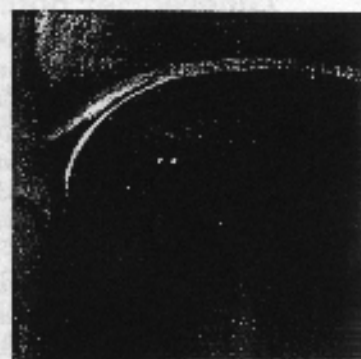




Une aide à la prise en charge de la

DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE



La Société Française
de Gériatrie et Gérologie



Société
Française de
Gériatrie et
Gérologie

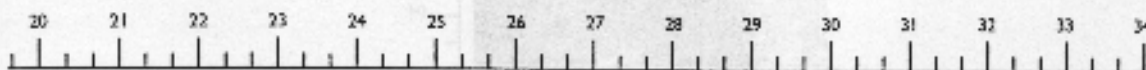
en collaboration
avec



A l'initiative
de la Direction Générale
de la Santé



Ministère de la Santé
et des Solidarités



PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

La douleur concerne la personne dans son unicité

La douleur est une expérience personnelle qui engage la totalité du sujet, avec toute son histoire de vie. Chacun

Toute personne qui exprime une douleur a effectivement mal

interprète et exprime la sensation douloureuse selon sa sensibilité, faite de toutes ses expériences passées. La douleur est une expérience existentielle, individuelle,

intime, et donc subjective. Toute personne exprimant une douleur, par des mots ou des comportements, doit être considérée comme ayant « mal », même si la cause n'est pas identifiée et elle doit être soulagée.

Différencier douleur et souffrance

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion ». Il s'agit donc d'une sensation locale.

La souffrance désigne, quant à elle, une perturbation globale, psychique et corporelle, voire morale. L'accumulation des épreuves de toute une vie a appris à la personne âgée à relativiser, à passer à l'essentiel, mais peut aussi lui avoir fait perdre le goût de vivre. La douleur n'est qu'un élément de la souffrance, qu'il est possible de soulager.

Attention aux douleurs induites

Les soins de pratique courante sont tous potentiellement douloureux (prélèvements sanguins, ponctions, pansements,

Tous les soins de pratique courante sont potentiellement douloureux

poses et soins de sondes ou cathéters, soins d'hygiène, mobilisation du patient, séances de rééducation, etc.). Il ne faut ni méconnaître, ni banaliser ces douleurs induites. Il existe des moyens

pour les prévenir et les soulager, par le recours à des traitements analgésiques, mais aussi par le soin relationnel et une organisation réfléchie du soin. Des soins douloureux répétés sont anxiogènes et renforcent la perception de la douleur, rendant les soins progressivement plus difficiles et plus longs à dispenser.

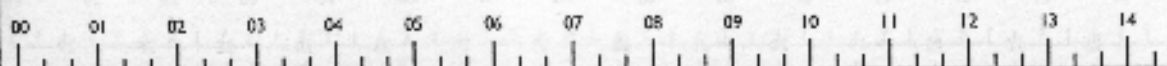
Penser à évaluer systématiquement la douleur, dans les 48 premières heures suivant l'admission

La forte prévalence de la douleur chez la personne âgée et ses répercussions sur l'autonomie doivent faire rechercher

L'absence de plainte n'est pas synonyme d'absence de douleur

systématiquement l'existence d'un syndrome douloureux dans les 48 premières heures suivant l'admission dans un service de soins ou dans une structure d'hébergement. Le

caractère actif du repérage de la douleur est particulièrement important chez les personnes âgées, parce qu'il s'agit d'une population fragile et exposée au risque de douleur du fait des polypathologies, mais aussi parce qu'elles nient souvent l'existence du syndrome douloureux du fait de l'idée reçue : « A mon âge, c'est normal d'avoir mal... », idée qu'elles partagent malheureusement avec les médecins et les soignants, et contre laquelle il faut lutter.



Privilégier l'auto-évaluation

Le patient est le mieux placé pour localiser et évaluer l'intensité de la douleur, puis pour dire si le traitement est efficace ou non. Les échelles globales d'auto-évaluation permettent de mesurer l'intensité de la douleur, mais ne donnent aucune information ni sur la cause, ni sur le mécanisme de la douleur. Si l'auto-évaluation se révèle impossible, non fiable ou discordante, comme chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale, il faut pratiquer une hétéro-évaluation.

L'auto-évaluation implique le rôle actif du patient

Il faut donc s'assurer de la bonne compréhension de l'outil d'évaluation de la douleur par le patient : lui donner des exemples, prendre son temps pour lui expliquer comment utiliser l'outil. Il ne doit coter ni le handicap, ni sa gêne, ni son angoisse, ni sa qualité de vie. La part émotionnelle inévitable de l'auto-évaluation de la douleur empêche toute comparaison de patients entre eux.

Hétéro-évaluation : la bonne échelle est celle que l'équipe a choisie et pratique régulièrement

Le recours à l'hétéro-évaluation de la douleur est réservé aux personnes incapables d'une auto-évaluation, et donc tout

Toute modification de comportement chez une personne ayant des troubles de la communication verbale doit faire rechercher une douleur



particulièrement aux personnes âgées dites non communicantes, parce que devenues incapables de verbaliser leur douleur, parce que non compréhensives ou non-participantes du fait, par exemple, de troubles cognitifs. Il s'agit de grilles d'observation comportementale (du patient par le soignant), dont la cotation doit se faire en équipe pluridisciplinaire. L'aide de l'entourage est souvent nécessaire.

Toutes les échelles d'évaluation ont leurs limites

Aucune échelle n'est parfaite, mais l'évaluation quantitative de la douleur permet le suivi du patient et l'adaptation des traitements. En cas de doute, le recours à un test thérapeutique antalgique doit être envisagé.

La douleur est un symptôme, dont la cause et les mécanismes doivent être recherchés

La douleur n'est que le signal d'alarme d'un processus pathologique, qu'il faut identifier. L'identification du mécanisme générateur de la douleur, nociceptif, neuropathique ou psychogène, et l'identification de la cause permettront d'adapter au mieux les traitements antalgiques et étiologiques.

L'objectif de la prise en charge est d'aboutir à un niveau de douleur toléré par le patient

La prise en charge englobe l'ensemble des étapes entre la recherche de l'existence d'une douleur et le soulagement de cette douleur. Cela signifie évaluer, traiter, réévaluer, jusqu'à soulager la douleur.

Seul le patient peut juger du degré de soulagement de sa douleur

Seul le patient peut dire s'il est soulagé, c'est-à-dire que la douleur a disparu ou qu'elle est devenue tolérable. S'il n'est plus capable de s'exprimer

verbalement, ce sont les soignants et son entourage qui doivent rechercher les signes témoignant d'une douleur et constater l'apaisement éventuel du patient.

Ne pas attendre pour traiter

Soulager la douleur est une urgence. Le diagnostic et le traitement antalgique doivent être menés en parallèle. Si la douleur est un signal d'alarme utile au diagnostic, le soulagement de la douleur ne pénalise pas la démarche diagnostique.

SPÉCIFICITÉS GÉRIATRIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Vieillir n'est pas physiologiquement douloureux !

Une forte prévalence de la douleur

Plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente. La proportion de personnes âgées ayant des douleurs chroniques est d'environ 60%, dont un tiers auraient des douleurs sévères. En fin de vie, la prévalence peut atteindre 80%.

La plainte est rare ou trop souvent négligée, voire méprisée

La prévalence est forte, mais la douleur est rarement exprimée spontanément. Il faut donc d'abord penser à poser la question... tout simplement ! Si une plainte est exprimée, sa prise en

Un patient qui ne se plaint pas n'est pas nécessairement un patient qui ne souffre pas

compte se heurte à l'idée reçue selon laquelle il est normal de souffrir quand on est vieux. Pourtant, la douleur n'est pas une fatalité chez la personne âgée. Le repérage de la douleur nécessite donc une

vigilance particulière, tout particulièrement chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

Les conséquences de la négligence de la douleur peuvent être dramatiques

Une personne âgée qui ne se plaint pas est particulièrement exposée au risque de voir sa douleur ignorée et donc non traitée. Les répercussions en cascade de la douleur peuvent être dramatiques : accélération de la perte d'autonomie, aggravation des handicaps, repli sur soi, anxiété, dépression, anorexie, dénutrition, troubles du sommeil, etc.

Les troubles cognitifs compliquent l'évaluation de la douleur

Les personnes âgées présentant des troubles cognitifs et, devenues incapables d'exprimer verbalement leur douleur, souffrent autant que les autres. Comme les autres, elles ont droit à être soulagées. L'absence de verbalisation oblige les soignants et l'entourage à une vigilance particulière pour détecter tout changement de postures ou de comportements (gémissements, grimaces, raidissement, agitation, gestes de défense, cris, agressivité, repli sur soi, etc.).

Caractère multiple et simultané des étiologies

En gériatrie, les pathologies potentiellement douloureuses sont nombreuses et souvent intriquées : cancers, arthrose, fractures, escarres, zona, etc. Les douleurs mixtes, nociceptives et neuropathiques, sont particulièrement fréquentes.

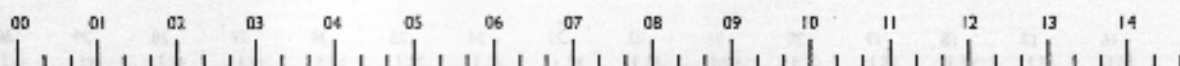
Les douleurs induites sont fréquentes

Les douleurs induites sont fréquentes mais minimisées, voire négligées.

Des adaptations thérapeutiques sont nécessaires

La polypathologie, la polymédication, les insuffisances d'organes (rénale, hépatique, respiratoire, cardiaque) augmentent fortement le risque iatrogène : surdosages, interactions et effets médicamenteux indésirables. Le choix des molécules et les posologies doivent donc être adaptés au grand âge, pour éviter les répercussions sur les fonctions cognitives, l'autonomie et l'équilibre socio-familial, souvent déjà fragilisés.





ÉVALUATION

*Évaluation,
diagnostic,
traitement sont indissociables*



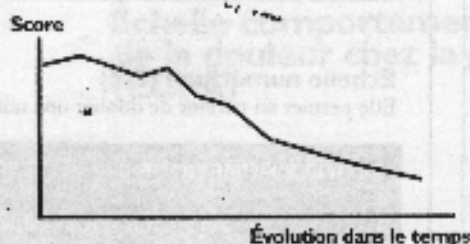
L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR DOIT DEVENIR UN RÉFLEXE

NON, l'évaluation de la douleur ne prend pas de temps spécifique supplémentaire, car c'est une observation attentive du patient PENDANT les soins.

L'évaluation de la douleur fait même GAGNER DU TEMPS puisqu'elle permet de repérer et de traiter le syndrome douloureux, et donc de faciliter le soin.

L'ÉVALUATION DOIT ÊTRE RÉPÉTÉE

Le suivi de la douleur doit être consigné dans le dossier : évaluation, mesures thérapeutiques et réévaluations.

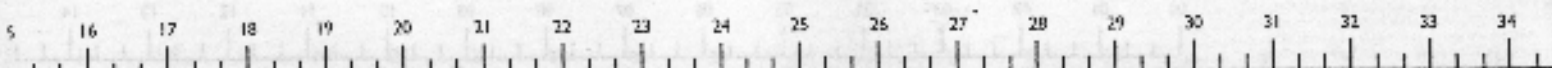


L'ÉVALUATION EST PLURIDISCIPLINAIRE

Deux types d'évaluation de la douleur sont possibles :

L'auto-évaluation : le patient évalue lui-même l'intensité de la douleur

L'hétéro-évaluation : l'observation des comportements du patient par un tiers permet l'évaluation



Auto-évaluation

L'auto-évaluation doit être privilégiée, tant qu'elle est possible.

Les échelles globales d'auto-évaluation permettent une estimation globale de l'intensité de la douleur. Chez la personne âgée, les échelles simples et facilement compréhensibles sont préférées :

BLOC AUTO-ÉVALUATION

NOM : _____
Prénom : _____
Service : _____

ÉCHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)

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

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

ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)

Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur ?

La note 0 correspond à « pas de douleur »
La note 10 correspond à « la douleur maximale imaginable »

FICHES DE SUIVI

Les représentations en couleur de la douleur peuvent être dessinées sur la carte d'auto-évaluation. Elles sont des bandes, reparties en 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000.

Echelle verbale simple (EVS)

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

ECHELLE VERBALE SIMPLE

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

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

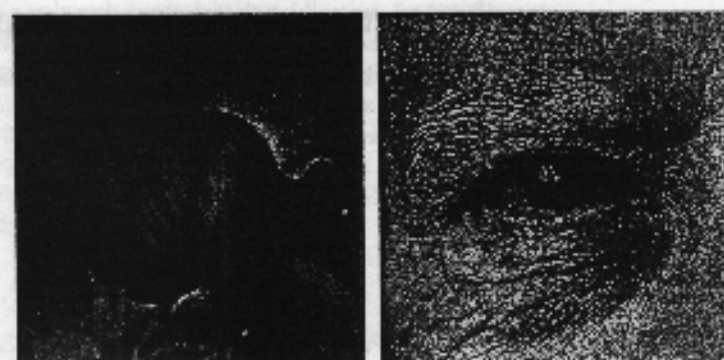
Echelle numérique (EN)

Elle permet au patient de donner une note de 0 à 10 à sa douleur.

ECHELLE NUMÉRIQUE

Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur ?

La note 0 correspond à « pas de douleur »
La note 10 correspond à « la douleur maximale imaginable »



UNE AIDE À LA PRISE EN CHARGE DE **LA DOULEUR** CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

8

16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34

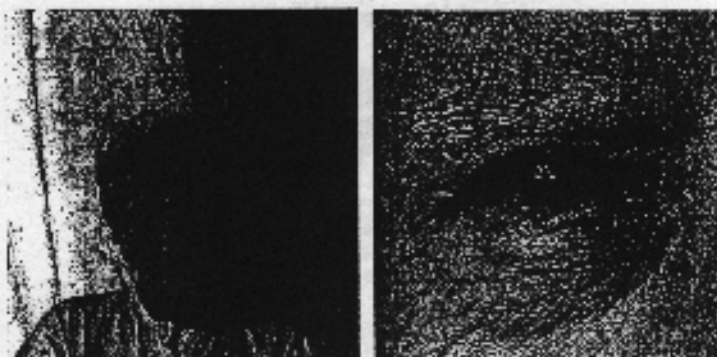
Hétéro-évaluation

Lorsque la communication verbale devient difficile, lorsque les troubles cognitifs altèrent le jugement ou la compréhension, l'utilisation des échelles d'auto-évaluation devient impossible.

L'appréciation du comportement devient l'outil de choix pour évaluer la douleur chez ces personnes. Cette appréciation étant basée sur l'observation du patient par des tiers, soignants et entourage, les échelles sont dites d'hétéro-évaluation.

LES DEUX ÉCHELLES D'HÉTÉRO-ÉVALUATION VALIDÉES SONT :

- _ **Échelle comportementale d'évaluation
de la douleur chez la personne âgée non communicante
(ECPA)**
- _ **Échelle Doloplus®**



ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1 • Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> pas de plainte plaintes uniquement à la sollicitation plaintes spontanées occasionnelles plaintes spontanées continues 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> pas de position antalgique le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle position antalgique permanente et efficace position antalgique permanente inefficace 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> pas de protection protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins protection au repos, en l'absence de toute sollicitation 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4 • Mimique	<ul style="list-style-type: none"> mimique habituelle mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide) 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5 • Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> sommeil habituel difficultés d'endormissement réveils fréquents (agitation motrice) insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6 • Toilettage et/ou habillement	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles peu diminuées (précautionneur mais complet) possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillement étant difficiles et partiels toilettage et/ou habillement impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7 • Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8 • Communication	<ul style="list-style-type: none"> inchangée intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) diminuée (la personne s'isole) absence ou refus de toute communication 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9 • Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...) participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation refus partiel de participation aux différentes activités refus de toute vie sociale 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> comportement habituel troubles du comportement à la sollicitation et transitoire troubles du comportement à la sollicitation et permanent troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3

SCORE

Score total de l'échelle :

ECTA : Échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante

I - Observation avant les soins		II - Observation pendant les soins	
1/ Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effaré et/ou visage crispé 4 : Expression complètement figée	5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soubresauts, gémissements	6/ Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet recule de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible
2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contrairement à son habitude* 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude* * 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	8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	9/ RELATION À AUTRUI Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Évite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s)

PATIENT

Sexe :

Prénom :

Nom :

Âge (ans) :

Date :

Heure :

Service :

Nom du cotuteur :

II. ÉCHELLE ECPA

II.1. Présentation de l'échelle ECPA

Tous les mots de l'échelle sont issus du vocabulaire des soignants sans intervention de médecins.

L'échelle comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4. Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

II.2. Conseils d'utilisation

Les études statistiques de l'ECPA autorisent la cotation douloureuse du patient par une seule personne.

Le vocabulaire de l'échelle n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée. Le temps de cotation varie selon l'entraînement du cotateur, mais oscille entre 1 et 5 minutes.

La seule mais indispensable précaution est de coter la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la deuxième dimension sur la première.

La cotation douloureuse n'a pas de cadre restrictif : on peut coter à n'importe quel moment et répéter *ad libitum*.



ALGOPLUS : Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

NOM :

Date :

Heure :
(hh : mm)

contexte médical :

ALGOPLUS

**Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë
chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale**

	Oui	Non
1 – Visage: Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Regard: Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Plaintes orales: « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Corps: Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Comportements: Agitation ou agressivité, agrippement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total Oui / 5

NB : Entourer pour chaque item le terme correspondant le mieux à votre observation