



Université Paris Cité

Diplôme inter universitaire Promotion : 2023 - 2024 Formation à la fonction de Médecin
Coordonnateur D'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Année universitaire 2023-2024

Le rôle du médecin coordinateur dans la prise en charge de la douleur des personnes âgées en
EHPAD

Directrice de mémoire : Dr Soraya SARAHNI

Mémoire présenté par :

Dr Aseel ALI

Dr Azedine KACIMI

Dr Arezki MEHOUEL

Dr Khaled YESLI

Table des matières

1. Législation sur la douleur.....	3
a. Le plan de lutte contre la douleur 1998-2000	4
b. Le plan national de la prise en charge de la douleur 2006- 2010	4
III. Relation soignant soigné :	6
i. Le soignant :.....	6
ii. Le soigné :	6
iii. La relation.....	6
iv. Quelle est la nature de cette relation ?.....	7
IV. Reconnaître la Douleur et ses conséquences.....	8
i. Définition de la douleur.....	8
ii. Les composantes de la douleur	8
iii. Différents Types de Douleur	9
a. Le mécanisme physiopathologique :.....	9
b. La durée d'évolution :	9
iv. Conséquences de la douleur	10
a. Douleur aiguë :	10
b. Douleur chronique :	10
c. Conséquences sociales et psychologiques :	11
V. Évaluation de la Douleur	12
1. Démarche d'évaluation	12
2. Évaluation de l'intensité de la douleur	12
VI. Questionnaire et Analyse :	14
a. Méthode :.....	14
b. Résumé des Résultats :.....	22
c. Suggestions d'Amélioration :	22
VII. La prise en charge de la douleur :.....	24
i. Prévention de la douleur	24
ii. Obstacles à la gestion de la douleur	24
VIII. CONCLUSION :	28
IX. Ouvrage :.....	29
X. TEXTE LEGISLATIF :	29
XI. ANNEXE	31

REMERCIEMENT

« Nous remercions les médecins coordonnateurs, médecins traitants, les infirmiers, les aides-soignants et les auxiliaires de vie pour avoir répondu à notre questionnaire. Nous remercions aussi le Dr SARAHNI pour sa disponibilité et son aide afin de réaliser cette étude. »

I. INTRODUCTION :

Dans le cadre de la formation DIU Médecin Coordonnateur en EHPAD et Coordination en Gériatrie, nous avons eu l'opportunité d'effectuer un stage au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) privé et médicalisé. Ce stage nous a permis d'explorer et d'approfondir une problématique récurrente que nous avons souvent rencontrée dans ce type de structure.

L'objectif principal de ce stage était de développer des pistes de réflexion et d'action concrètes pour améliorer notre pratique professionnelle, en particulier concernant la reconnaissance et le soulagement de la douleur chez les résidents. La douleur constitue en effet un enjeu majeur pour les soignants en EHPAD, car elle peut engendrer de nombreuses conséquences négatives pour les personnes âgées : dépression, anxiété, limitation des activités, perte d'autonomie, troubles du sommeil, de l'alimentation, voire syndrome de glissement, sont autant de conséquences possibles d'une douleur non ou mal prise en charge¹

La prise en charge de la douleur nécessite une approche globale, prenant en compte non seulement les aspects physiques, mais aussi les dimensions psychologiques et sociales du patient. Cette approche doit être coordonnée au sein d'une équipe pluridisciplinaire, où chaque professionnel de santé apporte son expertise pour garantir une prise en charge optimale.

Dans la première partie de notre travail, nous présenterons le questionnaire que nous avons élaboré ainsi que les réponses des différents intervenants impliqués dans la prise en charge de la douleur en EHPAD. Ensuite, nous justifierons le choix de cette thématique à travers les quatre dimensions du cadre de référence utilisé. Enfin, nous développerons une analyse approfondie des dimensions que nous jugeons les plus pertinentes pour notre étude.

Il est important de noter que la prise en charge de la douleur a été inscrite dans le Code de la Santé Publique, marquant ainsi une évolution significative sur les plans médical, éthique et juridique au cours de la dernière décennie. Ce contexte renforce l'importance de notre réflexion sur ce sujet crucial pour la qualité de vie des résidents en EHPAD.

¹ Farrell MJ, Gibson SJ. Psychosocial aspects of pain in older people. In: Dworkin RH, Breitbart WS, editors. IASP Press; 2004. p. 495–518

II. CADRE DE RÉFÉRENCE

- Législation et santé publique
- Relation soignant soigné
- Reconnaître la douleur
- Évaluation de la Douleur
- Questionnaire Et Analys

1. Législation sur la douleur

Plusieurs articles nous montrent que la prise en charge de la douleur et son évaluation est une obligation légale.

Selon l'Article L.1110-5 : «... 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...»²

La charte du patient hospitalisé comporte 10 chapitres. Il est notamment prévu à l'article 2 : "Au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants³ (cf. Annexe).

Charte des droits et des libertés des personnes âgées en situation handicap ou de dépendances article 9⁴

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Les soins visent aussi à rééduquer les fonctions déficitaires et à compenser les incapacités. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie, à soulager la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets. (cf. Annexe)

La douleur est un véritable problème de santé publique, des plans de lutte contre la douleur ont été mis en œuvre depuis 1998.

² Article L.1110-5 du code de la santé publique issue de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 2 JORF 23 avril 2005 disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685748&cidTexte=LEGI TEX T000006072665&dateTexte=20121005>

³ La charte du patient hospitalisé article 2

⁴ Article 9 Droit aux soins

Ces plans ont permis entre autre de poser un cadre pour continuer à travailler sur la prise en charge de la douleur par des méthodes médicamenteuses mais également non médicamenteuses.

a. Le plan de lutte contre la douleur 1998-2000

Ce programme qui s'inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité des soins dispensés aux malades s'est articulé autour de 3 axes :

- la prise en compte de la demande du patient.
- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins.
- l'information et la formation des professionnels de santé notamment pour mieux évaluer et traiter la douleur⁵

Le plan pour la prévention de douleurs 2002-2005 Ce programme a été créé pour la prévention de douleurs provoquées par les soins. Une des particularités de ce plan a également été la création du CNRD (Centre National de Ressources de lutte contre la douleur) dont un des buts est le développement des études permettant d'évaluer l'efficacité des méthodes non pharmacologiques lors des soins douloureux.⁶

b. Le plan national de la prise en charge de la douleur 2006- 2010

Quatre priorités ont été définies :

1. Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie.
2. Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients.
3. Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.

⁵ 1 Ministre de la Santé et des Solidarités

http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf

⁶ Ministre de la Santé et des Solidarités

http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf

4. Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif.⁷

1. Santé publique :

En France, Au 1er janvier 2016 les personnes de 60 ans et plus représentent environ 25,1 % de la population et les 75 ans et plus représentent quant à eux 9,3 %⁸

La prévalence de la douleur chez le sujet âgé est très élevée et se présente essentiellement, mais non exclusivement, sous forme de douleur chronique. Ainsi, 50 % des 65-84 ans vivant à domicile ressentent des douleurs physiques d'intensité importante (67 % des 85 ans et plus). Ces douleurs entraînent une limitation fonctionnelle pour 42 % d'entre eux (65 % des 85 ans et plus), cette limitation est considérée de niveau important par 40 % des personnes dans cette tranche d'âge⁹

En institution, la prévalence de la douleur varie de 50 % à 93 % selon les études¹⁰ de la douleur chronique des personnes âgées est essentiellement d'origine rhumatismale (70 %), Ces douleurs sont un facteur de morbidité et de perte de l'autonomie chez le sujet âgé. On trouve avant tout les douleurs d'arthrose, qui siègent habituellement aux membres inférieurs (hanche et genou). Elles sont à l'origine d'un handicap important, notamment en cas de poussées inflammatoires avec épanchement. Les douleurs arthrosiques peuvent aussi toucher

⁷ Ministre de la Santé et des Solidarités
http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

⁸ 16 Institut national d'études démographiques. L Tableaux de l'Économie Française Édition 2011. disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>.

⁹ Douleurs chroniques. In : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Paris; 2010.

¹⁰ Pickering G, Deteix A, Eschalié A. Impact of pain on recreational activities of nursing home residents. Aging (Milano). 2001 Feb;13(1):44-8

le rachis et provoquer des atteintes radiculaires. Les atteintes inflammatoires sont également fréquentes en liaison avec des rhumatismes microcristallins (chondrocalcinose, goutte), très douloureux lors des accès aigus)¹¹

Cancéreuse (4%) ou neuropathique (évolutions séquellaires d'accidents vasculaires cérébraux, ou douleurs persistantes post zostériennes)¹²

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge, elle est estimée entre 40 et 70% chez les personnes âgées vivant en institution

III. Relation soignant soigné :

i. Le soignant :

Il est avant tout un être humain, avec sa propre histoire et personnalité. Néanmoins, il doit mettre de côté ses émotions personnelles afin de se concentrer sur l'écoute active du patient, tout en veillant à ne pas projeter ses propres sentiments sur lui. En tant que professionnel, le soignant doit assumer une identité professionnelle, distincte de son identité privée et personnelle.

ii. Le soigné :

Il est unique, et le soin doit être adapté et individualisé pour répondre à ses besoins spécifiques. Il doit être respecté, quelles que soient son sexe, ses origines ou ses croyances, et son état évolue au fil du temps dans un environnement qui lui est propre.

iii. La relation

Le terme « relation » signifie selon Le Petit Robert « tout ce qui dans l'activité d'un être humain implique une interdépendance, une interaction dès lors qu'une modification de l'un

¹¹ Agudelo CA, Wise CM. Crystal-associated arthritis in the elderly. Rheum Dis Clin North Am 2000 ; 26 : 517- 26.

¹² Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. Ann Intern Med. 1995;23(9):681-7

entraîne une modification de l'autre »¹³. Nous pouvons constater à travers cette définition que la relation est décrite comme un lien, un rapport entre un binôme ou plusieurs personnes.

La relation soignant/soigné est une rencontre singulière et imprévisible qui a le plus souvent le corps pour objet et qui met en présence deux sujets en position fondamentalement asymétrique et inégale, l'un doté d'un savoir et savoir faire, et l'autre en souffrance et en questionnement. Il est amené à dévoiler quelque chose de son intimité physique et psychique que seule la règle absolue du secret médicale rend acceptable¹⁴.

La relation nécessite une implication du résidant qui s'ouvre vers une relation soignant soigné, où lui, et le soignant agissent en collaboration avec pour objectif professionnel d'aider le résidant pour sa prise en charge médicale. La qualité de cette relation avec le patient permettra l'optimisation des soins pour soulager les douleurs.

Ainsi une relation de confiance avec la résidante va lui permettre de se sentir en sécurité, et au soignant de rechercher des informations importantes pour la mise en place d'actions appropriées dans la prise en charge des douleurs chroniques.

iv. Quelle est la nature de cette relation ?

Il s'agit de la relation thérapeutique entre un soignant et une personne soignée, marquée par une différence de statut et de rôles. Le soignant a pour mission fondamentale de prendre soin, tandis que la personne soignée se trouve dans une situation de vulnérabilité, nécessitant de l'aide pour une durée variable. Cette relation est influencée par le fait que chaque patient est unique, tout comme chaque soignant, ce qui rend chaque rencontre singulière¹⁵.

La rencontre entre soignant et soigné se déroule dans un contexte particulier où le besoin de soins est au centre. La qualité de la communication établie entre eux devient alors cruciale pour déterminer la nature de la relation qui se développera autour du soin.

¹³ Dictionnaire Le Petit Robert, paris 1996, P1915

¹⁴ Isabelle Moley MASSOL. Relation Médecin-Malade, Enjeux, Pièges et opportunités, Situation pratique DaTeBe, 2007, p.14-15

¹⁵ Formarier, 2007, p. 33

IV. Reconnaître la Douleur et ses conséquences

i. Définition de la douleur

Le terme "douleur" tire son origine du mot latin **dolor**, qui signifie une sensation pénible et désagréable ressentie dans une partie du corps.¹⁶

En latin, *dolor, -oris* évoque la "douleur" ou la "souffrance", qu'elle soit physique ou morale, dérivant du verbe *dolere*. La douleur est définie comme une "sensation physique anormale et pénible ressentie dans une partie du corps, provoquée par le dysfonctionnement d'un organe ou par une agression extérieure."¹⁷

L'International Association for the Study of Pain ¹⁸la définit comme une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage." Cette définition souligne la subjectivité et la complexité de la douleur, admettant l'existence d'une douleur sans causes lésionnelles apparentes. Elle éclaire aussi les notions classiques de discordance anatomo-clinique.

ii. Les composantes de la douleur

La douleur se divise en plusieurs composantes :

- **Le composant sensori-discriminatif** : Ce volet concerne les mécanismes neurophysiologiques qui permettent de décoder la qualité, la durée, l'évolution, l'intensité et la localisation de la douleur. Le décodage de la douleur viscérale ou projetée peut être plus ou moins précis. La réponse nociceptive n'est pas strictement proportionnelle au stimulus et varie selon l'individu et le contexte.
- **Le composant affectivo-émotionnel** : Ce composant donne à la douleur sa coloration désagréable, pénible, voire insupportable. Il peut entraîner des états émotionnels tels

¹⁶ (Le Petit Larousse grand format 2006, page 379)
« DOULEUR n. f. XIe

¹⁷ (Dictionnaire de l'Académie Française, neuvième édition, consulté le 20/02/2012)

¹⁸ (CHAUFFOURADER Claire, DAYDÈ Marie, 2008, page 22)

que l'anxiété ou la dépression. La capacité à atténuer cet aspect affectif est essentielle dans le traitement de la douleur.

- **Le composant cognitif** : Cette dimension regroupe l'ensemble des processus mentaux accompagnant la perception de la douleur. Innée à l'origine, cette perception est modifiée tout au long de la vie par des facteurs sociaux et environnementaux (comme la culture, l'ethnie, etc.). La mémoire sémantique (connaissances et langage) ainsi que la mémoire épisodique (expériences antérieures de la douleur) influencent fortement la perception de la douleur et modulent les réactions comportementales.
- **Le composant comportemental** : Il s'agit de l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez une personne souffrante. Ces signes permettent d'évaluer et de comprendre l'expérience douloureuse de l'individu.

iii. Différents Types de Douleur

La douleur peut être classée selon plusieurs critères :

a. Le mécanisme physiopathologique :

Excès de nociception : Cette douleur est liée à une stimulation excessive des fibres nociceptives, où le cheminement du message douloureux est normal. Elle est généralement à l'origine des douleurs aiguës.

Douleur neuropathique : Provoquée par une lésion nerveuse ou une compression d'un nerf, d'une racine, d'un plexus, ou survenant à la suite de séquelles, cette douleur peut être complexe et persistante.

Douleur psychogène ("douleur sine materia") : L'origine psychogène de la douleur est souvent difficile à identifier et nécessite une attention particulière. Ce type de douleur peut être présent dans certaines pathologies psychiatriques, qu'elles soient névrotiques ou psychotiques, et peut s'accompagner de symptômes d'anxiété ou de dépression.

b. La durée d'évolution :

Douleur aiguë : D'apparition rapide et récente, la douleur aiguë est souvent facile à dater. Considérée comme un "signal d'alarme" utile et protecteur, elle résulte généralement d'un mécanisme unique et se manifeste par une intensité élevée. L'anxiété joue souvent un rôle dans son expression. Ce type de douleur nécessite une démarche diagnostique pour en

préciser l'origine, qu'elle soit somatique ou non. Elle répond bien à la monothérapie. Les exemples incluent les douleurs post-traumatiques, postopératoires, les douleurs de l'accouchement, ou celles induites par les soins.

Douleur chronique : Une douleur qui persiste au-delà de trois à six mois est qualifiée de chronique. Son début est souvent difficile à déterminer, et elle peut être persistante ou récurrente. La douleur chronique résulte d'un mécanisme plurifactoriel, souvent décrit selon un modèle biopsychosocial. Son impact sur la vie de la personne est significatif, la rendant inutile et sans valeur protectrice. On parle alors de "syndrome douloureux chronique", nécessitant une évaluation multifactorielle. Ce syndrome diffère de la douleur chronique classique, car il ne concerne pas les patients qui parviennent à s'y adapter. Les exemples incluent la lombalgie, la douleur neuropathique, ainsi que la douleur cancéreuse liée à une pathologie évolutive maligne. Selon l'INSERM, la douleur chronique touche 15 à 25 % de la population. Son coût socio-économique est élevé en raison de son impact sur la qualité de vie et des recours fréquents au système de soins qu'elle induit.

iv. Conséquences de la douleur

a. Douleur aiguë :

- Source d'anxiété, surtout si elle est inhabituelle ou intense.
- Augmente la vigilance et entraîne une anticipation négative.
- Douleur maîtrisée par des antalgiques = moins d'anxiété.

b. Douleur chronique :

- Dépressiogène, entraîne une perte d'autonomie.
- Moins de mobilité pour éviter la douleur : perte musculaire, baisse des capacités physiques, dénutrition, escarres.
- Risque d'un **cercle vicieux** : douleur → inactivité → aggravation de la douleur.
- Douleurs nocturnes : troubles du sommeil, irritabilité, impact sur la communication avec l'entourage.
- Isolement social, aggravant la dépression.

c. Conséquences sociales et psychologiques :

- Douleurs multiples peuvent entraîner un isolement social.
- L'isolement aggrave l'état dépressif.
- **Conséquences positives** : envie de communiquer, quête d'affection, élan de compassion.
- L'extériorisation de la douleur peut aider à soulager la souffrance en se focalisant sur les autres.

V. Évaluation de la Douleur

1. Démarche d'évaluation

L'évaluation de la douleur requiert une approche pluridisciplinaire visant à répondre aux questions essentielles suivantes :

Type de douleur : Est-elle aiguë ou chronique ?

Mécanisme générateur : Quelle est l'origine de la douleur ?

Intensité : Quelle est la sévérité de la douleur, et comment le traitement peut-il être ajusté en conséquence ?

2. Évaluation de l'intensité de la douleur

Pour mesurer l'intensité de la douleur, nous utilisons des échelles validées et standardisées, qui permettent une auto-évaluation par le patient. Ces échelles peuvent être unidimensionnelles ou multidimensionnelles, et leur utilisation nécessite que le patient soit capable de communiquer.

Échelles unidimensionnelles

Ou auto-évaluation : c'est la méthode de référence pour mesurer la douleur, car le patient est le mieux placé pour la décrire .

Ces échelles permettent une estimation globale de l'intensité de la douleur à l'aide de plusieurs outils :

Échelle Numérique (EN) : Outil simple et validé pour les douleurs aiguës et chroniques, l'échelle numérique demande au patient de noter sa douleur de 0 à 10 (ou 100), où 0 représente une douleur absente et 10 (ou 100) la douleur maximale imaginable. Elle peut être présentée sous forme écrite ou orale.

Échelle Verbale Analogique (EVA) : Composée d'un réglet de 100 millimètres avec une ligne droite graduée, l'EVA permet au patient de positionner un curseur en fonction de l'intensité de la douleur, de l'absence de douleur à la douleur maximale imaginable. La face graduée permet de mesurer l'intensité en millimètres. Cette échelle requiert une certaine capacité de compréhension et d'abstraction, limitant son usage chez les personnes âgées et les enfants de moins de six ans.

Échelle Verbale Simple (EVS) : Utilisée pour les douleurs aiguës et chroniques, l'EVS offre cinq qualificatifs ordonnés : douleur absente, faible, modérée, intense et extrêmement intense (insupportable). Elle est souvent choisie pour les personnes ayant des difficultés à utiliser les autres échelles.

Point critique : La validité des échelles unidimensionnelles est parfois remise en question. Elles peuvent simplifier la douleur en la réduisant à une mesure unique, ignorant son caractère multidimensionnel¹⁹.

Échelles multidimensionnelles

Ces échelles évaluent plusieurs dimensions de la douleur :

Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA) : Adapté du McGill Pain Questionnaire, ce questionnaire propose au patient de choisir parmi seize groupes de mots pour décrire sa douleur, puis de les quantifier de 0 à 4. Il évalue à la fois les dimensions sensorielles et émotionnelles de la douleur, particulièrement utile pour la douleur chronique et neuropathique. Son inconvénient réside dans la nécessité d'un certain niveau de compréhension et de maîtrise du langage, ainsi que dans l'adhésion du patient. Il existe aussi en version abrégée.

Brief Pain Inventory (BPI) : Traduit en français sous le nom de Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD), il est principalement utilisé pour l'évaluation de la douleur cancéreuse.

Multidimensional Pain Inventory (MPI) : Destiné à l'évaluation de la douleur chronique, il évalue divers aspects de l'impact de la douleur sur la vie quotidienne.

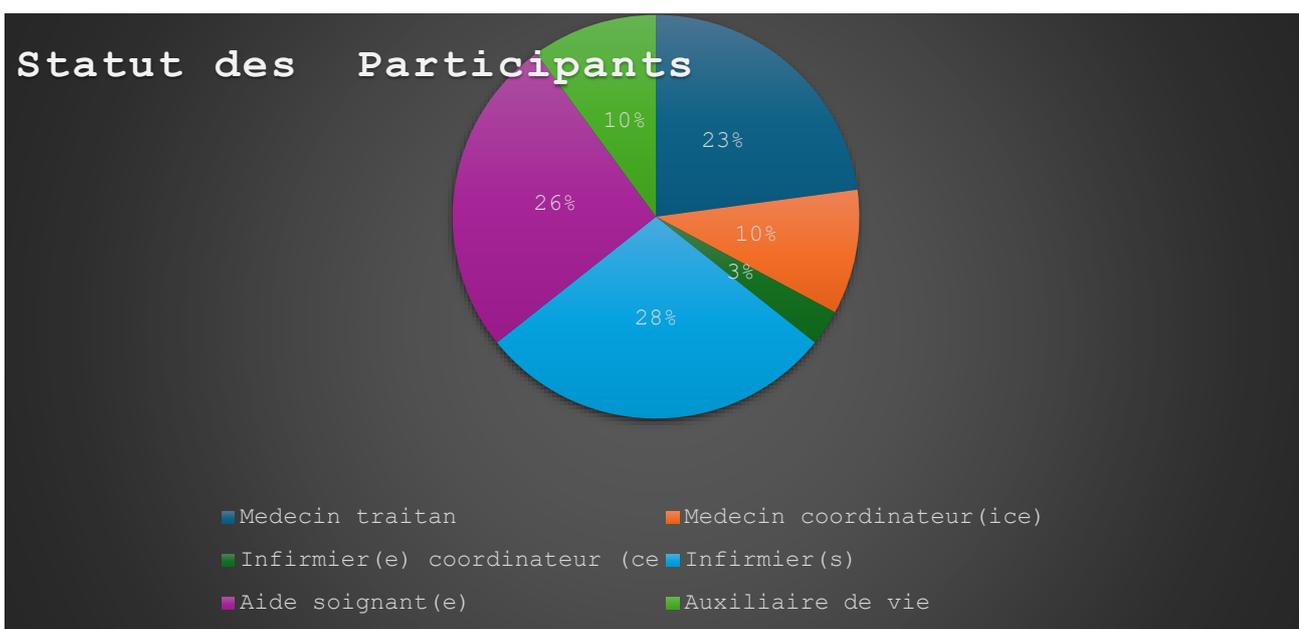
Dallas Pain Questionnaire (DPQ) : Conçu pour les patients souffrant de lombalgie chronique, il aide à évaluer l'impact fonctionnel de la douleur sur la vie quotidienne.

¹⁹ (BROCARD Eric Dr, DEYMIER Valeri, 2006, page 48)

VI. Questionnaire et Analyse :

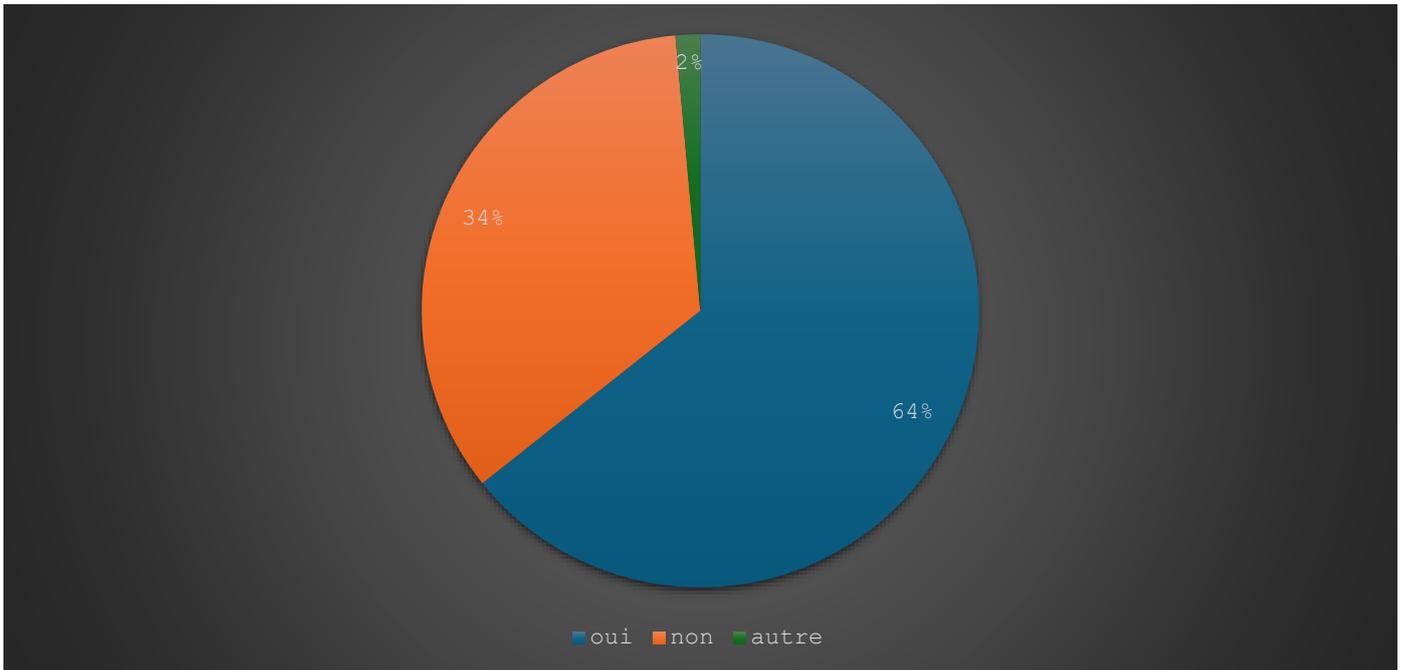
a. Méthode :

Nous avons mené une enquête auprès des intervenants dans plusieurs EHPAD situés dans les départements 92, 93 et 95, afin d'évaluer et d'améliorer le rôle du médecin coordonnateur dans la prise en charge des résidents. Au total, 70 professionnels ont répondu à notre questionnaire, conçu pour recueillir des avis éclairés sur cette fonction clé.



Intervenant	Pourcentage
Médecin traitant	23%
Médecin coordonnateur	10%
Infirmier(e) coordinateur(ce)	3%
Infirmier(e)	28%
Aide-soignant(e)	26%
Auxiliaire de vie	10%

Sur la question les professionnels manquent-ils de connaissances sur la prise en charge de la douleur ?

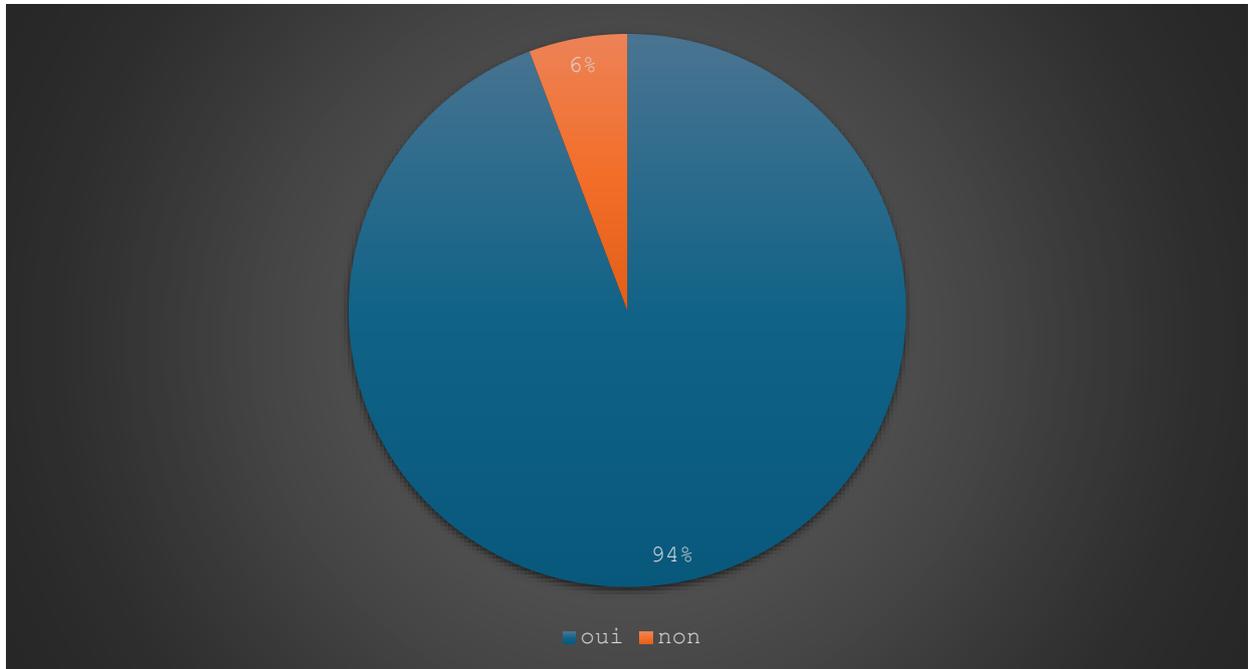


64 % des répondants estiment que les professionnels manquent de connaissances sur la prise en charge de la douleur. Cela indique une majorité significative qui perçoit un déficit de compétence ou de connaissance dans ce domaine. Cette opinion pourrait refléter des préoccupations sur la qualité de la formation reçue par les professionnels de santé ou des lacunes dans la pratique clinique.

34 % des répondants estiment que les professionnels ne manquent pas de connaissances. Cela suggère qu'une partie considérable des personnes interrogées pense que les professionnels de santé sont suffisamment formés pour gérer la douleur. Cette opinion pourrait être basée sur des expériences positives ou une perception de la compétence professionnelle.

2 % des répondants ne sont pas sûrs. Ce petit pourcentage indique une incertitude ou un manque d'information sur le sujet, ce qui pourrait refléter une absence d'expertise ou un manque d'exposition au problème.

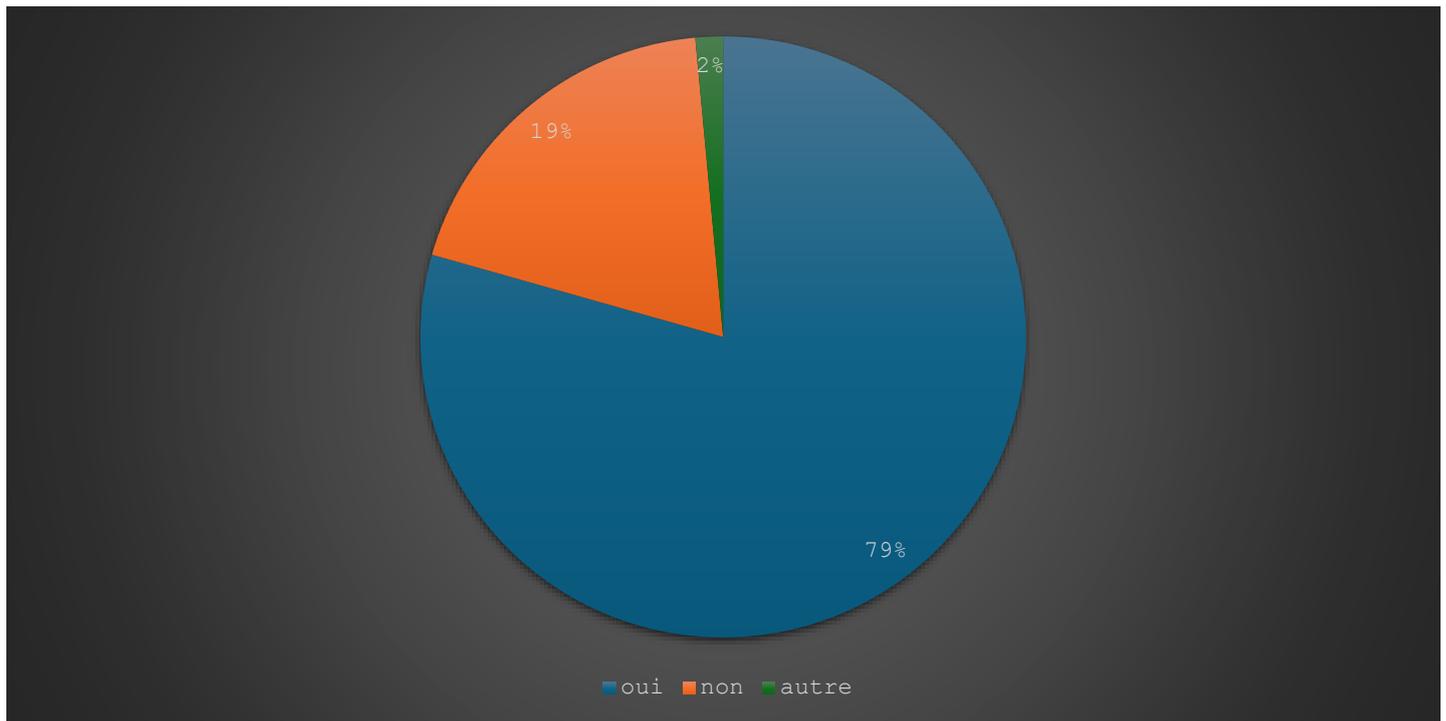
2) la prise en charge de la douleur est-elle une valeur partagée des professionnels ?



Consensus Élevé : Le fait que **94%** des professionnels considèrent la prise en charge de la douleur comme une valeur partagée indique un consensus fort sur son importance dans les soins. Cela montre que la majorité des professionnels sont alignés sur l'importance de gérer efficacement la douleur et qu'ils la considèrent comme une priorité dans leur pratique.

Minorité Restante (6%) : Les 6% des professionnels qui ne partagent pas cette valeur pourraient représenter un groupe où il existe des divergences d'opinion ou des défis dans la compréhension de l'importance de la gestion de la douleur. Il serait utile d'explorer les raisons derrière cette minorité pour identifier des domaines potentiels pour des interventions spécifiques, comme des formations supplémentaires ou des discussions sur l'importance de la gestion de la douleur.

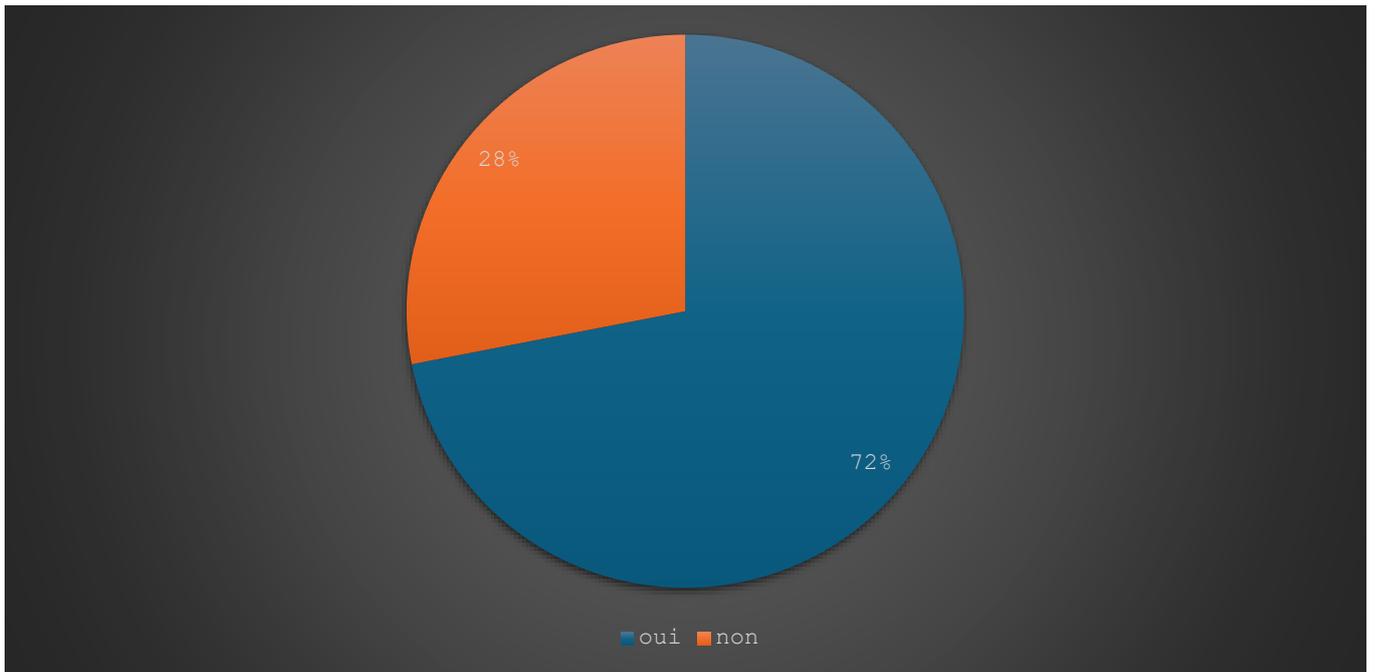
Y a-t-il des formations sur l'évaluation de la douleur et la prise en charge de la douleur ?



Implication : La majorité ayant accès à des formations indique un engagement significatif envers l'amélioration continue des compétences en gestion de la douleur. La présence de difficultés avec les échelles pour 2% des répondants pourrait indiquer des besoins spécifiques en matière de formation ou de soutien pratique.

Opportunités : Il serait pertinent d'évaluer le contenu des formations offertes et de s'assurer qu'elles sont adaptées aux besoins des professionnels. Des sessions de formation supplémentaires ou des ateliers pratiques pourraient être nécessaires pour résoudre les difficultés rencontrées avec les échelles.

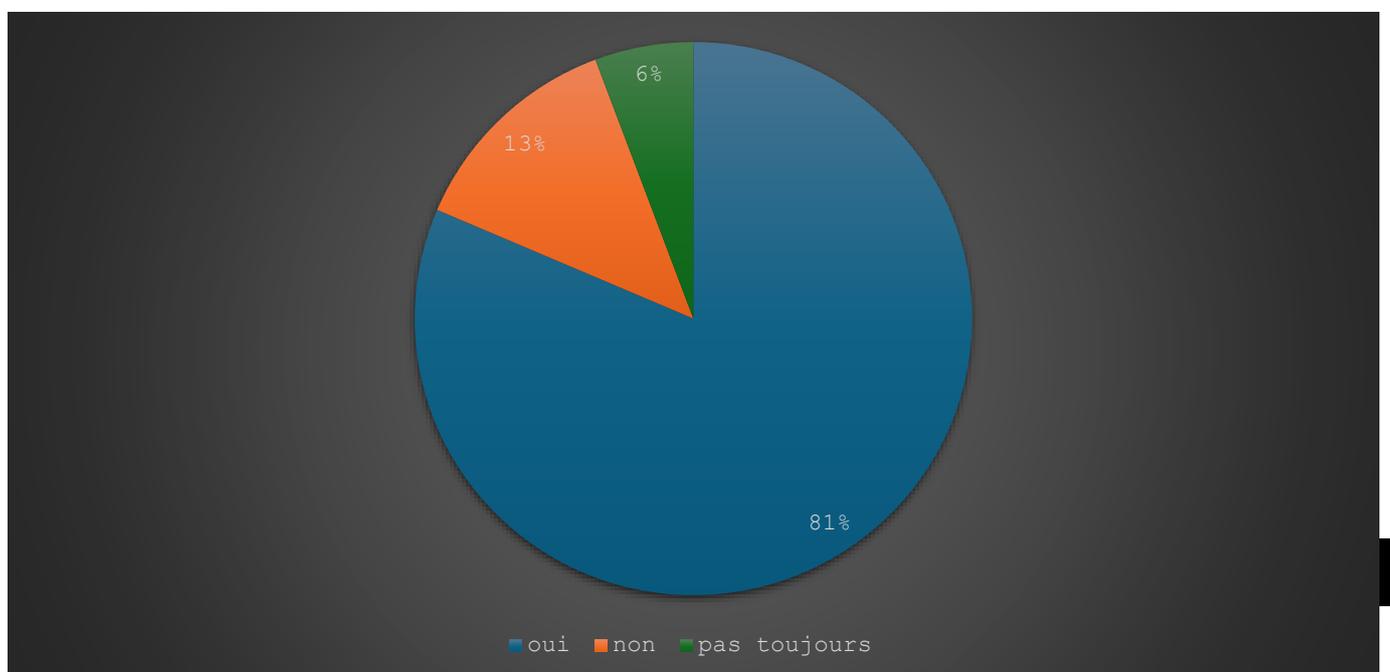
La collaboration entre les acteurs est-elle suffisante ?



Implication : Une majorité considère que la collaboration est suffisante, ce qui est positif, mais les 28% qui jugent la collaboration insuffisante peuvent indiquer des problèmes de communication ou de coordination entre les équipes.

Opportunités : Il serait utile d'explorer pourquoi certains professionnels estiment que la collaboration est insuffisante. Cela pourrait inclure des enquêtes plus détaillées ou des groupes de discussion pour identifier les barrières à une collaboration efficace et mettre en place des stratégies pour les surmonter.

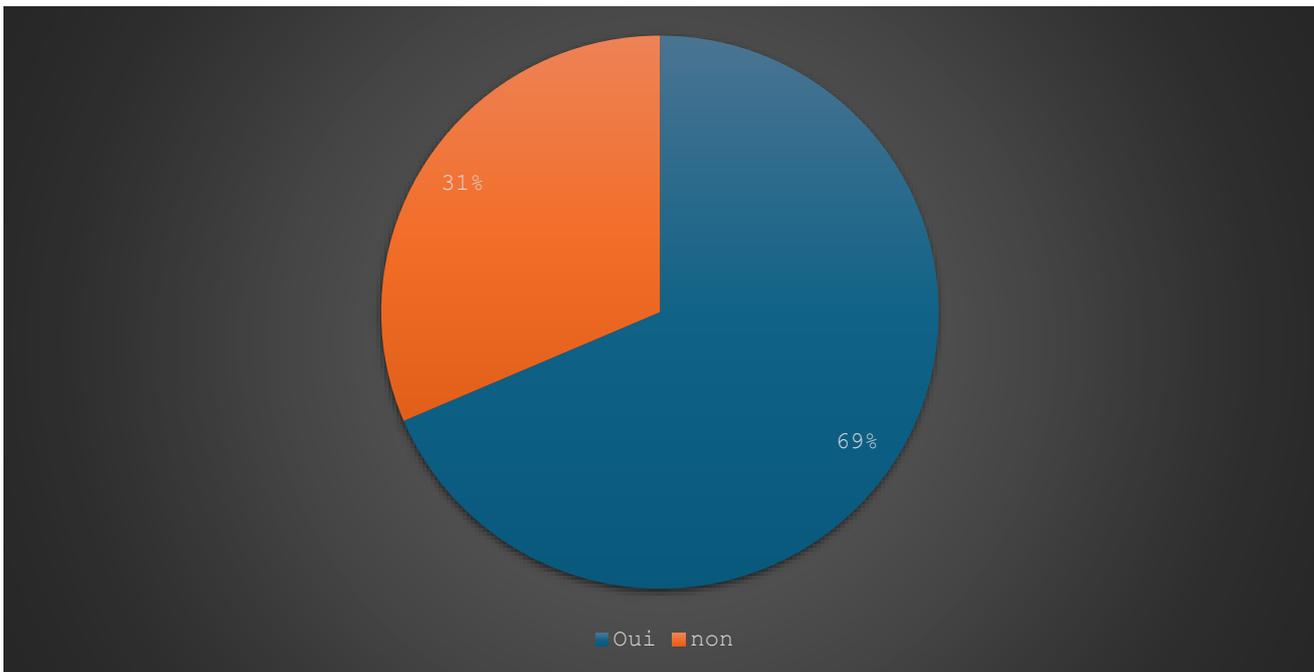
y a-t-il une prescription si besoins ?



Implication : Une majorité confirme l'existence de prescriptions pour la gestion de la douleur, ce qui indique des pratiques structurées. Les 13% sans prescription pourraient représenter des lacunes dans les protocoles ou une variabilité dans la pratique clinique.

Opportunités : Il serait utile de standardiser les pratiques de prescription pour assurer une prise en charge cohérente de la douleur. Une révision des protocoles existants pourrait être nécessaire pour s'assurer qu'ils sont bien suivis et adaptés à tous les cas.

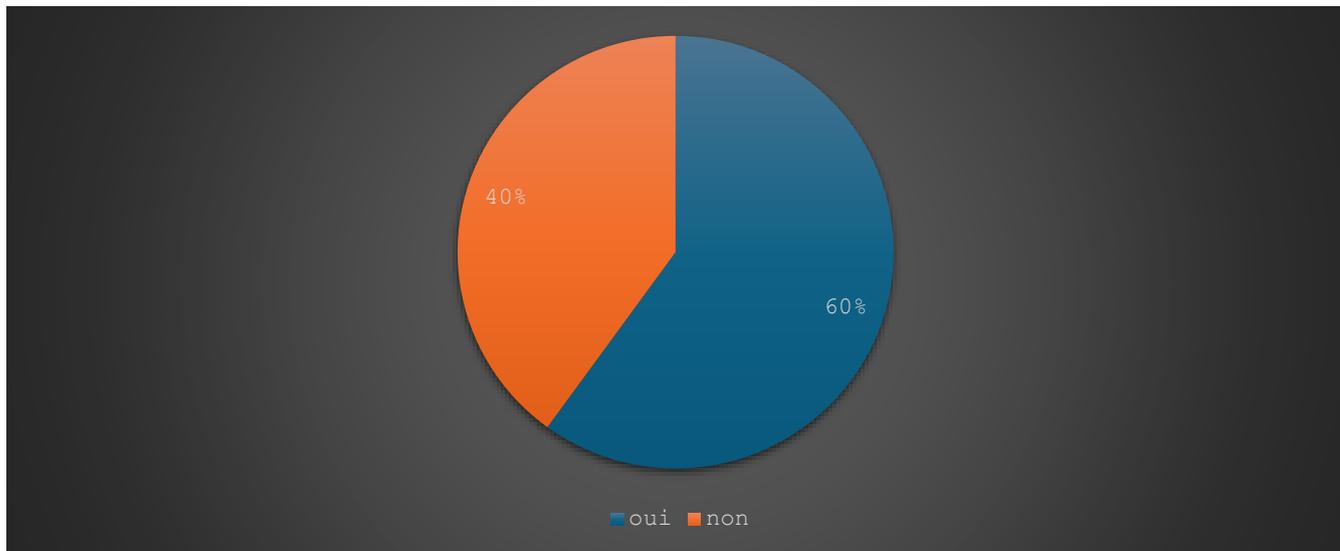
Ya t'il un protocole sur la gestion de la douleur ?



Implication : La majorité ayant un protocole suggère que des lignes directrices sont en place, mais les 31% sans protocole peuvent rencontrer des défis dans la gestion cohérente de la douleur.

Opportunités : Développer et implémenter des protocoles de gestion de la douleur dans les établissements où ils sont absents peut améliorer la cohérence des soins. Il serait également important d'assurer que les protocoles existants sont régulièrement révisés et actualisés

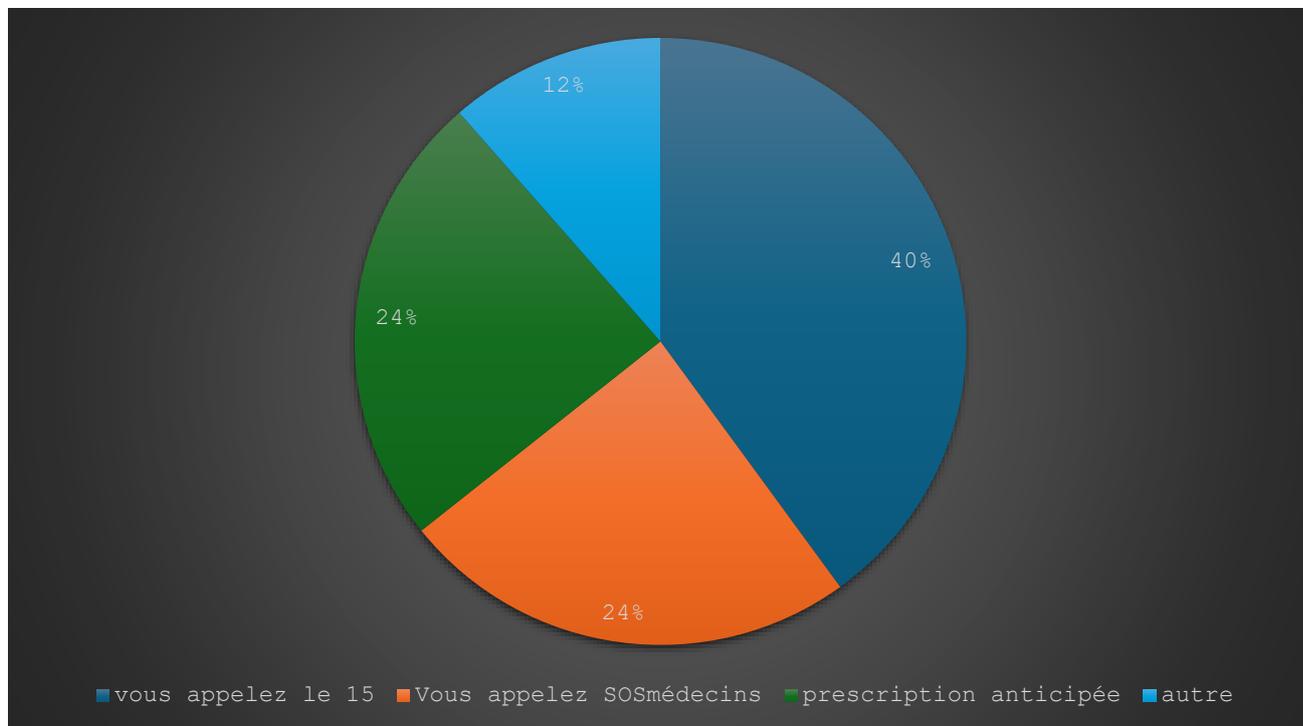
Pensez-vous que travailler avec des IDE vacataires est moins efficace que de travailler avec des IDE en poste ?



Implication : La majorité perçoit les IDE vacataires comme moins efficaces, ce qui peut refléter des préoccupations concernant la continuité des soins et la familiarité avec les protocoles internes.

Opportunités : Il peut être utile d'explorer les raisons pour lesquelles les IDE vacataires sont perçus comme moins efficaces. Cela pourrait inclure une analyse des pratiques de recrutement et d'intégration des vacataires, ainsi que la mise en place de processus pour assurer une transition fluide et une intégration rapide.

En cas de douleur chez un résident, si le médecin traitant ainsi que le médecin coordonnateur sont absents, que faites-vous ?



Implication : Les réponses montrent une approche diversifiée face aux absences des médecins. Appeler le 15 est souvent perçu comme une solution d'urgence, tandis que SOS Médecins et les prescriptions anticipées représentent des alternatives possibles.

Opportunités : Il serait avantageux de formaliser les procédures pour la gestion de la douleur en l'absence des médecins traitants et coordonnateurs. Établir des directives claires pour ces situations pourrait améliorer la réponse aux urgences et garantir une prise en charge rapide et appropriée.

b. Résumé des Résultats :

1. **Forte Adhésion à la Valeur de la Gestion de la Douleur :** Les résultats montrent que la majorité des personnes impliquées (soignants, médecins, etc.) partagent un engagement significatif envers la gestion de la douleur. Cela signifie qu'ils reconnaissent son importance et sont prêts à appliquer les principes associés pour améliorer le bien-être des patients.

2. **Opportunités d'Amélioration :** Malgré cet engagement, plusieurs domaines nécessitent des améliorations :

- **Formation :** Il pourrait y avoir un besoin de formation supplémentaire ou plus approfondie pour les professionnels de la santé. Cela pourrait inclure des sessions de formation régulières sur les dernières pratiques et techniques en gestion de la douleur.
- **Protocoles :** Les protocoles en place pour la gestion de la douleur pourraient ne pas être optimaux. Il est possible qu'il faille revoir et mettre à jour les procédures actuelles pour qu'elles soient plus efficaces et adaptées aux besoins des patients.
- **Collaboration :** La coopération entre les différents membres de l'équipe de soins pourrait être améliorée. Une meilleure communication et coordination entre médecins, infirmiers et autres professionnels de santé pourraient conduire à une gestion de la douleur plus cohérente et efficace.
- **Pratiques en Cas d'Absence de Médecins :** Lorsque les médecins ne sont pas disponibles, la gestion de la douleur peut être affectée. Il peut y avoir un manque de clarté sur qui doit prendre en charge les patients en leur absence, ou des pratiques inappropriées pourraient être appliquées.

c. Suggestions d'Amélioration :

1. **Formation Continue :** Mettre en place des programmes de formation continue pour que les professionnels de santé soient toujours à jour avec les meilleures pratiques en gestion de la douleur.
2. **Révision des Protocoles :** Réviser les protocoles existants et, si nécessaire, développer de nouveaux protocoles basés sur les dernières recommandations et meilleures pratiques.

3. **Amélioration de la Collaboration** : Favoriser des réunions régulières et des sessions de formation en commun pour renforcer la collaboration entre les différents membres de l'équipe.
4. **Plans de Gestion en Absence de Médecins** : Élaborer des plans clairs et précis pour la gestion de la douleur lorsque les médecins sont absents. Cela pourrait inclure des directives spécifiques pour les infirmiers et autres professionnels de santé.
5. Faire appel aux équipes mobiles spécialisées en douleur, soins palliatifs, onco-gériatrie, ainsi qu'aux équipes mobiles de gériatrie intra- et extrahospitalières, qui travaillent efficacement à l'appropriation des échelles d'évaluation avec pédagogie et constance, notamment auprès des nouveaux professionnels.
6. Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) encourage les formations spécialisées et soutient les équipes dans un projet de prise en charge améliorée de la douleur. La présence d'infirmiers référents douleur ou d'Infirmiers de pratique avancée en gérontologie est essentielle pour une évaluation optimale de la douleur au sein des équipes de soin.

Au total :

En ciblant ces domaines d'amélioration, il est possible d'augmenter la qualité des soins fournis et d'améliorer encore la gestion de la douleur au sein de l'établissement. Ces ajustements aideraient non seulement à mieux répondre aux besoins des patients mais aussi à optimiser le travail des équipes soignantes.

VII. La prise en charge de la douleur :

i. Prévention de la douleur

La prévention de la douleur chez les personnes âgées est un enjeu essentiel pour garantir une bonne qualité de vie à cette population vulnérable. Une évaluation régulière, une activité physique adaptée, un environnement sécurisé et une prise en charge médicale adaptée permettent de prévenir l'apparition de douleurs chroniques ou de les soulager efficacement. Il est crucial de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé et les aidants à l'importance d'une approche proactive face à la douleur des personnes âgées, afin d'éviter des souffrances inutiles et d'améliorer leur bien-être au quotidien.

ii. Obstacles à la gestion de la douleur

1. Le fatalisme lié à l'âge

- **Croyances liées à l'âge** : Chez de nombreuses personnes âgées, la douleur est souvent perçue comme une conséquence inévitable du vieillissement. Elles intègrent cette idée comme une réalité incontournable de leur quotidien, ce qui peut limiter leur volonté de chercher des solutions pour la soulager.

2. Omniprésence et acceptation de la douleur

- **Normalisation de la douleur** : La douleur devient une constante dans la vie des seniors, au point où elle est intégrée dans leur quotidien. Pour beaucoup, la douleur fait partie de la "nouvelle normalité", ce qui réduit la motivation à la signaler ou à demander de l'aide.

3. Le refus de se plaindre

- **Résistance et preuve de vie** : Il existe une résistance chez certains seniors à exprimer leur souffrance, car se plaindre est perçu comme un signe de faiblesse. La capacité à supporter la douleur devient, pour eux, une manière de montrer qu'ils sont toujours autonomes et actifs, refusant ainsi de céder à la maladie.

4. Crainte de solliciter excessivement les soignants

- **Peur de déranger** : Les personnes âgées peuvent hésiter à exprimer leur douleur par crainte de monopoliser l'attention du personnel soignant. Elles préfèrent souvent

minimiser leurs besoins pour ne pas être perçus comme une charge, ce qui complique la prise en charge efficace de leur douleur.

5. Problèmes de communication liés à la douleur

- **Difficultés à décrire la douleur** : La capacité des personnes âgées à verbaliser ou à décrire précisément leur douleur est souvent entravée par des troubles cognitifs ou de communication, tels que la démence. Cette complexité rend difficile pour les soignants de bien évaluer l'intensité et la nature de la douleur.

6. Évaluation insuffisante de la douleur

- **Difficulté à évaluer la douleur** : Les outils d'évaluation de la douleur, souvent basés sur des échelles subjectives, ne sont pas toujours adaptés aux personnes âgées, notamment celles ayant des troubles cognitifs. Cela rend l'identification précise et la gestion de la douleur particulièrement difficile.

7. Les limites de la prise en charge médicale

- **Impuissance ou ignorance des médecins** : Les professionnels de santé peuvent parfois manquer d'expertise ou de connaissances spécifiques sur la gestion de la douleur chez les personnes âgées, conduisant à une sous-évaluation ou à une prise en charge inadaptée.

8. Surabondance de médicaments, mais sous-médication

- **Trop de prescriptions, mais mauvais ajustement** : Bien que les seniors prennent souvent de nombreux médicaments, ils ne reçoivent pas toujours le bon traitement pour la gestion de la douleur. La complexité réside souvent dans la difficulté à trouver le bon équilibre entre les différentes prescriptions.

9. Problèmes de dosage et de traitement

- **Difficulté à stabiliser les traitements** : Ajuster les dosages des antidouleurs, en particulier pour les personnes âgées, s'avère souvent compliqué. Il est nécessaire de trouver des traitements sur mesure, ce qui implique une surveillance continue et une adaptation fréquente des doses pour minimiser les risques et maximiser l'efficacité.

10. Le refus de la morphine

- **Méfiance vis-à-vis des opioïdes** : Beaucoup de personnes âgées ou leurs familles s'opposent à l'usage de la morphine par peur des effets secondaires, de la dépendance ou d'une association erronée avec la fin de vie. Cela constitue un obstacle à l'utilisation de traitements efficaces contre la douleur.

11. Antidépresseurs et modulation des traitements

- **Recours aux antidépresseurs** : Dans certains cas, des antidépresseurs sont prescrits pour moduler la perception de la douleur. Toutefois, cette approche nécessite une grande attention aux dosages et aux effets secondaires potentiels.

12. Effets secondaires des médicaments anti-douleur

- **Impact des traitements** : Les médicaments anti-douleur, même s'ils sont efficaces, s'accompagnent souvent d'effets secondaires, notamment chez les personnes âgées. Ces effets peuvent entraîner une réticence à suivre les traitements ou une aggravation de l'état de santé général.

13. Prise en charge non médicamenteuse

- **Approches alternatives** : En complément ou en remplacement des traitements médicamenteux, les méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur (thérapies physiques, psychologiques, etc.) offrent des options précieuses pour la prise en charge de la douleur chronique, même si elles sont encore sous-utilisées.

Ces différents freins montrent l'importance d'une approche globale, personnalisée et adaptée aux spécificités des personnes âgées pour améliorer la prise en charge de la douleur.

VIII. CONCLUSION :

En conclusion, ce stage dans un EHPAD privé et médicalisé a été une expérience précieuse qui a mis en lumière l'importance cruciale de la gestion de la douleur chez les résidents. Les données collectées à partir des questionnaires ont révélé un besoin urgent d'amélioration dans la formation des professionnels de santé sur la douleur, ainsi que dans la mise en œuvre de protocoles et de pratiques de collaboration entre les équipes de soins.

Les réponses obtenues indiquent que, bien que la majorité des professionnels considèrent la gestion de la douleur comme une valeur partagée, il existe encore des lacunes dans les connaissances et les compétences en matière d'évaluation et de traitement de la douleur. Ces lacunes, combinées à des problèmes de collaboration et de prescription incohérente, soulignent la nécessité de stratégies d'amélioration continue. L'engagement envers des formations ciblées, le développement de protocoles standardisés et la promotion d'une culture de collaboration peuvent contribuer à une meilleure prise en charge de la douleur.

En outre, le stage a permis de comprendre l'importance d'une approche multidimensionnelle de la douleur, tenant compte de ses aspects physiques, psychologiques, cognitifs et comportementaux. La reconnaissance de ces différents composants est essentielle pour offrir des soins adaptés aux besoins individuels des résidents.

En somme, ce stage a non seulement renforcé notre compréhension de la gestion de la douleur en EHPAD, mais il a également souligné la nécessité d'une amélioration constante des compétences et des pratiques pour garantir la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées. La poursuite de ces efforts est essentielle pour relever les défis actuels et futurs dans les soins gériatriques.

IX. Ouvrage :

1. Farrell MJ, Gibson SJ. Psychosocial aspects of pain in older people. In: Dworkin RH, Breitbart WS, editors. IASP Press; 2004. p. 495–518
 2. Pickering G, Deteix A, Eschalier A. Impact of pain on recreational activities of nursing home residents. *Aging (Milano)*. 2001 Feb;13(1):44-8
 3. Agudelo CA, Wise CM. Crystal-associated arthritis in the elderly. *Rheum Dis Clin North Am* 2000 ; 26 : 517- 26.
 4. Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1995;23(9):681- 7
 5. Dictionnaire Le Petit Robert, paris 1996, P1915
 6. Isabelle Moley MASSOL. Relation Médecin-Malade, Enjeux, Pièges et opportunités, Situation pratique DaTeBe, 2007, p.14-15
 7. (Le Petit Larousse grand format 2006, page 379)
- « DOULEUR n. f. XIe
8. (Formerie, 2007, p. 33
 9. (Dictionnaire de l'Académie Française, neuvième édition, consulté le 20/02/2012)
 10. (CHAUFFOURADER Claire, DAYDÈ Marie, 2008, page 22)
 11. BROCARD Erich Dr, DEYMIER Valeri, 2006, page 48)

X. TEXTE LEGISLATIF :

1. Article L.1110-5 du code de la santé publique issue de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 2 JORF 23 avril 2005
disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685748&cidTexte=LEGITEX T000006072665&dateTexte=20121005>
2. La charte du patient hospitalisé article 2
3. Article 9 Droit aux soins
4. Ministre de la Santé et des Solidarités
http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
5. Ministre de la Santé et des Solidarités
http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf

6. Ministre de la Santé et des Solidarités
http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_d_e_la_douleur_2006-2010_.pdf
7. Institut national d'études démographiques. L Tableaux de l'Économie Française
Édition 2011. disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>.
8. Douleurs chroniques. In : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Paris; 2010.

XI. ANNEXE

Annexe I : Échelle d'évaluation de la douleur

Échelle numérique (EN)

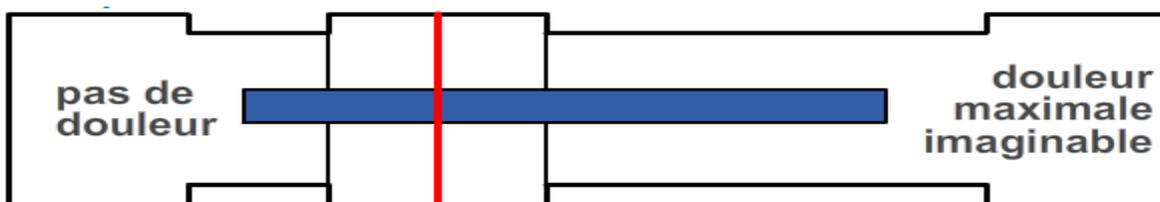
Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------------------------------

Échelle Verbale simple (EVS)

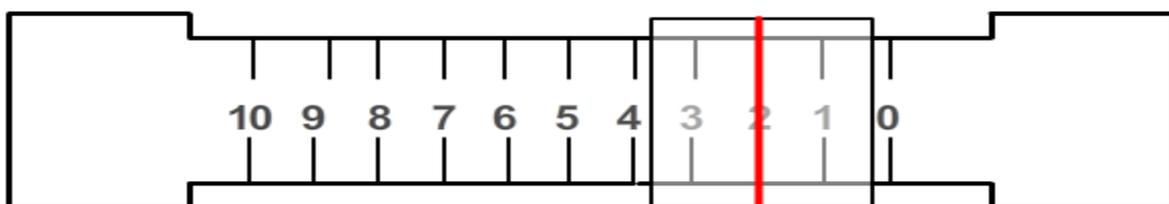
Douleur	Score
Absente	0
Faible	1
Modérée	2
Intense	3
Extrêmement intense	4

Échelle visuelle analogique (EVA)

Face patient



Face de mesure



Échelle Doloplus 2

Évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée

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 nocturne)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
SCORE					

Principes généraux

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

7.1. Annexe III : Charte des droits et des libertés des personnes âgées en situation handicap ou de dépendances

1. CHOIX DE VIE : Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.
2. CADRE DE VIE : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.
3. VIE SOCIALE ET CULTURELLE : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.
4. PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES : Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.
5. PATRIMOINE ET REVENUS : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.
6. VALORISATION DE L'ACTIVITÉ : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.
7. LIBERTÉ DE D'EXPRESSION ET LIBERTÉ DE CONSCIENCE : Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.
8. PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE : La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.
9. ACCÈS AUX SOINS ET À LA COMPENSATION DES HANDICAPS : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.
10. QUALIFICATION DES INTERVENANTS : Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.
11. RESPECT DE LA FIN DE VIE : Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
12. LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR : La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE VULNÉRABLE : Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.
14. L'INFORMATION : L'information est le meilleur moyen de lutter contre
15. l'exclusion

- *Résumé :*

Ce mémoire concerne le rôle du médecin coordonnateur dans la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées en EHPAD.

Il aborde particulièrement le rôle du médecin coordonnateur dans la gestion de la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique.

L'analyse se focalise sur les difficultés rencontrées par les soignants pour assurer une qualité optimale des soins aux résidents.

- *Summary :*

This thesis focuses on the role of the coordinating physician in the management of pain among elderly people in nursing homes (EHPAD). It specifically addresses the role of the coordinating physician in managing both acute and chronic pain. The analysis focuses on the challenges faced by caregivers in providing optimal quality care to residents.