

Histoire entre une infirmière et une résidente atteinte d'une aphasie de Broca lors d'un accompagnement de la fin de vie en USLD

Murielle Lete

▶ **To cite this version:**

Murielle Lete. Histoire entre une infirmière et une résidente atteinte d'une aphasie de Broca lors d'un accompagnement de la fin de vie en USLD. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01413368

HAL Id: dumas-01413368

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413368

Submitted on 9 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Pierre et Marie Curie – Paris 6
Faculté de Médecine

Histoire entre une infirmière et une résidente atteinte d'une aphasie de Broca lors d'un accompagnement de la fin de vie en USLD

Par Murielle LETE
Infirmière Diplômé d'Etat

Récit de Situation Complexe Authentique pour le DU Accompagnement et fin de vie

Année universitaire : 2015-2016

Responsables d'enseignement : Professeur Francis Bonnet, Docteur Véronique Blanchet et Docteur Yolaine Raffray

Liste des sigles utilisés

AGGIR : grille autonomie gérontologique groupes iso ressource

AVC : accident vasculaire cérébral

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

PA : personne âgée

SSR : soins de suite et réadaptation

TCC : traumatisme crânio-cérébral

USLD : unité de soins de longue durée

Mots clé

- Aphasie de Broca
- Communication
- Cohérence des soins

Table des matières

Introduction 3
1 Situation de départ 4
1.1 Contexte familial / social 4
1.2 Contexte clinique 4
1.3 Récit 5
2 Analyse de la situation 7
2.1 Les problèmes que posent cette situation 7
2.2 Les problèmes que me posent cette situation 7
2.3 Ma problématique 8
3 Recherche documentaire 8
3.1 Qu'est-ce qu'une aphasie de Broca ? 9
3.1.1 Définition – physiologie 9
3.1.2 Les différents types d'aphasie 9
3.1.3 Causes 9
3.1.4 Signes associés de l'aphasie 10
3.1.5 Psychologie du patient aphasique 12
3.2 L'infirmière et la communication 13
3.2.1 Généralités 13
3.2.2 La communication verbale 14
3.2.3 La communication non verbale 15
A) La proxémie 15
B) Le toucher 15
C) Le faciès 16
D) Les émotions 16
E) Le regard 16
3.3 Le soin (d'hygiène) corporelle sans communication 17
3.3.1 Définition 17
3.3.2 La complexité de la relation pendant un soin (type toilette) 17

4 Synthèse 18
Conclusion 20
Bibliographie 21
Annexe I : Les différents types d'aphasie I
Annexe II : Échelle ALGOPLUS II
Annexe III : Échelle DOLOPLUS III
Annexe IV : Indice de KARNOFSKY V
Annexe V : Tableau comparatif des désordres cognitifs observés dans ces deux types de démences dégénératives VI

Introduction

Je suis infirmière depuis 15 ans. En janvier 2015, j'ai quitté un poste d'infirmière coordinatrice en Établissement d'Hébergement pour des Personnes Âgées Dépendante (EHPAD), pour un poste d'infirmière en Unité de Soins Longue Durée (USLD). Mon projet professionnel s'oriente essentiellement vers un poste d'infirmière avec des actions de prise en charge en soins palliatifs. Aujourd'hui, j'accueille 25 personnes âgées présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entrainer ou aggraver une perte d'autonomie. Ces dernières restent parfois plusieurs semaines voire plusieurs mois en fonction de l'évolution de leur maladie. De ce fait, j'ai à prendre en charge des résidents qui ont un profil d'accompagnement en fin de vie et de projet de vie bénéficiant de soins palliatifs.

Aujourd'hui, les USLD sont des établissements sanitaires spécifiquement adaptés et destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans, ne disposant plus de leur propre autonomie, et dont l'état de santé nécessite des soins quotidiens ou une surveillance constante, selon le Code de la Santé Publique (article L 711-2).
Ces structures d'accueil sont régies par de nombreux textes législatifs comme la loi du 31 juillet 1991 avec le guide Angélique 2 puis le guide n° 3 paru en juin 2000 qui est une démarche d'amélioration de la qualité qui s'appuie notamment sur un projet institutionnel. Les principaux indicateurs retenus sont les coupes AGGIR-PATHOS mis à jour le : 12 février 2016. Il permet d'évaluer les soins médico-techniques nécessaires dans la prise en charge de toutes les pathologies.

Pour moi, la confrontation des soignants à la fin de vie n'est pas toujours aisée. Toutefois, je restes persuadée qu'il est possible de s'épanouir professionnellement dans un service de soins prenant en charge des personnes âgées en situation de fin de vie, alors que cela n'est pas clairement identifié. La communication joue un rôle essentiel dans la relation avec le malade, aussi bien pendant qu'en dehors des soins.

Pour mener à bien ma réflexion, je présenterai la situation de départ et son analyse. Dans un premier temps, je développerai le concept de l'aphasie avec ses répercussions psychologiques, puis les concepts fondamentaux que sont la communication et la relation soignant-soigné lors de la réalisation des soins d'hygiène et de confort. Enfin je réaliserai une synthèse de mes recherches et je développerai des pistes d'amélioration pour ma pratique quotidienne.

1 Situation de départ

La situation de Mme A, que je vais exposer correspond à une prise en charge complexe en rapport avec son aphasie de Broca. Elle comporte une atteinte de l'expression verbale, un trouble de compréhension auditif ainsi que des troubles de déglutition. Son projet de vie s'orientait vers un retour à domicile avec aide, mais suite à la baisse d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, son projet de vie a été validé pour un passage en Unité de Soins de Longue Durée.

1.1 Contexte familial / social

Mme A âgée de 78 ans, d'origine Madagascar est veuve. Elle a deux filles et un fils. Elle a travaillé comme secrétaire. Madame A a pour antécédents une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un diabète de type 2, une insuffisance rénale modérée, une arthroplastie totale de la hanche droite en 2006 et de la hanche gauche en 2012, une gonarthrose bilatérale donnant des troubles de la marche, une cataracte avec opération de œil droit en 2015. Elle présente des troubles cognitifs (type démence non précisé). En avril 2015, avant son hospitalisation, elle vivait seule en appartement au 7ème étage avec ascenseur. Elle marchait avec une canne, elle avait une aide partielle pour la toilette et l'habillage, et pour le repas (aide informelle par sa fille de profession infirmière). La fille a eu un entretien avec la psychologue du service car elle se disait être perdue concernant le projet de vie de sa mère. Cela a été un choix difficile pour elle, mais compte tenu de la dégradation de l'état de santé de sa mère, elle a été consciente que l'USLD proposait une prise en charge plus adaptée.

1.2 Contexte clinique

Suite à une hospitalisation en avril 2015 pour altération de l'état général avec une perte de 7 kg en 3 mois, (poids à 49 kg), il a été découvert une masse tumorale ovarienne qui a été opéré de suite. Après cette intervention, une proposition de traitement chimiothérapie et d'une irradiation pelvienne a été sans suite par rapport à son état gériatrique. En mai 2015, Mme A a été opéré d'un carcinome de l'ovaire droit avec lésion annexielle. Cette opération a comporté une annexectomie bilatérale, une hystérectomie totale, un curage pelvien et lombo-aortique, une appendicectomie, une résection du grêle avec anastomose, une omentectomie (ablation de la membrane qui tapisse les organes de l'abdomen). En juin 2015 lors de son séjour en SSR, elle a fait un AVC ischémique provoquant une aphasie secondaire avec une

dysphagie et une perte motrice des Membres Inferieur. Le 13 novembre 2015 elle a été transférée dans notre service en (USLD).

1.3 Récit

Quatre jours après son transfert lors d'un week-end, je découvre pour la première fois Mme A dans son lit. Elle était de corpulence fine et de petite taille, elle semblait très fatiguée mais présentait une bonne vigilance. Elle avait de très nombreuses clonies, surtout des membres supérieurs avec une crispation en griffe des deux mains. Ces clonies étaient nettement majorées lors de la toilette. La communication était peu compréhensible et l'évaluation de la douleur était difficile du fait de son aphasie de Broca. Lors du transfert dans son fauteuil confort, elle présentait des grimaces de douleur sur son visage. Celles-ci avaient disparu lors de la remise au lit. Elle avait mangé en quantité adaptée pour les 3 repas. Cependant, elle mangeait très lentement, environ ¾ heure par repas, à cause de sa dysphagie. Dans les transmissions des jours précédents, j'ai constaté une perte de poids de 8.2 kg en 7 mois (40.8 Kg). Sa toilette avait été faite par une seule aide-soignante. Elle n'avait pas eu de selles depuis 2 jours et elle avait une hypotension. Lors de la lecture du dossier venant de l'extérieur, j'ai constaté que le 27/05/15 l'indice de KARNOFSKY était non renseigné. Elle avait été transférée dans mon service pour une poursuite de soins dans un contexte de démence évoluée, sans notion de « soins palliatifs ». Lorsque j'ai rencontré sa fille, elle m'avait dit que Mme A n'avait pas pu rédiger de directives anticipées et qu'elle ne s'était jamais exprimée par rapport à sa fin de vie.

Le 18/10/15 lors de la visite de son médecin, nous avons évalué les différents problèmes et nous avons mis des objectifs de soins.

- Pour sa douleur : une mise en place d'un traitement antalgique de pallier 3 en *per os* (3 fois / jour) avant de pratiquer les soins de nursing, et une prise en charge des soins en binôme. L'évaluation de la douleur avec l'échelle DOLOPLUS (le résultat était de 16/30).
- Pour sa constipation : une mise en place de laxatif avec une surveillance et une évaluation du transit.
- Pour son hypotension : une mise en place d'une surveillance de la tension suite à l'arrêt de son traitement d'antihypertenseurs.
- Pour ses clonies : une mise en place d'un traitement anxiolytique.
- Pour sa dysphagie : une mise en place d'une augmentation du volume d'hydratation à 1 L par 24h ainsi qu'un complément nutritif car peu de personnel pour lui donner du temps au repas du soir.

A la suite, je me suis entretenue avec sa fille pour prendre connaissance des habitudes de vie et les plaisirs de sa maman. L'objectif était d'apprendre à la

connaitre, déceler et décoder ses émotions (ses sourires, ses expressions de douleur, d'étonnement et d'inquiétude).
Au regard de ces problématiques, je me suis posée la question de la mise en phase palliative de Mme A.

Le 23/10/15 elle était très endormie et elle était plaintive à la mobilisation. Il y avait absence d'urines et de selles dans la protection. Suite à la présence d'un globe vésical sur un fécalome, j'ai posé sur prescription médicale une sonde urinaire à demeure. Après évacuation du fécalome, son visage s'était détendu et le sourire était revenu. Après un échange avec le médecin, nous avons décidé de changer de grille pour l'évaluation de la douleur (grille échelle ALGOPLUS) car il était impossible d'évaluer le retentissement psycho-social de la grille DOLOPLUS.

Le 28/10/15 elle avait tendance à garder les aliments en bouche et avait de plus en plus de difficulté à déglutir, elle mangeait très peu et elle était très algique. Le médecin, n'avait pas constaté de mycose buccale qui aurait pu la gêner lors de la déglutition. Elle a été vue par l'orthophoniste qui avait proposé de légers massages du larynx pendant les repas afin de stimuler le réflexe de déglutition. Il y a eu une augmentation de traitement d'antalgique opioïde par voie transdermique plus un traitement morphinique *per os* 1 heure avant la toilette.

Le 08/11/15 son poids était de 37 kg. Elle ne mangeait principalement que le matin. J'ai demandé au médecin de revoir ses traitements et de les prescrire pour le matin.

Le 28/11/15 c'était très difficile à la faire manger ainsi que de lui donner ses traitements. Elle serrait les dents dès que l'on présentait le repas. Elle était très algique visible par les grimaces sur son visage. Après insistance il y a eu arrêt du traitement antalgique *per os* et augmentation de traitement d'antalgique opioïde par voie transdermique.

Pendant les 4 mois suivants Mme A a eu une prise en soins pour son confort. Elle était mobilisée dans son fauteuil en fonction de sa douleur. Elle était plus éveillée et nous souriait en prononçant quelques sons ou mots surtout le matin à son réveil. Son transit était correct, elle s'alimentait un peu plus probablement grâce à une alimentation fractionnée sur toute la journée. Ses traitements *per os* étaient toujours d'actualité mais on n'insistait pas pour la prise. Elle n'était non algique suite à l'augmentation du patch opioïde.

Le 24/03/16 elle était asthénique L'inquiétude se lisait sur son visage, elle présentait un encombrement bronchique important avec une désaturation en oxygène à 73%. Je ne pouvais pas dire si elle était douloureuse car elle présentait peu de phase de réveil. Avec le médecin, nous avons convenu de mettre Mme A en restriction hydrique (500 ml / 24h).

Le 27/03/16 elle décède paisiblement dans la nuit.

2 Analyse de la situation

2.1 Les problèmes que posent cette situation

- Cancer ovarien
- Démence
- Fatigue
- Aphasie de Broca
- Douleur à la mobilisation et lors des transferts
- Constipation
- Mange lentement, perte du réflexe de déglutition
- Absence d'objectifs de soins
- Travail en binôme non mis en place pour les soins de nursing
- Difficultés de l'évaluation de la douleur

2.2 Les problèmes que me posent cette situation

Cette situation clinique représente pour moi, à la fois une situation nouvelle et une prise en soins complexe, à l'origine de nombreuses questions.

- Absence de communication verbale avec l'aphasie de Broca et la démence lors d'un soin.
- Absence de notion des soins palliatifs dans son dossier et au niveau de l'équipe soignante suite à l'arrêt des soins curatifs.
- Absence d'évaluation de prise en soins des actes de la vie quotidienne.
- Accompagnement non adapté à son état de santé (alimentation, toilette, mobilisation).
- Prise en charge thérapeutique non adaptée à son entrée pour son de transit, son hypotension, sa douleur.
- Prise en charge thérapeutique persistante face au refus d'ouvrir la bouche.
- Difficulté à modifier la voie d'administration des traitements thérapeutiques.

2.3 Ma problématique

Au regard des éléments que j'ai présenté en amont, la situation de Mme A me questionne dans sa globalité. En effet, je me suis interrogée sur la manière de communiquer avec Mme A car elle était poly pathologique avec un cancer ovarien, une démence, une aphasie de Broca, une dysphagie et des plaintes douloureuses pouvant s'exprimer uniquement par des expressions corporelles.

Il me paraît important de me questionner sur les éléments suivants :

- Comment je peux entrer en relation pendant les soins avec un patient atteint d'une aphasie de Broca ?
- Comment je peux évaluer la douleur et les autres symptômes associés ?
- Comment je peux connaitre ses souhaits en rapport avec sa fin de vie ?
- Comment je peux prendre en soins une personne qui ne communique pas ?
- Comment je peux accompagner Mme A jusqu'au bout de sa vie ?
- Comment je peux créer une relation de confiance avec Mme A ?
- Que veut t elle me dire ?
- Pourquoi est-ce si pénible pour moi de ne pas avoir des mots ?

Ces nombreuses questions me permettent de poser ainsi ma problématique.

Comment prendre en soin une personne âgée algique et atteinte d'une aphasie de Broca en unité de soins de longue durée ?

3 Recherche documentaire

Pour tenter de répondre à ma problématique, j'ai orienté mes recherches sur la communication avec une résidente atteint de l'aphasie de Broca, sur la communication pendant le soin, et sur les stratégies thérapeutiques en fin de vie. J'ai utilisé des outils tels que les moteurs de recherche sur internet, des ouvrages et des travaux de fin d'études

3.1 Qu'est-ce qu'une aphasie de Broca ?

3.1.1 Définition – physiologie

« Le cerveau est composé de deux hémisphères, c'est celui de gauche qui est touché dans l'aphasie de Broca, la région du cerveau près de la tempe en question est dénommée aire de Broca qui gère la coordination motrice du langage : elle porte le nom du neurologue français Paul BROCA qui la découverte en 1861 ».[1] « L'aphasie est d'abord un trouble du langage (difficultés à choisir ses mots, à combiner pour faire des phrases ou encore à comprendre le sens des mots) auquel s'ajoutent souvent des troubles de la parole (difficultés d'articulation, de prononciation). Souvent la personne aphasique n'arrive plus à nommer des objets, ne trouve plus le nom des personnes qu'elle connait. Il se peut même qu'elle ne puisse répondre clairement par oui ou par non »[2]. « Malgré tout, elle garde toutes ses capacités intellectuelles »[3] .

3.1.2 Les différents types d'aphasie

Il existe différents types d'aphasie. Celles-ci sont regroupées en deux catégories : les aphasies fluentes et les non fluentes. « Voir annexe»[4]. J'ai choisi de m'intéresser à l'aphasie de Broca car c'est celle, qui touche Mme A

3.1.3 Causes

L'aphasie est toujours liée à un dommage au cerveau dans les zones du langage, généralement située à gauche. Ce dommage résulte le plus souvent :

- « d'un accident vasculaire cérébral (AVC) :
    - de nature embolique
    - de nature thrombotique ou ischémique
    - de nature hémorragique
    - de nature spasme artériel

- d'une tumeur cérébrale

---

[1] KESSOURI Adel ; « L'entrée en relation chez l'aphasique de Broca » ; Travail de fin d'étude ; IFSI Rockefeller ; promotion 2006-2009 ; p. 4

[2] Vous connaissez une personne aphasique ? Édition produite par : la direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec ; p. 4 ; www.msss.gouv.qc.ca section documentation, rubrique publication

[3] KESSOURI Adel ; « L'entrée en relation chez l'aphasique de Broca » ; Travail de fin d'étude ; IFSI Rockefeller ; promotion 2006-2009 ; p. 4

[4] Annexe n°1 : les différents types d'aphasie

- d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC)
- d'une maladie infectieuse ou inflammatoire
- d'une maladie dégénérative »[5]

L'aphasie peut survenir à tout âge, tant chez les hommes que chez les femmes et sa fréquence augmente passé la cinquantaine. Les populations les plus à risques sont les personnes souffrant de démences de type Alzheimer et les démences corticales telles qu'on les observe dans la maladie de Parkinson.

3.1.4 Signes associés de l'aphasie

L'aphasie, telle que je l'ai décrite en amont, a une incidence sur le mode relationnel de Mme A. Des signes associés sont fréquents et peuvent compliquer la communication soignant-soigné. De plus, mon rôle en tant qu'infirmière doit me permettre de limiter l'impact de ce déficit sur la prise en soin de Mme A. Pour moi, il est important de comprendre les différents impacts sur la communication.

- Sur le plan de la communication

    - « Par le manque du mot : Difficulté à trouver ses mots, un peu comme quand on a un mot sur le bout de la langue.

    - Par la réduction de l'expression : Difficulté à s'exprimer, à faire des phrases suite à la difficulté à trouver ses mots

    - Par le trouble arthrique : prononciation des sons est anormale et la personne parle plus lentement. Il peut être parfois difficile de la comprendre parce que les sons ne sont pas articulés clairement ou parce qu'ils sont déformés.

    - Par des paraphasies : Quand une personne se trompe de mot ou qu'elle déplace les sons dans un mot.

    - Par le jargon : On parle de jargon lorsque la personne déforme et mêle ses mots, ou en invente de nouveaux, à tel point qu'il devient impossible de comprendre ce qu'elle essaie de dire.

[5] Vous connaissez une personne aphasique ? Édition produite par : la direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec ; p. 6 ; www.msss.gouv.qc.ca section documentation, rubrique publication

- Par la stéréotypie : Quand une personne émet toujours les mêmes mots quelle que soit la situation.

- Par le trouble de la compréhension : Quand une personne est en difficulté à comprendre ce que les gens lui disent, même si elle entend bien »[6].

Ces signes ont aussi un impact sur d'autres facultés et engendrent des difficultés dans les actes de la vie quotidienne.

- Les autres problèmes associés à l'aphasie sont :

  - « La persévération : C'est quand une personne aphasique ne peut s'empêcher de redire constamment le même mot alors qu'elle essaie d'en dire un autre.

  - L'apraxie : Il s'agit d'un trouble dans l'exécution des mouvements volontaires, alors que ces mêmes mouvements peuvent être accomplis de façon automatique. Dans certains cas, ce phénomène peut expliquer que cet individu soit incapable d'utiliser efficacement son bras, même si celui-ci n'est pas paralysé.

  - La paralysie : Paralysie complète : c'est un déficit fréquent du côté droit affectant le visage, le bras et la jambe. Elle est toutefois partielle si elle ne touche que l'une au l'autre de ces parties »[7]. En règle générale, le membre supérieur est plus affecté que les membres inferieur. Ce problème entraîne de grosse répercussions, surtout lorsqu'on sait que la majorité de la population est droitière. De simples tâches quotidiennes telles que se nourrir, s'habiller. Peuvent être très compliquées à accomplir pour un patient.

  - « Les troubles sensitifs : Il peut arriver que la personne aphasique ne sente pas très bien son côté atteint. Elle aura tendance à laisser tomber les objets qu'elle a en main ou à ne pas se rendre compte que sa salive s'écoule de sa bouche.

---

[6] LASSAUNIÈRE Jean-Michel ; « Lien et présence humaine : chapitre 6 consigne pour une bonne écoute » *in* Guide pratique de soins palliatifs ; édition John Libbey eurotext ; p. 130 à 133

[7] Vous connaissez une personne aphasique ? Édition produite par : la direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec ; p. 14 ; www.msss.gouv.qc.ca section documentation, rubrique publication

- L'hémianopsie : C'est une baisse ou perte de la vue dans une moitié du champ visuel. Ce déficit est dû à une lésion des voies optiques. Dans ce cas, le patient ne perçoit pas ou à moitié les objets. Il sera obligé de tourner la tête pour les percevoir.

- Agnosie visuelle : Le patient voit mais il ne reconnaît pas les objets, les symboles graphiques ni les visages »[8] .

- « La dysarthrie : C'est un problème de la parole lié à la faiblesse et au manque de coordination des muscles impliqués dans la production des sons.

- La dysphagie : Il s'agit d'une difficulté à avaler les aliments, qu'ils soient solides ou liquides, résultant d'un manque de mobilité, de sensibilité, de tonus et de coordination des muscles responsables de la déglutition.

Ainsi après avoir compris les différents troubles qui sont en lien avec l'aphasie, il me parait important de comprendre ce qui se joue sur le plan psychologique afin de mieux prendre en soins Mme A.

3.1.5 Psychologie du patient aphasique

« L'aphasie est une maladie du langage. Dans l'aphasie, les difficultés à s'exprimer et à comprendre sont des manifestations d'un trouble du langage et ne signifient pas que la santé mentale soit atteinte ou qu'il ait détérioration de l'intelligence »[9].

Par ailleurs, la conscience des troubles rend cette aphasie de Broca très difficile à vivre pour le patient. La perte de l'outil principal de communication éveille chez lui de nombreux sentiments (découragement, frustration, explosion de colère, sensation d'être rejeté, incompris) dont il faudra tenir compte pour l'aider.

Peu importe la sévérité du problème de communication, la personne aphasique doit être traitée en adulte et ses capacités intellectuelles ne doivent pas être sous-estimées.

[8] BRES ; COMPAN ; AMARA ; « La prise en charge des patients atteints d'une aphasie en imagerie médicale » ; Mémoire Institut de formation de manipulateur en électroradiologie médicale, CHRU de Montpellier ; p. 33
[9] ROBERT-JAHIER Anne-Marie ; Cours d'orthophoniste ; mars 2012.

« L'aphasie peut entrainer un changement de personnalité et de comportement. Ces changements peuvent être causés par le dommage cérébral ou dus à la réaction émotive »[10].

3.2 L'infirmière et la communication

3.2.1 Généralités

« Au sens le plus simple, la communication représente le fait de faire transmettre et d'en recevoir un message. Elle repose sur un ensemble de comportements, de mots, d'attitudes. Ainsi, nous comprenons bien que la communication est un besoin fondamental. Elle fait partie des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson élaborés en 1947. De plus, dans le nouveau programme de formation infirmier de 2009, la communication fait l'objet d'une compétence à acquérir : la compétence n° 6 (*communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin)*. Il est de notre devoir d'informer, de prévenir et d'expliquer nos soins. Parler est avant tout un soin, qui nécessite un savoir être et un savoir-faire »[11].

Conseils pratiques pour mieux communiquer avec la personne aphasique.

« Il est important de rester naturel dans sa façon d'être et de parler. On doit traiter la personne aphasique en adulte, en évitant de l'infantiliser et de le surprotéger. Il faut aussi faire preuve de patience en lui laissant le temps de trouver ses mots, et prendre le temps de l'écouter pour arriver à saisir ce qu'elle veut dire.
Il ne faut pas tenter de minimiser les difficultés que la personne aphasique rencontre, mais plutôt répondre franchement à ses questions et parler ouvertement de ses inquiétudes tout en maintenant une attitude positive et optimiste.
Quand on discute de ses problèmes en sa présence, on doit être prudent. En effet, si certaines personnes aphasiques comprennent très bien, d'autres ne comprennent que par intermittence, ce qui peut les amener à mal interpréter ce qui a été dit.
Il faut inciter la personne aphasique à ne pas délaisser ses centres d'intérêt et l'encourager à participer à des activités sociales, même celles qui impliquent la communication. On ne doit cependant pas oublier qu'elle se fatigue rapidement et

[10] BRES ; COMPAN ; AMARA ; « La prise en charge des patients atteints d'une aphasie en imagerie médicale » ; Mémoire Institut de formation de manipulateur en électroradiologie médicale, CHRU de Montpellier ; p. 35

[11] PICARDE Laurence, PERUZZA Elisabeth ; Chapitre 2 « Soins relationnels » *in* Cahier des sciences infirmières UE 4.1 UE 4.2 UE 4.7, soins de confort et de bien-être, soins relationnel, soins palliatifs et fin de vie ; Collège national des acteurs en soins infirmiers de la SFAP ; édition. ELSEVIER MASSON ; p. 149 à 163

que les rencontres regroupant plusieurs individus peuvent être parfois éprouvantes. Il faut encourager toute tentative de communication, même les gestes »[12].

Pour faciliter la communication avec une personne aphasique voici quelques règles :

« Se tenir devant lui afin d'être vu et entendu, l'appeler par son nom, le situer dans le temps et l'espace et ne pas hésiter à répéter et à reformuler les questions fermées (réponses par oui ou non). Utiliser des phrases courtes et simples. Parler plus lentement sans élever la voix. Signaler à la personne aphasique qu'on ne l'a pas comprise malgré ses tentatives de communiquer. Dans un premier temps, essayer de deviner ce qu'elle a dit en observant sa mimique, en tenant compte du contexte et en posant des questions auxquelles elle pourra répondre par « oui » ou par « non ». Si cette démarche ne réussit pas, il est important de lui exprimer notre difficulté à la comprendre et de lui proposer de reprendre plus tard. Éviter de communiquer dans des environnements bruyants (radio, télévision, musique forte, foule) »[13].

3.2.2 La communication verbale

La communication verbale nécessite une personne émettrice d'un message ou d'une information. Dans ce cas précis, l'infirmière, puis d'une personne réceptrice du message ici le patient. L'échange ne peut se faire que si le récepteur du message, agit en interaction avec l'émetteur, par le biais du feed-back ou rétroaction et renvoie une réponse cohérente et compréhensible, attendue par l'émetteur. Pour rendre attractive, une communication interpersonnelle, il est préférable que le thème du message transmis, procure un centre d'intérêt réciproque aux interlocuteurs, sinon, l'échange ne saurait se poursuivre. D'une part, il faut que les deux personnes disposent des mêmes codes langagiers pour pouvoir partager leurs connaissances ou impressions. D'autre part, il existe un autre cas où, la communication bidirectionnelle est impossible, et pourtant l'émetteur communique verbalement avec le récepteur du message, mais celui-ci, ne pouvant lui répondre oralement, alors l'émetteur utilisera la technique de l'auto-feed-back, c'est-à-dire que l'émetteur pratiquera une sorte de monologue.

---

[12] Vous connaissez une personne aphasique ? Édition produite par : la direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec ; p. 31 www.msss.gouv.qc.ca section documentation, rubrique publication

[13] V. ZERWEKH Joyce ; chapitre 6 « lien et présence humaine consigne pour une bonne écoute » ; *in* Être infirmière en soins palliatif, accompagner le patient en fin de vie et sa famille ; Edition de Boeck ;- p. 130 à 133

« Comme je disais précédemment la communication verbale nécessite un retour « le Feed-Back ». Or elle est absente chez une personne atteinte d'une aphasie de Broca. Cela peut rendre le patient inaccessible et le soignant peut entrer alors dans une sorte de mutisme, ce qui bloque toute communication.
La communication verbale s'accompagne automatiquement d'un autre versant qui est la communication non verbale »[14].

3.2.3 La communication non verbale

La communication non verbale se définit par le fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole. Elle peut se manifester par le langage du corps. Notre corps est un précieux indicateur, il fait passer des informations de façon consciente ou non. Ce langage non verbal se compose des éléments suivant.

A) La proxémie

« La proxémie est un concept qui concerne la position des corps dans l'espace. Ainsi, il existe quatre distances qui permettent une communication plus ou moins intime avec son interlocuteur. Dans mon étude, c'est la distance intime qui nous intéresse »[15].

- « L'espace intime : 15 à 45 cm
- L'espace privé : 45 cm à 1.20 m
- L'espace social : 1.20 m à 3.5 m
- L'espace public : au-delà de 3.5 m »[16]

B) Le toucher

Le toucher est le premier moyen de communication de l'homme, ainsi on a vu apparaitre en 1998, le concept de « toucher-tendresse »[17], favorisant la relation et

[14] PICARDE Laurence, PERUZZA Elisabeth ; Chapitre 2 « Soins relationnels » *in* Cahier des sciences infirmières UE 4.1 UE 4.2 UE 4.7, soins de confort et de bien-être, soins relationnel, soins palliatifs et fin de vie ; Collège national des acteurs en soins infirmiers de la SFAP ; édition. ELSEVIER MASSON ; p. 149 à 163

[15] BRES ; COMPAN ; AMARA ; « La prise en charge des patients atteints d'une aphasie en imagerie médicale » ; Mémoire Institut de formation de manipulateur en électroradiologie médicale, CHRU de Montpellier ; p. 7, p 20 à 22

[16] PICARDE Laurence, PERUZZA Elisabeth ; Cahier des sciences infirmières UE 4.1 UE 4.2 UE 4.7, soins de confort et de bien-être, soins relationnel, soins palliatifs et fin de vie ; Collège national des acteurs en soins infirmiers de la SFAP ; édition. ELSEVIER MASSON ; Page 152

[17] CRONIER Cendryne ; « Le prendre soin de la personne non communicante » ; Travail de fin d'étude CHU de Rennes ; promotion 2006 – 2009 ; p. 7 et 8

souvent, étant le mode de communication le plus approprié pour transmettre une information. « Ainsi, l'infirmière pourra combiner la distance intime à l'auto-feed-back puis au toucher-tendresse »[18].

C) Le faciès

« L'expression faciale, caractérisée par notre visage, nos mimiques, et notre sourire permet également de transmettre des émotions, soit de bien-être ou de mal-être (douleur, inconfort). Il faut tenir compte, également, de l'utilisation de la voix, c'est à dire, son timbre, son rythme et son volume, si celle-ci est posée, tremblante, lente ou rapide, haute ou bien basse, cela risquerait de parasiter le message ou bien de modifier le sens de l'information »[19].

D) Les émotions

« Ce sont les expressions au travers du visage mais aussi dans la gestuelle. La joie est caractérisée par le sourire, les yeux plissés et le haussement des sourcils. La peine est caractérisée par l'absence de sourire, des larmes, la tête basse, le regard vide et les lèvres pincées. La colère est caractérisée par le froncement des sourcils, lèvres pincées, les yeux se ferment. Les mimiques peuvent renforcer le message, mais elles peuvent aussi le modifier et changer sa signification. La gestuelle est aussi éloquente. La gestuelle se manifeste par des postures qui peuvent concerner : la tête, le buste, le bassin, les jambes et les bras »[20].

E) Le regard

« Le regard constitue souvent le premier sens utilisé pour entrer en contact. Le regard renvoie à l'autre qu'il existe, que nous lui portons de l'attention et que par l'intermédiaire de celui-ci, la communication reste possible, si nous savons l'interpréter »[21].

Enfin, « on ne peut pas ne pas communiquer, ainsi même une personne considérée comme non-communicante, communique en utilisant les modes de communication non-verbale. Cependant cette communication nécessite une connaissance et une

[18] PICARDE Laurence, PERUZZA Elisabeth ; Cahier des sciences infirmières UE 4.1 UE 4.2 UE 4.7, soins de confort et de bien-être, soins relationnel, soins palliatifs et fin de vie ; Collège national des acteurs en soins infirmiers de la SFAP ; édition. ELSEVIER MASSON ; Page 163

[19] PICARDE Laurence, PERUZZA Elisabeth ; Cahier des sciences infirmières UE 4.1 UE 4.2 UE 4.7, soins de confort et de bien-être, soins relationnel, soins palliatifs et fin de vie ; Collège national des acteurs en soins infirmiers de la SFAP ; édition. ELSEVIER MASSON ; Page 162 à 163

[20] KESSOURI Adel ; « L'entrée en relation chez l'aphasique de Broca » ; Travail de fin d'étude ; IFSI Rockefeller ; promotion 2006-2009 ; p. 12

[21] CRONIER Cendryne ; « Le prendre soin de la personne non communicante » ; Travail de fin d'étude CHU de Rennes ; promotion 2006 – 2009, p. 7

maîtrise de ses préceptes pour pouvoir entrer en relation. Ainsi tous ces modes de communication devraient permettre aux individus de partager leurs connaissances, leurs savoirs et d'être attentifs l'un envers l'autre dans une relation d'échange »[22].

3.3 Le soin (d'hygiène) corporelle sans communication

3.3.1 Définition

« Les soins infirmiers d'hygiène et de confort du patient en fin de vie ont une importance majeure pour assurer le confort et le bien-être. Cependant, ce moment peut être une expérience douloureuse pour le patient en raison de l'asthénie et si la prévention de la douleur, et notamment de la douleur induite par les soins, n'est pas anticipée.

Les objectifs doivent être précisés dans le projet thérapeutique pour une cohérence dans les soins de la part de l'ensemble de l'équipe.

Le patient est placé au centre de l'organisation des soins : prioriser sa qualité de vie et son confort, l'observer, respecter son rythme, recueillir son consentement et ses souhaits (si possible). Un soin est justifié si ses inconvénients sont proportionnellement moindres par rapport aux bénéfices pour le patient. Connaitre le patient et évaluer ses besoins, permettent de planifier et réaliser des soins personnalisés et adaptés »[23].

3.3.2 La complexité de la relation pendant un soin (type toilette)

Prendre en soins Mme A., présentant une telle pathologie, nécessite de rentrer en relation avec elle par le toucher. Ce toucher a pour but de favoriser la mobilité dans le lit, créer une relation de confiance et induire un sentiment de sécurité. Il permet le relâchement, l'abandon ou bien au contraire le raidissement, la crispation si celui-ci n'est pas adapté.
Dans ce cadre précis, je comprends bien qu'un travail d'équipe et la collaboration entre les différents intervenants est essentiel. Il permet de se coordonner et d'assurer une meilleure communication entre tous les acteurs de la prise en soins de Mme A.
Le concept de prendre soin désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. C'est la raison pour laquelle l'équipe soignante devra user de créativité pour offrir à Mme A des soins adaptés et

[22] CRONIER Cendryne ; « Le prendre soin de la personne non communicante » ; Travail de fin d'étude CHU de Rennes ; promotion 2006 – 2009, p. 8
[23] DUFFET B., JEANMOUGIN Ch. ; PRUDHOMME Ch. ; Nouveaux dossiers de l'infirmière UE 4.7, soins palliatifs et de fin de vie ; p. 61

de qualité. Ainsi donc, comme nous l'explique les auteurs des « Nouveaux dossiers de l'infirmière »[24], l'équipe soignante devra :

- Avoir de la connaissance et de l'expérience
- Apprendre à observer davantage le malade.
- Pratiquer des gestes simples, un regard, un sourire, de la délicatesse
- Regrouper si possible les soins.
- S'adapter à chaque personne et ne pas faire les soins de manière routinière.
- Intervenir pour réaliser des soins auprès d'un patient est d'évaluer ses besoins. Les soignants, par automatisme, pensent parfois ce que veut le patient et ce dont il a besoin. Il est pourtant important d'être à la recherche des symptômes et des signes de souffrance tels qu'ils sont ressentis par le patient.
- Identifier des soins potentiellement douloureux.
- Utiliser des techniques de détournement de l'attention lors des soins.
- Anticiper les prescriptions d'antalgique.
- Évaluer le besoin en matériel participant au confort.
- Établir un climat de confiance, de sécurité, d'intimité. Avoir une attitude calme et rassurante, avoir une écoute, une disponibilité, savoir prendre le temps.
- Transmettre des données de manière très précise pourra permettre la continuité des soins.

La base de cette démarche est de réussir par une approche judicieuse, subtile, à tisser des liens de confiance avec la personne soignée

4 Synthèse

J'ai choisi de réfléchir sur mes pratiques professionnelles en tant que soignant mais aussi trouver des pistes de travail pour améliorer la prise en soins des personnes en situation de fin de vie. Cela me permet de partager mes expériences dans le but de développer une expertise dans ce domaine. En effet, je trouve important de connaître les habitudes de vie des résidents (échanges avec résidents et / ou famille) pour mieux comprendre leur vécu et leurs attentes. Ceci est encore plus vrai pour accompagner les personnes présentant des troubles de la communication telle que Mme A. Je me suis rendu compte que même si le langage verbal n'est pas maintenu, la communication non verbale est essentiellement pour le patient aphasique. Il

[24] DUFFET B., JEANMOUGIN Ch. ; PRUDHOMME Ch. ; Nouveaux dossiers de l'infirmière UE 4.7, soins palliatifs et de fin de vie ; p. 62, 63, 64, 65

m'appartient de décoder ce langage (mimiques, attitudes, position) pour répondre aux attentes du résident.
Les principaux vecteurs utilisés pour communiquer avec un patient aphasique sont la vue, le toucher et la parole. En effet, en utilisant ces différents paliers de la communication, je pouvais entrer en relation avec Mme A et créer une atmosphère rassurante, bienveillance et sécurisante afin de réaliser sa toilette quotidienne. J'ai dû me baser sur mon expérience professionnelle antérieure pour trouver la « bonne distance » et communiquer de façon adaptée avec cette dame. Les obstacles à la mise en place d'une bonne prise en soins ont été la charge de travail avec les 24 autres résidents, un manque de temps, mon manque de formation ou d'expérience avec des patients atteint d'aphasie de Broca ainsi que mon manque de formation ou d'expérience pour l'accompagnement en fin de vie. Je me suis sentie démunie et déstabilisée par des demandes, des comportements auxquelles je n'avais pas l'habitude d'être confrontée. La prise en soins d'une personne en fin de vie est rendue difficile lorsque le corps médical et l'équipe pluridisciplinaire ne sont pas suffisamment formés à ce type de prise en charge. C'est pourquoi, il est capital de faire des réunions dès l'entrée dans le service, de façon à fixer des stratégies thérapeutiques avec une cohérence des soins et, de rédiger un projet de vie d'accompagnement. Tout en prenant en compte, l'évolution de la maladie, la souffrance, et le confort. Il est aussi important de mettre en place des outils adaptés comme pour Mme A pour évaluer la douleur car celle-ci peut rendre difficile la réalisation des soins d'hygiène et de confort.

Mon objectif est d'accompagner le résident sans le faire souffrir et d'éviter les douleurs réfractaires. Écouter, c'est mieux comprendre la souffrance du malade donc mieux adapter notre réponse de soins.
Pour cela, il me fallait mettre en œuvre des qualités telles que l'empathie, des qualités organisationnelles, des qualités relationnelles, du sang-froid, de l'adaptabilité, un sens aiguisé de l'observation et de l'analyse, des capacités de remise en question, et de la patience. Ainsi, les observations que j'ai pu faire ont été un atout majeur dans la prise en soins de Mme A. Celles-ci, couplées avec l'esprit d'analyse dont j'ai fait preuve, m'a permis de faire les liens entre ce qui est observé et ce qui doit être fait.
Cette remise en question m'incite à toujours me renouveler face aux avancées scientifiques, mais également d'être capables d'adopter un esprit critique pour toujours améliorer ma pratique quotidienne et ainsi m'adapter aux personnes que je soigne au quotidien.
Dans un accompagnement en fin de vie le savoir-faire est important mais le savoir être à une place encore plus importante.

Conclusion

Depuis plusieurs décennies l'accompagnement de fin de vie, et la prise en charge de la douleur sont inscrites dans les textes de lois, comme un droit pour chaque patient. Les soins palliatifs n'ont cessé de se développer, et s'installent de plus en plus dans les mentalités et ce, depuis la première loi de 1999.

Ce qui est capital en situation de fin de vie pour toute personne, c'est de développer une prise en soins individuel, en tenant compte de ses pathologies, ses souffrances, de ses besoins, de son cadre familial et social. Cela assure une qualité des soins et une meilleure qualité de vie. Pour cela, il faudra du personnel soignant formé ou au clair avec ce type de prises en charge. Un bon accompagnement peut être réalisé grâce à la volonté et l'implication de chacun (patient, soignant, famille, et proche) mais aussi par une cohésion, d'équipe. J'ajoute qu'il faut respecter les différences individuelles et éviter de comparer les personnes entre elles.

Bibliographie

COURS

ROBERT-JAHIER Anne-Marie ; Cours d'orthophoniste ; mars 2012.

OUVRAGES

DUFFET B., JEANMOUGIN Ch. ; PRUDHOMME Ch. ; Nouveaux dossiers de l'infirmière UE 4.7, soins palliatifs et de fin de vie :

- Page 24 à 29 Douleur
- Page 39 à 60 Symptômes en fin de vie
- Page 61 à 65 Soins d'hygiène corporelle et de confort et douleur induites par les soins

PICARDE Laurence, PERUZZA Elisabeth ; Cahier des sciences infirmières UE 4.1 UE 4.2 UE 4.7, soins de confort et de bien-être, soins relationnel, soins palliatifs et fin de vie ; Collège national des acteurs en soins infirmiers de la SFAP ; édition. ELSEVIER MASSON :

- Page 149 à 163 chapitre 2 « soins relationnels »
- Page 3 à 14 compétences infirmières
- Page 201 à 202 législation et soins palliatifs, confort, relation, communication
- Page 205 à 210 la douleur, son évaluation et gestion des autres symptômes d'inconfort

JOYCE V. ZERWEKH ; Être infirmière en soins palliatif, accompagner le patient en fin de vie et sa famille ; Edition de Boeck ;

- Page 30 Apaiser et soulager
- Page 31 Travailler en équipe
- Page 76 à 77 Modes de travail en équipe
- Page 130 à 133 Lien et présence humaine, consigne pour une bonne écoute

BLANCHET Véronique, DE BEAUCHÈNE Marie, GOMAS Jean-Marie, LASSAUNIÈRE Jean-Michel, PILLOT Jeanine, VERSPIEREN Patrick, VIALLARD Marcel-Louis, ZIVKOVIC Lylyana ; Soins palliatifs : réflexions et pratiques ; 4ème édition.

- Page 83 à 97 Sensation et perception, une approche neurophysiologique de la douleur.
- Page 99 à 108 Méthodologie pour l'évaluation de la douleur.
- Page 109 à 146 Des douleurs et des symptômes et leur de leurs traitements.
- Page 149 à 164 Stratégies thérapeutiques en fin de vie.
- Page 177 à 195 De la relation soignant patient.
- Page 231 à 244 De l'agonie et de son traitement.

LASSAUNIÈRE Jean-Michel Guide pratique de soins palliatifs ; Tome 1 aspects médicaux ; édition John Libbey eurotext

- Page 37 à 41 Dysphagie
- Page 43 à 47 Soins de bouche
- Page 15 à 24 La douleur
- Page 10 à 13 Identifier les problèmes

RESSOURCE SUR INTERNET

Règlementation et fonctionnement des USLD : http://www.pour-lrs-personnes-agees.gouv.fr

Vous connaissez une personne aphasique ? Édition produite par : la direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec ; www.msss.gouv.qc.ca section documentation, rubrique publication

TERNIER C. ; Communication : http://www.cternier.com

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

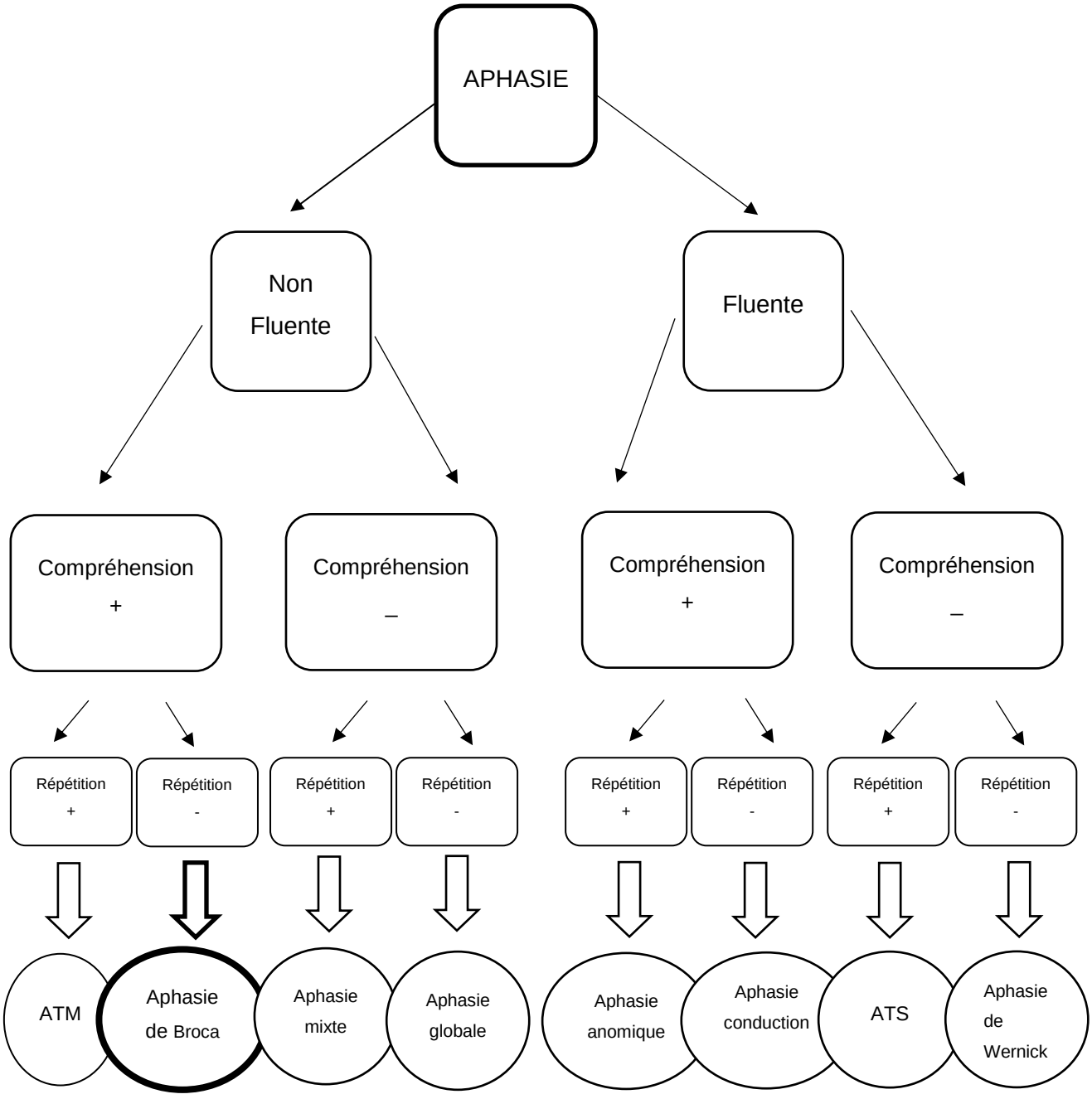
BRES ; COMPAN ; AMARA ; « La prise en charge des patients atteints d'une aphasie en imagerie médicale » ; Mémoire Institut de formation de manipulateur en électroradiologie médicale, CHRU de Montpellier

KESSOURI Adel ; « L'entrée en relation chez l'aphasique de Broca » ; Travail de fin d'étude ; IFSI Rockefeller ; promotion 2006-2009

CRONIER Cendryne ; « Le prendre soin de la personne non communicante » ; Travail de fin d'étude CHU de Rennes ; promotion 2006 – 2009

GRILLET Nicole ; «La prise en charge en EHPAD d'un patient présentant des séquelles d'AVC » ; Travail de fin d'étude ; promotion 2009 - 2012

Annexe I : Les différents types d'aphasie



Source : Cours d'Anne-Marie Robert-Jahier orthophoniste mars 2012

Annexe II : Échelle ALGOPLUS

ÉCHELLE D'ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR AIGUË chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Échelle ALGOPLUS®

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Âge : _____ **Sexe :** _____

Date de l'évaluation de la douleur	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....
Heure	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h .....
	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
1 - VISAGE						
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
2 - REGARD						
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
3 - PLAINTES						
"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.	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
TOTAL OUI	☐ /5	☐ /5	☐ /5	☐ /5	☐ /5	☐ /5
PROFESSIONNEL DE SANTÉ AYANT RÉALISÉ L'ÉVALUATION	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre
	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe

Échelle ALGOPLUS®

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

L'échelle ALGOPLUS® n'est pas un mini DOLOPLUS®.

Elle a été **spécifiquement développée pour l'hétéro-évaluation de la douleur aiguë** chez la personne âgée **et repose sur une observation somatique,** et non pas sur des changements de comportements.

Sa passation dure moins d'une minute.

L'utilisation d'ALGOPLUS® est **particulièrement recommandée** pour le dépistage et l'évaluation des :

- **pathologies douloureuses aiguës**
  (par exemple : fracture, période post-opératoire, ischémie, lumbago, zona, rétention urinaire),
- **accès douloureux transitoires**
  (par exemple : névralgie faciale, poussée douloureuse sur cancer),
- **douleurs provoquées par les soins** ou les actes médicaux diagnostiques.

CONSEILS D'UTILISATION

L'échelle comporte **cinq items** (ou domaines d'observation).
En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre :
les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises,
les attitudes corporelles et enfin le comportement général.

La présence d'**un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter "oui"** l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa pré-existence.

Chaque item coté "oui" est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq.

Un score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer la **présence d'une douleur**.

La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

ERREURS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES

- **Difficultés de repérage :** l'agrippement doit être coté "oui" quel que soit le support d'agrippement (patient lui-même, soignant ou tout autre support).
- **Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe** et non pas sur sa simple présence.

Par exemple :

- l'item "plaintes" coté "non" parce que le cri du patient est attribué à la démence ou parce que le patient crie depuis longtemps ;
- l'item "comportements" coté "non" parce que l'agrippement à la barrière de protection est attribué à la peur de tomber.

Annexe III : Échelle DOLOPLUS

ÉCHELLE DOLOPLUS*

Tout changement de comportement doit faire évoquer la douleur. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Cependant, pour les scores avoisinant ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera dès lors incriminée

* ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Octobre 2000

Nom
Prénom
Date
Âge

		DATES			
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 AU 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 DES ZONES DOULOUREUSES	pas de protection	0	0	0	0
	protection à la sollicitation de zones 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 PSYCHO-SOCIAL					
8/ COMMUNICATION	inchangée	0	0	0	0
	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	iminuée (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 relationnel itératif	1	1	1	1
	troubles du comportement relationnel permanent	2	2	2	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
SCORE TOTAL					

LEXIQUE

Communication
Verbale ou non verbale

Mimique
Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

Mouvements
Évaluation de la douleur transferts – marche, seul

Plaintes somatiques
Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris – pleurs – gémissements.

Positions antalgiques
Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

Protection de zones douloureuses
Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps pa
une attitude ou certains gestes de défense.

Sollicitation
Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soign
ant, mobilisation, soins, etc.)

Toilette / Habillage
Évaluation de la douleur pendant

Troubles du comportement
Agressivité, agitation, confusion, d'euthanasie, etc.

Vie sociale
Repas, animations, activités,

CONSEILS D'UTILISATION

1 · L'utilisation nécessite un apprentissage
Comme pour tout nouvel outil, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Devant tout changement de comporte
ment, le soignant pensera à utiliser l'échelle. Le temps de cotation diminue avec l'expérience (quelques minutes au maximum
Lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

2 · Coter en équipe pluridisciplinaire de préférence
Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de profession différente est préfé
rable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence. A domicile, on peut intégrer la famille e
les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à in
tégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ».

3 · Ne rien coter en cas d'item inadapté
Il n'est pas toujours possible d'avoir d'emblée une réponse à chaque item, en particulier face à un patient inconnu dont on n'
pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. On cotera alors les items possibles, la cotation pouvan
s'enrichir cependant au fil du temps.

4 · Les comportements passifs
Sont moins frappants mais tout aussi parlants et importants que les comportements actifs; par exemple, les troubles du com
portement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel que l'agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli.

5 · La cotation d'un item isolé
N'a pas de sens; c'est le score global qui est à considérer. Si celui-ci se concentre sur les derniers items, la douleur est pe
probable.

6 · Ne pas comparer les scores de patients différents
La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucu
sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.

7 · Établir une cinétique des scores
La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Établir un
cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle
sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

8 · En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté
On admet qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfic
du doute au malade; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

9 · L'échelle cote la douleur, et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives
Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer le
changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance o
l'autonomie, mais bien la douleur.

10 · Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS
Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation.
Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.

Annexe IV : Indice de KARNOFSKY

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

INDEX DE KARNOFSKY

Définition	%	Critères
Capable de mener une activité normale et de travailler ; pas besoin de soins particuliers	100	Normal ; pas de plaintes ; pas d'évidence de maladie
	90	Capable d'une activité normale ; signes ou symptômes mineurs en relation avec la maladie
	80	Activité normale avec effort ; signes ou symptômes de la maladie
Incapable de travailler ; capable de vivre à domicile et de subvenir à la plupart de ses besoins	70	Capacité de subvenir à ses besoins ; incapable d'avoir une activité normale et professionnelle active
	60	Requiert une assistance occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins
	50	Requiert une assistance et des soins médicaux fréquents
Incapable de subvenir à ses besoins ; requiert un équivalent de soins institutionnels ou hospitaliers	40	Invalide ; requiert des soins et une assistance importants
	30	Sévèrement invalide ; hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent
	20	Extrêmement malade ; hospitalisation nécessaire ; traitement actif de soutien nécessaire
	10	Mourant ; mort imminente
	0	Décédé

Karnofsky D. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Columbia University Press, New-York 1949 :191-205

Annexe V : Tableau comparatif des désordres cognitifs observés dans ces deux types de démences dégénératives

	Parkinson	Alzheimer
Mémoire	. Rappel perturbé . Reconnaissance réussi . MT limitée . Difficultés d'apprentissage	. Rappel perturbé . Reconnaissance perturbé . MT limitée . Difficultés d'apprentissage
Langage	. Pas d'aphasie . Peu de modalisation . Peu ou pas de déficit d'accès au lexique . Compréhension préservée	. Aphasie amnésique . Modalisation +++ . Manque de mots . Paraphasie . Compréhension altérée
Parole	. Lenteur élocutoire . Hypophonie . Dysarthrie hypokinésie . Troubles de la déglutition	. Normal
Cognition	. Lenteur idéatoire . Planification altérée . Temps de traitement lent	. Agnosie, apraxie . Acalculie . Temps de réponse + / - normal
Humeur	. Dépression	. Normale
Comportement	. Inertie, apathie, désintérêt	. Peu perturbé, anosognosie
Vitesse psychomotrice	. Lenteur	. Normale
Mouvements	. Désordres courants . Tremblements . Rigidité unilatérale membre . Micrographie	Désordres absents