

*DU Médecin Coordinateur d'EHPAD et DU infirmier(ère) référent(e) et Coordinateur(trice)
d'EHPAD et de SSIAD (session 2023-2024 ; en distanciel)*

La douleur de la personne âgée en EHPAD :
« Entre le cri du résident et le cri du soignant ».



HODINA Ana Cristina : médecin coordinateur EHPAD

PIERRE Léa : médecin coordinateur EHPAD

JEAN-JACQUES Brittany : ide

VALCIN Franciane : ide

POULLARD Elodie : faisant fonction infirmière coordinatrice d'EHPAD

Directeur de mémoire :

BENAMOU Michel médecin équipe mobile soins palliatif/douleur APHP Hôpital Dupuytren

Remerciements

Nous tenions à remercier sincèrement :

- Nos collègues et équipes respectives des établissements où nous exerçons, de s'être rendus disponibles pour valider et répondre à notre enquête,
- Notre directeur de mémoire Dr BENAMOU,
- Le professeur Anne-Sophie RIGAUD, directrice des enseignements ; Dr Serge REINGEWIRTZ, coordinateur pédagogique du DU Médecin Coordinateur ainsi que Mme Hélène CLARI, coordinatrice pédagogique du DU IRCO,
- Nos familles qui se sont montrées très compréhensives et dans le soutien tout au long de ces dernières semaines,
- Nos résidents en EHPAD et patients qui nous poussent à nous questionner pour les accompagner au mieux et de manière plus essentielle, pour la chaleur qu'ils nous témoignent malgré toutes les difficultés rencontrées et leur vulnérabilité.

REPERTOIRE DES SIGLES et ACRONYMES

AS	Aide-soignante
ASFF	Aide-soignante faisant fonction
ARS	Agence régionale de santé
ANAES	Agence nationale accréditation et d'évaluation de la santé
DAQSS	Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
EVOQSS	Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAS	Haute autorité de la santé
IDE	Infirmier/e diplômé d'état
IDEC	Infirmier/e diplômé d'état coordinatrice
IASP	International Association for the Study of Pain
PAP	Projet d'accompagnement personnalisé
CETD	Centres d'évaluation et de traitement la douleur

INTRODUCTION

1. CADRE CONCEPTUEL

- 1.1 DEFINITION DE LA DOULEUR
- 1.2 EPIDEMIOLOGIE
- 1.3 LES ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR
- 1.4 LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE
- 1.5 LA PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE
- 1.6 LES EQUIPES MOBILES DE LA DOULEUR

2. METHODOLOGIE

- 2.1 OBJECTIF
- 2.2 TYPE D'ETUDE
- 2.3 POPULATION D'ETUDE
- 2.4 CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE

3. RESULTATS

- 3.1 PROFESSIONS DES SOIGNANTS INTERROGES
- 3.2 NOMBRES DE PATIENTS MOYENS
- 3.3 PATIENTS DOULOUREUX
- 3.4 REALISATION D'ECHELLE
- 3.5 TYPE D'ECHELLE
- 3.6 PERSONNEL A QUI L'INFORMATION A ETE RELAYEE
- 3.7 TEMPS DE RELAIS D'INFORMATION
- 3.8 MOYEN DE RELAIS D'INFORMATION
- 3.9 ACTION MEDICAMENTEUSE
- 3.10 DELAI DE MISE EN PLACE DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX
- 3.11 MISE EN PLACE D'ACTION NON MEDICAMENTEUSE
- 3.12 DELAI DE MISE EN PLACE D'UNE ACTION NON MEDICAMENTEUSE
- 3.13 RESIDENT TOUJOURS DOULOUREUX
- 3.14 REEVALUATION DE LA DOULEUR
- 3.15 DIFFICULTES
- 3.16 RECOURS AUX EQUIPES MOBILES
- 3.17 DELAI DE REPONSE DE L'EQUIPE MOBILE

4. ANALYSE ET DISCUSSION

- 4.1 ANALYSE
- 4.2 DISCUSSION
 - a) Les freins à la prescription médicamenteuse
 - b) Les freins à la prescription non médicamenteuse
 - c) Les freins à la réévaluation
 - d) Les freins à la mise en place d'une équipe mobile

5. MEDECIN COORDINATEUR ET IDEC : pilier de la politique institutionnelle de la lutte contre la douleur en EHPAD :

CONCLUSION

RESUME

ANNEXES

Arbre décisionnel

Questionnaire

Echelles d'évaluation de la douleur

INTRODUCTION

Notre groupe de mémoire est composé de deux médecins coordinateurs en EHPAD, une infirmière en Unité Gériatrique Aiguë, une infirmière en gériopsychiatrie, une infirmière coordinatrice en EHPAD.

Nous nous sommes rapidement orientées et fixées sur la thématique de la prise en charge de la douleur des résidents en EHPAD, sujet que nous rencontrons quotidiennement.

C'est un sujet large, récurrent, qui a fait l'objet de plusieurs plans d'action gouvernementale, et pour lequel de nombreux outils, référentiels, formations, sensibilisations sont accessibles aux professionnels de santé.

Les nouvelles recommandations prennent désormais en compte les spécificités du sujet âgé.

Cependant cette dimension de la douleur chez nos patients vulnérables nous semble encore laborieuse à appréhender, considérer et traiter.

C'est en se basant sur nos retours d'expérience sur le terrain que nous avons choisi de regarder de plus près ce paradoxe et de nous questionner.

Nous savons que la douleur chez le sujet âgé impacte directement sa qualité de vie et son bien-être. Elle est un facteur propulsant vers une perte d'autonomie, un retrait social, une anxiété, des limitations fonctionnelles, des troubles du sommeil, de la marche, la dépression...

Plusieurs questions nous sont venues à l'esprit face à cette problématique de l'algie :

- Les résidents âgés sont-ils pris en compte lorsqu'ils expriment une douleur ?
- Le personnel soignant est-il à l'écoute ?
- L'évaluation de la douleur est-elle réalisée régulièrement en EHPAD ou est-ce occasionnel ?
- Quel est le délai de prise en charge de la douleur en EHPAD ?

Tout cela nous emmène à la question de recherche de ce mémoire : « La douleur en EHPAD est-elle suffisamment prise en charge ? »

Hypothèse de recherche

- La douleur des résidents en EHPAD est prise en charge de manière insuffisante.

Objectif principal

- Évaluer si le personnel d'EHPAD prend en charge la douleur du résident de manière suffisante.

Objectif secondaire

- Peut-on isoler un ou des dysfonctionnement(s) dans la prise en charge de la douleur en EHPAD ?

Nous tenterons d'y répondre avec notre questionnaire diffusé en EHPAD.

Notre travail va être d'évaluer la prise en charge de la douleur des résidents d'EHPAD tant sur le plan médicamenteux que non médicamenteux avec comme postulat que la douleur n'est pas assez prise en charge dans nos établissements.

1. CADRE CONCEPTUEL

1.1 DEFINITION DE LA DOULEUR

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (Raja et al., 2020).

Le dictionnaire Larousse définit la douleur comme une « Sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps »

Il existe différents types de douleurs :

La douleur aiguë qui est une manifestation physiologique qui engendre une réaction lors d'une agression physique. C'est une douleur d'apparition récente et qui dure moins de six semaines.

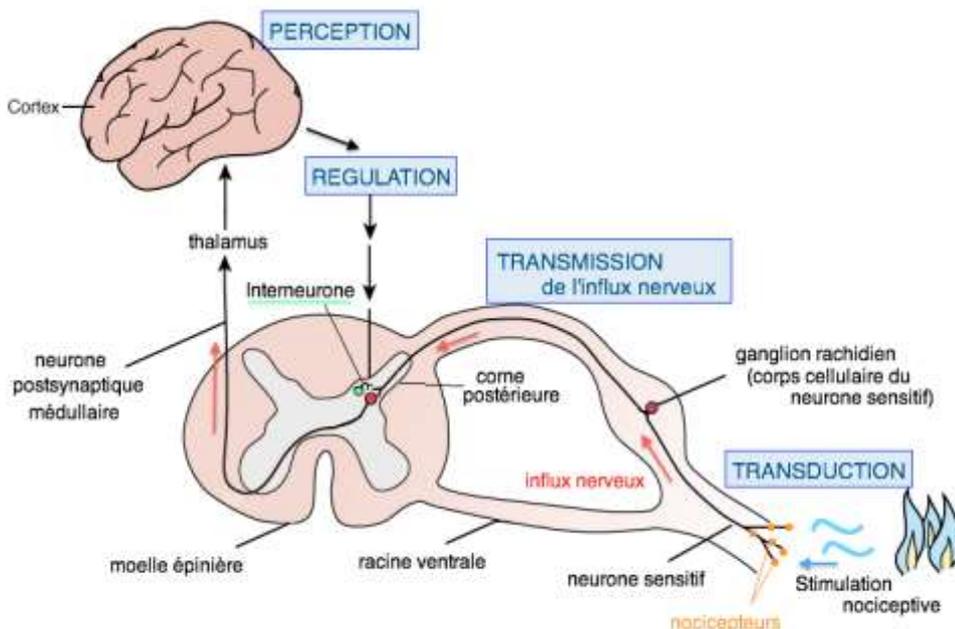
La douleur subaiguë qui est une douleur présente depuis plus de 6 semaines mais moins de 3 mois.

Selon l'OMS la douleur chronique est définie comme une douleur qui dure ou réapparaît pendant plus de trois mois. Elle est classée en deux catégories : douleurs primaires et douleurs secondaires.

La douleur rebelle est une douleur résistante aux thérapeutiques.

La douleur neuropathique est liée à des lésions ou des maladies du système nerveux périphérique ou central.

MÉCANISME DE LA DOULEUR



Suite à une stimulation nociceptive, les terminaisons nerveuses appelées nocicepteurs s'activent et transforment les stimuli en signaux électriques. C'est la transduction.

La transmission de l'influx nerveux a lieu à travers les neurones sensitifs du nerf périphérique puis la moelle épinière, puis le cerveau.

La perception de la douleur a lieu quand le signal arrive au cerveau. La douleur est donc interprétée et influencée par le contexte environnemental, psychologique, émotionnel...

La régulation est un processus par lequel le signal de douleur peut être inhibé ou amplifié

La réponse à la douleur est la façon dont le corps va réagir à l'agression y compris une réaction du système autonome (tachycardie, stress, réflexe...)

COMPOSANTES DE LA DOULEUR

La douleur est constituée de plusieurs composantes :

- La composante physique qui est issue de la nociception à la suite d'un stimulus douloureux à la suite d'une lésion corporelle.
- La composante cognitive est la manière dont la personne perçoit et comprend sa douleur. Cette composante est en lien avec le vécu, les croyances et les attentes par rapport au mal ressenti.
- La composante émotionnelle qui est liée à l'expérience de la douleur et peut influencer celle-ci, elle peut engendrer des émotions telle que la peur ou l'anxiété.
- La composante sociale et culturelle : L'environnement, le contexte, les interactions sociales et le degré de validation des émotions peuvent permettre une expérience différente de la douleur.

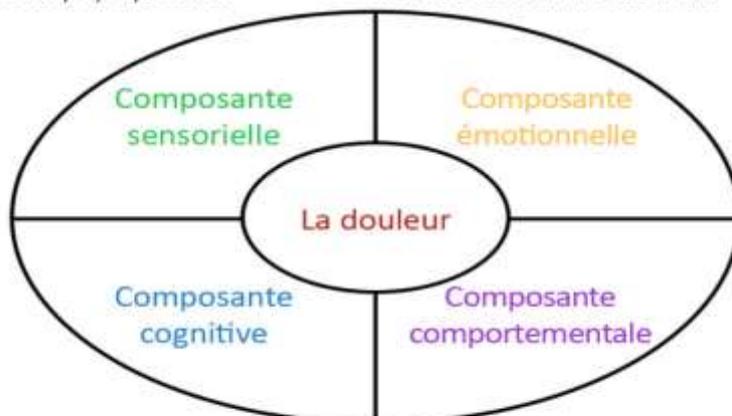
La perception, l'expression et le traitement de la douleur peuvent être influencés par les croyances et les normes culturelles. Certaines cultures encouragent la résistance à la douleur, tandis que dans d'autres il vaut mieux exprimer sa douleur.

Schéma récapitulatif des composantes de la douleur.

COMPOSANTES DE LA DOULEUR

Sensorielle : ce que le malade ressent physiquement

Affective, émotionnelle : ce que le malade ressent moralement



Cognitive : ce que le malade pense, le sens qu'il lui donne

Comportementale : la manière dont le malade exprime sa douleur

LA DOULEUR CHEZ LE SUJET ÂGÉ

La douleur gériatrique nécessite une approche particulière en raison des changements physiologiques et psycho-sociaux liés au vieillissement.

En effet, la douleur de la personne âgée peut être mal interprétée ou sous-estimée par le personnel soignant car elle peut être considérée comme étant un aspect normal du grand âge. La présence de plusieurs comorbidités, et la prise de nombreux traitements, les obstacles à la communication associés à des troubles cognitifs ou à un déficit sensoriel, peuvent entraver la bonne prise en charge de la douleur du sujet âgé.

La douleur peut provoquer des réactions émotionnelles telles que l'anxiété, la peur, la colère, la dépression, des pleurs ou de l'irritabilité. Elle peut influencer la manière de se mouvoir ou le fait d'adopter une position particulière. La douleur peut affecter la capacité de la personne âgée à réaliser les actes de la vie quotidienne, altérer sa vie sociale ce qui a des conséquences sur la qualité de vie. Certaines personnes peuvent développer une stratégie d'adaptation, des mécanismes de défense pour mieux appréhender la douleur, tel que le déni ou la minimisation de la douleur.

LA DOULEUR DU SOIGNANT

"La douleur du soignant" fait référence à la souffrance émotionnelle et psychologique que ressentent souvent les professionnels de santé en raison des difficultés auxquelles ils sont confrontés sur leur lieu d'exercice. Cette douleur peut résulter du sentiment d'impuissance face à la douleur des patients, ce qui peut conduire à une fatigue émotionnelle.

Bibliographie

Définitions : douleur, douleurs - Dictionnaire de français Larousse

<https://www.larousse.fr/dictionnaire/francais/douleur/26637>

Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique (has-sante.fr)

<https://fibromyalgiesos.fr/rdv2/wp-content/uploads/2019/06/DOULEUR-CHRONIQUE-ET-OMS-JUIN-2019.pdf>

Article L1110-5 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

Douleurs neuropathiques : plaidoyer pour une prise en charge rapide (vidal.fr)

Schéma des composantes de la douleur : [Journée Mondiale contre la douleur] Lutter contre la douleur chronique - CHPG

Physiologie de la douleur | Récap' IDE (recap-ide.blogspot.com)

1.2 EPIDEMIOLOGIE

La prise en charge de la douleur reste un enjeu majeur de santé publique en France. Avec le vieillissement de la population la prise en charge gériatrique globale met au centre la prise en charge de la douleur. En effet la douleur de la personne âgée impacte fortement sa qualité de vie avec une perte d'autonomie rapide et un niveau élevé de morbi mortalité. Les douleurs chez les patients âgés sont souvent sous-évaluées et sous traitées. Dans un contexte où la polymédication, les comorbidités et les effets indésirables des médicaments augmentent avec l'âge, la prise en charge de la douleur en gériatrie reste souvent difficile.

Les patients âgés peuvent interioriser leur douleur et se montrer peu revendicatifs à l'égard du traitement, de leur médecin ou du soignant, la dépister et la traiter reste donc un objectif majeur de la prise en charge gériatrique.

De manière générale nous retrouvons les chiffres suivants qui sont déjà alarmants :

- 92% Des Français ont présenté une douleur aiguë ou chronique dans l'année.

- La durée moyenne de la douleur chez les français est de 5.7 ans (1)

Et en s'intéressant de plus près à la population gériatrique on retrouve 40 à 75 % des personnes âgées vivant à leur domicile et près de 90 % en institution présentant des douleurs. (2)

Bibliographie

1 *Livre_Blanc_Douleur_Chronique_AFVD_FIBROMYALGIE_FRANCE_env_270415.pdf*
(sante.gouv.fr)

2 *Évaluation de la douleur dans le grand âge : où en sommes-nous en 2021 ? - La Revue de Gériatrie*
(revuedegeriatrie.fr)

1.3 LES ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR

Les outils d'évaluation de la douleur naissent de longs processus d'essai, de recherche, sont soumis à des étapes de validation indispensable et les échelles d'évaluations sont des moyens qui vont être actionnés dans le cadre d'une dynamique institutionnelle et engageant chaque personnel soignant dans l'éthique de sa pratique quotidienne, en réflexion et en action pluridisciplinaire.

Les objectifs d'évaluation des douleurs sont multiples et permettent :

- De dépister systématiquement la douleur.
- De fixer une cotation de base qui permettra d'évaluer l'efficacité du traitement mis en place.
- De réduire les risques d'interprétations et de projections aléatoires du soignant sur les comportements de la personne, elle est garante d'une objectivité.
- De déterminer ou cibler le ou les mécanismes responsables de la douleur.

En gériatrie nous nous retrouvons souvent dans deux situations : le sujet âgé dont les fonctions cognitives sont intactes et le sujet âgé atteint de troubles cognitifs pour lequel la communication verbale est altérée.

C'est sur cette principale distinction qu'il a été créé et adopté des procédures hétéro-évaluatives (1) et des procédures auto-évaluatives (2) (3).

L'auto-évaluation doit être utilisée en priorité car le patient est le mieux placé pour évoquer, signifier sa propre douleur. Elle prend en compte sa dimension psychogène, un des trois mécanismes de la douleur.

Nous vous présenterons uniquement les échelles largement utilisées auprès du sujet âgé et accepté par l'HAS : 12 /01/2021 dans le guide méthodologique HAS et la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS) Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EvOQSS)

L'AUTO EVALUATION par l'EVS : échelle verbale simple

- But : évaluation ciblée exclusivement sur l'intensité adaptée à tout patient adulte et notamment chez la personne âgée communicante verbalement et qui peut présenter un léger déclin cognitif. Cette échelle évalue douleur aiguë et douleur chronique.
- Score : de 0 à 4 et seuil d'action antalgique : égale ou supérieur à 2

L'AUTO EVALUATION par l'EN : échelle numérique

- But : évaluation ciblée exclusivement sur l'intensité adaptée à tous types de patient adulte notamment chez la personne âgée communicante verbalement cette échelle évalue tout type de douleur
- Score : de 0 à 10 ou et seuil d'action antalgique : égal ou supérieur à 4

AUTO EVALUATION par l'EVA : échelle visuelle analogique

- But : évaluation lorsque la communication verbale est fiable. Cette échelle évalue les douleurs aiguës, les accès douloureux transitoires (névralgies faciales, poussées douloureuses sur cancer...), les douleurs provoquées par les soins ou actes de diagnostic.
- Score : de 0 à 10 et seuil d'action antalgique : égal ou supérieur à 5

L'HETERO EVALUATION PAR l'Échelle DOLOPLUS :

- But : évaluation lorsque la communication verbale est peu fiable, altérée et que l'autoévaluation est impossible. Cette échelle est plutôt réservée aux états douloureux chroniques.
- Score : de 0 à 30 et seuil d'action antalgique : égal ou supérieur à 5

L'HETERO EVALUATION PAR l'Échelle ALGOPLUS :

- But : évaluation lorsque la communication verbale est peu fiable, altérée et que l'autoévaluation est impossible. Cette échelle évalue les douleurs aiguës, les accès douloureux transitoires (névralgies faciales, poussées douloureuses sur cancer...), les douleurs provoquées par les soins ou actes de diagnostic.
- Score : de 0 à 5 et seuil d'action antalgique : égal ou supérieur à 2.

L'HETERO EVALUATION PAR l'Échelle ECPA : échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée :

- But : élaborée et validée pour évaluer la douleur chez une personne âgée rencontrant des difficultés de communication verbale. Cette échelle évalue la douleur chronique et douleurs pendant les soins
- Score : de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale) et seuil d'action antalgique : égal ou supérieur à 6 : on parle de forte suspicion de douleur.

Ces échelles d'évaluation qualifient l'intensité de la douleur mais pour être le plus pertinent possible dans la prise en charge de la douleur on doit interroger de manière plus globale ce contexte douloureux en répondant à ces questions : quelle est sa localisation, quel est le type de douleur depuis quand le patient est-il douloureux, nous devons rechercher le ou les facteurs déclenchants, nous devons enfin rechercher le ou les facteurs améliorants.

Bibliographie

(1) : site internet de la SFAP : société française d'accompagnement et de soins palliatifs : « Les échelles de la douleur -Adulte - Echelles d'hétéro évaluation

(2) site internet de l'Association DOLOPLUS

(3) site <https://www.has-sante.fr/> « Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale » ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Octobre 2000

1.4 LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

Le traitement approprié de la douleur commence par une compréhension claire des changements physiologiques associés au vieillissement et de leurs effets sur la pharmacologie. Le vieillissement affecte l'absorption, la distribution, le métabolisme et la clairance des médicaments. (1)

Les traitements médicamenteux de la douleur, bien qu'efficaces, peuvent entraîner divers effets indésirables, surtout chez les personnes âgées qui peuvent avoir une physiologie différente et une plus grande vulnérabilité.

Voici une liste des principaux antalgiques et de leurs effets secondaires (2)

Le paracétamol représente le traitement de première intention de la douleur chez la population gériatrique.

Les effets secondaires notables sont :

- La toxicité hépatique en cas de surconsommation.
- Les réactions allergiques rares (éruption cutanée, œdème).

Les Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) sont peu utilisés en gériatrie du fait de leurs nombreuses interactions médicamenteuses et de leurs nombreux effets secondaires :

- Effets gastro-intestinaux : ulcères, reflux, gastrites, hémorragies.
- Problèmes rénaux, surtout en cas d'hydratation insuffisante.
- Risque cardiovasculaire accru (hypertension, infarctus) avec un usage prolongé. (3)

Les Analgésiques opioïdes

L'utilisation d'opioïdes pour le traitement des personnes âgées a augmenté au cours des dernières années en raison des complications gastro-intestinales et cardiovasculaires indésirables associées aux AINS.(4) L'Organisation mondiale de la santé a préconisé l'utilisation d'opioïdes dans le cadre d'une échelle en trois étapes pour traiter la douleur, en commençant par des analgésiques simples comme le paracétamol, et si la douleur n'est pas contrôlée, en ajoutant des opioïdes faibles (par exemple la codéine) et enfin, si nécessaire, des opioïdes forts, comme la morphine (5)

Les effets secondaires des morphiniques sont

- Constipation : effet fréquent qui peut devenir problématique.
- Somnolence : peut affecter la vigilance et augmenter le risque de chutes.
- Nausées et vomissements : particulièrement au début du traitement ou lors d'une augmentation de dose.
- Dépendance et risque de sevrage : utilisation prolongée et inadaptée peut mener à une dépendance physique.
- Effets respiratoires : dépression respiratoire, surtout en cas de surdose. (6)

Les Adjuvants Analgésiques

Certains médicaments peuvent être utilisés dans le but de soulager des douleurs neuropathiques.

Les Antidépresseurs (tricycliques) permettent un traitement efficace de la douleur tout en limitant les effets secondaires. Leur utilisation dépend souvent d'une approche multimodale.

Les effets secondaires sont

- Sédation : somnolence, fatigue.
- Effets anticholinergiques : bouche sèche, constipation, rétention urinaire, troubles de la vision.
- Risque de syndrome sérotoninergique en cas de surdosage ou d'interaction pour certains d'en eux avec d'autres médicaments.

Les Anticonvulsivants (Gabapentine, Prégabaline) ont un rôle important dans la prise en charge des douleurs résistantes ou neuropathiques.

Les effets secondaires sont :

- Somnolence et fatigue.
- Vertiges : augmentation du risque de chutes.
- Œdème périphérique : gonflement des membres. (7)

Les Corticoïdes restent quant à eux fréquemment utilisés dans la prise en charge de douleurs aiguës dans le but de diminuer l'inflammation.

Les effets secondaires sont

- Prise de poids et redistribution des graisses.
- Hypertension et risque accru de diabète.
- Immunosuppression : augmentation de la susceptibilité aux infections.

Bibliographie

- 1° . Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Pain Med.* 2007;8(7):585–601. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 2 American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2009;57(8):1331–1346. [PubMed] [Google Scholar]
- 3 Robert Borsheski, DO, Quinn L. Johnson, MD Pain Management in the Geriatric Population, *Mo Med.* 2014 Nov-Dec; 111(6): 508–511.
- 4 McKellar G, Madhok R, Singh G. Update on the use of analgesics versus nonsteroidal anti-inflammatory drugs in rheumatic disorders: risks and benefits. *Current Opinion in Rheumatology.* 2008;20:239–245. [PubMed] [Google Scholar]
- 5 Pergolizzi J, Boger RH, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an international expert panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization step III opioids. *Pain Practice.* 2008;8(4):287–313. [PubMed] [Google Scholar]
- 6 Papaleonitou, et al. Outcomes associated with opioid use in the treatment of noncancer pain in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(7):1353–1369. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 7 Coupland C, et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ.* 2011;343:d4551. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

1.5 LA PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE

Les personnes de plus de 65 ans sont particulièrement touchées par la iatrogénie liée aux interactions médicamenteuses, du fait de leur âge et de la coexistence de plusieurs maladies. Nous l'avons déjà abordé précédemment, cette polymédication pour y pallier nous incite à se tourner vers d'autres moyens d'impacter et de diminuer la douleur et donc d'y associer des thérapeutiques non médicamenteuses.

Il est difficile de trouver une définition précise des thérapeutiques : nous citons donc et reprenons les propos du site du Centre Hospitalier de La Rochefoucauld (16) : <https://www.ch-larochefoucauld.fr> : « Les thérapeutiques non médicamenteuses (TNM) sont un ensemble des techniques de soins, d'approches environnementales, d'approches humaines. Elles ont pour objectifs le traitement et/ou le soulagement de certains symptômes et l'amélioration de la qualité de vie, la recherche d'un état de bien être et la prévention de la iatrogénie. »

Elle s'associe et/ou complète la prise en charge de la douleur avec pharmacopée.

Ces thérapeutiques peuvent être instaurées dans une dynamique pluridisciplinaire telle qu'on peut la rencontrer en EHPAD : avec les psychologues, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, mais aussi des aides-soignantes , assistants de soins en gérontologie ou tout personnel soignant se formant à ses pratiques et nouvelles approches de soins .

Il est important qu'elles soient proposées en fonction des capacités et des envies du résident. L'outil, le vecteur qu'elles utilisent : eau, musique, le toucher ne doit pas mettre en difficulté la personne accompagnée.

Pour cela une bonne connaissance des résidents via la réalisation du PAP , mais aussi un recueil de données au plus proche de la période douloureuse doit être fait.

Une information et la recherche du consentement pour aller vers tel ou tel type de thérapeutique non médicamenteuse doit être verbalisée, expliquée, elles peuvent être proposées sous forme d'essai,

souvent plus rassurant pour la personne âgée qui peut se montrer opposante, méfiance ou encore dubitative devant ces modalités thérapeutiques.

Le dialogue et la confiance doivent être instaurés avec le résident.

Les techniques utilisées :

Voici les techniques les plus utilisées et en développement (1) :

- Méthode physique et physiologique : avec la thermothérapie : l'effet physique du CHAUD, du FROID (cryothérapie) ; le massage (pratiqué par le kinésithérapeute), la neurostimulation, la balnéothérapie...
- Les thérapies cognitives et comportementales : psychothérapie de soutien, valorisation, modification des comportements face à la douleur, remédiation cognitive, thérapie par réminiscence, luminothérapie, jardin thérapeutique...
- Les pratiques psycho- corporelles : la stimulation multi-sensorielle comme le Snoezelen, l'aromathérapie, l'activité motrice adaptée, l'incitation au mouvement, la sophrologie, l'hypnose, le « toucher relationnel », la méditation, l'acupuncture ; massages sonores : bols tibétains, diapasons thérapeutiques, mais aussi thérapie, par empathie, thérapie par les animaux familiers de plus en plus fréquente et organisée en EHPAD.

Bibliographie

(1) «Moyens non pharmacologique de prise en charge de la douleur» Editions LAMARRE de P. Thibault, N. Fournival , parution juillet 2012

- Synthèse du rapport d'orientation du «Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuse validées» avril 2011 HAS

- «Changer de regard sur les thérapeutiques non médicamenteuse»07 juin 2011 www.has-santé.fr

1.6 LES EQUIPES MOBILES

Les équipes mobiles de la douleur sont des équipes spécialisées composées de professionnels de la santé qui interviennent dans les établissements médicaux et sociaux tels que les EHPAD mais aussi dans les milieux hospitaliers gériatriques et non gériatriques. Leur mission principale est d'évaluer, de traiter et de prendre en charge la douleur des patients. Ces équipes ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients en proposant des stratégies de prise en charge adaptées à chaque situation. Elles travaillent en étroite collaboration avec les équipes soignantes et les médecins pour assurer une prise en charge globale et personnalisée de la douleur, contribuant ainsi à une meilleure qualité des soins. (1)

L'intervention des équipes mobiles de douleur en milieu médical et social incarne une importance capitale pour assurer un soulagement efficace des patients. Ces équipes interviennent dans les établissements de santé, y compris les EHPAD, pour évaluer, traiter et prévenir la douleur chez les résidents. Leur rôle est essentiel pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées, mais aussi pour garantir des soins adaptés et personnalisés. Grâce à leur expertise, les équipes mobiles de la douleur permettent de réduire la souffrance des patients et d'optimiser leur confort, contribuant ainsi à une prise en charge globale et humaine.

Bibliographie :

:

- *IVillette, Céline, et al. "Dochead dossier Sous-dochead Les équipes mobiles de gériatrie." (2023). sciencedirect.com*
- *Elie, E. and Alluin, R. "Freins et leviers à la mise en place de la démarche palliative en EHPAD." Médecine Palliative, 2020. sciencedirect.com*
- *Carreau-Boudreau, A. M. and Tchalla..., A. "Évaluations infirmières standardisées dans l'équipe gériatrique de la médecine d'urgence de la personne âgée du Centre hospitalier universitaire de Limoges.." L'Infirmière ..., 2021. [HTML]*
- *Pace, M. and Hanon, C. "Équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé: la mobilité au service de la fragilité." Perspectives Psy, 2022. aempy.com*
- *Castra, M. and Sainsaulieu, I. "Intervenir sur un autre territoire professionnel. Équipes mobiles et services «sédentaires» à l'hôpital." Sciences sociales et santé, 2020. cairn.info*

2. METHODOLOGIE

2.1.OBJECTIF

Par la réalisation de ce mémoire nous cherchons à déterminer si la douleur est prise en charge de manière suffisante en EHPAD ?

Repère-t-on des étapes dans le processus d'accompagnement de la douleur en EHPAD qui dysfonctionnent ?

2.2 TYPE D'ETUDE

Pour répondre à cette question de recherche, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive à partir d'un questionnaire (annexe2) .

2.3 POPULATION D'ETUDE

La population cible était les professionnels de santé paramédicaux exerçant en EHPAD.

La population source était les professionnels de santé paramédicaux exerçant dans 5 EHPAD où les investigatrices de l'étude exercent.

La population d'étude comprend les professionnels de santé paramédicaux de ces 5 EHPAD ayant acceptés de répondre au questionnaire.

Nous avons ciblé la catégorie de soignants paramédicaux car ils sont en première ligne et interviennent dans les premières phases de la gestion de la douleur (recueil de la plainte de par leur proximité avec le résident , l'évaluation et le relai de l'information)

2.4 CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE

La forme choisie a été celle d'un questionnaire papier avec 16 questions, diffusé lors des transmissions quotidiennes.

Nous avons fait un recueil quantitatif sur lequel nous voulions dégager ces données principales :

- Le taux de résidents douloureux sur ces 5 structures EHPAD (la douleur : phénomène isolé ou pas ?)
- La douleur est-elle évaluée de manière objective ?
- Le délai d'action pour réduire la douleur et quel recours pour les équipes ?
- Les données sur l'efficacité de cet accompagnement de la douleur va nous ouvrir des pistes de réflexion et proposition, en fonction de l'analyse de ces résultats qui vont cibler :

l'évaluation de la douleur, la transmission d'information, la réévaluation, les moyens à disposition pour soulager le résident.

Au total 150 questionnaires ont été donnés auprès des équipes soignantes (AS, ASFF, IDE, KINE, ERGO, PSYCHOMOTRICIEN) des structures dans lesquelles nous travaillons, début juin.

Ces établissements comprennent :

- 1 EHPAD privé à but non-lucratif habilité à 100% à l'aide sociale, avec une capacité d'hébergement de 60 résidents,
- 3 EHPAD publics accueillants respectivement 60, 120 et 80 résidents,
- 1 EHPAD privé à but lucratif de 110 résidents,

Nous avons eu un retour de 85 questionnaires remplis et donc comptabilisés.

La marge de non-retour reste importante, elle s'explique en partie par le contexte de période de congés d'été, une instabilité et un turn-over important des équipes de soins à cette période de l'année.

La présence de nombreux remplaçants reste une problématique de ressources humaines encore bien trop fréquente en EHPAD.

Pour certaines questions, qui pouvaient créer des zones d'incertitudes pour le soignant, le choix de diffuser sur nos structures, en notre présence nous a permis d'apporter des précisions si nécessaire.

Nous avons pu garantir la confidentialité de ces questionnaires.

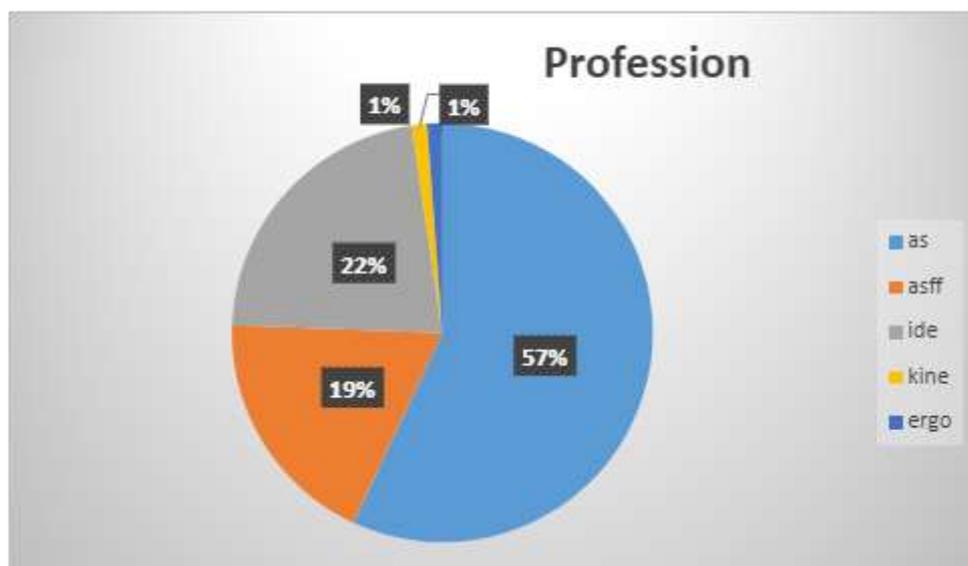
Les statistiques et diagrammes ont été traités et réalisés avec le logiciel EXCEL.

3. RESULTATS

3.1 PROFESSIONS

Q1 : QUELLE EST VOTRE PROFESSION ?

Le panel comprenait 49 aides-soignantes diplômées, 16 aides-soignantes faisant fonction, 19 infirmières, un kinésithérapeute et un ergothérapeute.



3.2 NOMBRES DE PATIENTS MOYENS

Q2 : COMBIEN DE PATIENTS PRENEZ VOUS EN CHARGE ?

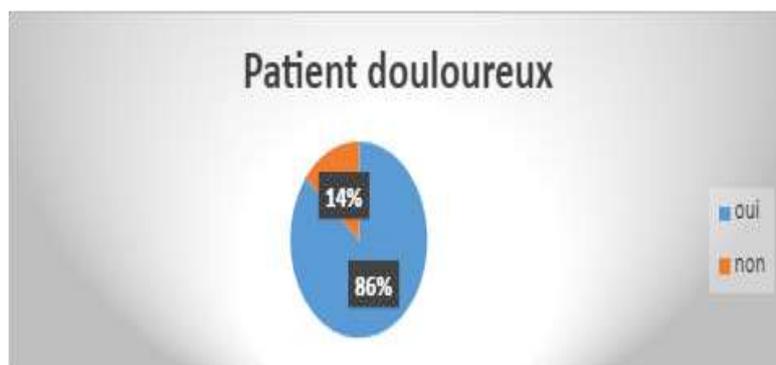
Les aides-soignantes interrogées déclarent s'occuper en moyenne de 28 patients et 33 pour les aides-soignantes faisant fonction, les infirmiers déclaraient s'occuper de 34 résidents en moyenne le kinésithérapeute qui a répondu avait 20 résidents à charge et l'ergothérapeute 120.

Profession	Nb patient moyen	%
As	28	51%
Asff	33	20%
Ide	34	23%
Kine	20	1%
Ergo	120	5%

3.3 PATIENTS DOULOUREUX

Q3 : SUR LES 30 DERNIERS JOURS AVEZ-VOUS PRIS EN CHARGE UN OU DES RESIDENTS DOULOUREUX ?

Sur le panel complet 86% des patients étaient douloureux.



3.4 REALISATION D'ECHELLES

Q4 : AVEZ VOUS REALISE UNE ECHELLE DE DOULEUR ?

89% du panel interrogé déclare avoir réalisé une échelle d'évaluation.

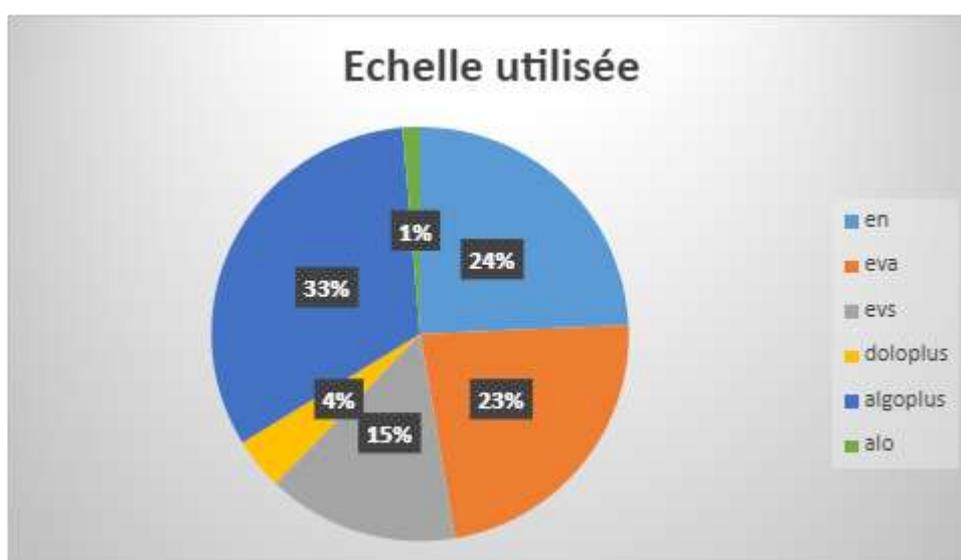


3.5 TYPE D'ECHELLES

Q5 : SI OUI, QUELLE ECHELLE AVEZ-VOUS UTILISE ?

Sur les 85 professionnels de santé interrogés ayant réalisés une échelle d'évaluation de la douleur 32 % déclarent avoir utilisé l'échelle Algoplus, 25% déclarent utiliser l'échelle numérique, 24% l'échelle visuelle analogique, 15% l'échelle verbale simple, et 4% l'échelle Doloplus.

Quelle échelle	%
En	25%
Eva	24%
Evs	15%
Doloplus	4%
Algoplus	32%



3.6 PERSONNEL A QUI L'INFORMATION A ETE RELAYEE

Q6 : A QUI AVEZ-VOUS RELAYE L'INFORMATION ?

L'information du patient douloureux est relayée dans 71% des cas à une infirmière, dans 12 % des cas à l'infirmière coordinatrice, dans 8 % des cas directement au médecin traitant, dans 7 % des cas au médecin coordinateur et dans 2% des cas à une collègue aide-soignante.

à qui avez vous relayé l' information	%
ide	71%
idec	12%
med ttt	8%
autre collègue	2%
medco	7%



3.7 TEMPS DE RELAIS D'INFORMATION

Q7 : AU BOUT DE COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS RELAYE L'INFORMATION ?

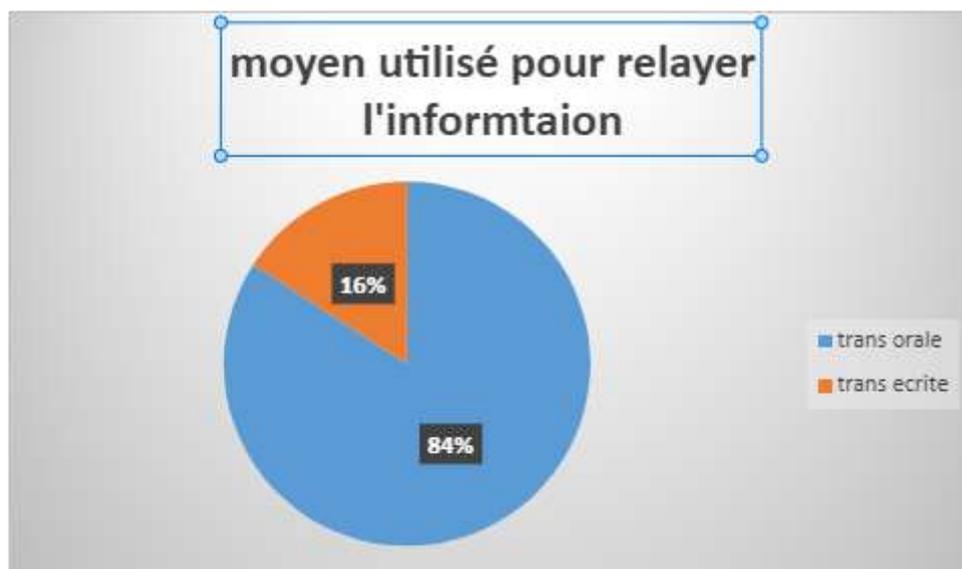
L'information était relayée en moins de 24H dans 93% des cas.



3.8 MOYEN DE RELAIS D'INFORMATION

Q9 : PAR QUEL MOYEN AVEZ-VOUS RELAYE L'INFORMATION ?

L'information était relayée dans 85% des cas par transmission orale et 15% des cas par transmission écrite.



3.9 ACTION MEDICAMENTEUSE

Q9 : UNE ACTION MEDICAMENTEUSE A-T-ELLE ETE EFFECTUEE DANS LE BUT DE DIMINUER CETTE DOULEUR ?

Dans 65 % des cas une action médicamenteuse a été mise en place. Dans 12% des cas aucune action médicamenteuse n'a été instaurée. 23% des soignants interrogés ne savaient pas répondre à cette question par manque d'information.

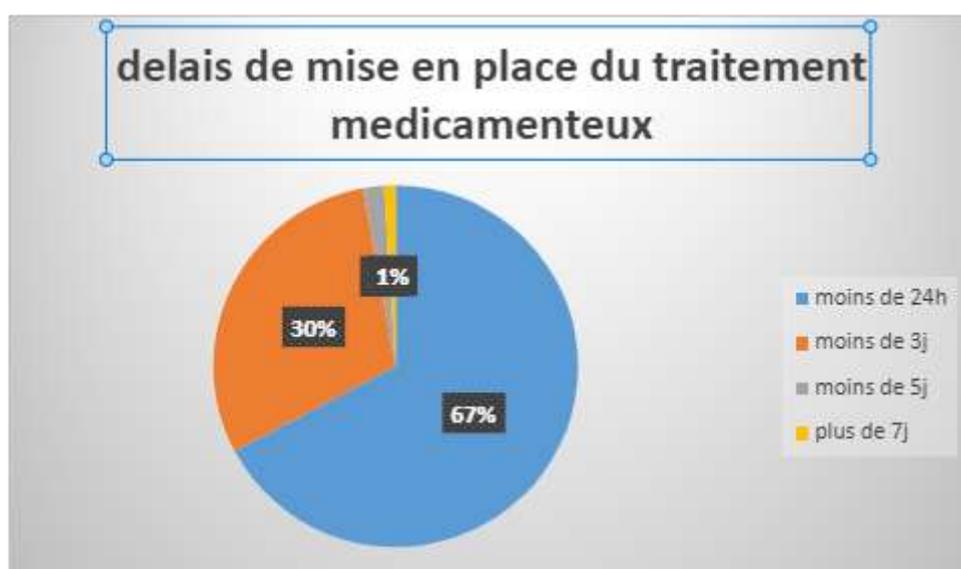


3.10 DELAIS DE MISE EN PLACE DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

SI OUI, SOUS COMBIEN DE TEMPS CETTE ACTION MEDICAMENTEUSE A-T-ELLE ETE MISE EN PLACE ?

Dans les 65% des cas où une action médicamenteuse a été instaurée, elle l'a été en moins de 24H dans 67% des cas, en moins de 3 jours dans 30% des cas, en moins de 5 jours dans 2 % des cas, en moins de 7 jours dans 1% des cas.

au bout de combien detemps	%
moins de 24h	67%
moins de 3j	30%
moins de 5j	2%
plus de 7j	1%



3.11 MISE EN PLACE D'ACTION NON MEDICAMENTEUSE

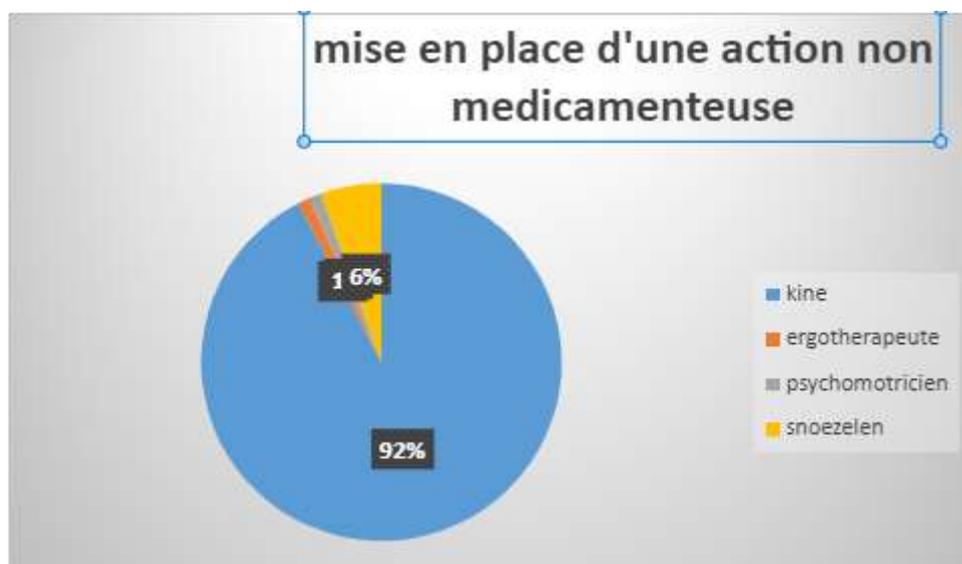
Q11 : UNE ACTION NON MEDICAMENTEUSE A-T-ELLE ETE EFFECTUEE DANS LE BUT DE DIMINUER CETTE DOULEUR ?

Sur le plan de la prise en charge non médicamenteuse, 72% des professionnels de santé interrogés déclarent qu'une telle prise en charge a été mise en place. 12% déclare qu'aucune prise en charge non médicamenteuse n'a été mise en place et 16% déclare ne pas savoir par manque d'information.

action non med	%
Oui	72%
Non	12%
ne sais pas	16%

Sur le panel des professionnels de santé ayant déclaré qu'une action non médicamenteuse a été mise en place, 53% ont précisé quel type d'action non médicamenteuse avait été mise en place. On retrouve alors la kinésithérapie dans 85% des cas, le recours aux autres rééducateurs avec 1% d'ergothérapie et 1% de recours à la psychomotricité. Le snoezelen est utilisé dans 5% des cas.

action non médicamenteuse	%
kiné	85%
ergothérapeute	1%
psychomotricien	1%
snoezelen	5%

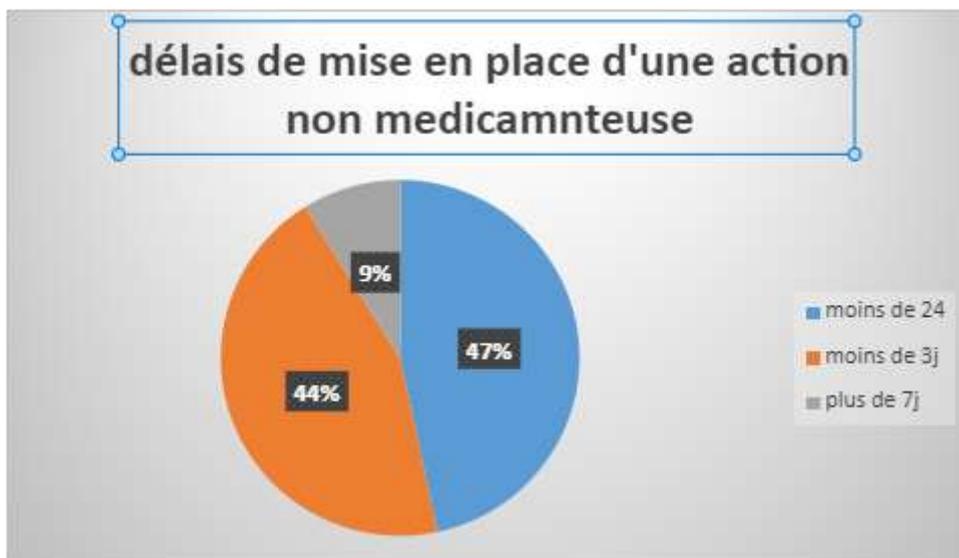


3.12 DELAI DE MISE EN PLACE D'UNE ACTION NON MEDICAMENTEUSE

Q 12 : SI OUI, SOUS COMBIEN DE TEMPS CETTE ACTION NON MEDICAMENTEUSE A-T-ELLE ETE MISE EN PLACE ?

Concernant les délais de mise en place de techniques non médicamenteuses, 47% ont été mises en place en moins de 24H, 44% en moins de 3 jours et 9% en plus de 7 jours.

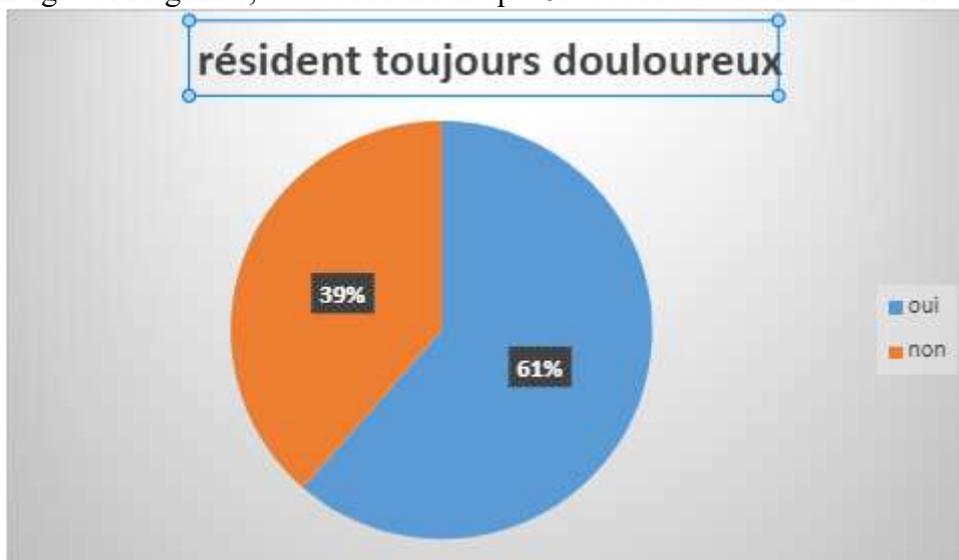
Combien de temps	%
moins de 24	47%
moins de 3j	44%
plus de 7j	9%



3.13 RESIDENT TOUJOURS DOULOUREUX

Q13 : LE OU LA RESIDENTE EST-ELLE TOUJOURS DOULOUREUSE A CE JOUR ?

Au terme de ce questionnaire qui demandait de recenser les résidents douloureux sur le dernier mois de prise en charge des soignants, ceux-ci déclarent que 61% des résidents restent douloureux à 1 mois.



3.14 REEVALUATION DE LA DOULEUR

Q14 : LA DOULEUR DU RESIDENT A-T-ELLE ETE REEVALUEE AVEC UNE ECHELLE ?

Sur la totalité du panel interrogé, 50% déclarent avoir réévalué les résidents après la mise en place des traitements.

Dans le cas des résidents toujours douloureux, 60% ont bénéficié d'une réévaluation par une échelle.

Dans les cas des patients non douloureux à l'issue de la mise en place du traitement, 30% ont été réévalués par une échelle.

3.15 DIFFICULTES

Q15 : QUELLES ETAPES VOUS SEMBLANT LES PLUS DIFFICILES A REALISER DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DES RESIDENTS EN EHPAD ?

Les difficultés retrouvées quant à la prise en charge du résident douloureux en EHPAD mise en évidence par ce questionnaire sont à : 20% le ressenti des soignants face aux résidents douloureux dans leur exercice quotidien.

Dans 18% des cas le délai de mise en place d'un traitement efficace est ressenti comme trop long.

17% des soignants déclarent être en difficulté quant à l'évaluation initiale de la douleur en utilisant les échelles et 13% présentent des difficultés quant aux réévaluations.

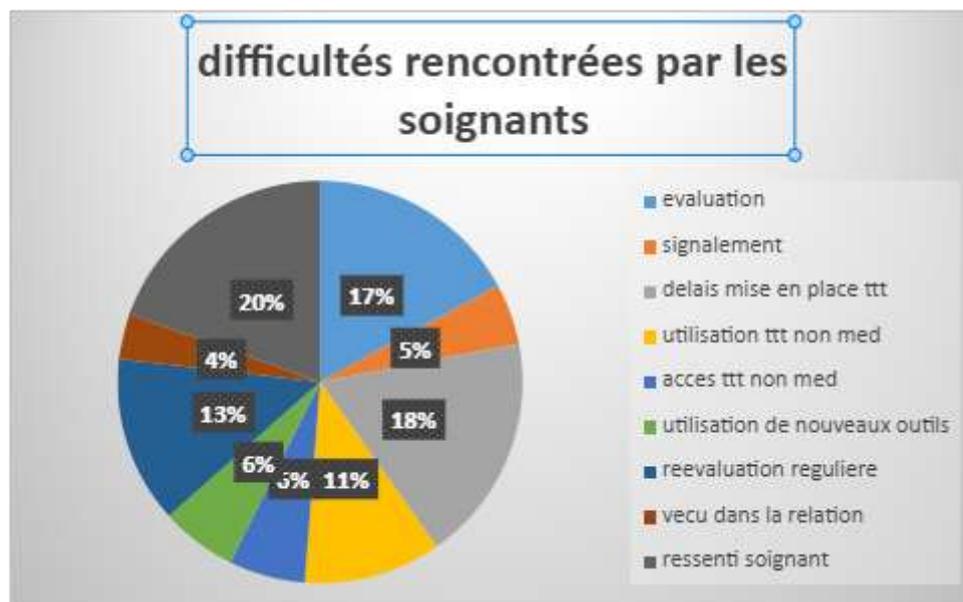
11% mettent en évidence les difficultés retrouvées quant à la mise en place du traitement non médicamenteux et 6% évoquent les difficultés d'accès à ces derniers.

6% des professionnels interrogés déclarent être en difficulté quant à l'utilisation de nouveaux outils.

5% rencontrent des difficultés à signaler les résidents douloureux à leurs collègues.

Et enfin 4% ressentent une répercussion de cet état douloureux dans leurs relations avec le résident.

Difficultés	%
Évaluation	17%
Signalement	5%
délais mise en place traitements	18%
utilisation traitement non médicamenteux	11%
accès traitement non médicamenteux	6%
utilisation de nouveaux outils	6%
réévaluation régulière	13%
vécu dans la relation	4%
ressenti soignant	20%



3.16 RECOURS AUX EQUIPES MOBILES

Q16 : AVEZ-VOUS DEJA EU RECOURS A UNE EQUIPE MOBILE SPECIALISEE DANS LA DOULEUR LORS DE VOTRE EXERCICE EN EHPAD ?

Enfin 46 % des professionnels interrogés déclarent avoir déjà eu recours à une équipe mobile spécialisée.



3.17 DELAI DE REPONSE DE L'EQUIPE MOBILE

On retrouve un délais de réponse de ces équipes spécialisées assez rapide :

- Moins de 7 jours dans 53% des cas
- Entre 7 jours et 1 mois dans 45% des cas.
- Plus d'un mois dans 5% des cas.



4. ANALYSE ET DISCUSSION :

4.1 ANALYSE

Éléments et données phares que relève cette enquête :

- 86% de nos résidents sont déclarés douloureux.
- Dans 89 % des cas une échelle de la douleur a bien été réalisée avec l'utilisation en tête, de l'échelle ALGOPLUS, EN et EVA, aucun recours à l'ECPA, EVS, DOLOPLUS.
- L'information et la plainte douloureuse sont relayées à 71%, aux IDE et ce dans les 24 h.
- 85% de l'information se fait oralement.
- L'action médicamenteuse a lieu dans 65% des cas et en moins de 24 heures pour 67%.
- L'action non médicamenteuse a lieu à 72%, en moins de 24h à 47 %, plus de 3 jours à 42%, elle concerne majoritairement l'intervention de rééducateur.
- 61% restent douloureux, 52% ont été réévalués par une échelle.
- Les problématiques identifiées par les soignants dans leur accompagnement face à la douleur du résident sont :
 - 1) le ressenti du soignant devant la douleur persistante 20%,
 - 2) le délai de mise en place du traitement 18%,
 - 3) l'évaluation 17%,
 - 4) la réévaluation régulière 13%,
- 46% ont déjà eu recours à une équipe mobile spécialisée dans la douleur, dans un délai de moins de 7 jours à 53%.

4.2 DISCUSSION :

Les résultats de l'enquête nous montrent un taux de résidents douloureux dans nos structures important, en corrélation avec les données épidémiologiques précédemment citées et notre postulat de base : la prise en charge de la douleur est insuffisante en EHPAD.

Cette insuffisance de prise en charge est réelle et l'enquête nous permet bien de dégager des points clés, des défaillances dans les étapes de l'accompagnement.

Nous nous apercevons que la primo-évaluation de la douleur est réalisée de manière importante (89%) avec des échelles d'évaluations : ALGOPLUS, EN, EVA : la pertinence du choix de l'échelle est à questionner : pas de recours à l'ECPA et l'EVA n'est pas la plus adapté aux sujets vieillissants.

Cette plainte douloureuse est relayée rapidement dans la journée principalement aux IDE mais de manière quasiment uniquement oralement (85%) : cela pose plusieurs problématiques :

- Si pas de traçabilité dans le dossier de soin de l'évaluation, du résultat de l'échelle, pas de possibilité de comparaison de l'état algique à différents moments.

- Perte d'information sur l'état du résident : pas de continuité dans la prise en charge de la douleur car ne sont informés que les soignants présents. Au changement d'équipe ou d'agent il y a un risque de perte d'information. On sait d'autant plus que le processus d'évaluation de la douleur s'étale sur plusieurs jours, cette traçabilité est donc primordiale.
- Forte probabilité que l'algie ne soit pas traitée car non référencée, le médecin traitant n'en a pas connaissance.

Ce qui peut expliquer pourquoi l'action médicamenteuse n'a été enclenchée que dans 65% des cas.

L'action non médicamenteuse quant à elle est enclenchée dans 72% des cas mais elle relève principalement des rééducateurs : kiné puis ergothérapeute. Cela questionne sur la connaissance des alternatives des traitements non médicamenteux dans le cadre de la douleur : absence dans les établissements des techniques et moyens possibles : musicothérapie, balnéothérapie, snoezelen, cryothérapie, TCC etc... Un inventaire précis des propositions et alternatives est à répertorier au sein de l'établissement, celles sur prescription médicale comme pour la kinésithérapie, celles qui nécessitent une orientation vers une consultation ou un suivi spécialisé : psychologue par exemple.

Les résultats du questionnaire mettent aussi en évidence une interruption dans la prise en charge et la gestion de la douleur de nos résidents : effectivement la réévaluation de la douleur pour nos résidents présentant une persistance de la douleur n'est faite qu'à hauteur de 50 %.

Enfin l'enquête nous révèle que le recours aux équipes mobiles spécialisées dans la PEC de la douleur ne se fait qu'à hauteur de 46 %. Pourquoi ? Est-ce dû à une méconnaissance du réseau de soins gériatrique de nos secteurs ? Nous ne savons pas à quel moment les solliciter ? Est-ce dû à un amalgame du rôle et fonction des équipes mobiles de la douleur et des soins palliatifs ? Y a-t-il une absence ou un délai d'attente important pour les centres de traitement d'évaluation de la douleur les CEDT ? Une difficulté en interne à solliciter un avis extérieur car il imposerait un questionnement de nos pratiques ou autre ?

Cette analyse de résultats nous permet de dégager 4 grands axes de discussion :

- 1 - les freins à la prescription médicamenteuse
- 2 - les freins à la prescription non médicamenteuse
- 3 - les freins à la réévaluation
- 4 - les freins à la demande d'intervention d'équipe mobile

a) Les freins à la prescription médicamenteuse :

La prise en charge médicamenteuse de la douleur chez les résidents d'EHPAD comporte plusieurs étapes clés, notamment une évaluation régulière de la douleur, une gestion pharmacologique appropriée .

1. Délai d'instauration des traitements :

- Bien que 67 % des actions médicamenteuses soient mises en place en moins de 24 heures, il est crucial d'assurer une surveillance continue pour adapter le traitement à l'évolution de la douleur.

Une proportion importante des résidents des maisons de retraite ressent une douleur persistante, certains résidents ne recevant aucun analgésique ou étant sous-traités [1]

Le choix des analgésiques doit être guidé par la gravité et les types spécifiques de troubles de douleur [2]

Pour les résidents souffrant de douleurs neuropathiques, les anticonvulsivants, les antidépresseurs et les opioïdes sont couramment utilisés [3]

Chez les résidents atteints de démence, une approche systématique de la gestion de la douleur peut réduire considérablement l'agitation, réduisant potentiellement le besoin de médicaments psychotropes [4]

2. Manque de protocoles de soins

- L'absence de protocoles clairs peut mener à une variabilité dans les pratiques et risque de retarder la prise en charge adéquate.

3. Suivi et évaluation

- Une évaluation régulière de l'efficacité des traitements est nécessaire pour ajuster les médications. Il faut également documenter systématiquement les réponses au traitement et les effets secondaires. Une surveillance régulière de l'intensité de la douleur est nécessaire. En 2018, les lignes directrices de la Société européenne d'oncologie médicale (ESMO) recommandent d'utiliser l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle d'évaluation numérique (ENR) à cette fin quand l'autoévaluation est possible [5].

- Les résidents doivent avoir le choix entre plusieurs échelles d'intensité de la douleur et être observés pour détecter d'éventuels comportements douloureux [6]

- Des évaluations de la douleur doivent être effectuées régulièrement, dans le cadre d'une intervention multidimensionnelle visant à améliorer les pratiques de gestion de la douleur dans les maisons de retraite [6]

État des lieux :

Prise en charge médicamenteuse :

- 65 % des cas : Action médicamenteuse mise en place pour gérer la douleur.
- 12 % des cas : Aucune action médicamenteuse instaurée.
- 23 % des soignants interrogés ne savaient pas répondre à la question, soulignant un manque d'information.

- Délai d'instauration des traitements :

- 67 % des cas : Mise en place en moins de 24 heures.
- 30 % des cas : Mise en place en moins de 3 jours.
- 2 % des cas : Mise en place en moins de 5 jours.
- 1 % des cas : Mise en place en plus de 7 jours.

Facteurs contribuant à la douleur chez les personnes âgées :

Facteurs physiologiques

- Affections chroniques : Arthrose, douleur neuropathique, etc.
- Obésité : Liée à un stress mécanique accru sur les articulations.
- Modifications neurologiques : Changement dans la substance blanche affectant l'expérience de la douleur.

Facteurs psychologiques

- Dépression : Exacerbe la perception de la douleur.
- Fonction cognitive : Le déclin cognitif peut altérer la perception et la déclaration de la douleur.

Autres facteurs

- Fonctionnement du cortex frontal : Peut influencer la tolérance à la douleur.
- Complexité de la gestion : Différences dans l'évaluation de la douleur et l'utilisation de médicaments chez les personnes âgées.

Bibliographie

- (1). *Jacob H Hunnicutt et al , PUB MED 2017 ,Pain and pharmacologic pain management in long-stay nursing home residents.*
- (2) *Martin Elstad Myrenget et al , PUB MED 2023 Chronic pain conditions and use of analgesics among nursing home patients with dementia.*
- (3) *Attah k Mbrah et al et al PUB MED 2022 Prevalence and treatment of neuropathic pain diagnoses among U.S. nursing home residents.*
- (4) *Bettina S Husebo et al BMJ 2011 Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial.*
- (5) *ESMO 2018 Palliative care in patients with cancer (Management of pain, assessment)*
- (6) *Katherine Jones et al Measuring pain intensity in nursing home residents. PUB MED 2005*

b) Les freins à la prescription non médicamenteuse :

Sur le panel des professionnels de santé interrogé, 53% ont précisé qu'une action non médicamenteuse avait été mise en place. On retrouve alors la kinésithérapie mise en place dans 85% des cas, le recours aux autres rééducateurs avec 1% d'ergothérapie et 1% de recours à la psychomotricité. Le snoezelen est utilisé dans 5% des cas

Qu'en est-il des autres thérapies non médicamenteuses décrites précédemment ?

L'HAS a mis en évidence plusieurs freins à la prescription médicale de thérapies non médicamenteuses (2) (3):

- Tout d'abord le rôle symbolique de la prescription d'un médicament pour les patients consultant leur médecin. Il est étroitement lié à la relation médecin-patient. Effectivement cette relation a été pendant de longues années, asymétrique. Elle naît de la demande d'un patient souffrant adressé à un médecin ayant le « savoir et la connaissance » sur la maladie. Pour le patient, le médecin est connaisseur et expert. Le malade lui est plutôt un sujet passif en attente d'une guérison, d'une amélioration via la prescription d'un médicament , un examen etc. Cette relation et hiérarchisation est bousculée depuis ces 20 dernières années : elle s'inscrit dans la loi du 4 mars 2002 qui oblige le médecin à une information éclairée et donne la possibilité au patient d'avoir l'accès à son dossier médical. Cette loi vise à une plus grande participation et implication du malade dans son processus de guérison. Mais notre génération de résident en EHPAD a tendance à rester dans cette relation médecin-malade paternaliste inégalitaire.

De l'autre coté la formation initiale des médecins généralistes associé le poids de l'industrie pharmaceutique poussent les médecins généralistes aux prescriptions médicamenteuses.

- L'organisation du système de santé incitant peu à la prescription de thérapies non médicamenteuses par manque de temps des professionnels de santé pour proposer et expliquer ces thérapeutiques,
- L'inégalité d'accès sur le territoire aux thérapies non médicamenteuses notamment des professionnels de santé : kiné, ergothérapeute, psychomotricien, psychologues, art thérapeute avec des temps de présence en structure insuffisant ou des délais d'attente long, des restes à charge conséquents pour le résident.
- La preuve de l'efficacité : il existe très peu d'étude et de recherche clinique sur l'efficacité de ces méthodes car il y a des difficultés d'ordre méthodologique.

Les solutions proposées sont :

- Améliorer l'information des médecins et des patients sur les thérapeutiques non médicamenteuses et sur les modalités de recours.

- Améliorer l'adhésion des médecins et des publics aux recommandations sur les thérapeutiques non médicamenteuses.
- Améliorer l'accès à l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses.

Se pose alors la question de notre rôle nous infirmières coordinatrices et médecins coordinateurs dans la mise en place de ces traitements. Ce rôle est majeur et nécessite de protocoliser les prises en charge. En effet si les intervenants extérieurs ont peu recours à ce type de traitement par manque de formation nous avons le devoir de former nos équipes et de protocoliser les prises en charge pour pallier ce manque.

Ainsi notre rôle support prend tout son sens et nous permet de proposer aux résidents une prise en charge de la douleur plus complète.

Bibliographie

[HAS \(2011\). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées](#)
Nino et al. (2018). De la définition des interventions non médicamenteuses (INM) à leur ontologie.
Hegel Vol 8. N°1
Laurie Bourbons (2016). Thèse de médecine. La consultation sans prescription médicamenteuse : perceptions des médecins généralistes, obstacles à la non-prescription, et conditions pour une évolution des pratiques

c) Les freins à la réévaluation :

Les conditions de travail, le manque de temps, la priorisation de certains soins peuvent participer à une négligence de la réévaluation systématique du résident douloureux. Un renforcement des équipes, une réorganisation des tâches en ciblant des soins liés à la douleur permettraient ainsi une meilleure application de la réévaluation de la douleur des résidents et ainsi améliorer non seulement l'efficacité des soins, mais aussi la qualité de vie des résidents.

L'altération de la communication du résident : La réévaluation de la douleur du résident est d'autant plus complexe si celui-ci a du mal à s'exprimer. En effet les outils de réévaluation doivent être mis à jour en fonction de l'état et l'évolution de la personne âgée.

Enfin, la communication de l'équipe soignante est fondamentale pour une prise en charge globale, en particulier de la douleur. Il est important de mettre en place des moments d'échange sur les difficultés rencontrées et proposer des solutions collectives.

Notre enquête en EHPAD objective que la réévaluation de la douleur n'est pas optimale. La création d'un protocole pour permettre la réévaluation systématique de la douleur du résident, comprenant une méthodologie et la fréquence de réalisation favoriserait une meilleure prise en charge de la personne âgée. L'efficacité du protocole doit faire l'objet d'une réévaluation régulière.

La sensibilisation, la formation interne et continue régulière du personnel sont primordiales afin de faciliter la bonne utilisation du protocole, d'améliorer l'accès aux différentes échelles d'évaluation, la formation aux logiciels de soins et la traçabilité. Il faut renforcer la compréhension et l'importance de la réévaluation de la douleur au personnel soignant, en soulignant sa conséquence sur la qualité de vie du résident.

Bibliographie

Tardif, H., et al. (2015). "Évaluation de la douleur en EHPAD : état des lieux et recommandations." Gérontologie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement, 13(4), 367-375.
Bourgeois, M., & Bichat, M. (2018). La douleur chez la personne âgée : évaluation et prise en charge. Paris: Masson.
Gérard, R. (2016). Management de la douleur chez les personnes âgées. Lyon: Éditions VUIBERT.
Haute Autorité de Santé (HAS). (2019). "Recommandations sur la prise en charge de la douleur."

Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). (2021). "Protocoles de prise en charge de la douleur chez les personnes âgées.

d) Les freins à la mise en place d'une équipe mobile :

Les équipes mobiles ayant une expertise dans le domaine de la douleur en EHPAD jouent un rôle crucial dans la prise en charge de la douleur des résidents. Cependant, leur intervention présente certaines limites d'accessibilité. Telle que la disponibilité et la fréquence d'intervention, avec des ressources limitées.

En effet, ces équipes mobiles sont souvent limitées en personnel (infirmiers spécialisés, médecins de la douleur, psychologues, etc.) et ne peuvent pas être présentes en permanence dans chaque EHPAD. Leur passage peut être occasionnel ou sur demande (convention), ce qui peut retarder la prise en charge immédiate de la douleur.

Les secteurs géographiques : Selon la région, toutes les EHPAD n'ont pas forcément accès à une équipe mobile de douleur. Certaines zones rurales peuvent être mal desservies en raison de l'éloignement ou du manque de services spécialisés.

La prise en charge personnalisée peut être un frein selon la complexité des cas par exemple, les équipes mobiles sont souvent appelées pour les cas complexes où la gestion de la douleur nécessite une expertise spécifique. Cependant, elles peuvent ne pas avoir les moyens de suivre régulièrement chaque résident.

La Coordination avec le personnel de l'EHPAD : L'efficacité de l'intervention de ces équipes repose en grande partie sur la collaboration avec le personnel de l'EHPAD, qui doit souvent gérer le quotidien et appliquer les recommandations en l'absence des équipes mobiles.

La Formation et sensibilisation du personnel :

- Si le personnel de l'EHPAD n'a pas été formé adéquatement à la gestion de la douleur ou à l'application des recommandations, l'intervention des équipes mobiles peut perdre en efficacité.
- Les équipes mobiles peuvent offrir des formations au personnel, mais cela dépend de leur disponibilité et des ressources.

Temps de réponse :

- L'accès à une équipe mobile peut être retardé par des contraintes logistiques, notamment en raison d'une forte demande. Cela signifie que le traitement immédiat de la douleur repose souvent sur les équipes internes de l'EHPAD avant que l'équipe mobile ne puisse intervenir.

En résumé, bien que les équipes mobiles de douleur soient un atout majeur dans la gestion de la douleur en EHPAD, leur accessibilité peut être limitée par des facteurs comme la disponibilité, la géographie, la formation du personnel et la coordination interprofessionnelle.

Il existe souvent des conventions signées entre les Équipes Mobiles de Douleur (EMD) et les EHPAD pour encadrer et formaliser leurs interventions. Ces conventions précisent les modalités de collaboration et les responsabilités de chaque partie.

Bibliographie

Dupont, M., & Leroy, A. (2021). Gestion de la douleur en EHPAD : Rôle et limites des équipes mobiles de douleur. Revue Française de Gériatrie, 46(3), 245-252.

· Cet article examine l'efficacité des équipes mobiles de douleur en EHPAD, en mettant en lumière les défis liés à leur disponibilité et à la coordination avec le personnel soignant.

Haute Autorité de Santé (HAS) - "Prise en charge de la douleur chez la personne âgée en institution" Marie-Thérèse Luthringer et al., "Équipes mobiles de gériatrie : pour une meilleure prise en charge des résidents en EHPAD", rapport de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France, 2020 : Ce rapport fournit des informations détaillées sur le cadre d'intervention des équipes mobiles de gériatrie et de douleur dans les EHPAD, ainsi que sur les obstacles logistiques.

5. MEDECIN COORDINATEUR ET IDEC : pilier de la politique institutionnelle de la lutte contre la douleur en EHPAD :

Un travail précis et en collaboration directe avec le médecin coordinateur est à privilégier pour garantir une optimisation de la prise en charge de la douleur . Des actions concrètes en binôme, mais aussi une posture managériale sont nécessaires pour mener à bien cet objectif et tendre à une amélioration de la qualité de vie du résident.

Le médecin-coordonateur et l'IDEC vont pouvoir établir un plan d'action, voici les grands axes que nous proposons :

- A partir du repérage des points de dysfonctionnements dans la gestion de la douleur propre à chaque structure, ils peuvent créer et mettre en place un outil de type protocole ou un arbre décisionnel afin de guider les soignants dans la procédure et les actions à faire pas à pas face à l'algie ou suspicion d'algie du résident. Cela permet à chaque acteur de la prise en charge de savoir à quelle étape il est : primo, seconde, troisième évaluation , quelles thérapeutiques mises en œuvre ? Échec ou pas ? Réajustement nécessaire ? Déclenchement d'une équipe mobile de la douleur ou partenaire conseil ?

Arbre décisionnel en annexe 1

- Mise en place d'un référent douleur IDE ou AS qui permet une valorisation des pratiques professionnelles avec des missions transversales pour les soignants volontaires et motivés.

Ce référent douleur va pouvoir guider et veiller à la bonne utilisation de l'arbre décisionnel, inciter à un recours quasi -systématique lors de plainte ou observation douloureuse etc... Il va promouvoir ou diffuser cette culture de la prise en charge de la douleur au sein de l'EHPAD et sensibiliser à l'amélioration de la qualité de vie du résident, il va remonter les dysfonctionnements...

Un soutien par la formation lui est nécessaire, reconnaître et valoriser son implication également.

- Dans le cadre d'une démarche qualité et de projet de soin d'établissement sur la gestion de la douleur, il faut présenter ce projet et cet outil au personnel soignant sur un temps dédié.

La présence du médecin coordinateur à cette présentation renforce le sentiment de cohésion et de travail pluridisciplinaire. Elle conforte et appuie la nécessité de l'enjeu majeur qui est de soulager la douleur de nos aînés, cela donne du sens et valorise nos missions d'accompagnements.

- Il est important que l'Idec puisse reposer le cadre légal avec son équipe : la considération, l'écoute, le recueil et l'évaluation ne se fait pas au bon vouloir et disponibilité de l'équipe soignante et médicale :

* c'est effectivement un droit fondamental du malade : *ART L 1110-5 du code de la santé publique, loi N°202-*

303 du 04,03,2002 : « ... 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... »

* elle est inscrite dans le code déontologique médicale - *article 37- « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement*

et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique. »

* Elle est une obligation légale pour les infirmiers/res selon leur *décret de compétence du code de la santé*

Publique N°2004-802 du 29 juillet 2004 5 -ème article : ils/elles sont tenues de « participer à l'évaluation de la douleur et du soulagement de la douleur et de la détresse physique et Psychiques des personnes. »

* L'évaluation systématique de la douleur avec des outils d'auto et d'hétéro évaluation est une recommandation officielle de l'ANAES (HAS).

- Pour faciliter l'adhésion au projet il faut valoriser ce qui est fait par les équipes soignantes : dans notre cas il faut mettre en avant que les AS et IDE réalisent des primo-évaluations de manière conséquente. Il faut que l'information soit relayée au médecin traitant afin qu'il puisse prendre les premières mesures analgésiques : c'est un point positif et capital dans l'accompagnement fait auprès des résidents mais cette démarche est à poursuivre et consolider pour un soulagement optimum des résidents douloureux. Il faut pouvoir souligner et acter les points positifs mis en œuvre par les équipes.
- Favoriser et inciter les AS et IDE, ainsi que les rééducateurs à tracer l'évaluation de la douleur dans le dossier de soin informatisé du résident car sans alerte et traçabilité pas de possibilité de mettre en place un dispositif antalgique médicamenteux ou non médicamenteux ni de faire un réajustement thérapeutique.
- Nécessité d'instaurer des formations en interne pour les AS et IDE, de réactualiser les connaissances ou de les consolider. Ces formations peuvent être assurées par le médecin coordinateur.

Pour les AS et faisant fonction d'aide-soignant, il faut évoquer une réalité du terrain : le manque réel de formation des soignants évoluant dans les structures d'EHPAD. Soit par un manque de réactualisation des connaissances soit par la présence d'agents non qualifiés qui exercent et accompagnent nos aînés dans les gestes de la vie quotidienne, ce qui on le sait est un moment crucial de repérage des algies. Nous savons que ces douleurs peuvent être silencieuses, formulées de manière atypique ou tout du moins non verbalisées ou traduites par des changements de comportement, d'habitudes, de l'agitation, des grimaces qu'il faut savoir questionner et relayer de manière pertinente, cela s'apprend, cette observation s'acquière.

La phase de recrutement est également une étape primordiale pour sélectionner du personnel qualifié même sur des missions ponctuelles.

- Travailler et renforcer les conventions de filières avec les partenaires du secteur, c'est une des principales missions du médecin coordinateur mais que doit faire vivre l'IDEC en étant en lien avec ces partenaires : présences à des journées d'informations ou thématique particulière , contacts réguliers par téléphone, sollicitation ou orientation vers ces structures et équipe externe, clarifier les modalités et déclenchements d'interventions de ces intervenants auprès de nos agents.

Un véritable annuaire des partenaires clés doit être également accessible, le réseau de soin de chaque structure doit être alimenté par un travail en coopération.

CONCLUSION

La douleur chez le sujet âgé est un domaine particulièrement important à considérer en santé publique en raison du vieillissement de la population et des risques que la chronicisation de la douleur apporte chez le sujet âgé : un effet cascade avec une qualité de vie nettement impactée, un niveau de dépendance augmenté.

Malgré des connaissances, une structuration, une réorganisation de l'offre de soin gériatrique sur ces dernières années, nous avons vu dans ce travail de recherche que le soulagement de la douleur se heurte à des freins de mise en place de thérapeutique pure, d'offre de soin, de moyens mis à disposition ou à développer en EHPAD et des pratiques qui doivent encore évoluer.

Nous savons également que ces freins sont liés à des problématiques d'ordre économique.

Pour s'extraire de cette impasse il est primordial de recentrer les équipes soignantes et équipes pluridisciplinaires sur les missions premières auxquelles s'engagent nos EHPAD et de manière plus essentielle : offrir une qualité de vie agréable, apporter une réponse aux besoins personnalisés des résidents et cela passe par une diminution des algies lorsqu'elles sont présentes.

Pour cela il nous semble nécessaire d'aider, de guider, de valoriser les soignants au plus proche de nos résidents : les aide soignants, auxiliaires de vie, les infirmier/ières qui vont être le véritable relais de l'expression de la douleur du sujet âgé et pour ainsi dire le premier maillon du processus du traitement de la douleur.

C'est au fil de cette réflexion que nous nous sommes dirigés vers la proposition d'outils à insérer dans la pratique quotidienne des agents.

Nous vous avons présenté notre ARBRE DECISIONNEL mais nous tenions à proposer un kit de thérapeutique non médicamenteuse, au coût tout à fait abordable, il comprend : un CD de RELAXATION, une poche CHAUD/FROID, un diffuseur électrique d'huile essentielle, une planche de point de pression de la main et une huile de massage.

Outre le fait que ses moyens sont d'une utilisation simple (requiert tout de même une information en amont), peu chronophage, de manière quasi-immédiate, en autonomie par les soignants, directement auprès du résident, ils peuvent réellement contribuer à un apaisement du résident, ils ont le mérite d'être une validation de leur plainte douloureuse.

Cet outil crée un espace de disponibilité, d'écoute et permet une action immédiate qui va sécuriser le résident car sa plainte algique directe ou indirecte est entendue. Il va également valoriser le soignant car il devient un acteur direct et de manière relativement autonome dans la gestion et l'appréhension de la douleur. Cela nous semble une des clés pour que l'investissement et le traitement de la douleur qui est l'objectif de tous soit plus efficient.

Il faut pouvoir maintenir cette volonté d'accompagnement de la prise en charge de la douleur malgré toutes les difficultés que rencontrent les EHPAD : manque de personnel, turn-over, l'entrée en EHPAD de plus en plus tardive avec des accompagnements de plus en plus lourds, lassitude des équipes soignantes, difficultés à trouver des médecins traitants et médecins coordinateurs avec des attentes thérapeutiques.

RESUME

La gestion de la douleur en EHPAD nécessite une approche globale, intégrant à la fois les méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses. Une attention particulière à l'évaluation continue, aux protocoles de soins et à la formation des soignants sont essentiels pour améliorer la qualité de vie des résidents. Sensibiliser le personnel à l'importance de reconnaître et de traiter la douleur est fondamental pour répondre aux besoins des personnes âgées en situation de dépendance.

L'utilisation de ces différentes échelles d'évaluation permet d'obtenir une vision complète de la douleur chez les résidents en EHPAD, en tenant compte de leurs capacités de communication et de leurs préférences. Il est important que le personnel soignant soit formé à l'utilisation de ces outils pour garantir une détection précoce et une gestion efficace de la douleur, améliorant ainsi la qualité de vie des résidents. L'évaluation doit être répétée régulièrement pour suivre l'évolution de la douleur et adapter les traitements en conséquence.

Les thérapies non médicamenteuses jouent un rôle crucial dans la prise en charge de la douleur, surtout en milieu gériatrique comme les EHPAD. Ces approches complémentaires permettent d'atténuer la douleur, d'améliorer le bien-être général et de favoriser une meilleure qualité de vie.

L'intégration d'équipes mobiles dans la prise en charge de la douleur en EHPAD représente une évolution majeure dans le domaine des soins aux personnes âgées. Leur expertise, leur capacité à former le personnel et leur approche collaborative permettent une gestion plus efficace et adaptée de la douleur. Leur contribution est essentielle pour améliorer la qualité de vie des résidents, en veillant à un traitement efficace et humain de la douleur dans un environnement souvent complexe.

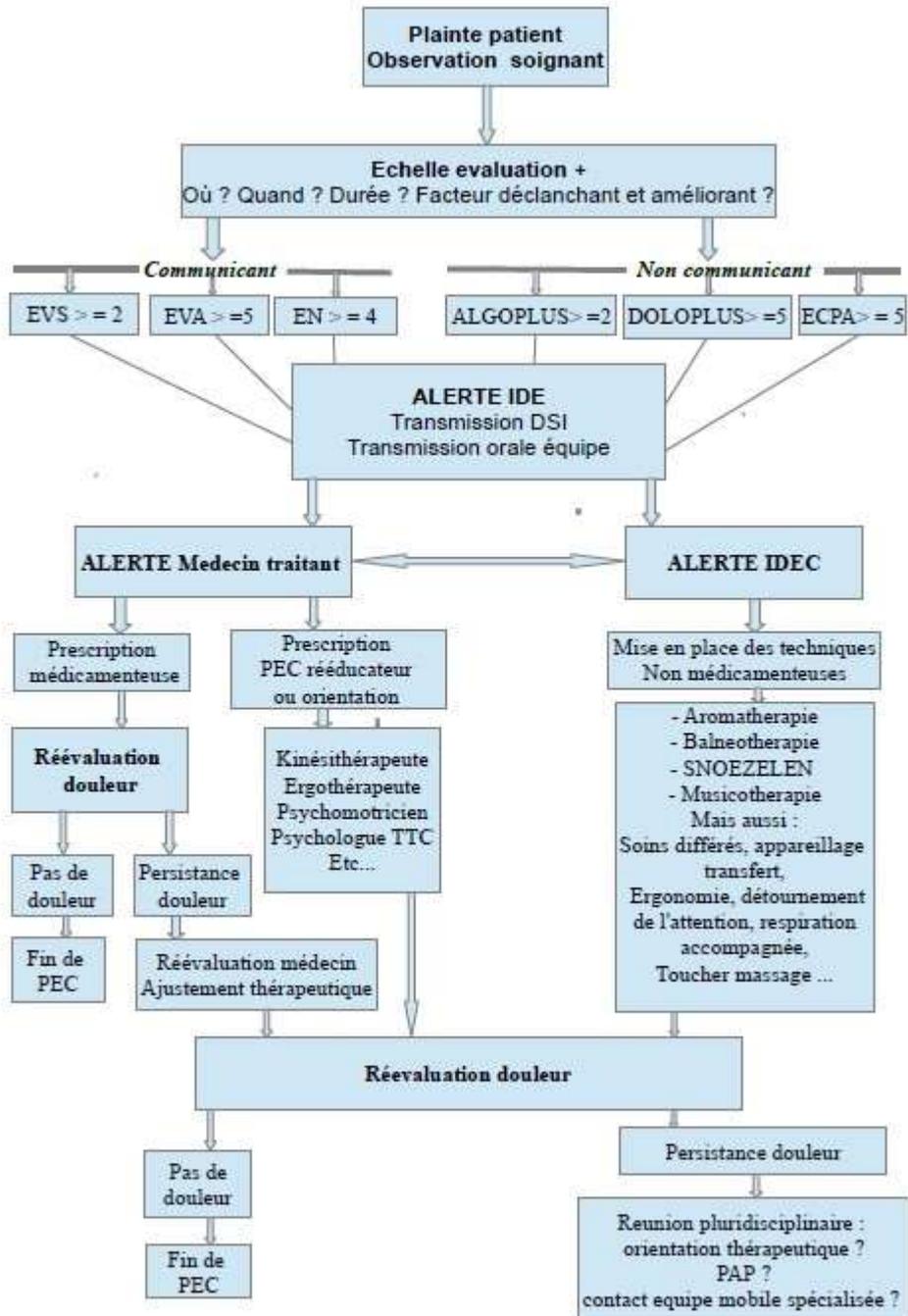
ABSTRACT

Pain management in nursing homes requires a comprehensive approach, integrating both drug and non-drug methods. Particular attention to ongoing assessment, care protocols, and caregiver training is essential to improve residents' quality of life. Raising staff awareness of the importance of recognizing and treating pain is fundamental to meeting the needs of dependent elderly people. The use of these different assessment scales provides a comprehensive view of pain in nursing home residents, taking into account their communication skills and preferences. It is important that caregivers are trained in the use of these tools to ensure early detection and effective pain management, thereby improving residents' quality of life. The assessment must be repeated regularly to monitor the evolution of pain and adapt treatments accordingly. Paramedical therapies play a crucial role in pain management, especially in gerontological settings such as nursing homes. These complementary approaches help alleviate pain, improve general well-being and promote a better quality of life.

The integration of mobile teams in pain management in nursing homes represents a major development in the field of care for the elderly. Their expertise, their ability to train staff and their collaborative approach allow for more effective and adapted pain management. Their contribution is essential to improve the quality of life of residents, ensuring effective and humane treatment of pain in an often complex environment.

Annexes

Annexe 1 : l'Arbre décisionnel



Annexe 2 : **QUESTIONNAIRE**

QUESTIONNAIRE MEMOIRE DU Médecin Coordinateur et IRCO :

La douleur de la personne âgée en EHPAD « : entre le cris du résident et le cris du soignant »

Dans le cadre de la passation d'un Diplôme Universitaire de Médecin coordinateur en EHPAD et Infirmier Référent et Coordinateur (IRCO) en EHPAD et en SSIAD, avec les universités de Paris Cité, nous réalisons un mémoire sur la thématique de la douleur du sujet âgé en EHPAD. Nous vous remercions de répondre en totalité aux 16 questions afin que nous puissions l'exploiter et l'analyser. **Pour choisir une réponse, il faudra l'entourer.** Vous pouvez choisir plusieurs réponses.

Ce questionnaire est anonyme.

Nous vous remercions de votre participation et du temps que vous nous avez accordé.

Q1 : QUELLE EST VOTRE PROFESSION ?

- AS
- AS Faisant Fonction
- IDE
- KINESITHERAPEUTE
- ERGOTHERAPEUTE
- PSYCHOMOTRICIEN

Q2 : COMBIEN DE PATIENTS PRENEZ VOUS EN CHARGE QUOTIDIENNEMENT DANS VOTRE STRUCTURE ?

Q3 : SUR LES 30 DERNIERS JOURS AVEZ-VOUS PRIS EN CHARGE UN OU DES RESIDENTS DOULOUREUX ?

OUI NON

Q4 : SI OUI, COMBIEN DE PATIENTS DOULOUREUX AVEZ-VOUS PRIS EN CHARGE ?

Q5 : AVEZ-VOUS REALISE UNE ECHELLE DE DOULEUR ?

OUI NON

Q6 : SI OUI, QUELLE ECHELLE DE DOULEUR AVEZ-VOUS REALISE ?

- Echelle Numérique (EN)
- Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- Echelle Visuelle Simple (EVS)
- DOLOPLUS
- ALGOPLUS
- ECPA
- AUTRE

Q7 : A QUI AVEZ-VOUS RELAYE L'INFO ? vous pouvez entourer plusieurs réponses

- IDE

- IDEC

- MEDECIN COORDINATEUR

- MEDECIN TRAITANT

- AUTRE COLLEQUE

o A PERSONNE

Q8 : AU BOUT DE COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS RELAYE L'INFORMATION ?

- MOINS DE 24H

- PLUS DE 24H

Q9 : PAR QUEL MOYEN AVEZ-VOUS RELAYE L'INFORMATION ? Vous pouvez entourer plusieurs réponses

o TRANSMISSION ORALE

o MAIL

o MESSAGERIE LOGICIEL

- TRANSMISSION ECRITE

Q11 : UNE ACTION MEDICAMENTEUSE A-T-ELLE ETE EFFECTUEE DANS LE BUT DE DIMINUER CETTE DOULEUR ?

o OUI

- NON

- NE SAIT PAS

SI OUI, SOUS AU BOUT DE COMBIEN DE TEMPS CETTE ACTION MEDICAMENTEUSE A-T-ELLE ETE MISE EN PLACE?

- MOINS DE 24H

- MOINS 3 JOURS

- MOINS DE 5 JOURS

- PLUS D'UNE SEMAINE

Q12 : UNE ACTION NON MEDICAMENTEUSE A-T-ELLE ETE EFFECTUEE DANS LE BUT DE DIMINUER CETTE DOULEUR ?

- OUI: KINE/ SOPHRO /SNOEZELLEN/ MASSAGE/ ERGO/ PSYCHOMOT/ AROMATHERAPIE/ AUTRE (*vous pouvez entourer plusieurs actions*)

- NON

- NE SAIT PAS

- JE N'AI PAS ACCES DANS MON EHPAD A DES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES

SI OUI, SOUS COMBIEN DE TEMPS CETTE ACTION NON MEDICAMENTEUSE A-T-ELLE ETE MISES EN PLACE ?

- MOINS DE 24H
- MOINS 3 JOURS
- MOINS DE 5 JOURS
- PLUS D'UNE SEMAINE

Q 13 : LE OU LA RESIDENTE EST-ELLE TOUJOURS DOULOUREUSE A CE JOUR ?

- OUI -NON

Q14 : LE RESIDENT A-T-IL ETAIT REEVALUER PAR UNE ECHELLE ?

o OUI - NON

Q15 : QUELLES ETAPES VOUS SEMBLANT LES PLUS DIFFICILES A REALISER DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DES RESIDENTS EN EHPAD ?
Vous pouvez entourer plusieurs réponses

- EVALUATION
- SIGNALEMENT
- DELAIS MISE EN PLACE D'UN TRAITEMENT EFFICACE
- UTILISATION DE TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX
- ACCES AUX TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX
 - UTILISATION DE NOUVEAUX OUTILS
 - REEVALUATION REGULIERE DE LA DOULEUR
 - LE VECU DANS RELATION SOIGNANT /RESIDENT
 - LE RESSENTI DU SOIGANT FACE A LA PERSISTANCE DE LA DOULEUR

Q16 : AVEZ-VOUS DEJA EU RECOURS A UNE EQUIPE MOBILE SPECIALISEE DANS LE DOULEUR LORS DE VOTRE EXERCICE EN EHPAD ?

-OUI - NON

SI OUI, SOUS QUEL DELAI L'EQUIPE MOBILE EST ELLE INTERVENUE ?

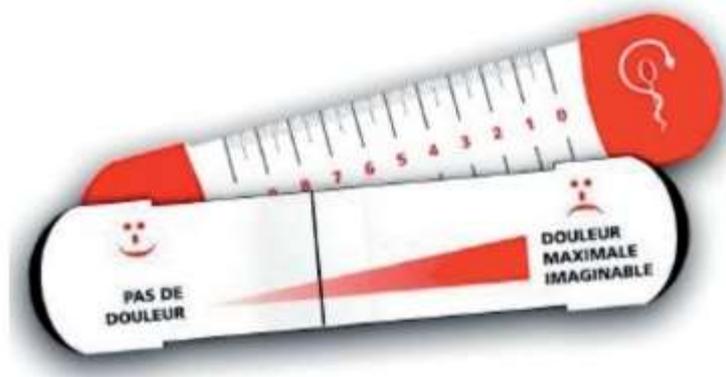
- MOINS DE 7 JOURS
- ENTRE 7 JOURS ET UN MOIS
- PLUS D'UN MOIS

Merci de votre attention !

LES ECHELLES DE DOULEURS

Echelle Numérique (EN)

Pas de douleur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------------------------------



Présentation horizontale

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

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 ou 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 irritatif	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

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

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

^a 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

Echelle verbale simple (EVS)

Elle est constituée de cinq catégories de descripteurs.
Un score est affecté à chaque catégorie.

ECHELLE VERBALE SIMPLE

Quel est le niveau de votre douleur à l'instant présent ?

- 0 Pas de douleur
- 1 Faible
- 2 Modérée
- 3 Intense
- 4 Extrêmement intense



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation compartementale 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/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....						
	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 « Aïe », « 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	<input type="checkbox"/> /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	<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