



UNIVERSITÉ  
**PARIS**  
**DESCARTES**

# L'évaluation de la douleur en EHPAD : Quels outils, quelles pratiques ?



Année Universitaire 2017-2018

Auteurs :

MATHIEU Christine & RAFFARD Cédric

Directeur de mémoire :

Mme BEAUVAIS Catherine

# Résumé / Abstract

La prévalence de la douleur est très élevée chez la personne âgée. L'absence de prise en charge de la douleur peut avoir un retentissement sur le comportement au quotidien. L'évaluation et la prise en charge de la douleur présentent alors un véritable enjeu de santé publique.

Comment permettre aux soignants de repérer la douleur et comment l'évaluer au quotidien en l'intégrant dans une démarche systématique pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD ?

La formation des professionnels, la connaissance des outils d'évaluation et de leur utilisation, l'existence d'un protocole rédigé et de sa diffusion, la transmission et la traçabilité permettent de mieux repérer la douleur des résidents et ainsi améliorer la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD.

Mots clés : Douleur, formation, traçabilité, qualité de vie, EHPAD.

The prevalence of pain is very high among elderly person. The lack of the management of pain could have an effect on the everyday behaviour. Evaluation and take care of pain constitute healthcare issues.

How to help healthcare team to identify pain and how evaluate it everyday while integrate this in systematic process to improve quality of life of elderly person in Establishment For Dependent Senior Citizens ?

The course of healthcare team, knowledge of assessment tools and their application, the existense of a written procedure and its outreach, transmission and traceability allow to spot better the pain and this way improve quality of life of senior citizens.

Keywords : Pain, course, traceability, quality of life, establishment for dependent senior citizens

# Remerciements

Je souhaite remercier en tout premier ma famille, plus particulièrement mon épouse pour le soutien qu'elle a pu m'apporter dans ce projet tout au long de cette année. Je remercie également Madame Faria pour m'avoir accueilli durant mon stage très formateur et enrichissant et avec qui j'ai eu plaisir à échanger. Et enfin, je souhaite remercier Christine avec qui les échanges ont été naturels et avec qui le travail s'est déroulé de façon naturelle. Cédric.

Comme Cédric, je remercie ma famille, en particulier mon mari et mes enfants pour leur soutien et leurs encouragements. Ensuite, je remercie le directeur et toute l'équipe de l'EHPAD « la roseraie » de St Sever calvados pour m'avoir permis d'évoluer dans mon rôle de médecin coordonnateur. Un petit clin d'œil à Delphine pour sa disponibilité et son soutien. Enfin, je remercie Cédric pour son investissement et avec qui j'ai eu plaisir à échanger de nombreux courriels pour mener à bien ce projet. Christine.

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à notre directeur de mémoire, Madame Beauvais Catherine, pour le temps qu'elle nous a consacré dans l'accompagnement de notre mémoire.

## Table des matières

Résumé /Abstract .....	2
Remerciements.....	3
Introduction.....	5
I. Cadre conceptuel :.....	4
a) La Personne âgée :.....	4
b) Etablissement pour personnes âgées dépendantes : .....	5
c) La douleur : .....	5
II. Les outils d'évaluation de la douleur : .....	8
a) Les échelles d'auto-évaluation .....	8
b) Les échelles d'hétéro-évaluation : .....	9
c) Le choix de l'échelle .....	10
III. La place des soignants :.....	11
a) Cadre réglementaire : .....	11
b) Une prise en charge pluridisciplinaire :.....	11
IV. L'enquête exploratoire : .....	13
a) Construction de l'enquête : .....	13
b) Difficultés rencontrées et limites : .....	13
c) Présentation des résultats et analyse par question :.....	14
d) Analyse de l'enquête et discussion : .....	29
V. Conclusion :.....	32
Bibliographie : .....	34
Annexe .....	35

# Introduction

Tout au long de l'histoire de l'humanité, soulager les souffrances physiques et psychiques a été l'une des missions fondamentales de la médecine. De l'Antiquité à nos jours, des progrès considérables ont été réalisés. Aujourd'hui, l'évaluation et la prise en charge de la douleur présentent un véritable enjeu de santé publique. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004.

La prise en charge de la douleur est aussi inscrite dans le code de la Santé publique : « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* » (article L1110-5).

L'idée de réaliser un travail sur la douleur nous est venu communément du fait des plaintes des équipes sur la douleur des personnes âgées. Bien souvent, lorsque l'information est remontée par les soignants, celle-ci est incomplète. Quelle échelle a permis de coter la douleur ? A combien est évaluée la douleur ? Quel type de douleur ? Quand la personne a mal ? Et où est localisée la douleur ?

Notre recherche s'appuie sur le questionnement suivant : *Comment permettre aux soignants de repérer la douleur et comment l'évaluer au quotidien en l'intégrant dans une démarche systématique pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD ?*

Pour répondre à notre question de recherche nous allons poser nos hypothèses de départ : la formation du personnel soignant, la connaissance des outils d'évaluation, l'existence d'un protocole rédigé, et la transmission et la traçabilité permettent de mieux repérer la douleur des résidents et ainsi améliorer leur qualité de vie.

Dans une première partie nous définirons le cadre conceptuel et nous aborderons la douleur. Puis, dans un deuxième temps, nous détaillerons les outils d'évaluation de la douleur. Ensuite, dans un troisième temps, nous verrons la place des soignants en EHPAD. Enfin, dans un quatrième temps, nous présenterons notre enquête puis son analyse.

## **I. Cadre conceptuel :**

Dans cette partie nous allons développer les concepts de notre sujet afin d'appréhender la douleur chez la personne âgée en EHPAD, ainsi nous allons définir ce qu'est une personne âgée puis l'environnement dans lequel nous allons mener notre enquête, c'est-à-dire dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), puis nous définirons la douleur.

### **a) La Personne âgée :**

Il n'y a pas de définition précise d'une personne âgée. Une personne âgée est seulement définie par son âge. Nous allons donc donner la définition de la vieillesse : « *Troisième période de la vie, succédant à l'enfance et à l'âge adulte. Les limites de la vieillesse sont difficiles à définir, les processus de vieillissement apparaissant dès la fin de la croissance ; en pratique, la frontière entre âge adulte et vieillesse est franchie au cours de la sixième décennie, avec de nombreuses variantes individuelles.*<sup>1</sup> »

Le vieillissement est un processus naturel qui n'est pas physiologiquement douloureux : « *Plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente, pourtant vieillir n'est pas physiologiquement douloureux* »<sup>2</sup>.

Ainsi lorsqu'une personne âgée ne peut plus assumer les gestes courants de la vie quotidienne tels que l'alimentation, le ménage, des solutions existent pour pallier à la dépendance et des choix se présentent alors. Ainsi, lorsque la personne ne peut plus rester à son domicile elle peut alors rentrer en EHPAD.

---

<sup>1</sup> Larousse, dictionnaire en ligne

<sup>2</sup> *Douleur et personne âgée*, extrait du chapitre 1, Dr Jean-Pierre AQUINO et Dr Geneviève RUAULT.

## **b) Etablissement pour personnes âgées dépendantes :**

Un EHPAD est un établissement accueillant des personnes âgées de plus de 60 ans qui souffrent de pathologies liées à l'âge ou à la dépendance. C'est une structure médicalisée qui accueille des personnes seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable. Certains établissements peuvent être spécialisés dans les maladies d'Alzheimer ou apparentées.

Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, la blanchisserie, l'animation, une aide à la vie quotidienne, une surveillance médicale et le soin.

Ainsi selon l'ANESM : « *L'EHPAD constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression... Pour une majorité des personnes accompagnées, il est le dernier lieu de vie.*<sup>3</sup> »

Ces EHPAD disposent d'une équipe pluridisciplinaire. Les soins sont dispensés par des personnes compétentes et qualifiées. Le personnel est ainsi régulièrement confronté à la douleur et dans une démarche de qualité de vie nous devons considérer toute forme de plainte et savoir la repérer.

## **c) La douleur :**

Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur, « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes.* »

La douleur est une sensation, une émotion subjective et personnelle, elle peut donc être ressentie de manière différente selon les individus, et également chez une même personne selon son environnement. Ces différences peuvent s'expliquer par le lien entre la douleur et le contexte psycho-social.

Deux types de douleur : la douleur aiguë et la douleur chronique. Par opposition à la douleur aiguë, la douleur chronique dure depuis plus de trois mois et cela quelle que soit l'intensité. Les douleurs chroniques

---

<sup>3</sup> *Qualité de vie en EHPAD* (volet 2), Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux

affectent 30% des adultes, cette incidence augmente avec l'âge et la prévalence peut atteindre 80% en fin de vie<sup>4</sup>.

Il existe différents types de douleur :

- La douleur par excès de nociception liée à une stimulation des récepteurs de la douleur par lésion, compression ou inflammation tissulaire (exemple : escarres, arthrose, cancer)
- La douleur neuropathique liée à une altération du système neurosensoriel (zona, névralgie). Les douleurs neuropathiques concernent près de 7% des français, selon le Pr Nadine Attal, neurologue, spécialiste de la douleur, avec un pic entre 50 et 64 ans<sup>5</sup>.
- La douleur mixte est à la fois nociceptive et neuropathique. C'est le mécanisme le plus fréquent chez le sujet âgé.
- Les douleurs idiopathiques, c'est-à-dire dont les causes sont mal expliquées.
- La douleur psychogène, d'origine psychopathologique. Il existe une somatisation d'une souffrance morale, d'un mal être.

La douleur peut être spontanée, induite ou liée aux actes de soin et d'hygiène, purement palliative (cancérologie, phase terminale de maladie neuro-dégénérative, fin de vie).

La prise en charge de la douleur se décline en 5 étapes successives :

- Repérage-dépistage de la douleur,
- Evaluation de la douleur,
- Localisation, irradiation,
- Déterminer le mécanisme de la douleur,
- Prise en charge thérapeutique médicamenteuse, non médicamenteuse et institutionnelle.

---

<sup>4</sup> *Douleur et personne âgée*, extrait du chapitre 1, Dr Jean-Pierre AQUINO et Dr Geneviève RUAULT.

<sup>5</sup> *Douleur*, Institut Nationale de santé et de recherche médicale



La prévalence de la douleur est très élevée chez la personne âgée (50 à 80 %) <sup>6</sup> avec un retentissement de la douleur sur le comportement au quotidien pouvant influencer les humeurs, la capacité à marcher, les activités, les relations avec les autres, le sommeil et entraîner une perte d'autonomie.

Nous avons défini les termes de notre sujet. Nous avons donc pu voir que la douleur est présente chez la personne âgée en EHPAD, nous allons voir comment nous pouvons la repérer et ainsi améliorer la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD.

---

<sup>6</sup> *Douleur et personne âgée*, extrait du chapitre 1, Dr Jean-Pierre AQUINO et Dr Geneviève RUAULT

## **II. Les outils d'évaluation de la douleur :**

Il est impératif d'évaluer la douleur pour mettre en place la meilleure prise en charge possible. Bien que la douleur soit subjective, reposant sur un ressenti personnel, il existe des outils pour l'évaluer et la caractériser. Des questionnaires et des échelles de la douleur permettent de décrire les symptômes et d'en mesurer l'intensité et également l'impact sur la qualité de vie.

### **a) Les échelles d'auto-évaluation**

#### **1. L'Echelle Numérique (EN) :**

Il s'agit d'une auto-évaluation de la douleur, on demande au patient de coter sa douleur de 0 à 10 ([Annexe 1](#)). Zéro étant l'absence de douleur et dix la douleur maximale imaginable. Les consignes doivent être claires et neutres, sans faire appel à des souvenirs, ni à une expérience vécue.

#### **2. L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) :**

Il s'agit également d'une auto-évaluation. A partir d'une réglette à deux faces, le soignant présente la face avec une ligne sur laquelle le patient déplacera le curseur. Sur l'une des extrémités de la ligne, il est noté « absence de douleur » et sur l'autre extrémité « douleur maximale ». La face tournée vers le soignant affiche en correspondance une échelle graduée de 0 à 100 ou de 0 à 10 ([Annexe 2](#)). Le chiffre le plus faible représente toujours la douleur la moins élevée. Cette méthode est considérée comme l'une des plus fiables pour évaluer la douleur car elle fait intervenir un élément graphique visuel, et donc facile à comprendre pour le patient. Le soignant influe moins sur la réponse du patient car nécessite peu d'explication, le discours peut parfois influencer le patient pendant les explications.

#### **3. L'Echelle Verbale Simple (EVS) :**

Il s'agit de nouveau d'une auto-évaluation. Elle propose de décrire l'intensité de la douleur sur quatre niveaux : pas de douleur, douleur faible, douleur modérée, douleur intense, douleur extrêmement intense ([Annexe 3](#)). C'est une échelle très simple et très rapide à mettre en œuvre. En revanche elle est moins précise que l'échelle numérique ou l'échelle visuelle analogique.

Les échelles d'auto-évaluation seraient applicables jusqu'à 18 de MMSE (Mini Mental State Examination), par consensus d'experts<sup>7</sup>. Cependant il existe des outils d'hétéro-évaluation de la douleur permettant aux soignants d'évaluer la douleur chez des personnes en incapacité de comprendre les consignes ou d'utiliser ces types d'échelles.

## **b) Les échelles d'hétéro-évaluation :**

### **1. L'Echelle Doloplus 2 :**

C'est une échelle très utilisée chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs ou en incapacité de communiquer. Elle évalue la douleur en globalité, elle comporte 10 items en trois sous-groupes. Chaque item est coté sur quatre niveaux ([Annexe 4](#)). Cette échelle est une des rares à nécessiter une cotation en équipe afin d'être la plus précise possible. Lorsque le score est supérieur ou égal à 5/30, il existe une douleur à prendre en charge. Si un item n'est pas adapté, il faut s'abstenir de le coter (et bien évidemment en tenir compte dans le score total). Son utilisation n'est pas systématique chez la personne âgée.

### **2. L'Echelle Algoplus :**

L'échelle ALGOPLUS ([Annexe 5](#)) a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé, pour tous les cas où une auto évaluation fiable n'est absolument pas praticable (troubles de la communication verbale). L'échelle comporte cinq domaines d'observations (visage, regard, plaintes orales, corps et comportement). Chaque domaine regroupe un ensemble défini de comportements dont la présence chez le patient peut être le reflet d'une douleur aiguë. La présence d'un seul comportement dans le domaine défini, suffit pour coter « oui » l'item considéré. Il n'y a pas à interpréter : la simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelle que soit son éventuel pré existence. Un score supérieur ou égal à 2 permet de diagnostiquer la présence d'une douleur et donc d'instaurer un traitement antalgique. La prise en charge est satisfaisante quand un score reste inférieur à 2.

---

<sup>7</sup> Dossier du mois de la Société Française d'étude et de Traitement de la Douleur, Evaluation de la douleur chez le patient souffrant de démence, âgé, ou mal-communicant, G.Pickering, M. Michel, P. Rat, V. Morel

### **3. L'Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée (ECPA) :**

C'est une échelle comportementale d'hétéro-évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante, avant, et pendant les soins. Elle évite une sous-estimation de la douleur en permettant de dépister, de quantifier et de suivre l'évolution de la douleur chez la personne âgée. C'est une échelle rapide qui permet des mesures répétées et rapprochées. Le temps est de 1 à 5 minutes selon l'entraînement. Une seule personne peut suffire pour coter. Cette échelle n'est pas adaptée pour les personnes séditées. L'ECPA ([Annexe 6](#)) comporte huit items répartis en deux dimensions : avant les soins, et après les soins. Chaque item comporte cinq degrés de gravité progressive de 0 à 4. La cotation globale va de 0, pas de douleur à 32, douleur extrême.

### **4. Le questionnaire DN4 :**

C'est un questionnaire simple pour rechercher les douleurs neuropathiques. La réponse positive à chaque item est cotée 1 et la réponse négative est cotée 0. Le score maximum est de 10 et le diagnostic de la douleur neuropathique est posé à partir d'un score de 4/10 ([Annexe 7](#)).

#### **c) Le choix de l'échelle**

Le choix d'une échelle ne repose pas uniquement sur les préférences du soignant. Il doit aussi être réfléchi en fonction du contexte et du patient. Malgré la popularité de l'EVA, certains patients seront plus à même d'utiliser d'autres échelles. Si les résultats sont discordants, cela peut également être considéré comme un symptôme et pas seulement comme l'expression d'une incapacité à utiliser ces échelles.

Les échelles d'hétéro-évaluation sont utilisées en seconde intention, après échec de l'auto-évaluation. Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Il faut privilégier l'utilisation du même outil lors des utilisations ultérieures.

Quelle est alors la place des soignants dans l'évaluation de la douleur de la personne âgée ?

### **III. La place des soignants :**

#### **a) Cadre réglementaire :**

La mesure et l'évaluation des paramètres vitaux font parties intégrantes des missions des infirmiers. Elles sont incluses dans le code de la Santé Publique.

Article 4311-2 paragraphe 2 : « *De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leur prescription.* »

Article R4311-5 paragraphe 19 : « *Recueil des observations de toute nature susceptible de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observation des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur.* »

Le Code de la Santé Publique précise également les modalités de prise en charge par le médecin traitant au domicile et la relation à établir avec les établissements de santé.

#### **b) Une prise en charge pluridisciplinaire :**

L'abord relationnel nécessite une disponibilité particulière de l'équipe soignante. Cet abord doit permettre de prendre conscience de ses propres mécanismes d'adaptation en tant que soignant et de tenir compte de ceux du patient. Tout soignant est impliqué dans la prise en charge de la douleur.

L'évaluation de la douleur n'est pas du ressort unique du médecin. Il est préférable qu'elle soit faite de manière pluridisciplinaire par l'ensemble du personnel soignant.

A l'arrivée du résident il est nécessaire de procéder à un interrogatoire patient, ou recueil d'information auprès de ses proches, afin d'évaluer la douleur physique ou psychique. Par principe, il faut toujours croire le patient qui se plaint et qui dit avoir mal, il faut l'entendre et l'écouter.

Toute plainte exprimée, tout évènement intercurrent (chute, anomalie du comportement à type d'agitation, de prostration, plaie) doit faire l'objet d'une évaluation de la douleur : échelle verbale en cas de patient cohérent et coopérant, utiliser une échelle d'hétéro-évaluation si patient non communicant.

Puis assurer la traçabilité dans le dossier de soin du résident. La constatation de ce résultat devra donner lieu à une transmission ciblée indiquant la conduite à tenir. Il devra être précisé le moment de la douleur (pansement, mobilisation).

Il est nécessaire d'évaluer et de réévaluer la douleur, c'est un travail d'équipe pluridisciplinaire. Les aides-soignantes évaluent au moment des nursings et l'infirmière met en place des objectifs de soins appropriés, permettant d'effectuer les soins avec le moins de manipulations possibles, et ainsi le médecin traitant peut mettre en place une thérapeutique adaptée.

#### **IV. L'enquête exploratoire :**

##### **a) Construction de l'enquête :**

Dans la première partie nous avons collecté des données issues de la documentation par l'intermédiaire de recherches bibliographiques, ainsi que sur certains sites internet et des cours dispensés par les intervenants durant l'année dans le cadre de notre diplôme universitaire. Suite à ce travail de recherche, nous avons donc fait le choix de construire un questionnaire d'enquête, car c'est une méthode de collecte d'informations sur la base de questions dont les réponses seront analysées en vue d'éclairer notre questionnement, de comprendre, d'évaluer une action. Ce questionnaire nous permettra donc de déterminer les actions à mettre en place en vue de prendre en charge la douleur des personnes âgées en EHPAD, et permettre également de répondre à nos hypothèses de départ.

Nous allons cibler des EHPAD de capacité d'accueil différentes, trois à quatre établissements privés ou publics, sur une durée de deux semaines. Nous souhaitons distribuer un nombre important de questionnaires afin d'obtenir le plus de résultats possibles pour pouvoir exploiter les données. L'enquête concerne le personnel qui intervient auprès du résident, c'est-à-dire : infirmier, aide-soignant, agent des services hospitalier, de jour ou de nuit.

Nous avons fait un pré-test sur un échantillon et avons modifié le questionnaire afin de permettre aux personnes interrogées de répondre aux questions sans laisser de « blanc », pour exploiter au mieux les réponses. Nous avons pu établir le questionnaire final voir ci-joint en annexe ([Annexe 8](#)).

##### **b) Difficultés rencontrées et limites :**

Lors de la distribution de nos enquêtes nous avons eu plusieurs refus. Cela est probablement dû à la période estivale où les congés sont nombreux et provoquant l'absence à tour de rôle de l'infirmière coordinatrice, du médecin coordonnateur et du directeur de l'établissement. Cependant aller à la rencontre des différentes EHPAD nous a permis de faire de nouvelles rencontres et de prendre contact.

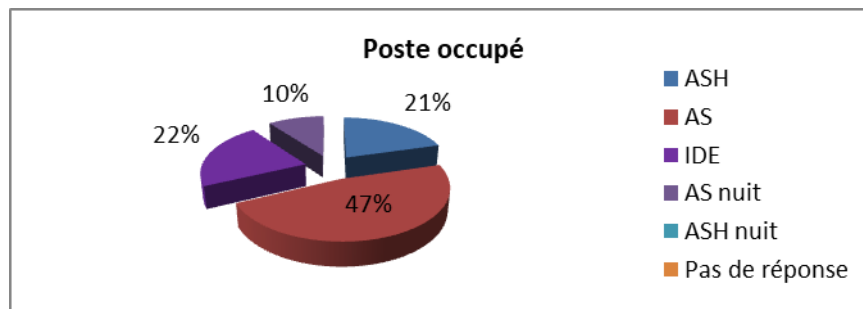
Nous avons dû faire face également à la limite de temps, nous avons donc effectué un calendrier pour respecter le temps donné pour réaliser le mémoire

Nous avons dû travailler à distance pour réaliser le mémoire mais grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication et notre dynamique, nous avons pu mettre en commun notre travail d'investigation pour le rendre unique.

### c) Présentation des résultats et analyse par question :

Nous avons diffusé les questionnaires dans huit EHPAD et nous avons récupérés soixante-dix-huit questionnaires que nous allons donc exploiter :

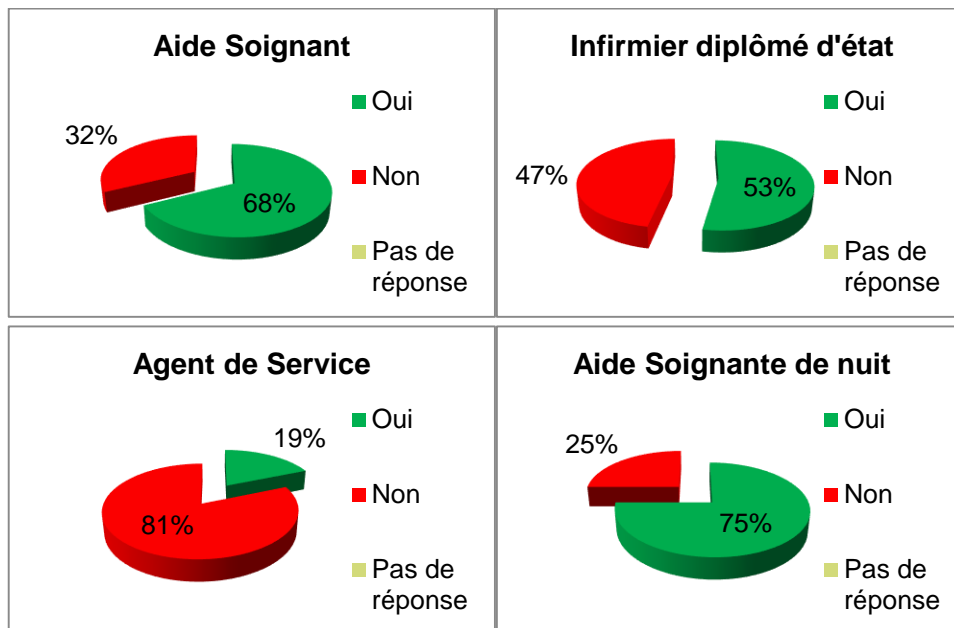
- Première question : Quel poste occupez-vous ?



Sur les soixante-dix-huit questionnaires, près de la moitié des réponses correspondent à celles des aides-soignants, puis autant d'agents de service que d'infirmiers ont répondu et une petite partie représente le personnel de nuit. Il y a plus de réponses d'aides-soignants car ils sont plus nombreux au sein des équipes en EHPAD.



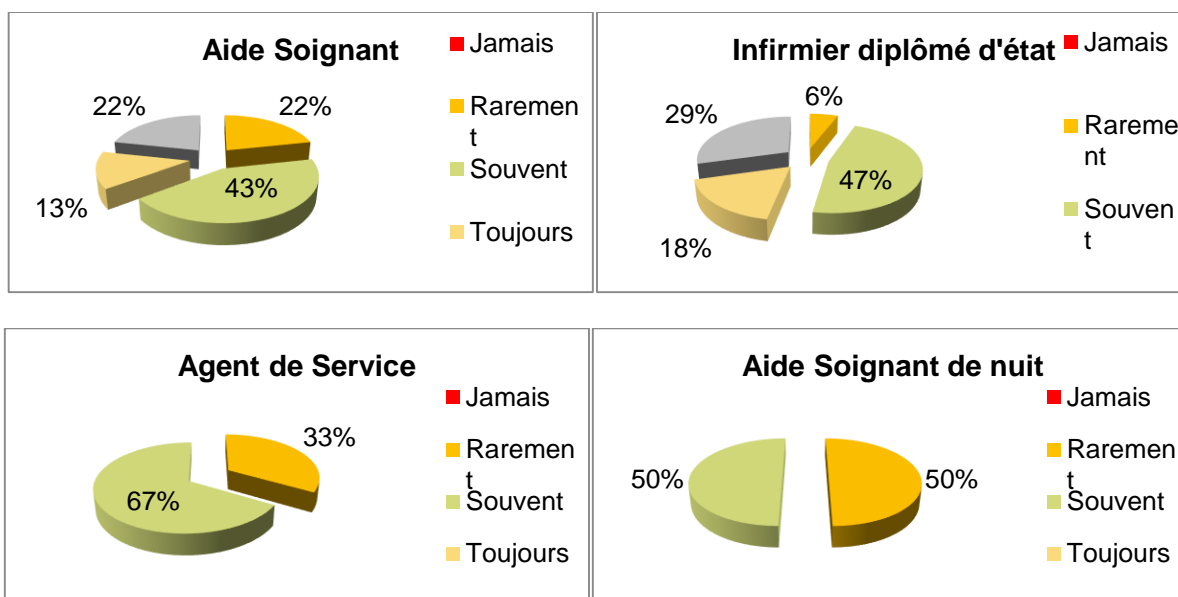
- Deuxième question : Avez-vous bénéficié d'une formation spécifique sur la douleur ?



Nous pouvons observer que les aides-soignants de nuit et de jour ont reçu, en majorité, une formation spécifique sur la douleur. Les infirmiers ne sont que la moitié à avoir reçu une formation. Quant aux agents de service seulement 19% ont reçu une formation sur la douleur.

Les établissements semblent privilégier la formation sur la douleur pour les aides-soignants plutôt que pour les infirmiers ou agents de service.

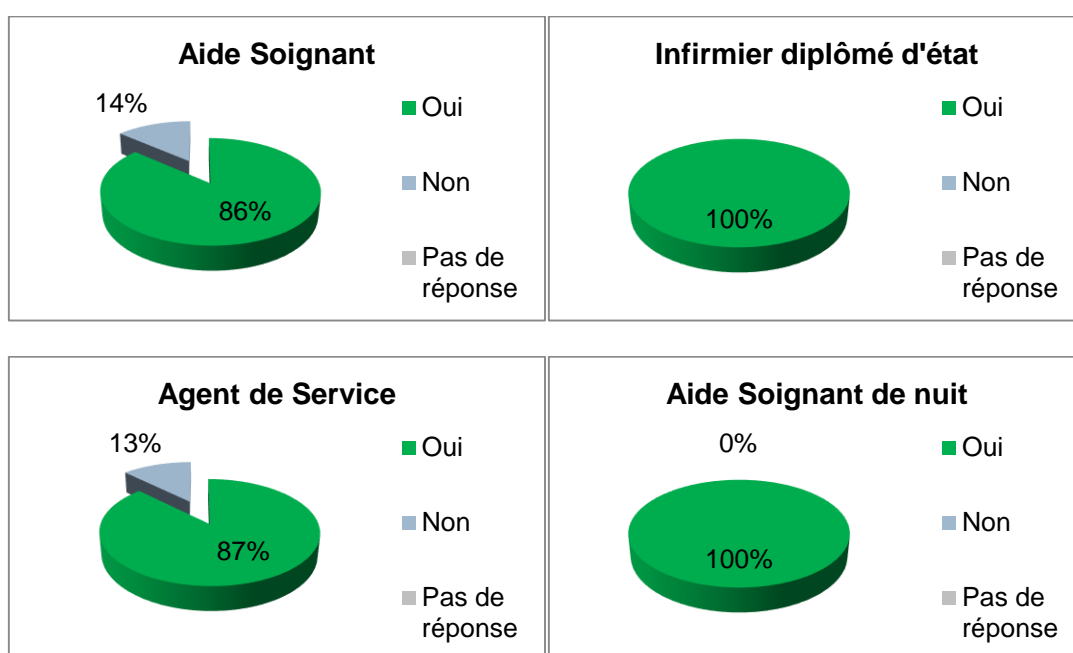
- Troisième question : La formation que vous avez reçue vous permet-elle de prendre en charge la douleur au quotidien ?



Pour les aides-soignants de jour, la formation qu'ils ont reçue permet souvent à 43% de prendre en charge la douleur quotidiennement. Pour les infirmiers, la formation reçue permet souvent à 47% de prendre la douleur quotidiennement. Les agents de service ayant reçu la formation estiment à 67% qu'elle permet de prendre en charge quotidiennement la douleur. Pour la moitié du personnel de nuit interrogée, la formation permet rarement de prendre en charge la douleur.

Le personnel estime que la formation reçue permet de prendre en charge la douleur au quotidien.

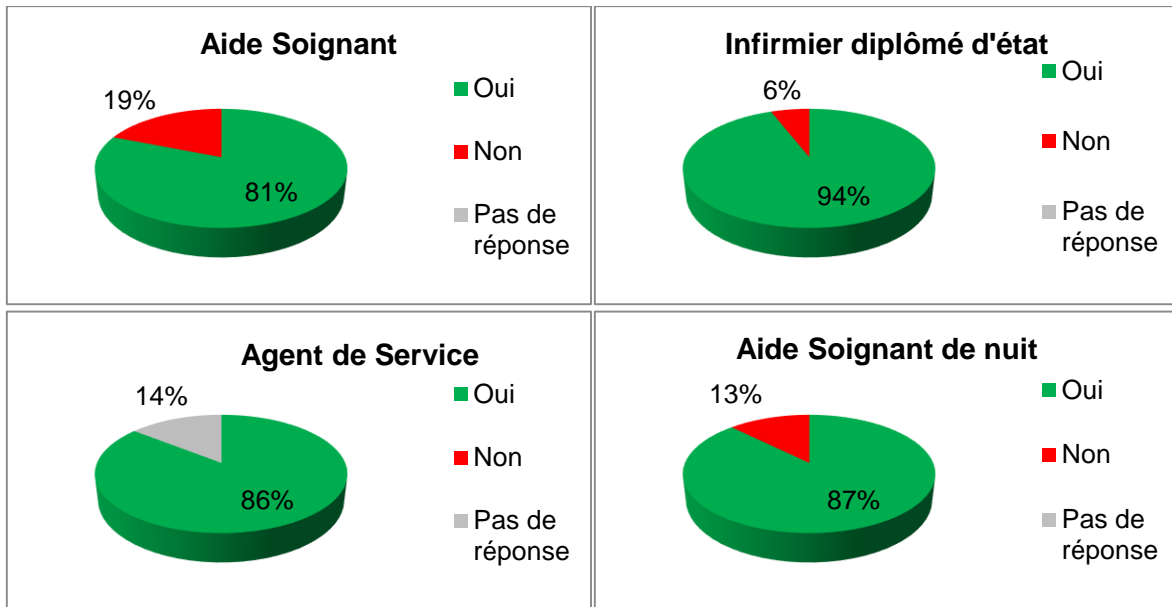
- Quatrième question : Connaissez-vous les différentes échelles d'évaluation de la douleur ?



Les infirmiers et les aides soignants de nuit affirment à 100% connaître les différentes échelles d'évaluation de la douleur. Pour les aides-soignants de jour et les agents de service, ils sont plus de 85% à dire qu'ils connaissent les différentes échelles de la douleur.

Une importante partie du personnel des EHPAD, 91%, disent connaître les outils d'évaluation de la douleur.

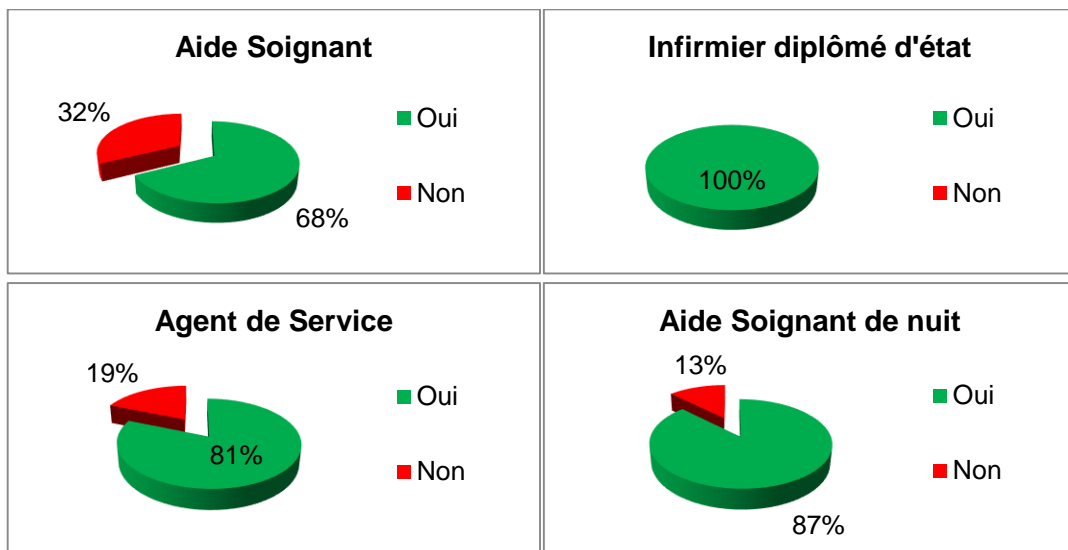
- Cinquième question : Savez-vous les utiliser ?



Dans le personnel interrogé, 19% des aides-soignants de jour interrogé ne sait pas utiliser les échelles d'évaluation, près de 95% des infirmiers estiment savoir les utiliser, et agent de service et aides-soignants de nuit sont 86% et 87% à savoir s'en servir.

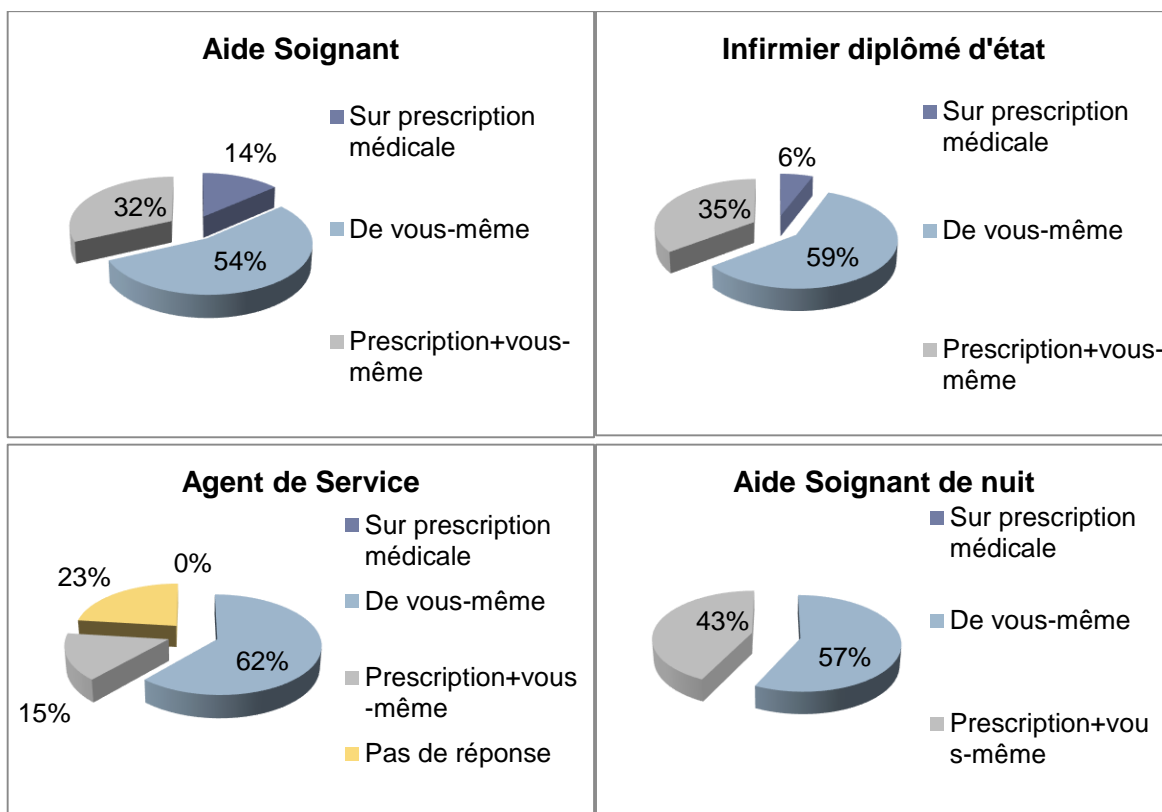
Le personnel interrogé (85%) affirme en grande majorité savoir utiliser les différentes échelles de la douleur.

- Sixième question : Effectuez-vous une évaluation de la douleur :



Seul le personnel infirmier dit effectuer une évaluation quotidienne de la douleur. Une importante majorité des aides-soignants de jour et de nuit ainsi que des agents de service affirment également effectuer une évaluation quotidienne de la douleur. Une grande partie du personnel (79%) effectue une évaluation quotidienne de la douleur.

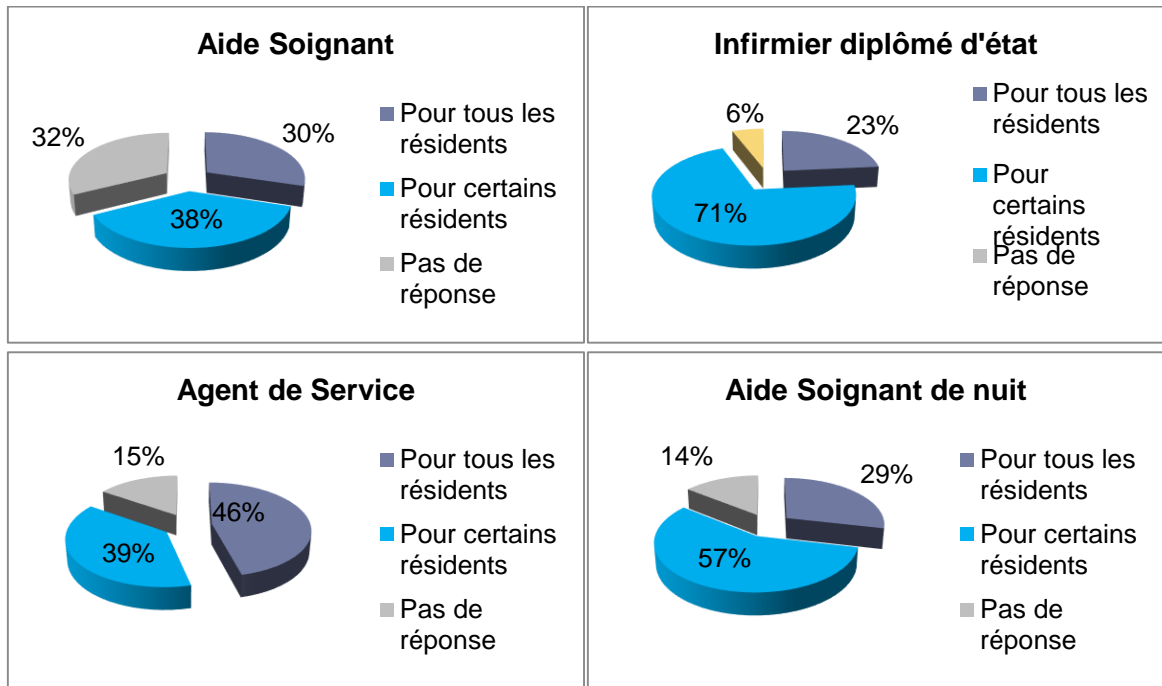
- Comment effectuez-vous l'évaluation de la douleur :



Les aides-soignants effectuent une évaluation de la douleur eux-mêmes à 54%, et 32% le font eux-mêmes et sur prescription. Les infirmiers effectuent l'évaluation de la douleur d'eux même à 59% et 35% le font eux-mêmes et sur prescription. Les agents de service le font à 62% d'eux-mêmes. Et parmi le personnel, les aides soignants de nuit évaluent la douleur sur prescription médicale à 57%.

Nous pouvons observer que l'évaluation de la douleur se fait majoritairement de manière spontanée, sans nécessité d'une prescription médicale, par les équipes.

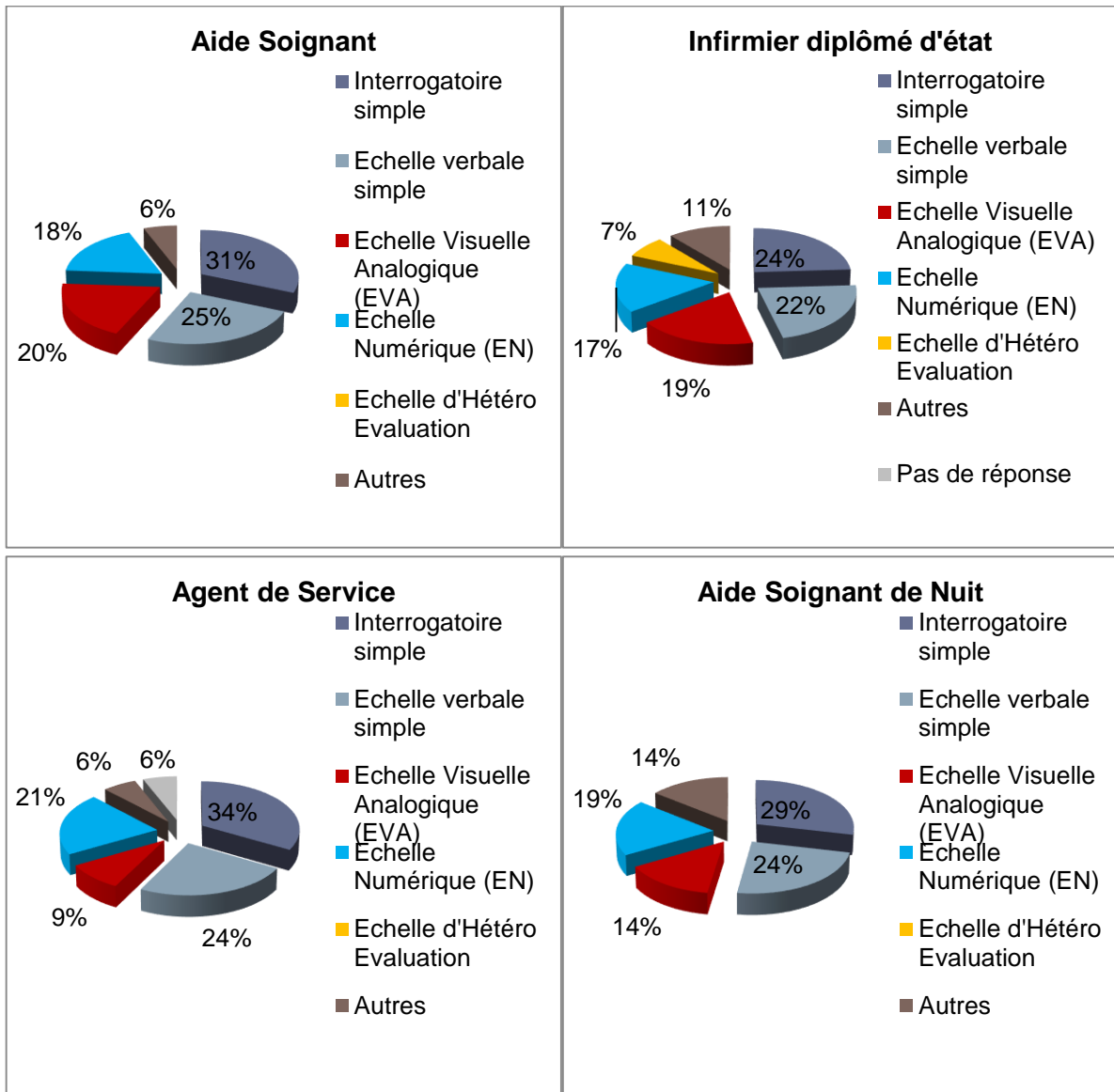
- Pour quels résidents effectuez-vous l'évaluation de la douleur :



Les aides-soignants effectuent une évaluation de la douleur à 38% pour certains résidents et à 30% pour tous les résidents. Les infirmiers évaluent à 71% la douleur pour certains résidents. Les agents de service réalisent une évaluation de la douleur pour tous les résidents à 46%. Et les aides-soignants de nuit effectuent une évaluation pour certains résidents à 57%.

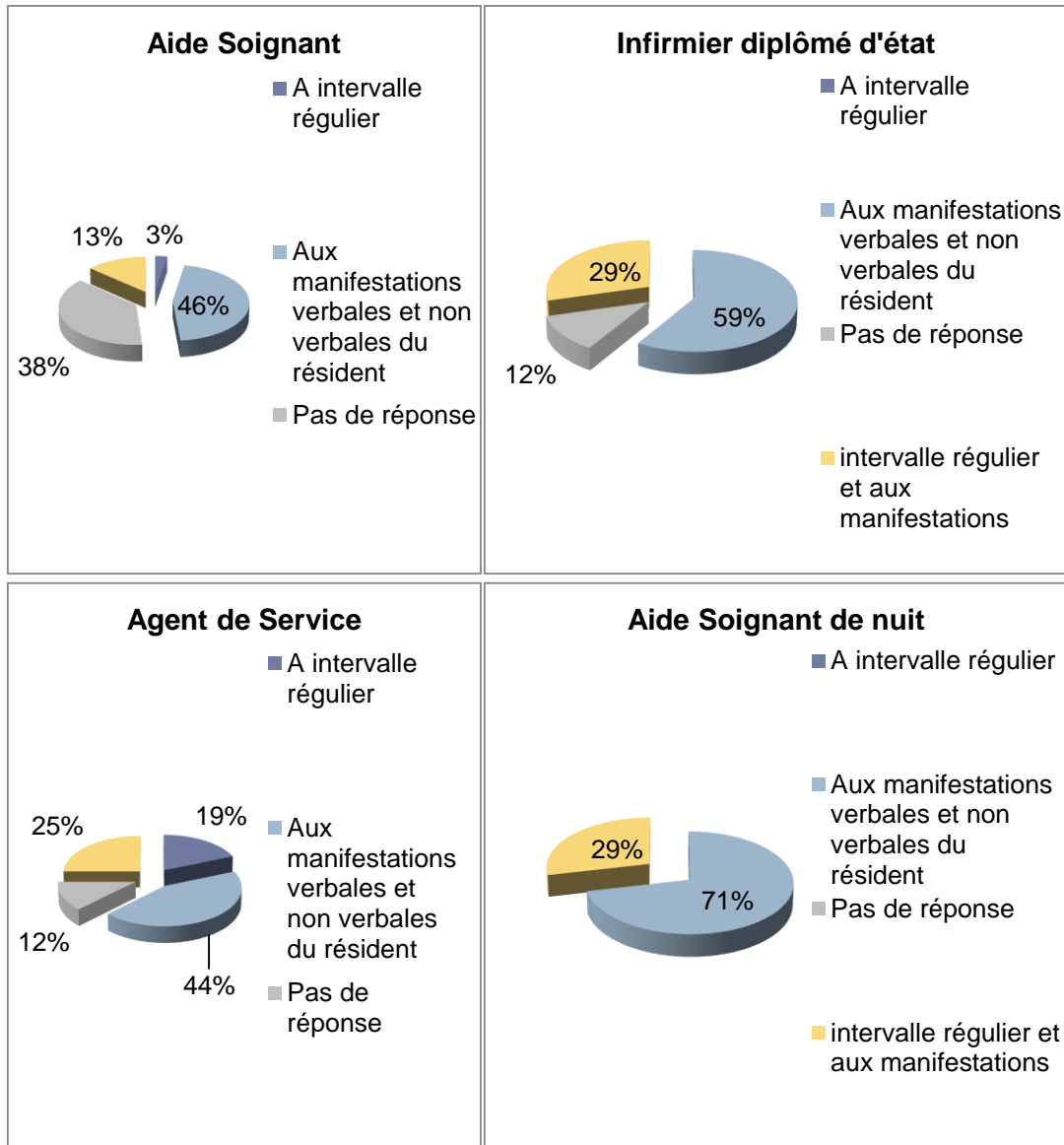
Nous pouvons observer que les infirmiers et les aides soignants ciblent majoritairement certains résidents pour effectuer une évaluation de la douleur, alors que les agents de service ont tendance à réaliser une évaluation de la douleur pour tous les résidents.

- Septième question : Par quels moyens effectuez-vous cette évaluation de la douleur ?



Nous pouvons observer que les réponses sont multiples et semblent être les mêmes pour les différentes catégories de personnel interrogées. Les échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation sont utilisées pour évaluer la douleur.

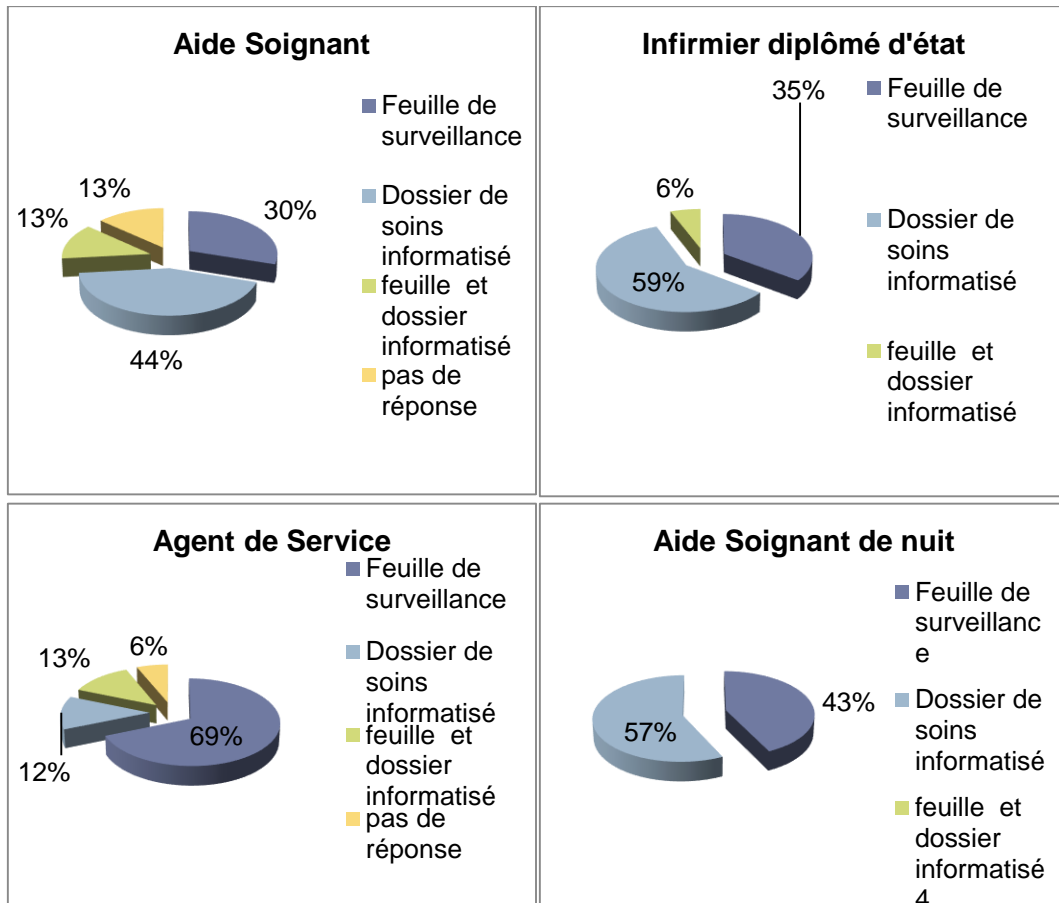
- Huitième question : Quand faites-vous cette évaluation de la douleur ?



Les aides-soignants effectuent cette évaluation à 46% lors des manifestations verbales et non verbales du résident, pour les infirmiers c'est à 59% qu'ils effectuent cette évaluation. Pour les agents de service, 44% d'entre eux effectuent également une évaluation aux manifestations verbales et non verbales du résidents. Les aides-soignants de nuit sont 71% à réaliser une évaluation aux manifestations verbales et non verbales du résident.

Nous pouvons donc voir que le personnel effectue régulièrement une évaluation de la douleur lorsque les résidents le manifestent.

- Neuvième question : Sur quel support est notée la surveillance de la douleur ?

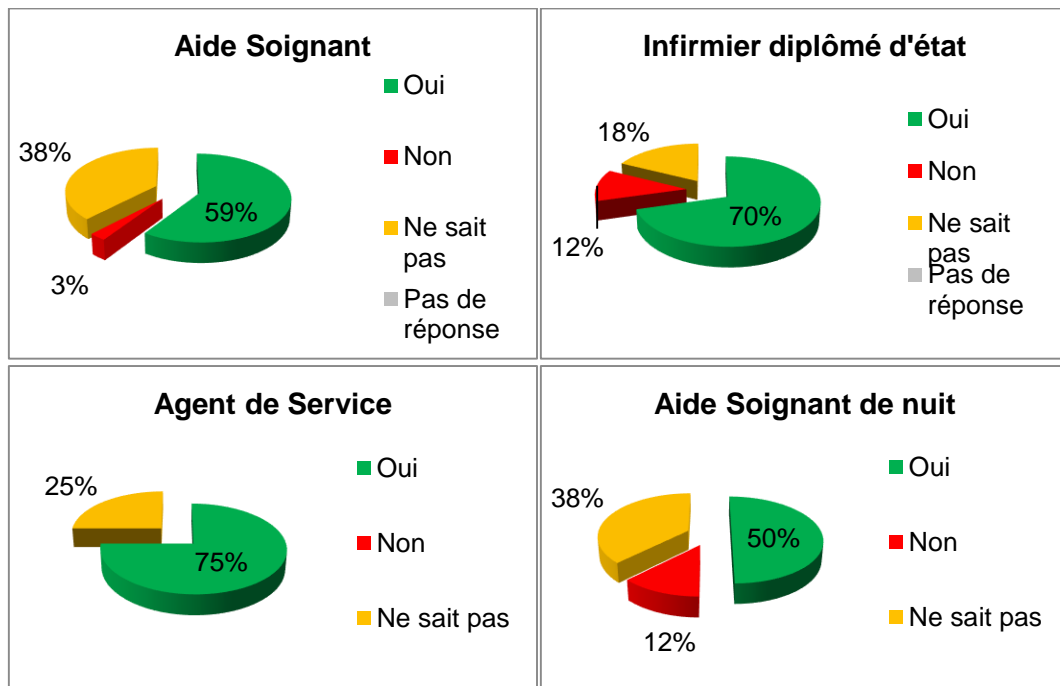


Les aides-soignants notent la surveillance de la douleur à 30% sur une feuille de surveillance et à 44% sur le dossier de soins. Les infirmiers notent majoritairement la douleur à 59% dans le dossier de soins et à 35% sur une feuille de surveillance. Les agents de service quant à eux tracent l'évaluation sur une feuille de surveillance à 69%. Et les aides-soignants de nuit tracent l'évaluation dans le dossier de soins à 57% et 43% tracent sur une feuille de surveillance.

Nous observons que dans la plupart du temps lorsqu'une évaluation de la douleur est réalisée, celle-ci est tracée dans le dossier de soins du résident.



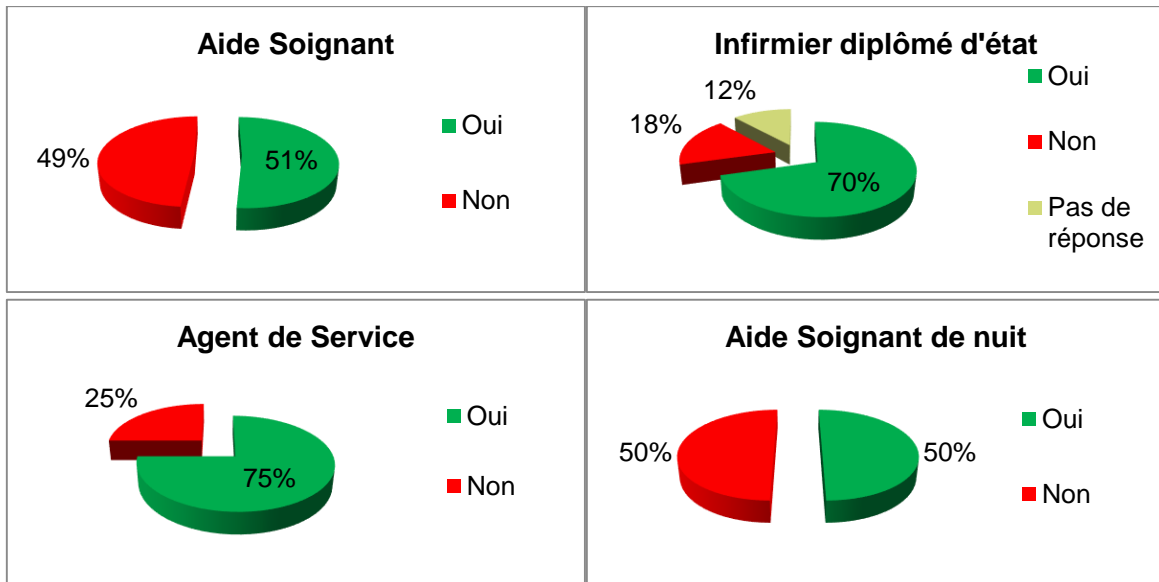
- Dixième question : Existe-t-il des protocoles écrits pour la prise en charge de la douleur ?



Les aides-soignantes sont 59% à savoir qu'il existe un protocole écrit sur la prise en charge de la douleur dans leur établissement et 38% ne connaissent pas l'existence d'un protocole. Les infirmiers connaissent à 70% l'existence d'un protocole sur la prise en charge de la douleur. Les agents de service ont également connaissance du protocole à 75%. Et les aides-soignants de nuit sont 50% à savoir qu'il existe un protocole et 38% ne le savent pas.

D'après les réponses, il semble que dans la plupart des établissements, il existe un protocole sur la prise en charge de la douleur mais certains membres du personnel ne savent pas si un protocole a été rédigé.

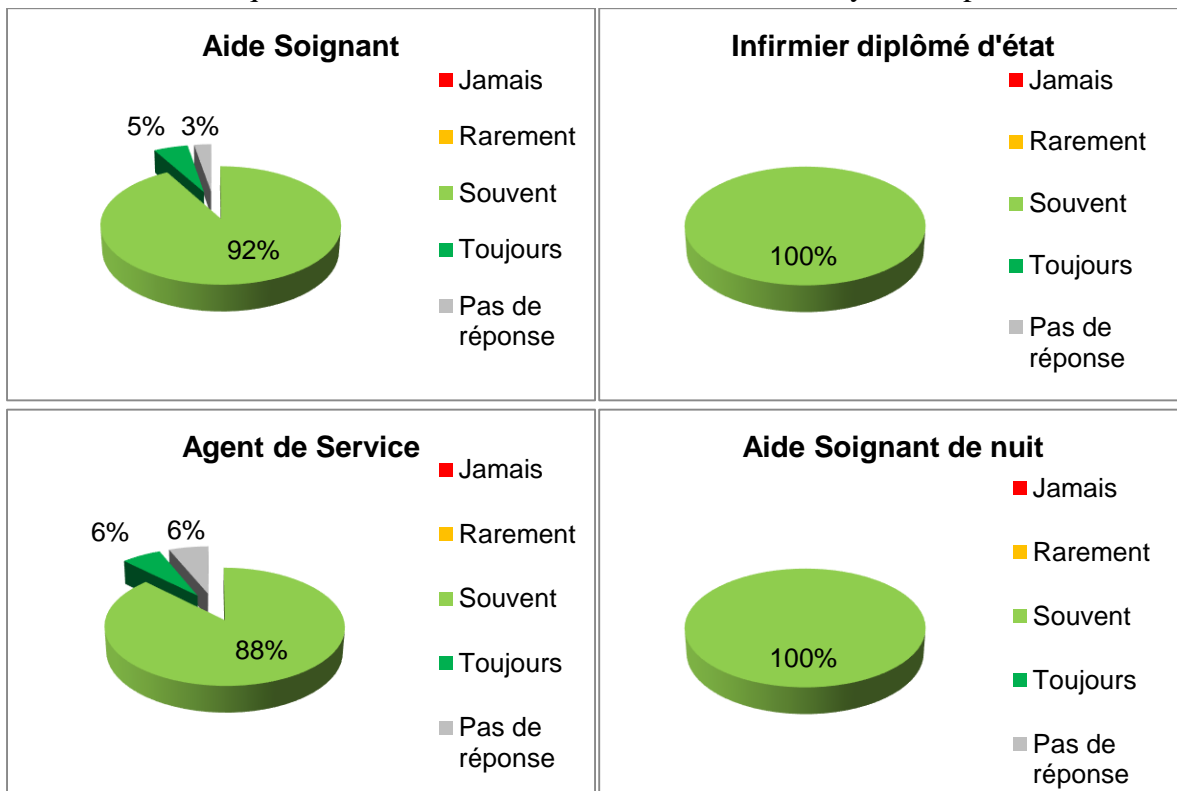
- Onzième question : Savez-vous où trouver les documents ?



Les aides-soignants sont 49% à ne pas savoir où sont situés ces documents et 50% des aides-soignants de nuit ne savent pas non plus où les trouver. Les infirmiers sont 70% et les agents de service 75% à savoir où trouver les documents.

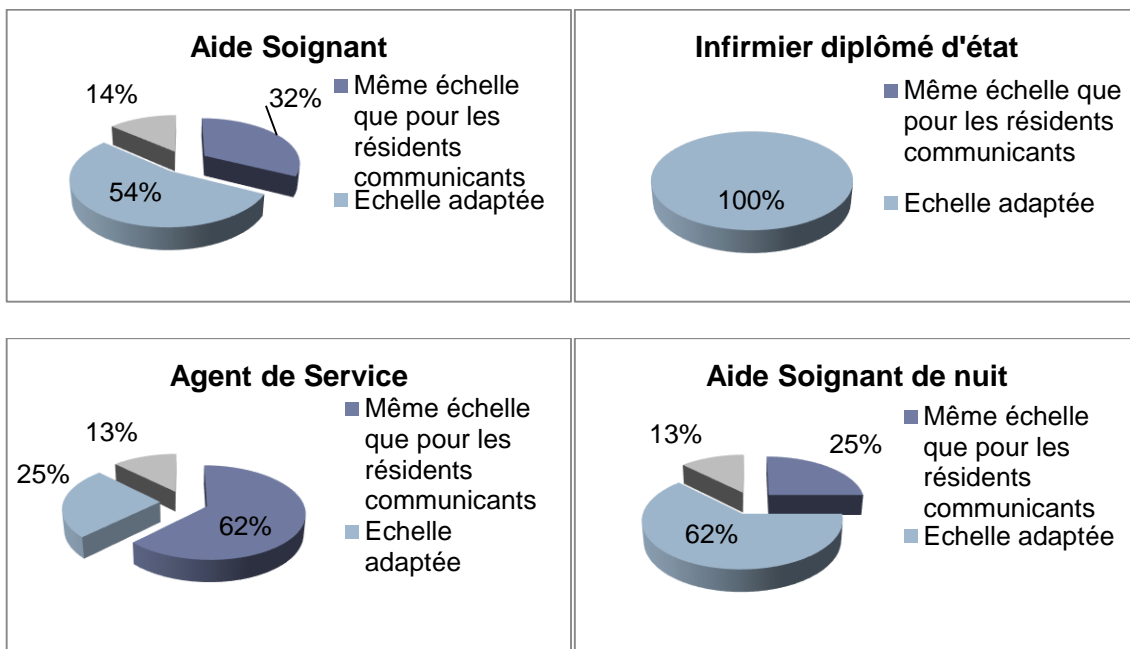
Malgré l'existence de protocole pour la prise en charge de la douleur, une grande partie du personnel ne sait pas où trouver les documents.

- Douzième question : Etes-vous confronté à des résidents ayant des problèmes de communication ?



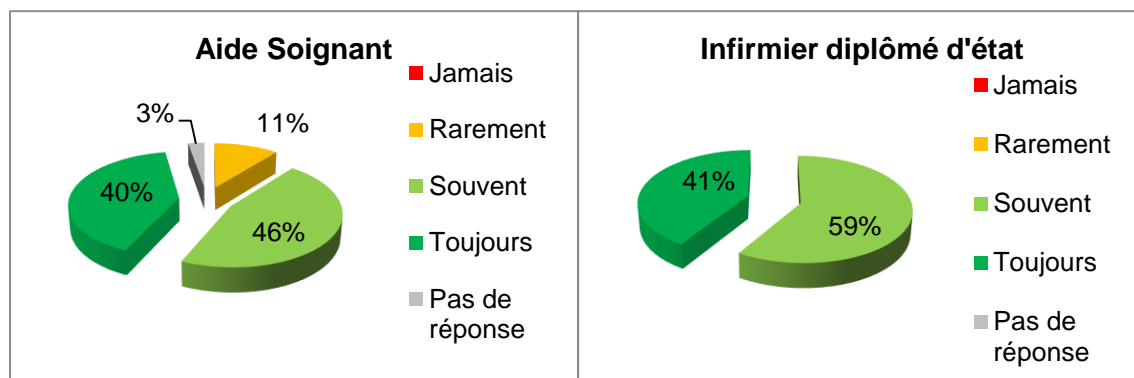
Les aides-soignants, infirmiers et agent de service estiment être souvent confrontés à des résidents ayant des problèmes de communication.

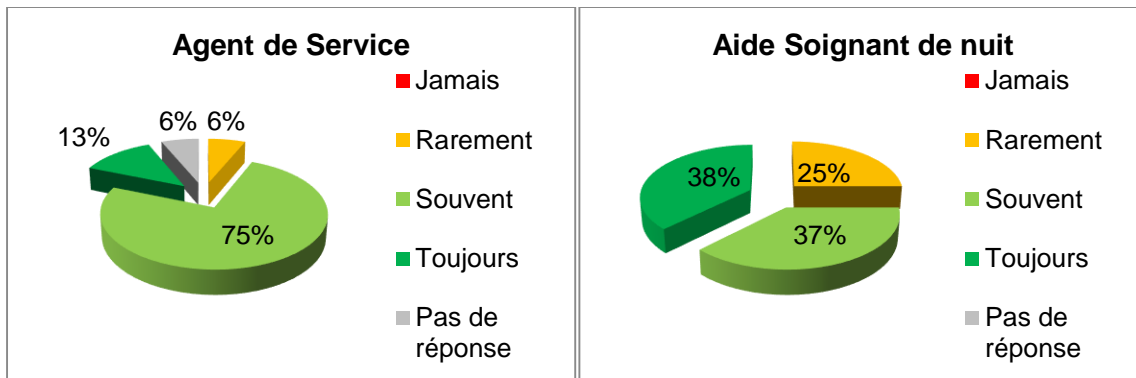
- Treizième question : Quels moyens de surveillance de la douleur utilisez-vous ?



Les aides-soignants utilisent à 54% une échelle adaptée pour évaluer la douleur chez une personne avec des difficultés de communication. 100% des infirmiers utilisent une échelle adaptée. Les agents de service sont 62% à utiliser une même échelle que les résidents communicants pour évaluer la douleur chez les résidents avec une difficulté de communication. Les aides-soignants de nuit sont 62% à utiliser une échelle adaptée.

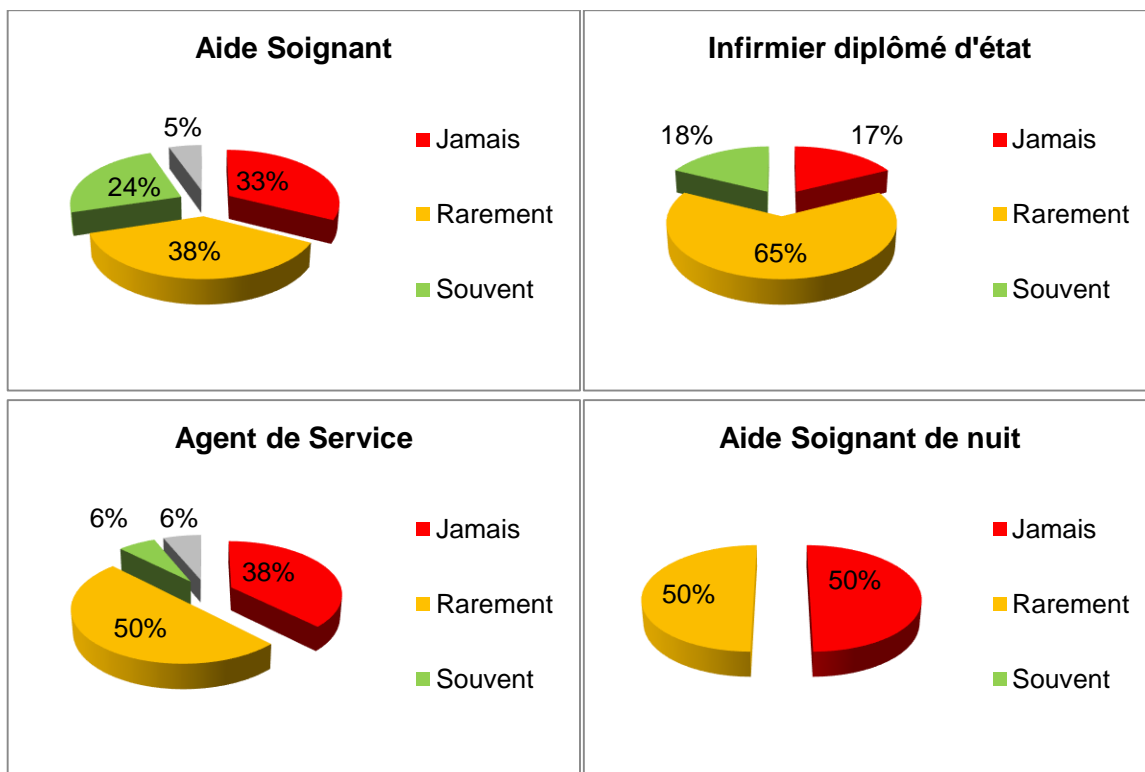
- Quatorzième question : Existe-t-il une prise en compte de la douleur des résidents lors de la mobilisation et des soins ?





Les aides-soignants estiment qu'il y a souvent à 46%, voire toujours à 40%, une prise en compte de la douleur lors des mobilisations. Les infirmiers estiment également que la douleur lors des mobilisations et des soins est prise en compte. Les agents de service affirment eux aussi que la douleur est souvent prise en compte à 75%. Pour les aides-soignants de nuit 25%, d'entre eux estiment que la douleur est rarement prise en compte lors des soins et des mobilisations.

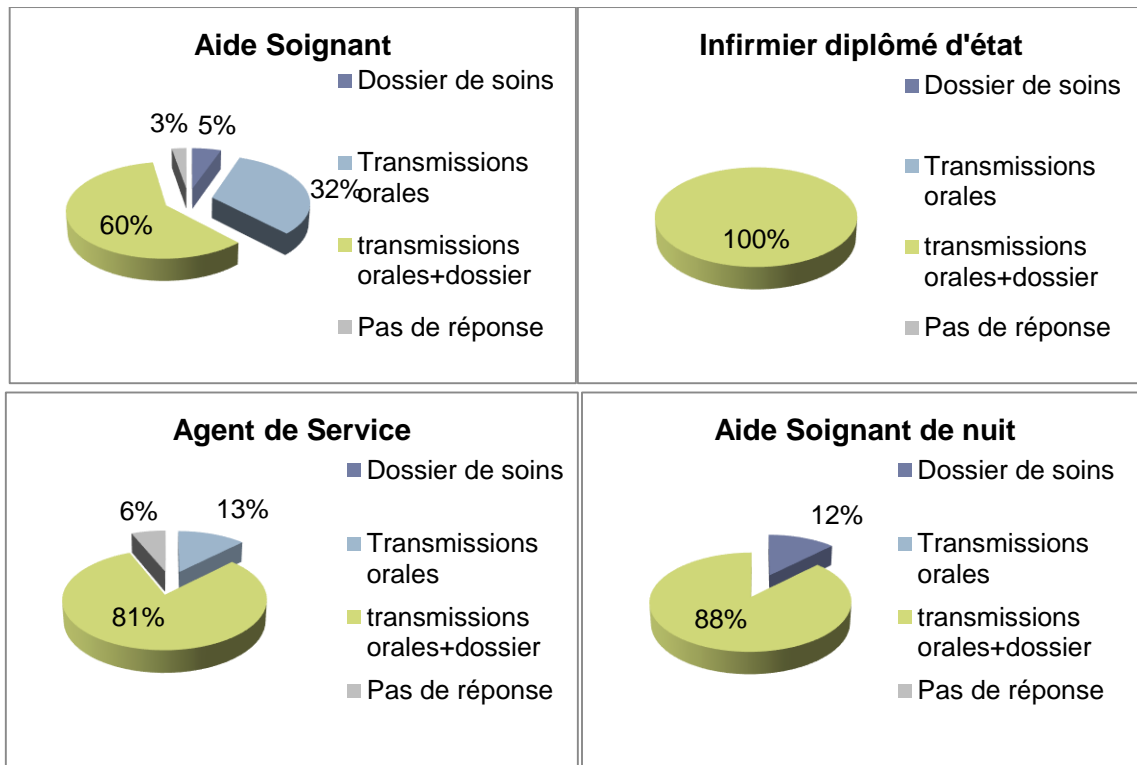
- Quinzième question : Avez-vous besoin de l'avis d'un psychologue pour la prise en charge d'un résident douloureux ?



Dans la prise en charge des patients douloureux, les aides-soignants font rarement appel à l'avis d'un psychologue à 38% et jamais à 33%.

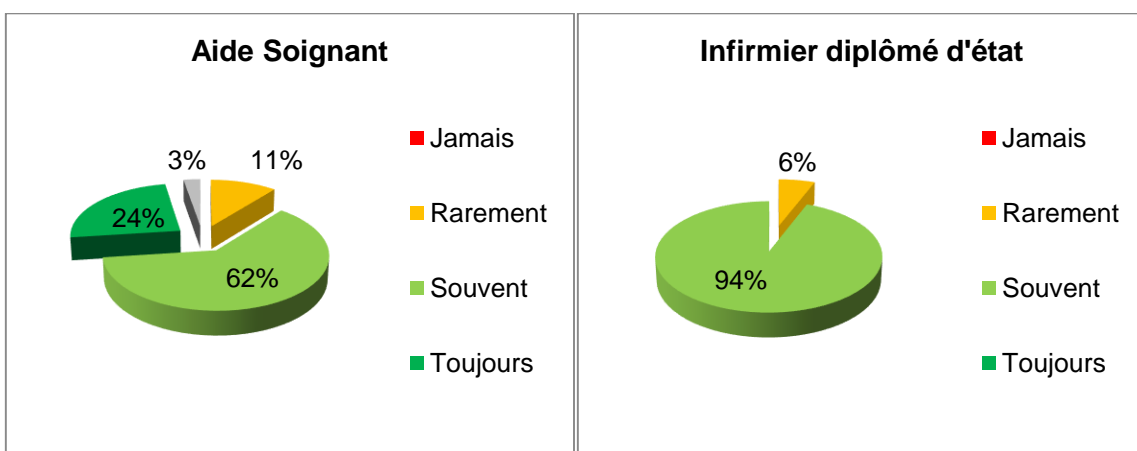
Les infirmiers sont 65% à faire appel rarement à l'avis d'un psychologue. Les agents de service et les aides-soignants de nuit sont 50% à faire appel à l'avis d'un psychologue et 50% des aides soignants de nuit n'ont jamais recours à l'avis d'un psychologue.

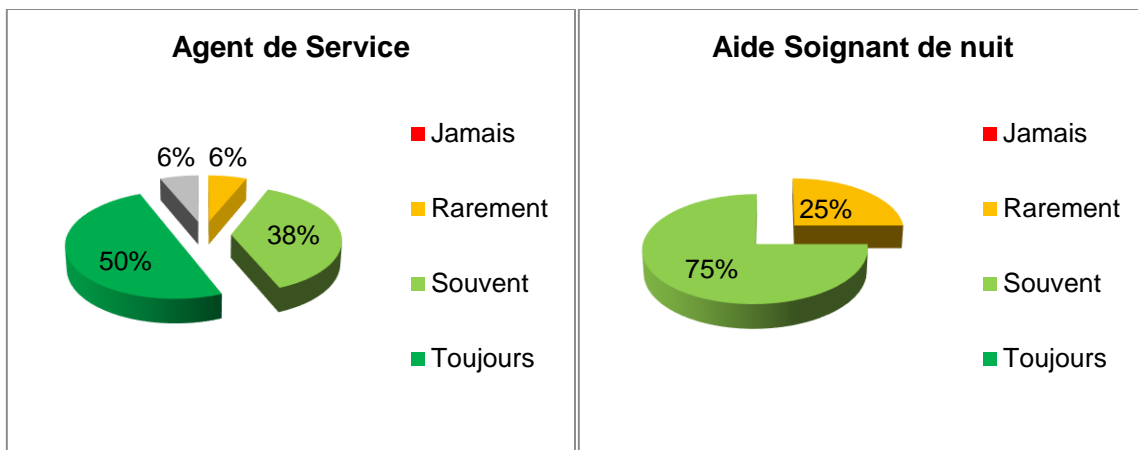
- Seizième question : Comment se fait la transmission pour la prise en charge des résidents douloureux ?



Aides-soignants, infirmiers, agents de service et aides-soignants de nuit tracent la prise en charge de la douleur des résidents douloureux dans le dossier de soins et également par transmission orale.

- Dix-septième question : Estimez-vous que la douleur des résidents est bien prise en charge au sein de l'établissement ?





Les aides-soignants estiment à 24% que la douleur est toujours bien prise en charge dans leur établissement et à 62% souvent. Les infirmiers estiment à 94% que la douleur est souvent bien prise en charge dans leur établissement. Les agents de service pensent à 50% que la douleur est toujours bien prise en charge, et à 38% souvent, dans leur établissement. Les aides-soignants de nuit pensent à 75% que la douleur est souvent prise en charge dans leur établissement, cependant 25% estiment que celle-ci est rarement bien prise en charge.

#### **d) Analyse de l'enquête et discussion :**

Nous avons pu voir dans la présentation des résultats de l'enquête exploratoire qu'une majorité des questionnaires a été complétée par les aides-soignants, souvent plus nombreux dans les équipes. Dans notre échantillon les aides-soignants représentent 57% des personnes interrogées, jour et nuit confondus.

Sur la totalité des réponses recueillies, il n'y a qu'une partie du personnel, 55%, qui a bénéficié d'une formation spécifique sur la douleur.

L'une de nos hypothèses de départ était le manque de formation du personnel. En effet, nous pouvons observer qu'il y a pas ou peu de personnel suffisamment formé. Dispenser une formation sur la prise en charge de la douleur à un plus grand nombre de personnes permettrait une meilleure prise en charge. En effet, près de 60% des personnes interrogées estiment que cette formation permet la prise en charge de la douleur au quotidien.

Notre deuxième hypothèse reposait sur la méconnaissance du personnel sur l'utilisation des différentes échelles d'évaluation de la douleur. Il semble que le personnel connaît les différentes échelles d'évaluation et estiment également savoir s'en servir. Cependant en analysant les questionnaires, il semble que les échelles d'hétéro-évaluation soient peu utilisées.

Nous pouvons observer que 91% des personnes interrogées affirment connaître les différentes échelles de la douleur et 85% disent savoir s'en servir.

79% des personnes effectuent une évaluation de la douleur. 46% le font eux-mêmes et 48% ciblent certains résidents dans l'évaluation de la douleur.

L'évaluation de la douleur est faite plus majoritairement aux manifestations verbales ou non verbales des résidents. Selon l'enquête les échelles d'auto-évaluation sont plus largement utilisées et les échelles d'hétéro-évaluation sont peu connues ou peu utilisées (dans les réponses autres, étaient nommées des échelles d'hétéro-évaluation) alors que nous avons pu voir qu'elles sont fiables et objectives et qu'elles permettent d'évaluer la douleur chez les personnes non communicantes.

Dans le retour des questionnaires, nous pouvons voir que le personnel est souvent confronté à des résidents ayant des problèmes de communication, et pour la surveillance de la douleur 59% utilise une échelle adaptée pour surveiller la douleur.

L'axe à développer est celui de la formation sur la connaissance des échelles d'hétéro-évaluation et l'utilisation adaptée chez les résidents peu communicants. Notamment par la mise en œuvre d'un plan de formation interne par le médecin coordonnateur.

Notre troisième hypothèse était centrée sur l'existence d'un protocole pour la prise en charge de la douleur dans les établissements. Nous pouvons voir que parmi le personnel interrogé peu de professionnels ont connaissance de l'existence d'un protocole et seulement une partie sait où trouver ce protocole.

64% des personnes interrogées affirment qu'il existe dans leur établissement des protocoles écrits sur la prise en charge de la douleur et seulement 60% savent où les trouver.

Cependant 31% ne sait pas si des protocoles existent. Il est nécessaire de rendre plus visible l'accès au document et d'avoir une procédure afin de vérifier que tout le personnel se soit approprié le protocole.

Notre quatrième hypothèse repose sur l'importance des transmissions et de la traçabilité de l'évaluation de la douleur.

Les transmissions pour la prise en charge des résidents algiques se font la plupart du temps par des transmissions orales et également des transmissions sur le dossier de soins

La traçabilité est faite à 37% sur une feuille de surveillance, et à 37% dans le dossier de soins informatisé et certains le font sur les deux. Cela dépend aussi, du type de dossier de soins utilisé dans l'EHPAD.

Cela montre l'importance des transmissions orales lors des changements d'équipes entre le matin, l'après-midi et la nuit. Nécessité d'uniformiser un mode de traçabilité ? Effectuer des transmissions sur le dossier soin informatisé permet de mieux apprécier la cinétique.



Une grande partie du personnel, 89% estiment que la douleur est prise en compte lors de la mobilisation et des soins des résidents.

87% des personnes interrogées, estiment qu'il y a une bonne prise en charge de la douleur au sein de leur établissement. L'avis d'un psychologue est très peu sollicité pour la prise en charge d'un patient douloureux, cet axe pourrait être développé pour améliorer la prise en charge notamment le côté anxio-dépressif qui peut engendrer la douleur. Nous pouvons voir que globalement les professionnels interrogés sont satisfaits de la prise en charge de la douleur des résidents en EHPAD.

Les agents de service dans la majorité des cas, n'ont pas eu de formation spécifique (81%) mais ils disent connaître les échelles d'évaluation, savoir les utiliser et effectuer des évaluations. La formation est-elle la connaissance qu'ils ont acquise sur le terrain ? Est-ce un glissement de tâches, le font-ils en collaboration avec les aides-soignants, est-ce qu'ils se sont appropriés le protocole ? A priori d'après l'enquête elles savent qu'il existe un protocole et où le trouver donc on suppose qu'il y a une bonne diffusion du protocole et une lecture par le personnel. Le fonctionnement du service fait qu'elles pratiquent cette évaluation mais cependant n'utilisent pas une échelle adaptée pour des résidents avec des difficultés de communication.

## V. Conclusion :

La sensibilisation des professionnels sur la prise en charge de la douleur commence dès leurs études et continue tout au long de leur vie de soignant sous forme de formation continue. Ainsi il semble nécessaire de renforcer la formation sur la douleur notamment grâce à des formations internes par l'intermédiaire de l'intervention du médecin coordonnateur de l'établissement (mission n°7).

La collaboration entre le médecin coordonnateur, le cadre de santé, l'infirmier coordinateur doit permettre l'accompagnement des équipes, par la constitution d'un groupe de travail afin de réaliser un protocole sur la douleur. La diffusion et sa visibilité au sein de l'établissement est un point clé dans la prise en charge de la douleur. En effet s'assurer que le personnel s'est approprié le protocole et sache où le trouver en cas de besoin permet d'améliorer la prise en charge de la douleur du résident.

L'harmonisation des transmissions ciblées sur la douleur, permet d'alerter les professionnels de santé sur leur prise en charge et ainsi permettre l'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Dans notre questionnaire nous n'avons pas évoqué l'intervention d'un réseau extérieur spécifique à la prise en charge de la douleur et nous n'avons pas eu de retour de la part des soignants, peut-être du fait que nous n'avons pas proposé des questions ouvertes sur ce point. Cependant il aurait été intéressant de connaître le nombre d'établissements qui ont recours à des médecins spécialisés pour améliorer la prise en charge de la douleur et ainsi la qualité de vie du résident en EHPAD.

Nous n'avons pas évoqué non plus la formation entre le personnel. En effet nous avons pu voir que les agents de service n'ont pas eu de formation mais savent utiliser les échelles d'évaluation, existe-t-il une formation entre soignant ? La désignation d'un référent douleur, formé régulièrement, peut peut-être permettre la diffusion de l'information et la formation entre le personnel.

La rédaction de ce mémoire nous a permis de faire de nombreuses recherches et nous a apporté des pistes de réponse sur un sujet qui est au centre de nos métiers. Ainsi avec nos perceptions différentes en lien avec notre métier nous pouvons vous présenter ce travail.

# Bibliographie :

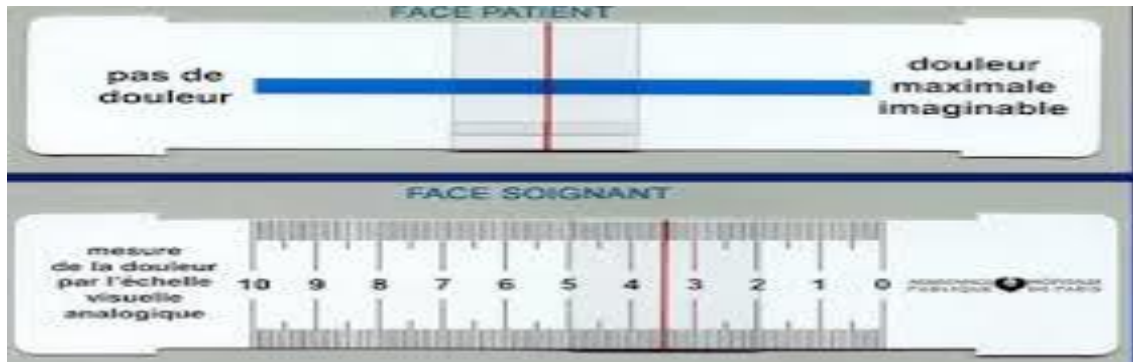
- « Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées, ayant des troubles de la communication verbale » Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Octobre 2000.
- « Evaluation de la douleur chez le patient souffrant de démence, âgé, ou mal-communicant », Dossier du mois de la Société Française d'étude et de Traitement de la Douleur, G.Pickering, M. Michel, P. Rat, V. Morel
- « Douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en en charge de qualité », La revue de gériatrie. Juin 2005
- « Evaluer la douleur », Réseau douleur des Hôpitaux Universitaire de Genève, <https://www.hug-ge.ch/>
- « Douleur et personne âgée », extrait du chapitre 1, Dr Jean-Pierre AQUINO et Dr Geneviève RUAULT, 2010.
- Qu'est-ce qu'un EHPAD. <http://www.ehpad-fr.org/>
- Colloque du 24 Mars 2007, Revue de gériatrie, société française de gériatrie et gérontologie [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Revue\\_geriatrie - douleur et personnes agees - \\_colloque\\_240305.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_geriatrie_-_douleur_et_personnes_agees_-_colloque_240305.pdf)
- Programme national de lutte contre la douleur 2006 – 2010 dans les établissements de santé. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan d amelioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 .pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf)
- Douleur, <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
- Rapport de l'expérimentation nationale : Audit clinique ciblé appliqué à la prise en charge de la douleur de la personne âgée : juin 2006. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dpa - rapport final.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dpa_-_rapport_final.pdf). « Qualité de vie en EHPAD » (volet 2), Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux.

# Annexe

## Annexe 1 : L'Echelle Numérique



## Annexe 2 : L'Echelle Visuelle Analogique



## Annexe 3 : L'Echelle Verbale Simple

- 0 : Pas de douleur
- 1 : Douleur faible
- 2 : Douleur modérée
- 3 : Douleur intense
- 4 : Douleur extrêmement intense

## Annexe 4 : Doloplus 2

# ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
<b>1 • Plaintes somatiques</b>	• 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
<b>2 • Positions antalgiques au repos</b>	• 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
<b>3 • Protection de zones douloureuses</b>	• 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
<b>4 • Mimique</b>	• 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
<b>5 • Sommeil</b>	• 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					
<b>6 • Toilette et/ou habillage</b>	• 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
<b>7 • Mouvements</b>	• 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					
<b>8 • Communication</b>	• 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
<b>9 • Vie sociale</b>	• 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
<b>10 • Troubles du comportement</b>	• 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

## Annexe 5 : 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	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Heure	.....h .....		.....h .....		.....h .....		.....h .....		.....h .....		.....h .....	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
<b>3 • Plaintes</b> « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
<b>4 • Corps</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
<b>5 • Comportements</b> Agitation ou agressivité, agrippement.												
<b>Total OUI</b>	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<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	

COPYRIGHT

## Annexe 6 : Echelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée :

### 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 :  
Heure :

Service :  
Nom du Cotateur :

SCORE



## Annexe 7 : Questionnaire DN4 :

### Questionnaire DN4

**QUESTION 1 :** la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 3 :** la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 4 :** la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OUI = 1 point**

**NON = 0 point**

**Score du Patient : /10**

Pour un seuil de positivité plus grand ou égal à 4, la sensibilité du score quant au caractère neuropathique de douleurs chroniques est de 83% et la spécificité de 89%.

<http://www.wikimedecine.fr>

## QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de notre Diplôme Universitaire sur *l'évaluation de la douleur en EHPAD : quels outils, quelles pratiques*, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire de façon anonyme. Nous vous remercions pour le temps que vous nous accordez.

- 1) Quel poste occupez-vous ?       ASH       AS       IDE       AS nuit       ASH nuit
- 2) Avez-vous bénéficié d'une formation spécifique sur la douleur ?       OUI       NON
- 3) La formation que vous avez reçue vous permet-elle de prendre en charge la douleur au quotidien ?  
 Jamais       Rarement       Souvent       Toujours
- 4) Connaissez-vous les différentes échelles d'évaluation de la douleur ?       OUI       NON
- 5) Savez-vous les utiliser ?       OUI       NON
- 6) Effectuez-vous une évaluation de la douleur ?       OUI       NON  
Si réponse non, passez directement à la question 10
- 6a)       Sur prescription médicale       De vous même
- 6b)       Pour tous les résidents       Pour certains résidents
- 7) Par quels moyens effectuez-vous cette évaluation de la douleur ?  
 Interrogatoire simple       Echelle Numérique (EN)  
 Echelle verbale simple       Echelle d'Hétéro Evaluation  
 Echelle Visuelle Analogique (EVA)       Autre(s), le(s)quel(s) :
- 8) Quand faites-vous cette évaluation de la douleur ? (plusieurs réponses possibles)  
 A intervalle régulier       Aux manifestations verbales et non verbales du résident
- 9) Sur quel support est notée la surveillance de la douleur ?  
 Feuille de surveillance       Dossier de soins informatisé
- 10) Existe-t-il des protocoles écrits pour la prise en charge de la douleur ?  
 OUI       NON       Ne sait pas
- 11) Savez-vous où trouver les documents ?       OUI       NON
- 12) Etes-vous confronté à des résidents ayant des problèmes de communication ?  
 Jamais       Rarement       Souvent       Toujours
- 13) Quels moyens de surveillance de la douleur utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)  
 Même échelle que pour les résidents communicants       Echelle adaptée

**Poursuivre au dos de la feuille** 

14) Existe-t-il une prise en compte de la douleur des résidents lors de la mobilisation et des soins ?

Jamais     Rarement     Souvent     Toujours

15) Avez-vous besoin de l'avis d'un psychologue pour la prise en charge d'un résident douloureux ?

Jamais     Rarement     Souvent     Toujours

16) Comment se fait la transmission pour la prise en charge des résidents douloureux ? (plusieurs réponses possibles)

Dossier de soins                       Transmissions orales                       Autre

17) Estimez-vous que la douleur des résidents est bien prise en charge au sein de l'établissement ?

Jamais     Rarement     Souvent     Toujours

**Merci de votre participation**