratiques, adaptées, planifiées et « protocolisées » au niveau de l'établissement. Il peut contribuer à l'appropriation de ces bonnes pratiques par les membres de l'équipe soignante qui ne demandent qu'à être formés. Il

⁶ Rappel : la douleur est une expérience désagréable à laquelle on reconnaît quatre « composantes »

peut faire en sorte que cette expertise, qui doit allier savoir-faire et savoir-être, devienne aussi l'expertise de toute l'équipe et l'expertise de l'établissement tout entier. Mais il est important de saisir d'ores et déjà qu'au cœur de ce dispositif, les personnes ressources seront, non pas d'abord les Médecins (médecin Coordonnateur et médecin traitant), ni même en priorité les Infirmières (IDEC et IDE), mais bien les personnes de proximités – une proximité continue – à savoir les Aides Soignantes (AS). Elles sont les premières destinataires de la politique de formation qui sera proposée pour tendre vers l'objectif « zéro douleur ».

Principes fondamentaux : Le problème de la douleur des patients déments en EHPAD relève de stratégies volontaristes d'équipe et non d'actions individuelles (27)

La douleur des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs est un problème beaucoup trop compliqué pour être abordé de façon individuelle. Face à cette complexité, la collégialité, la multidisciplinarité et le travail d'équipe sont indispensables : une même motivation éthique partagée par tous les soignants est nécessaire pour assurer un « **prendre soin** » de **qualité** / à des **personnes âgées / démentes** / vivant en **EHPAD**.

Ce « prendre soin » passe par des choix institutionnels et des choix individuels.

Institutionnels (EHPAD ou Groupe) : nombre de soignants suffisant, répartition adéquate des forces, bonne organisation des planning des tâches, politiques de formation continue, respect du rythme de chaque résident, soins personnalisés sont autant de décisions courageuses à prendre par les décideurs.

Individuels (soignants, tous métiers confondus) : Investissement et motivations personnels de chaque soignant, acquisition de compétences professionnelles, désir de perfectionnement, mais surtout reconnaissance au sein de l'équipe du rôle essentiel qu'ont à jouer les personnes qui sont le plus continuellement au contact des patients déments.

Les décrets encadrant les métiers d'Aides Soignantes (AS), d'Aides Médico-Psychologiques (AMP) et d'Assistants de Soins en Gérontologie (ASG) confèrent une légitimité et une

compétence reconnue à celles et ceux qui les exercent. Ils et elles sont le maillon sans doute le plus important dans la chaîne de tous les intervenants dans la prise en soin de la douleur. Le médecin coordonnateur peut, quant à lui, jouer un rôle essentiel de sensibilisation, de formation, d'animation et d'accompagnement (coaching) de cette catégorie de soignants dans la valorisation de leurs compétences au bénéfice du patient dément douloureux. Les infirmières (IDEC et IDE) sont appelées de par leur fonction à travailler en s'appuyant sur la collaboration des AS, AMP et ASG. Celles-ci leur transmettent de façon professionnelle ce qu'elles ont observé : patients douloureux, évaluation précise de leur douleur, douleur provoquée par les soins, modifications de comportement...

Comment organiser en EHPAD une prise en charge optimale de la douleur du résident âgé dément ?

La pierre angulaire de l'accompagnement de toute personne douloureuse ou susceptible de l'être, quel que soit son âge et quel que soit son état cognitif, est l'EVALUATION la plus objective possible de sa douleur. On en connaît les limites mais on n'en ventera jamais trop les mérites. Pour en finir avec le fameux « *douleur +++* » que l'on trouve encore si souvent dans les dossiers médicaux sans pouvoir en retirer le moindre renseignement pratique utile, les soignants doivent apprendre à évaluer la douleur avec précision. « *On met toute une vie à savoir évaluer la douleur* » disait François Bourreau (28)

La démarche d'évaluation vise à répondre à trois questions (26 ; 29 ; 30 ; 31):

- 1) Quel est le type de douleur : aiguë ou chronique ?
- 2) Quel est le mécanisme générant la douleur : nociceptif, neuropathique, psychogène ?
- 3) Quelle est l'intensité de la douleur : sévérité de la douleur ? efficacité du traitement ?

Pour répondre à des critères rigoureux de validité, de sensibilité et de reproductibilité, l'évaluation doit être standardisée. Il existe un grand nombre d'échelles d'évaluations validées. Mais nous faisons résolument le choix de ne présenter ici que les très rares outils pratiques et

fiables, permettant d'effectuer de fréquentes évaluations, dans le cadre très spécifique d'un EHPAD, lieu de « concentration » de la douleur, comme on l'a dit, mais où les soignants ne disposent souvent que d'un temps limité.

Les échelles d'autoévaluation:

Du fait de la présence de troubles cognitifs, leur utilité est limitée et l'on doit s'assurer a minima que les réponses obtenues seront valables. On se contentera des deux plus simples : l'Echelle Verbale Simple (EVS), constituée de 4 à 5 adjectifs descriptifs d'intensité croissante et l'Echelle Numérique (EN), cotée entre 1 et 10. Quant à l'échelle visuelle analogique (EVA), elle peut déjà être source d'erreur - car mal comprise en situation d'asthénie, notamment - chez des personnes sans troubles cognitifs. Il est donc préférable de l'éviter en présence de troubles cognitifs. Ces échelles dites unidimensionnelles donnent une évaluation globale de la douleur, sans précision qualitative, ce qui est suffisant dans le contexte que nous décrivons. Les échelles d'autoévaluation multidimensionnelles, dont la plus simple comporte 61 qualificatifs (questionnaire QDSA de St Antoine) ne sont pas appropriées pour la gestion quotidienne de la douleur en EHPAD.

Les échelles d'hétéro-évaluation (voir les documents présentés en annexe) :

Il faut leur donner la préférence lorsqu'il apparaît que le patient-résident n'est plus capable de communiquer ni en mots ni en signes de façon volontaire et libre. Ces échelles reposent sur le « langage » comportemental spontané, partie visible du syndrome douloureux affectant en réalité toutes les composantes de la douleur.

Echelle Doloplus – Reconnue fiable dans le domaine des douleurs chroniques, l'échelle Doloplus comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes intégrant les retentissements somatique, psychomoteur et psychosocial. Elle comporte 4 niveaux de cotation et son score global est de 0 à 30. Un score supérieur à 5/30 signale la présence de douleur (voir en annexe).

Dans notre expérience d'équipe mobile en EHPAD, il apparaît que les soignants manquent du temps nécessaire pour utiliser fréquemment cet outil. Il est donc plus adapté à des évaluations plus complètes et donc utiles, mais réalisées de façon périodique à titre de référence. En outre certains items (retentissement psychosocial) ne sont pas toujours appropriés à la situation d'une personne démente en EHPAD. Il vaut mieux, si l'on doit faire appel à cette grille et si l'on a un doute sur la fiabilité de l'un des items, le barrer de la grille et ôter son score maximal du score total de la grille.

Echelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante (ECPA) (voir en annexe) – Elle est bien adaptée au démasquage de la douleur récurrente. Son avantage principal est de permettre l'évaluation comparative hors soins et durant les soins sur une seule et même grille. Mais ici encore il s'agit d'un outil un peu trop ample pour être utilisable avec la fréquence nécessaire lors des soins quotidiens en EHPAD. Elle a toute sa place dans le cadre d'un dépistage ou d'une évaluation périodique de référence (hebdomadaire ou mensuelle par exemple). Elle nécessite cependant d'être pratiquée par des soignants habitués à bien observer les comportements, mais également capables de les comparer à ce qu'ils observent « d'habitude »⁷. Enfin la notion d'anxiété, évaluée dans la grille et très pertinente lorsqu'il s'agit d'évaluer une douleur, gardera toujours une part de subjectivité de la part de l'évaluateur.

L'Echelle comportementale Simplifiée (ECS) (voir en annexe) – Elle se situe à mi-chemin entre l'ECPA et l'échelle ALGOPLUS. Son usage pluriquotidien ou au moins quotidien est recommandé par ceux qui l'ont conçue. Elle est mieux adaptée à une Unité de Soins Palliatifs (ou a minima une USLD) mais garde toute sa valeur en EHPAD. Elle évalue la douleur lors des

⁷ « D'habitude » : Notion difficile à cerner, car « soignant-dépendante » et « équipe dépendante ». Il est difficile également d'intégrer la notion « d'anomalie habituelle »

soins en 6 items et hors des soins en 2 items, puis les rythmes de base, sommeil et alimentation, en 2 items. La cotation par parties permet d'adapter les traitements aux horaires des douleurs.

L'échelle Algoplus (voir en annexe) – Conçue sous la responsabilité du collectif Doloplus, l'échelle Algoplus est, à l'origine, destinée au dépistage de la « douleur aiguë de la personne non communicante ». Cependant, selon notre propre expérience d'équipe mobile de soins palliatifs, elle s'avère bien adaptée à des évaluations quotidiennes répétées par le personnel soignant des EHPAD accueillant des sujets déments. Elle a sa place dans le cadre d'une surveillance systématique de résidents douloureux dans le but de réévaluer régulièrement leur douleur et d'adapter les doses thérapeutiques. Elle a aussi sa place dans le dépistage des douleurs provoquées par les soins et les mobilisations. Pratiquée avant l'administration d'une interdose de médicament antalgique pour pouvoir ensuite en évaluer l'effet escompté, ou bien à l'occasion des soins eux mêmes pour identifier les gestes douloureux, elle fournit aux soignant (AS en particulier) des informations pratiques immédiates (arrêt ou poursuite du soin). Sa simplicité, sa répétabilité (condition indispensable à une bonne prise en charge de la douleur) et sa rapidité d'exécution en font un outil d'usage courant qu'il est aisé de s'approprier en équipe. Elle comporte 5 items portant sur des aspects du visage et du regard, sur la présence ou non de plaintes, sur la position corporelle spontanée (position antalgique, crispations...) et sur certains troubles comportementaux (agitation, refus du soin...). Dans chaque item, un certain nombre de qualificatifs sont proposés. Si la présence d'un des ces qualificatifs – même un seul – est retrouvée pour un item donné, l'item tout entier est validé par une réponse « oui ». Aucune comparaison à des observations antérieures n'est requise, il faut même les éviter. Facilement mémorisable à force d'être fréquemment pratiquée, l'évaluation Algoplus peut devenir peu à peu en un réflexe acquis et spontané d'évaluation en présence de toute personne à risque de douleur. Autant que cela est possible l'observation faite doit être aussitôt enregistrée par l'AS ou l'IDE pour conserver une traçabilité et pour surveiller l'efficacité des traitements et la bonne

adaptation de leurs doses et horaires. On considère qu'une cotation supérieure ou égale à 2/5 (2 réponses « oui » pour les 5 items) indique la présence d'une « douleur qu'il faut traiter ».

Quelques considérations à propos de l'évaluation de la douleur (29) Une même grille d'évaluation doit être utilisée par tous les soignants de toutes les équipes pour un même résident.

Toute évaluation non tracée est une évaluation inutile et une perte de temps et de moyens.

- ❖ L'interprétation et le jugement sont chronophages et faussent l'évaluation. On gagne du temps et de l'efficacité en croyant le patient ou ce qu'il nous montre ; en croyant les collègues dans leur évaluation ; en mettant les diverses évaluations en synergie plutôt qu'en opposition.
- ❖ Ne pas confondre douleur et souffrance. Le signe observé est-il un signe de douleur **physique** ? Si la réponse est non, l'item n'est pas validé.
- ❖ L'intensité douloureuse est fluctuante. Les évaluations de la douleur doivent être fréquemment répétées. Dans le doute, ne pas hésiter à proposer un test thérapeutique. Une douleur peut en cacher une autre. Une douleur nociceptive peut cacher une douleur neuropathique.
- ❖ La distinction entre signe de douleur et signe de démence est souvent difficile (penser à la fiche DECLIC (cf. supra et voir en annexe). Le test thérapeutique doit être proposé. Prendre une douleur pour une manifestation démentielle est lourd de conséquences pour le résident.
- ❖ Une attitude d'humilité est requise car une évaluation que l'on pensait avoir bien réalisée peut être erronée. Certaines évaluations sont très compliquées. Nous n'avons aucune assurance de réussir, aucune assurance de ne pas nous tromper, soit par excès, soit par défaut. Evaluer pour évaluer, sans prendre d'initiative thérapeutique n'a aucun intérêt.
- ❖ Evaluer l'intensité de la douleur l'objective, mais cela ne suffit pas. Le tableau clinique complet du syndrome douloureux doit être établi et tracé : De quelles activités de la vie quotidienne le résident est-il encore capable (dormir, manger, marcher, s'habiller) ? ; Quelle

sont la durée et l'horaire de la douleur ; Quels sont les parties douloureuses (examen clinique) ? Quelles sont les sensations ressenties (signes évoquant une douleur de type neuropathique) ? Il est très rare de pouvoir répondre à cette question chez un patient dément ; Bien préciser la date et l'heure des évaluations permettra de cibler les moments de plus grande pénibilité.

En conclusion : Bien connaître les échelles d'évaluation et se former à les utiliser est une étape longue et indispensable. Devenir capable de les dépasser signifie que ce à quoi elles doivent mener est devenu prioritaire : L'outil maîtrisé laisse la place peu à peu à LA RELATION avec le patient dément douloureux, relation faite de présence, d'écoute et d'observation. Le SAVOIR FAIRE est devenu un SAVOIR ETRE qui apporte beaucoup plus d'informations encore qu'une évaluation même très bien faite. C'est le but à atteindre.

Que deviennent ces informations recueillies auprès du patient douloureux ?

Comme on l'a dit, les évaluations doivent être aussitôt tracées dans le dossier du résident. Elles doivent également être transmises à l'IDE et au médecin coordonnateur. C'est à lui qu'il revient de faire la synthèse des éléments fournis : évaluations, horaires, lien avec les soins et mobilisation, doses et des interdoses d'antalgiques prescrites - ou prévues en « si besoin » - et administrées (qui doivent être tracées elles aussi, et si elles n'ont pas été administrées, le motif doit également en être tracé), et toute autre information utile. On doit pouvoir compter sur la détermination de l'Aide Soignante (AS, AMP, ASG) pour que la transmission soit effective, précise et ciblée. Une soignante qui a de fortes convictions aura facilement cette détermination pour signaler la présence de douleur chez un résident qui lui est confié. C'est dire l'importance des formations et des mises à jour régulières. Enfin il faut sans doute insister sur les effets négatifs que pourrait avoir une organisation trop pyramidale et hiérarchisée de l'équipe. Tout soignant doit pouvoir interpeller directement le médecin coordonnateur et échanger avec lui à propos de ses observations. Le bon climat des relations favorise les bonnes transmissions

(formelles et informelles) et le succès des soins, ce que tous recherchent. A contrario, tout cloisonnement peu avoir, in fine, un effet délétère pour le résident qui souffre. C'est lui qui en pâtira.

La dernière étape revient au médecin coordonnateur. Elle n'est pas nécessairement la plus facile. Dans une relation la plus confraternelle possible, il lui faudra rapidement attirer l'attention du médecin prescripteur sur les informations avérées et cotées concernant l'état douloureux de son patient résidant dans l'EHPAD, et si possible lui suggérer des modalités de prise en charge médicamenteuses et non médicamenteuses. Tout traitement doit ensuite être très régulièrement réévalué et l'information doit continuer de circuler.

Dans ce contexte il faut rappeler que les opioïdes sont un traitement efficace en cas de douleurs sévères, selon les recommandations de la Société française de Gériatrie et de Gériatrie de 2007 et celle de l'Anaes de 2000. Leur utilisation est possible pour cette population fragile à condition de respecter les conditions de bon usage (32 ; 33 ; 34 ; 35)



V - CONCLUSION

La douleur est un symptôme très fréquent chez les personnes âgées accueillies en EHPAD. Sa fréquence augmente considérablement avec l'âge et l'apparition de troubles cognitifs, ces deux facteurs étant eux-mêmes également corrélés entre eux. Douleur et troubles cognitifs sont sous-évalués chez le sujet âgé. En conséquence, seuls 56 % des individus ayant des troubles cognitifs sévères reçoivent un traitement antalgique contre 80 % chez les individus sans troubles cognitifs. Pourtant rien ne permet aujourd'hui de considérer que l'expérience douloureuse apporterait moins de douleur et moins de souffrance aux personnes âgées démentes qu'aux personnes âgées non démentes. L'inverse est le plus probable. En outre, l'impact mutuel de la douleur et de la démence est complexe et reste encore sujet à discussions tant au plan anatomique que

physiopathologique. Une atteinte cognitive peut entraîner une exacerbation de l'expérience douloureuse et l'expérience douloureuse peut en retour impacter les capacités cognitives (l'attention, la concentration, la rapidité psychomotrice et les fonctions exécutives). Les progrès des techniques d'imagerie fonctionnelle devraient permettre, on l'espère, de préciser l'évolution des interactions fonctionnelles entre le système limbique et les aires corticales lors de l'expérience douloureuse, en fonction de l'évolution de la démence, du type de démence, de l'intensité de la douleur, de l'âge.

On sait cependant que l'association de douleurs et de troubles cognitifs chez un même sujet âgé est toujours péjorative. Et potentialise leurs effets délétères respectifs et aggrave le pronostic fonctionnel et même vital chez ces personnes.

En effet, la douleur chronique de la personne âgée doit être considérée comme un syndrome gériatrique au même titre que les troubles cognitifs, les chutes répétées, l'incontinence, la dénutrition et la survenue d'escarres (13 ; 32). Lorsqu'elle n'est pas prise en charge correctement, la douleur surajoute ses propres risques aux possibles conséquences délétères du déclin cognitif. Dans ce contexte elle risque de jouer un rôle de facteur précipitant vers une cascade d'évènements négatifs s'enchaînant les uns derrière les autres : dénutrition, asthénie, instabilité posturale, chutes à répétition, douleur aggravées, immobilité, escarres. Dans un contexte démentiel, la douleur constitue donc un facteur de risque vital pour le sujet âgé et doit être considérée comme une situation d'urgence. Pourtant, en EHPAD il n'est pas rare qu'elle soit ignorée, surtout par manque d'information ou de formation.

Enfin la prise en charge de la douleur doit toujours être multidisciplinaire, collégiale et même institutionnelle. Le médecin coordonnateur, dans le cadre de ses treize missions, est responsable d'aider tous les intervenants à « dé-banaliser » la douleur et d'organiser sa prise en charge réelle et correcte dans l'institution. Dans l'équipe soignante, on accordera cependant un rôle essentiel aux Aides Soignant(e)s (AS, AMP, ASG) qui, par leur proximité avec les résidents, sont les

mieux à même d'observer, d'évaluer et de transmettre la présence de signes de douleur. Le compagnonnage qu'elles offrent à ces personnes démentes et douloureuses, en alliant un savoir être à un savoir faire professionnels, leur offre la chance de voir leurs douleurs contrôlées, leur confort de vie amélioré, leur pronostic fonctionnel et vital optimisé.



« Les défis considérables associés à l'évaluation et au traitement de la douleur chez des personnes âgées atteintes de démence nécessiteront des solutions créatrices de la part de chercheurs, de cliniciens et de décideurs pour s'assurer que la douleur est bien gérée dans cette population vulnérable » (J. Hunt)

BIBLIOGRAPHIE

1. The International Association for the Study of Pain. Facts on pain in older persons. Page consultée le 13 octobre 2018. En ligne : <http://www.iasp-pain.org>
2. Herr K. Pain assesment strategies in older patients. *Pain*, 2011 ; 12 : S3-13
3. Calvino B. Les bases neurales de la douleur, *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 2006 ; 4 (1) : mars 7-20
4. Garcia-Larrea L, Peyron R. Pain matrices and neuropathic pain matrices : a review. *Pain* 2013 ; 154 (suppl. 1) : S29-43
5. Kenigsberg PA, Aquino JP et All, Les fonctions sensorielles et la maladie d'Alzheimer : une approche pluridisciplinaire. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2015 ; 13 (3) : 243-58
6. Pautex S. La presbyalgésie des personnes âgées existe-t-elle, en particulier chez les patients présentant des troubles cognitifs ? *Doul. et Analg.* 2, 57-60, 2004
7. Albano W., Zielinski C.M., and Organ C.H. : Is appendicitis in the aged really different ? *Geriatrics* 30, 81, 1975
8. Muller R.T., Gould L.A., Betzu R., Vacek T., and Pradeep V. : Painless myocardial infarction in the elderly. *American Hearth Journal* 119 (1), 202-204, 1990
9. Scapa E., Horowitz M., Waron M. and Eschar J. : Duodenal ulcer in the elderly. *Journal of Clinical Gastroenterology* 11 (5), 502-506, 1989
10. Cleeland C.S., Gonin R. : Pain and is treatment in outpatients with metastatic cancer. *N. Engl .J. Med.* 330, 592-596, 1994
11. Bernabei R. , Gambassi G. and Lapane K. : Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group. *JAMA* 279, 1877-1882, 1998
12. Moroni C, Laurent B. Influence de la douleur sur la cognition. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2006 ; 4 :21-30
13. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA : Geriatric Syndromes : Clinical, research, and Policy Implications of a core Geriatric Concept, *J AM Geriatr Soc*, 2007 ; 55 : 780-791
14. LJ Hunt ans all. Pain in community-Dwelling Older Adults with Dementia : Results from the national Health and Aging Trends Study, *J Am Geriatr Soc*, 2015 ; 63(8) : 1503-11
15. Hendriks S.A. and All. From admission to death : prevalence and course of pain, agitation, and shortness of breath, and treatment of thes symptoms in nursing home residents with dementia. *J Am Med*, 2015 ; 16(6) : 475-81
16. Sherder E and All. Alzheimer patients report less pain intensity and pain affect than noo-demented elderly. *Psychiatry* (1999) ; 63 : 265-72
17. Blennow K, Low frequency of post-lumbar pucture headache in demented patients. *Acta Neurol Scand* ; (1993) ; 88 : 221-3
18. Benedetti F. Pain threshold and tolérance in Alzheimer's disease. *Pain* (1999) ; 80 :377-82

19. Rainero I, Vighetti S and All. Autonomic responses and pain perception in Alzheimer's diseases
20. Jenssen-Dahm C. Discrepancy between stimulus and tolerance of pain in Alzheimer disease, *Neurology* (2015) ; 84 (15) :1575-81
21. Sherder E. Recent developments in pain in dementia. *BMJ* (2005 Feb 26 ; 330 (7489) : 461-64
22. Benedetti F. Pain reactivity in alzheimer patients with different degrees of cognitive impairment and brain electrical detection deterioration. *Pain* (2004) ; 111 : 22-9
23. Pradines V, Pradines B. L'agitation chez le dément non verbalisant : penser à la douleur. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* (2004) ; vol.2, n°4 : 271-4
24. Gomas JM et Coll, pourquoi le sujet âgé crie-t-il ? Aide au décryptage avec la fiche DECLIC. Sur le site Cefama.org > fiche déclic, consulté 5 octobre 2018
25. Cole LJ. The impact of Alzheimer disease on the functional connectivity between brain regions underlying pain perception. *European Journal of Pain*, (2011) ; 15 : 568 e1-e11
26. Belin C. Gatt MT, Douleur et démence. *Psychol NeuroPsych Vieil*, 2006 ;4 (4) : 247-54
27. Malaquin-Pavan E. Douleurs provoquées par les soins dispensés à des personnes souffrant de démence de type Alzheimer : pour une organisation questionnée des soins. *Douleur analg.* 2011 ; 24 :82-92
28. Hirzowski F, Bourreau F. Nécessité d'évaluer la douleur en pratique quotidienne. *Douleurs* 2000 ; 1 (1) : 16-8
29. Petrognani A. comment utiliser les grilles d'hétéro-évaluation de la douleur ? *Le Courrier de l'algologie* (2). octobre / novembre / décembre 2003, n° 4 :132-34
30. Michel M. Evaluation de la douleur chez le sujet âgé non communicant. *Annales de Gériatrie Numéro Spécial* ; Mars 2009 : 06-10
31. Savoie M. Comment évaluer la douleur en présence de démence grave. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences.* 2008/09 : 21-25
32. Deleens R. Pickering G. Douleur du sujet âgé et cognition : état des lieux. *Gériatr Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2017 ; 15 (4) : 345-56
33. Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Anaes), *Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale.* Anaes, 2000. [https : //www.has-sante.fr](https://www.has-sante.fr)
34. Société française de gériatrie et de gérontologie, DGS, DGAS. *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.* Quelques recommandations. 2007
35. Deleens R, Hadjiat Y. Douleurs et opioïdes forts : Des recommandations d'experts aux nouvelles réflexions. Du bon usage des opioïdes. *Douleurs Eval Diagn Traitement* 2015 ; 16 : 238-45

ANNEXES

Enquête : Perception de la douleur chez les personnes âgées démentes	(I-VI)
Evaluation de la douleur : Echelle ALGOPLUS	(VII-XII)
Evaluation de la douleur : Echelle DOLOPLUS	(XIII)
Evaluation de la douleur : Echelle ECPA	(XIV)
Evaluation de la douleur : Echelle ECS	(XV-XVII)
Fiche DECLIC	XVIII-XIX)

Perception de la douleur chez les personnes âgées démentes

Etude « qu'en pensent les soignants »

Perception de la douleur chez les personnes âgées démentes

Etude « Qu'en pensent les soignants ? »

Date :

Nom de l'enquêteur :

Profession du soignant :

- IDE aide-soignante ou AMP psychologue Kiné interne
 médecin sénior (spécialité ?) : Autre (préciser) :

Lieu d'exercice du soignant :

- EHPAD UGA SSR G SSR poly HDJ G EMG
 EMSP EMPG unité de psychogériatrie Réseau Onco
 Autre (préciser) :

Question posée au soignant :

Nous savons qu'une personne âgée démente (présentant une maladie d'Alzheimer ou un trouble analogue) ne verbalise pas toujours sa douleur (« j'ai mal ») et qu'elle l'exprime parfois par des cris, une agitation, une grimace ou une attitude de repli, notamment lors des soins.

Pensez-vous, que par rapport à une personne âgée non démente, elle ressent la douleur de façon :

- identique moins intense plus intense
 vous ne pouvez pas vous prononcer

Noter la manière dont le soignant répond :

- spontanément et sans hésitation
 après une courte période de réflexion mais précisément
 avec embarras et/ou hésitation

Remarques  ventuelles :

Analyse enquête perception de la douleur chez les personnes âgées démentes

74 professionnels de santé participants

Statut professionnel

	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)
Aide soignante ou AMP	12 (16.22)	Auxiliaire de vie
ASH	2 (2.7)	
		14(18.92)
Médecine interne	1 (1.35)	Médecin
gériatre	9 (12.16)	
Interne	3 (4.05)	
Médecin senior	2 (2.7)	
Radiologue	1 (1.35)	
Soins palliatifs	1 (1.35)	
MPR	1 (1.35)	
IDE	22 (29.73)	IDE
cadre	5 (6.76)	
Elève IDE	1 (1.35)	
		28 (37.8)
Orthophoniste	1 (1.35)	Rééducateur
ostéopathe	1 (1.35)	
psychologue	7 (9.45)	
ergothérapeute	1(1.35)	
Directeur des soins	1 (1.35)	
secrétaire	1 (1.35)	

--	--	--

Lieu d'exercice

	Effectif (pourcentage)	
Diabétologie	1 (1.35)	
EHPAD	6 (8.11)	
EMPG	2 (2.7)	
EMSP	13 (17.57)	
Gériatrie	1 (1.35)	A associer à l'UGA ?
HAD	5 (6.76)	
HDJ G	13 (17.55)	
MPR	2 (2.7)	
SSR G	12 (16.2)	
UGA	15 (20.25)	
UPOG	3 (4.05)	
vides	1 (1.35)	

Ressenti

	Effectif (pourcentage)
Identique	46 (62.16)
Moins intense	10 (13.51)
Plus intense	11 (14.86)
Ne peut pas de prononcer	7 (9.46)

Manière de réponse

	Effectif (pourcentage)
Embarras	14 (18.92)

Réflexion	36 (48.65)
Spontané	24 (32.43)

Analyse bivariée

	embarras	réflexion	spontanément
Identique	4	23	19
Moins intense	1	7	2
Plus intense	5	3	3
Ne peut pas de prononcer	4	3	0

Relation entre statut médical et réponse

	Identique	Moins intense	Plus intense	Ne peut pas se prononcer
Médecin	10 (55.5)	3 (16.7)	4 (22.2)	1 (5.5)
Non médecin	36 (64.3)	7 (12.5)	7 (12.5)	6 (10.7)

P value = 0.69 (fisher test)

	Embarras	Réflexion	Spontané
Médecin	3 (16.7)	9 (50.0)	6 (33.3)
Non médecin	11 (19.6)	27 (48.2)	18 (32.1)

P value = 1 (fisher test)

Relation entre spécialisation en SP et réponse

	Identique	Moins intense	Plus intense	Ne peut pas se prononcer
SP	5 (38.5)	2 (15.4)	2 (15.4)	4 (30.8)
Non SP	41 (67.2)	8 (13.1)	9 (14.7)	3 (4.9)

P value = 0.03 (fisher test)

	Embarras	Réflexion	Spontané
SP	6 (46.1)	3 (23.1)	4 (30.8)
Non SP	8 (13.1)	33 (54.1)	20 (32.8)

P value = 0.02 (fisher test)

Identifiant	enquêteur	Profession	medecin	Lieu d'exercice	SP	Resenti	manière réponse
1	PHT	psychologue	non	EMSP	oui	Ne peut prononcer	reflexion
2	PHT	psychologue	non	EMSP	oui	Identique	embarras
3	PHT	Gériatre	oui	EHPAD	non	Identique	spontanément
4	PHT	Gériatre	oui	EHPAD	non	Identique	reflexion
5	PHT	Radiologue	oui	EMSP	oui	Ne peut prononcer	embarras
6	NL	IDE	non	HAD	non	Identique	spontanément
7	NL	IDE	non	HAD	non	Identique	spontanément
8	NL	IDE	non	HAD	non	Identique	spontanément
9	PHT	Medecin sénior	oui	EMSP	oui	Moins intense	reflexion
10	PHT	psychologue	non	EMSP	oui	Ne peut prononcer	embarras
11	PHT	Soin palliatif	oui	EMSP	oui	Moins intense	reflexion
12	PHT	IDE	non	EMPG	non	Moins intense	reflexion
13	PHT	Gériatre	oui	HAD	non	Plus intense	spontanément
14	PHT	Ostéopathe	non	EMSP	oui	Ne peut prononcer	embarras
15	PHT	IDE	non	EMSP	oui	Identique	embarras
16	PHT	IDE	non	EMSP	oui	Identique	spontanément
17	PHT	Medecin sénior	oui	EMSP	oui	Identique	spontanément
18	PHT	IDE	non	EMSP	oui	Plus intense	spontanément
19	PHT	directeur des soins	non		non	Identique	reflexion
20	PHT	IDE	non	EMSP	oui	Identique	spontanément
21	PHT	IMPR	oui	IMPR	non	Identique	reflexion
22	PHT	IDE	non	EMSP	oui	Plus intense	embarras
23	PHT	Orthophoniste	non	IMPR	non	Identique	embarras
24	PHT	Gériatre	oui	SSR G	non	Identique	reflexion
25	PHT	IDE(cadre)	non	Gériatrie	non	Identique	embarras
26	s.Taurant	IDE	non	EHPAD	non	Moins intense	reflexion
27	s.Taurant	psychologue	non	EHPAD	non	Identique	spontanément
28	s.Taurant	Aide-soignante ou AMP	non	EHPAD	non	Ne peut prononcer	reflexion
29	PHT	Aide-soignante ou AMP	non	UGA	non	Plus intense	embarras
30	PHT	Aide-soignante ou AMP	non	UGA	non	Ne peut prononcer	reflexion
31	PHT	IDE	non	UGA	non	Identique	reflexion
32	PHT	IDE	non	UGA	non	Identique	reflexion
33	PHT	IDE	non	UGA	non	Identique	reflexion
34	PHT	Interne	oui	UGA	non	Plus intense	embarras
35	PHT	Interne	oui	UGA	non	Moins intense	spontanément
36	PHT	Gériatre	oui	UGA	non	Plus intense	embarras
37	PHT	Medecin interne/SP	oui	UGA	non	Plus intense	spontanément

Identifiant	enqueteur	Profession	medecin	Lieu d'exercice	SP	Resenti	manière reponse
1	PHT	psychologue	non	EMSP	oui	Ne peut prononcer	reflexion
2	PHT	psychologue	non	EMSP	oui	Identique	embarras
3	PHT	Gériatre	oui	EHPAD	non	Identique	spontanément
4	PHT	Gériatre	oui	EHPAD	non	Identique	reflexion
5	PHT	Radiologue	oui	EMSP	oui	Ne peut prononcer	embarras
6	NL	IDE	non	HAD	non	Identique	spontanément
7	NL	IDE	non	HAD	non	Identique	spontanément
8	NL	IDE	non	HAD	non	Identique	spontanément
9	PHT	Medecin sénior	oui	EMSP	oui	Moins intense	reflexion
10	PHT	psychologue	non	EMSP	oui	Ne peut prononcer	embarras
11	PHT	Soin palliatif	oui	EMSP	oui	Moins intense	reflexion
12	PHT	IDE	non	EMPG	non	Moins intense	reflexion
13	PHT	Gériatre	oui	HAD	non	Plus intense	spontanément
14	PHT	Ostéopathe	non	EMSP	oui	Ne peut prononcer	embarras
15	PHT	IDE	non	EMSP	oui	Identique	embarras
16	PHT	IDE	non	EMSP	oui	Identique	spontanément
17	PHT	Medecin sénior	oui	EMSP	oui	Identique	spontanément
18	PHT	IDE	non	EMSP	oui	Plus intense	spontanément
19	PHT	directeur des soins	non	EMSP	non	Identique	reflexion
20	PHT	IDE	non	EMSP	oui	Identique	spontanément
21	PHT	MPR	oui	MPR	non	Identique	reflexion
22	PHT	IDE	non	EMSP	oui	Plus intense	embarras
23	PHT	Orthophoniste	non	MPR	non	Identique	embarras
24	PHT	Gériatre	oui	SSR G	non	Identique	reflexion
25	PHT	IDE(cadre)	non	Gériatrie	non	Identique	embarras
26	s.Taurant	IDE	non	EHPAD	non	Moins intense	reflexion
27	s.Taurant	psychologue	non	EHPAD	non	Identique	spontanément
28	s.Taurant	Aide-soignante ou AMP	non	EHPAD	non	Ne peut prononcer	reflexion
29	PHT	Aide-soignante ou AMP	non	UGA	non	Plus intense	embarras
30	PHT	Aide-soignante ou AMP	non	UGA	non	Ne peut prononcer	reflexion
31	PHT	IDE	non	UGA	non	Identique	reflexion
32	PHT	IDE	non	UGA	non	Identique	reflexion
33	PHT	IDE	non	UGA	non	Identique	reflexion
34	PHT	Interne	oui	UGA	non	Plus intense	embarras
35	PHT	Interne	oui	UGA	non	Moins intense	spontanément
36	PHT	Gériatre	oui	UGA	non	Plus intense	embarras
37	PHT	Medecin interne/SP	oui	UGA	non	Plus intense	spontanément

Evaluation de la douleur

Echelle comportementale Algoplus



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/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heurehhhhhh	
	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	

- **1 – Visage:**
Froncement des
sourcils, grimaces,
crispation, mâchoires
serrées, visage figé
- **2 – Regard:** Regard
inattentif, fixe, lointain
ou suppliant, pleurs,
yeux fermés



- **1 – Visage:** Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé
- **2 – Regard:** Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés
- **4 – Corps:** Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées



Collectif DOLOPLUS

- **1 – Visage:** Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé
- **2 – Regard:** Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés
- **4 – Corps:** Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées
- **5 – Comportements:** Agitation ou agressivité, agrippement



ECHELLE **ALGOPLUS** **ALGOPLUS®**

- **1 – Visage:** Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé
- **2 – Regard:** Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés
- **4 – Corps:** Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées
- **5 – Comportements:** Agitation ou agressivité, agrippement



Collectif DOLOPLUS

ECHELLE
ALGOPLUS **ALGOPLUS®**

- **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
- **5 – Comportements:** Agitation ou agressivité, agrippement



Collectif DOLOPLUS

Evaluation de la douleur

Echelle comportementale doloplus

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE'E

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

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
	• absence 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
		SCORE			

COPYRIGHT

Evaluation de la douleur

Echelle comportementale ECPA

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

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

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

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

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

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

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

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

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

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

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

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

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

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

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

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

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

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

PATIENT

NOM : Prénom : Sexe : Âge :

Date : Service :
Heure : Nom du Cotateur :

SCORE

Evaluation de la douleur

Echelle comportementale ECS Ste Périne



Groupe Hospitalier Ste Périne, Chardon Lagache, Rossini

E.C.S Sainte-Périne (échelle comportementale simplifiée)

ETIQUETTE PATIENT	DATES				
	HEURE				

HORS SOINS ET MOBILISATIONS

1) Comportement spontané	*Comme d'habitude	0				
	*Perturbé	1				
	*Impossible à évaluer	X				
2) Mimique douloureuse spontanée	*Absente	0				
	*Présente	1				
	*Impossible à évaluer	X				
3) Intérêt pour l'environnement	*Comme d'habitude	0				
	*Diminué	1				
	*Impossible à évaluer	X				
4) Regard spontané	*Comme d'habitude	0				
	*Modifié sans pleurs	1				
	*Pleurs	2				
	*Impossible à évaluer	X				
5) Posture spontanée	*Comme d'habitude	0				
	*Modifiée	1				
	*Impossible à évaluer	X				
6) Contact verbal	*Comme d'habitude	0				
	*Mutisme inhabituel	1				
	*Cris, gémissements intermittents inhabituels	1				
	*Cris, gémissements permanents inhabituels	2				
	*Impossible à évaluer	X				
* Score hors soins		/8				

PENDANT SOINS ET MOBILISATIONS

7) Réactions aux soins	*Nulles	0				
	*Faibles	1				
	*Fortes	2				
	*Impossible à évaluer	X				
8) Réactions à la mobilisation	*Nulles	0				
	*Faibles	1				
	*Fortes	2				
	*Impossible à évaluer	X				
Score durant les soins		/4				

EVALUATION UNE FOIS PAR 24 H

9) Sommeil (équipe de nuit)	*Comme d'habitude	0				
	*Perturbé	1				
	*Impossible à évaluer	X				
10) Alimentation	*Comme d'habitude	0				
	*Perturbée	1				
	*Impossible à évaluer	X				
Score		/2				



GUIDE D'UTILISATION DE L'ECS (Echelle Comportementale Simplifiée)

Définition

L'ECS est une échelle comportementale permettant d'évaluer la douleur chez la personne âgée ayant des problèmes de communication (mutisme, dysarthrie, troubles du comportement...).

Condition d'utilisation

Cette grille est à utiliser :

- systématiquement à l'entrée
- à l'apparition d'une plainte douloureuse
- au changement de traitement antalgique.

Cette grille doit être remplie par les deux soignants présents au moment du soin.
L'évaluation est à réaliser une fois par équipe.

Utilisation pratique

Observation (3 chapitres):

- Chapitre « Hors soins et mobilisations »
* avant les soins
- Chapitre « Pendant Soins et mobilisations »
* pendant les soins
- Chapitre « Evaluation une fois par 24 H »
* retentissements sur le sommeil et l'alimentation

Analyse :

L'analyse de l'observation doit répondre à la question suivante :

« *Cette modification de comportement est-elle due à la douleur physique ?* »

Actions :

Les deux soignants ayant effectué l'observation remplissent chaque item de l'échelle, de la manière suivante :

- si le signe observé est habituel pour le patient noter 0.
- si le signe observé est perturbé à cause de la douleur physique noter 1 ou 2.
- si le signe est perturbé par un autre élément ou événement que la douleur physique , ou s'il existe un doute cocher par une croix. Dans ce cas il est impératif de soustraire la note *maximale* de l'item concerné, du total du chapitre dans lequel il se trouve.

Toute évaluation de la douleur doit aboutir à :

- un traçabilité dans le dossier de soins,
- une transmission orale à l'équipe médico-soignante,
- un soulagement rapide et efficace de la douleur du patient.

La finalité de l'évaluation de la douleur
est d'aboutir à une prise en compte et prise en charge collective
dans les 24 heures

SIGNES NON VERBAUX DE LA DOULEUR *

1) Comportement spontané :

- Calme, agitation, prostration...

2) Mimique douloureuse :

- Rictus douloureux permanent.

3) Intérêt pour l'environnement :

- Reconnaissance des proches et des soignants,
- Réactions aux bruits, à la lumière, à l'entrée de quelqu'un dans la chambre,
- Disparition d'une activité quotidienne.

4) Regard :

- Yeux fermés
- Regard fuyant ou fixe
- Regard apeuré, inquiet
- Regard agressif
- Regard « accrocheur », « demandeur »
- Pleurs

5) Posture :

- Recroquevillée,
- Raide,
- Position antalgique.

6) Contact verbal :

- Mutisme
- Cris, gémissements.

7), 8) Réactions aux soins et à la mobilisation :

- Raidissement, crispation, tremblement,
- Réaction de retrait,
- Agressivité,
- Pâleur, rougeur, sueurs, bradycardie, tachycardie,
- Grimace, pleurs,
- Cris, gémissements.

9) Troubles du sommeil :

- Agitation nocturne, réveils,
- Somnolence dans la journée.

10) Troubles de l'alimentation :

- Refus volontaire,
- Nausées ou dégoût de l'alimentation.

* Répertoire formalisé en 1994 par un groupe de soignants du Groupe Hospitalier Sainte-Périne

FICHE DECLIC

Fiche DÉCLIC.©

Décryptage CLInique des Cris chez le sujet âgé *Version 10.2013*

GOMAS J-M. TRIBOUT D. PETROGNANI A. KNORRECK F. TIRAPO C. SALES E.

CIFGG 2010

En cas de cris (chroniques ou inhabituels) Quelles questions se poser ? DÉCLIC aide à préciser l'intrication fréquente des 3 causes de cris chez le sujet âgé, donc la nécessaire intrication thérapeutique : approche globale +/- antalgiques +/- psychotropes +/- neuroleptiques

1 - Il a mal

-douleurs physiques :

- nociception, neuropathies ... penser à une position antalgique méconnue
- toujours penser au globe vésical, au fécalome... aux pathologies diverses à réétudier avec l'équipe médicale
- **organisation inappropriée des soins**
 - -mauvaise installation, source d'inconfort
 - -douleurs induites par les soins ou la position : transferts, toilette, rééducation, repas.
- cependant **certains gémissements** ne témoignent pas forcément de douleur physique, mais peuvent être des restes de communication ou des « gémissements réponses » aux stimulations (à l'agonie notamment)

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

➔ **Instituer ou Réévaluer le traitement antalgique avec l'aide d'une échelle d'évaluation de la douleur chronique adaptée aux dyscommuniants⁷, revoir l'organisation des soins, mettre en place une prémédication des douleurs induites**

2- Il est mal

-souffrance morale,

- ❖ Peur, angoisse, révolte, dépression, hallucinations..
- ❖ Refus de soins pour organisation inappropriée des soins, appréhension, incompréhension sensorielle, voire maltraitance et vécu abandonnique ... avec des cris qui sont donc justifiés
- ❖ déclenchement des cris par la famille : que sait-elle ? est-elle en état de comprendre ? Y a-t-il des entretiens explicatifs de bonne qualité (assis, en prenant le temps) ?
- ❖ frustration, isolement, et réactions liées à la dépendance...

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

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

3 - Il est déficitaire cognitif

- **processus démentiel d'origines diverses** : (attention à la fluctuation et aux variantes d'une équipe à l'autre) : Alzheimer et apparentés, Troubles neurologiques, troubles post AVC, trouble tumoral central....
- le **cortège sémiologique est riche**, souvent explicatif mais non relié à des douleurs physiques
- **penser à la simple demande de présence (cris comme communication, voire comme cris de joie)**

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

➔ **Réévaluer l'approche globale, le traitement étiologique, discuter les psychotropes dont les neuroleptiques**

⁷ Échelles d'hétéro-évaluation validée en français : DOLOPLUS version 2 ; ECPA version 2 ; ECS version 3 ; PACSLACS

Pourquoi le sujet âgé crie-t-il ?

Aide au décryptage avec la fiche DÉCLIC.

GOMAS J-M. et coll. ¹

Unité douleur chronique soins palliatifs. Hôpital Sainte PERINE . AP-HP

Les cris d'un patient âgé, à fortiori déficitaire², sont un défi quotidien pour les équipes soignantes et posent souvent de grandes difficultés diagnostiques.

La douleur en gériatrie³ exigent des processus d'évaluations complexes⁴, et le retard important de notre système de soins est bien réel en matière de traitement symptomatique des troubles psycho-comportementaux perturbant la vie quotidienne. Ceci explique pourquoi tant de patients âgés sont sous évalués et sous traités, notamment pour leurs cris et leur agressivité.

On entend encore régulièrement des médecins et de soignants qui disent « il crie, c'est normal, il est dément ». Même si ce fait est souvent vrai, cette attitude simpliste « automatique » n'est plus admissible sur le plan clinique, thérapeutique comme sur le plan éthique.

Des études complexes ont été menées pour tenter de discerner le sens des cris chez les patients résidents en unité de long séjour⁵, et il persiste de grandes incertitudes sur les causes de certains cris..

A partir des données de la littérature notamment canadienne, de nos 15 ans de pratiques gériatrique en institution⁶, nous avons mené une analyse rétrospective pour identifier au lit du malade les grands mécanismes expliquant les cris, afin d'améliorer la prise en charge et la thérapeutique si elle existe. Parmi les 6521 avis de notre équipe mobile gériatrique, 17% sont demandés pour un patient présentant des cris à un moment de la journée ou de la nuit.

L'analyse des cris et de l'agressivité chez le patient âgé a permis d'identifier 3 grands type de causes : **il a mal, il est mal, il est dément**

Une fiche dite DÉCLIC (DÉCLIC pour Décryptage CLinique des Cris) a été publiée en 2010, permettant d'établir un outil clinique pour se repérer dans la compréhension des cris des patients âgés hospitalisé en structure de gériatrie. Cette fiche DÉCLIC tracée dans les dossiers, aide les professionnels (y compris les médecins) dans l'écoute et l'approche du patient dit « agressif » ou dérangent, et guide plus facilement les thérapeutiques et l'organisation adaptée des soins.

Cette fiche n'est pas une échelle, un score, ni un calcul ! C'est un outil pédagogique pour faire réfléchir ensemble les équipes médico- soignantes au chevet d'un patient âgé qui crie.

Cette décision « médico-soignante » d'analyse d'un cri chez un sujet âgé restera cependant toujours clinique, unique, centrée patient, jamais exempte d'incertitude, et surtout directement reliée aux compétences relationnelles et à l'implication psychologique des professionnels au lit du malade.

¹ GOMAS J-M. TRIBOUT D. PETROGNANI A. KNORRECK F. TIRAPO C. SALES E. Communication princeps lors du congrès mondial gériatrique CIFGG 2010.

² Définition de l'HAS (2009) : « Cris = vocalisations, compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives »

³ HADJISTAVROPOULOS T. VON BAEYER C. CRAIG K. Pain assessment in persons with limited ability to communicate. in TRUK and all Handbook of pain assessment. Guilford Press. 2011.134-149

⁴ BOUREAU F. Douleur : pourquoi et comment évaluer son intensité ?. Revue du praticien. 1998. tome 1. 442, 15-20

⁵ BOURBONNAIS A. « Le sens des cris de personnes âgées vivant avec une démence en centre d'hébergement et de soins de longue durée » Thèse de doctorat infirmier Montréal 2009

⁶ Bilan des 10 ans du Centre de soins palliatifs. 2005. Éditions du CEFAMA.