

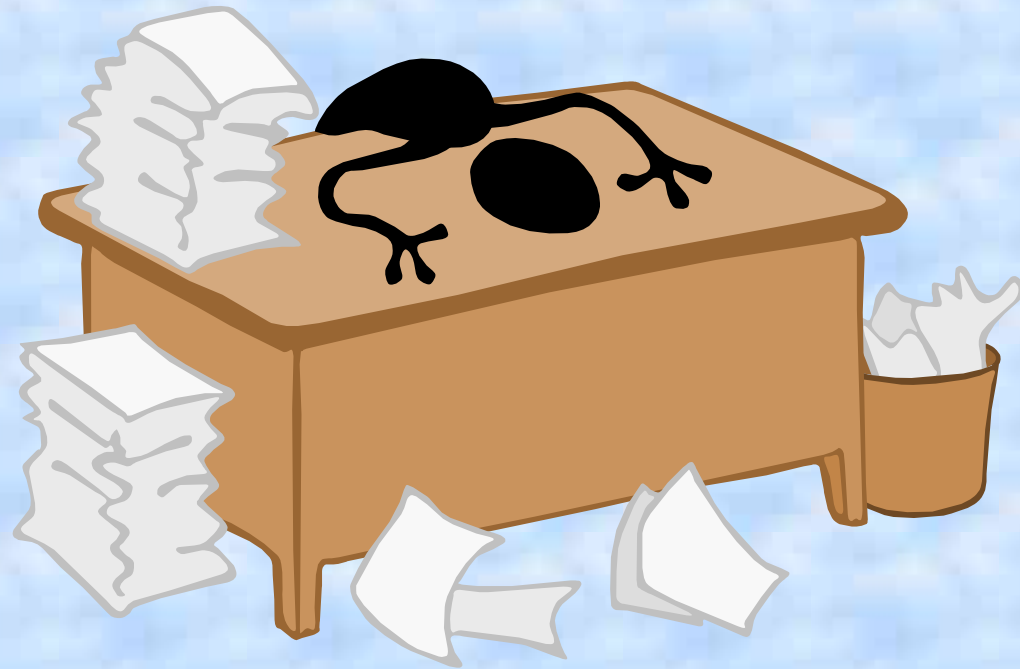
la douleur chez la personne âgée

Bernard Pradines

anesthésiste-réanimateur

gériatre

(ancien PH-PT au SLD-Albi)

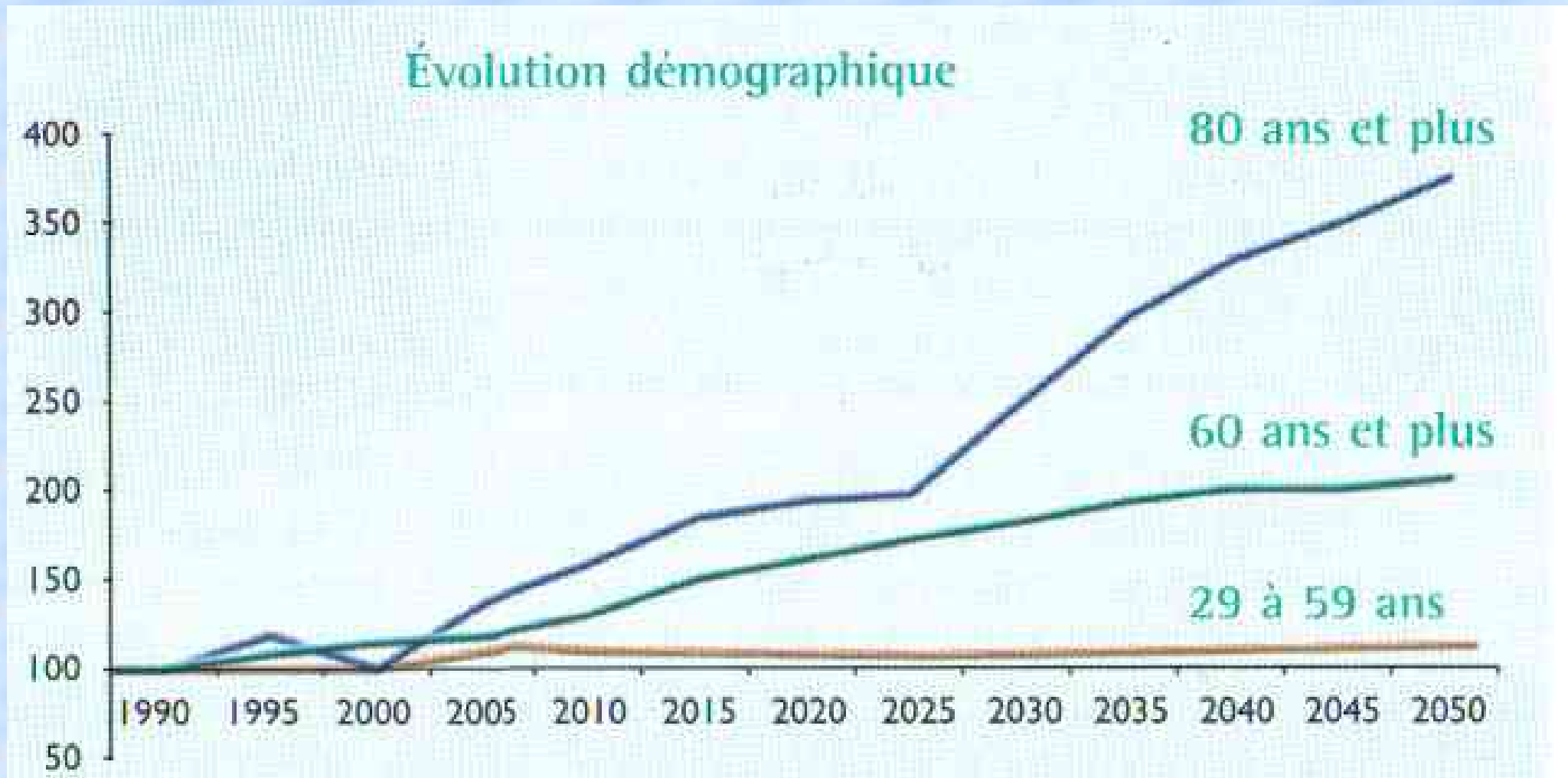


contexte

- **démographie des personnes âgées et très âgées,**
- **augmentation du nombre des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs, soins améliorés,**
- **prévalence des douleurs,**
- **difficultés ou impossibilité de communication des douleurs.**

France

Santé subjective, fréquence des pathologies, recours au médecin, nombre des médicaments, dépendance.





Cancers : 80 %

100 % ?

Lopez-Tourres F, Lefebvre-Chapiro S, Guichardon M, Burlaud A, Feteanu D, Trivalle C. Fin de vie et maladie d'Alzheimer : étude rétrospective dans un service de gériatrie. NPG, Volume 10, numéro 55, février 2010, pages 37-42.

Principales caractéristiques

- **très fréquentes, chroniques, persistantes, souvent de localisations multiples (40%, en moyenne trois localisations pour Ferrell, 1995),**
- **intermittentes** donc sujettes à l'oubli, telles que les douleurs liées le plus souvent aux mobilisations, surtout passives.

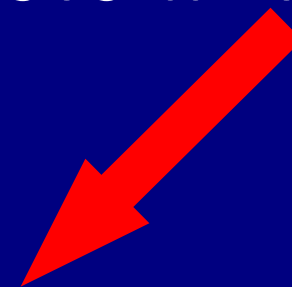
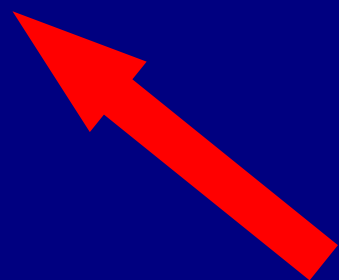
principales caractéristiques

- le plus souvent par **excès de nociception** et localisées à **l'appareil locomoteur** : articulations, os, muscles,

Douleur



Anxiété anticipatrice



Opposition aux soins

- **rapidement invalidantes.**

Etiologies fréquentes des douleurs persistantes

Institution
médicalisée

134 sujets

- Pathologies ostéo-articulaires : 59
- Fractures anciennes : 11
- Neuropathies : 8
- Pathologies malignes : 3
- Spasmes musculaires : 1
- Autres : 2
- Aucune pathologie rapportée : 50

Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. J Pain Symptom Manage 1995 Nov;10(8):591-8

Objectifs

- **dépister,**
- **diagnostic positif et diagnostic différentiel,**
- **évaluer,**
- **indispensables pour traitement adapté,**
- **oui mais ... non communicant ?**
- **dyscommunicant ou non-verbalisant.**

→ **Obstacles diagnostiques**

- visites médicales trop ponctuelles pour dépistage,
- sites douloureux habituels d'abord par interrogatoire et questionnaire écrit remis à la famille ou aux proches : pathologie ostéo-articulaire, chutes, constipation, rétention d'urines ...
- contexte pathologique et thérapeutique.

→ **Obstacles psychologiques**

- **Obstacle général : fatalisme,**
- **Obstacles liés au patient,**
- **Obstacles dans l'entourage du patient,**
- **Préjugés sur les opioïdes.**

→ **Obstacles thérapeutiques**

- **L'insuffisance thérapeutique,**
- **L'excès thérapeutique,**
- **L'abandon thérapeutique,**
- **Variabilité de la réponse, inter, intra,**
- **Faible marge thérapeutique.**

→ **Obstacles liés à l'organisation des soins**

- ♦ **La fragmentation des soins,**
- ♦ **Les objectifs de soins,**
- ♦ **La formation des intervenants,**
- ♦ **Les consultations spécialisées et équipes mobiles.**

Des progrès récents

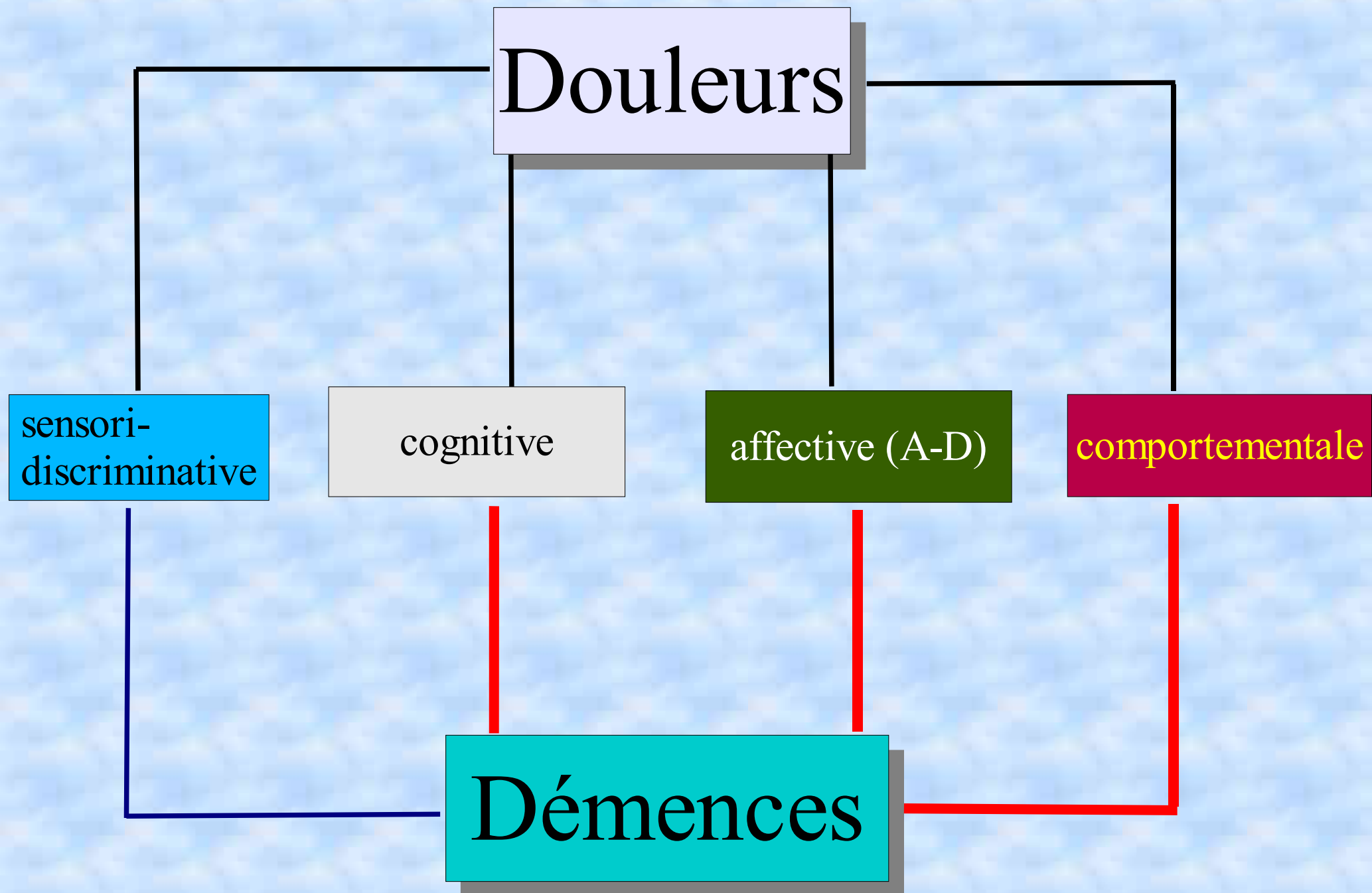
▣ Limoges 1999, ANAES octobre 2000, AGS 2002,

▣ échelles d'hétéro-évaluation : Doloplus (2001), ECPA (2007),
Algoplus (2007),

▣ auto-évaluation préférable,

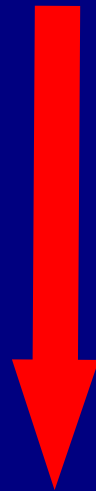
▣ périmètre de marche,

▣ douleurs neurogènes : DN4 (2005).



Retentissement fonctionnel de la douleur

diminution de la qualité de vie, sommeil, fonction immunitaire, ADL



Situation fonctionnelle liée aux
démences : motrice, appétit,
sommeil, sociabilité... 4 D

Interrogatoire et examen clinique sont combinés

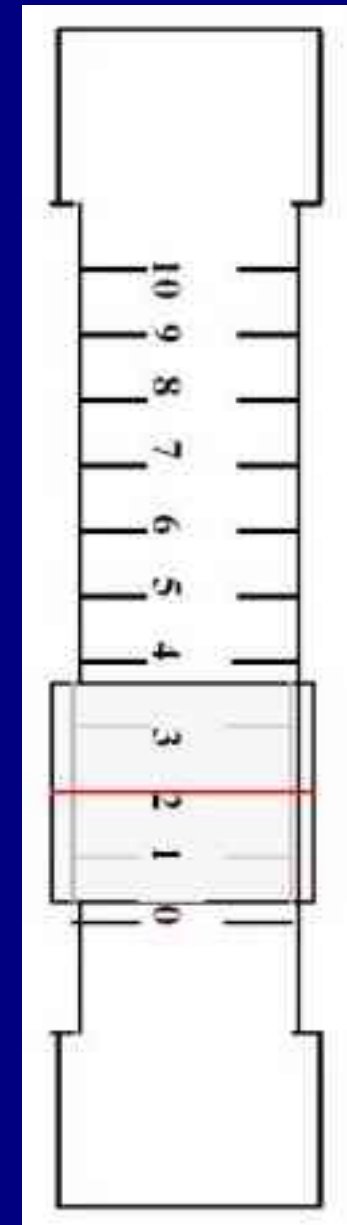
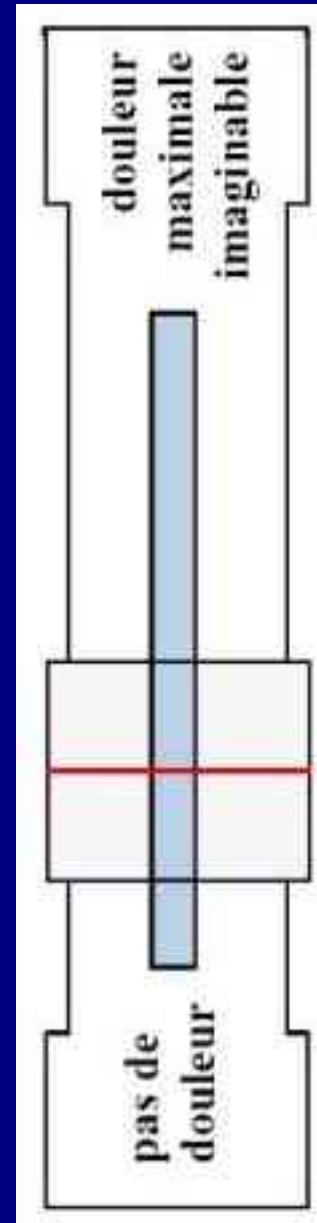
**L'examen clinique
éventuellement comme
celui d'un polytraumatisé :
systématique et répété.**

Comment évaluer les douleurs ?

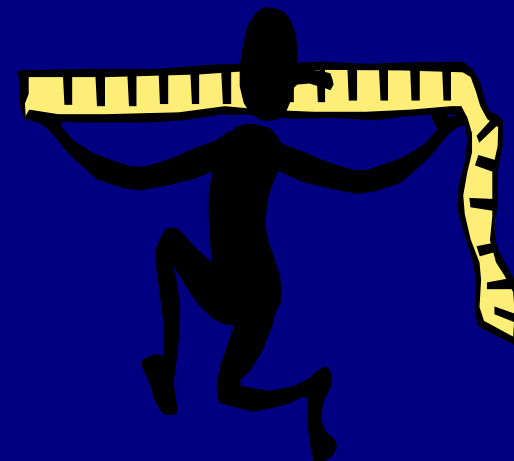
Echelle

Visuelle

Analogique



Echelle numérique



■ de 0 (aucune douleur)

■ à 10 (douleur maximale imaginable)

Echelle verbale simple

TF : douleur très forte

F : douleur forte

M : douleur moyenne

L : douleur légère

0 : aucune douleur

Au repos et aux mobilisations et soins

Limites de l'EVS

- ▶ minimum de verbalisation et de cohérence : oui et non fiables,
- ▶ évaluation ponctuelle, sujette à l'oubli dans le cas des douleurs intermittentes,
- ▶ réponse suggérée ou de type automatique, positive à la question posée,
- ▶ comparaison avec le résultat de l'EN,
- ▶ non verbal plus significatif que le verbal.

Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1: La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

- 1 - Brûlure
- 2 - Sensation de froid douloureux
- 3 - Décharges électriques

oui

non

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

- 4 - Fourmillements
- 5 - Picotements
- 6 - Engourdissement
- 7 - Démangeaisons

oui

non

EXAMEN DU PATIENT

Question 3: La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence?

oui

non

8 - Hypoesthésie au tact

9 - Hypoesthésie à la piquûre

Question 4: La douleur est-elle provoquée ou augmentée par:

10 - Le frottement

oui

non

Questions complémentaires

- ▶ avez-vous mal maintenant, en ce moment ,
Où ? Comment ?
- ▶ êtes-vous soulagé(e) par une position particulière ?
- ▶ la douleur est-elle supportable ?
- ▶ voulez-vous un nouveau médicament ou davantage de médicaments contre la douleur ?

Aspects thérapeutiques de l'évaluation

- Echelle de soulagement,
- Echelle de Rudkin.
- Evaluation des effets secondaires
autres que sédation,
- Test antalgique ?
- Placebo ?

Evaluation cognitive, signification de la douleur.

Mini-GDS

1. Vous sentez-vous souvent **découragé(e) et triste** ?
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est **vide** ?
3. Etes-vous **heureux(se) (bien)** la plupart du temps ?
4. Avez-vous l'impression que votre situation est **désespérée** ?

Comment s'adresser à un malade présentant des troubles cognitifs sévères ?

1. Éliminer distraction,
2. **Visage** éclairé par lumière,
3. Phrases **simples**, des questions **positives**,
4. Attendre la **réponse**,

Comment s'adresser à un malade présentant des troubles cognitifs sévères ?

6. **Répéter** en articulant : "prêtre dans son église".

7. **Reformuler,**

8. **Éviter d'interrompre,**

9. **Faire décrire,**

10. **Parler lentement.**

11. **Imiter l'accent ? Gestuelle ?**

~~auto-évaluation~~

24 mars 2003

SSLD Albi



auto-évaluation assistée

59

59 dont

21



hétéro-évaluation

26

Anamnèse

- Pouvez-vous décrire des localisations douloureuses chez votre parent (par exemple lombalgies, douleurs des membres inférieurs...) ? **gros orteil droit**
- Quelle attitude adoptait-il (elle) lors des douleurs : négation de la douleur ou au contraire manifestations expressives ? Lesquelles ? **«elle se plaint »**
- Si votre parent(e) est incapable de s'exprimer, avez-vous remarqué une attitude particulière quand il (elle) souffre ? **prostration**

Ce qui se voit :

expression faciale, position,
mouvements,

**Entourage
immédiat !**

Ce qui s'entend :

vocalisations,

Ce qui se touche :

crispation,

Ce qui se mesure :

pouls, PA, fréquence respiratoire.

Notation d'items d'hétéro-évaluation

* expression du visage : mimique et regard
crispés.....18,93 +/-
1,58

* plaintes non verbales exprimées pendant le soin
telles que : cris, gémissements, geignements,
grognements, soupirs18,89 +/- 1,47

* réactions pendant la mobilisation à type de
crispation 17,80 +/- 2,56



Saint Julien en Genevois octobre 2010

Notation d'items d'hétéro-évaluation

- * changement de comportement...16,67 +/- 2,95
- * protection, soutien, frottement, ou massage d'une zone suspecte...16,21 +/- 3,60
- * mouvements réduits ou mobilité réduite, hors et/ou dans le lit ... 15,60 +/- 3,79
- * troubles du comportement à type d'agitation...15,50 +/- 3,72

En France

- * Doloplus 2,
- * ECPA,
- * Algoplus.

Quels outils pour les sujets âgés non-verbalisants ?

Doloplus 2

- 10 items cotés de 0 à 3, retentissements somatique, psychomoteur, psychosocial,
- apprentissage,
- équipe pluridisciplinaire de préférence,
- score global à considérer,
- seuil 5 mais si derniers items : douleur peu probable,
- ancienneté, validation, site Internet,
- frein : considéré comme long ...

Quels outils pour les sujets âgés non-verbalisants ?

ECPA-2

- **âge égal ou supérieur à 65 ans,**
- **8 items (4 + 4) avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4 : de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale),**
- **cotation possible par une seule personne,**
- **coter la dimension « observation avant les soins » réellement avant les soins et non de mémoire.**

Quels outils pour les sujets âgés non-verbalisants ?

Algoplus

- **1. Visage : froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé,**
- **2. Regard : regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés,**
- **3. Plaintes orales : « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris,**
- **4. Corps : retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées,**
- **5. Comportements : agitation ou agressivité, agrippement.**

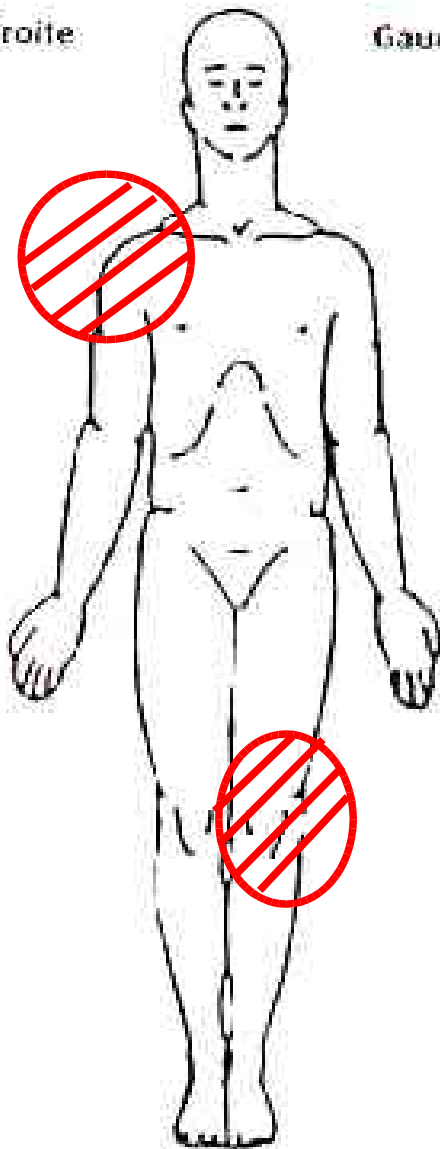
Quels outils pour les sujets âgés non-verbalisants ?

Algoplus

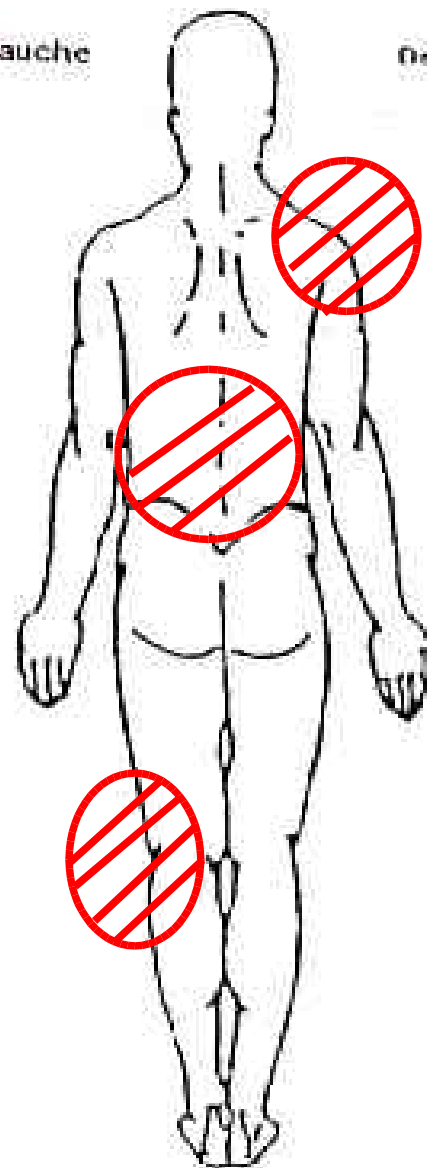
- **brièveté,**
- **nouveauté (2007),**
- **pathologies douloureuses aiguës, accès douloureux transitoires, soins ou actes médicaux diagnostiques,**
- **score égal ou supérieur à 3 sensibilité de 87% et une spécificité de 80%,**
- **utilisation personnelle, instar EVS : score comparatif comme CNPI.**

Schéma corporel

Droite Gauche



Gauche Droite



Avantages des grilles d'hétéro-évaluation



- items plus spécifiques, moins empiriques qu'une observation non guidée,
- comparaison en équipe des observations d'un même sujet et aide à l'initiation et à l'adaptation thérapeutiques en utilisant un outil unique chez le même patient,
- sensibilisation et information des intervenants : soignants, bénévoles, familles.

dépistage, détection

~~Diagnostic~~

évaluation

traitement

évaluation de l'efficacité du traitement

~~Effets secondaires du traitement~~

information

formation

sensibilisation

étiologie ?
mécanisme ?

Partielle !

initiation

cinétique des scores

En pratique quotidienne

douleurs diffuses

**Affection somatique
intercurrente ? Fatigue ?**

recrudescence douloureuse

Traumatisme psychique ?

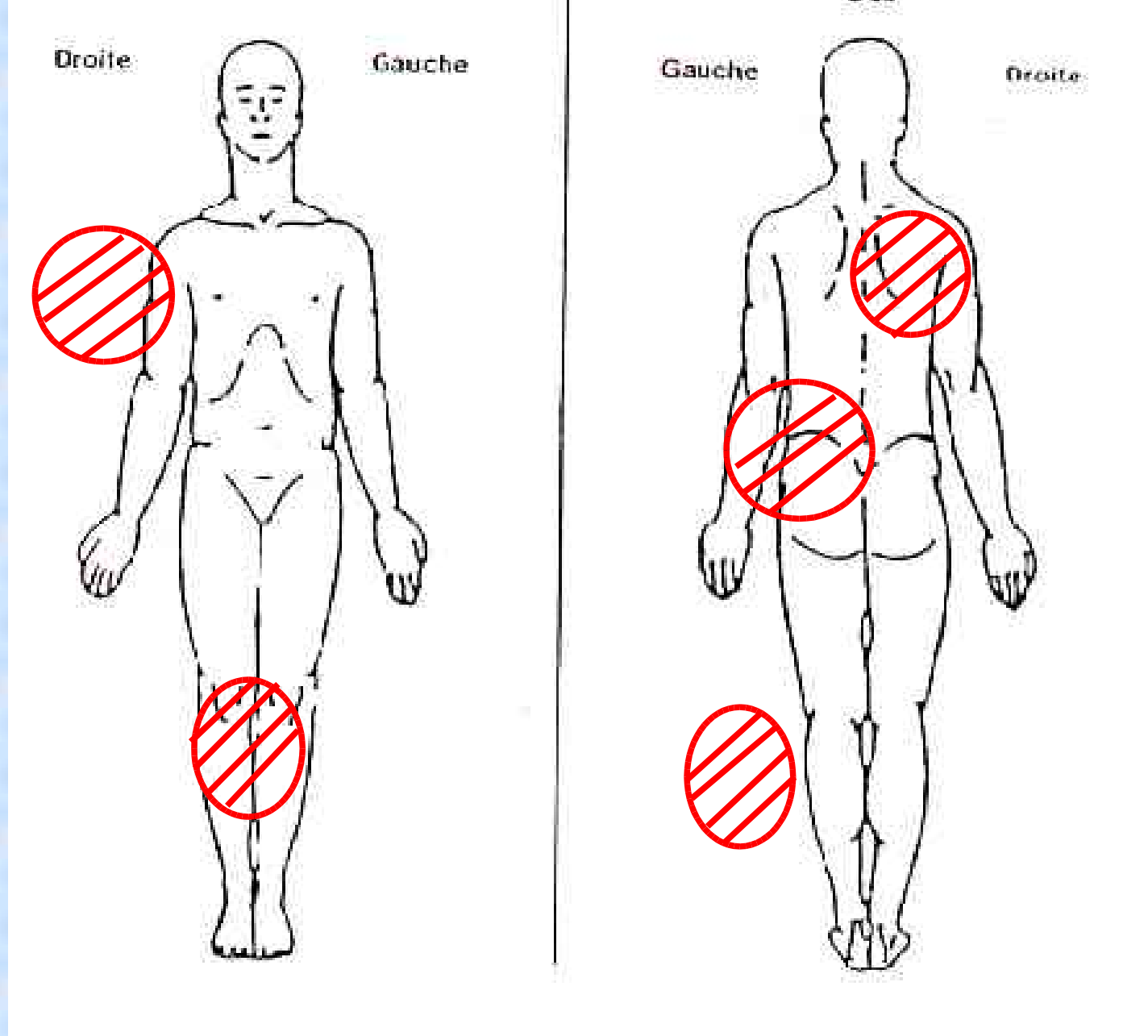
Médicaments :
sensibilité
cérébrale.





Saint Julien en Genevois octobre 2010

Schéma corporel



Conclusions

- ▣ études spécifiques peu nombreuses, avenir,
- ▣ écoute, observation et pluridisciplinarité,
- ▣ évaluation difficile, approche toujours possible.
- ▣ traitements médicamenteux inscrits dans une stratégie non médicamenteuse, en équipe.