



HAL
open science

Évaluation de l'intérêt d'une sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur au sein des équipes médicales et paramédicales des services de gériatrie aigüe du CHU Amiens Picardie

Mathilde Dorion

► To cite this version:

Mathilde Dorion. Évaluation de l'intérêt d'une sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur au sein des équipes médicales et paramédicales des services de gériatrie aigüe du CHU Amiens Picardie. *Gériatrie et gérontologie*. 2021. dumas-03546905

HAL Id: dumas-03546905

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03546905v1>

Submitted on 15 Sep 2022

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année Universitaire 2021/2022

N° 2021 – 184

**EVALUATION DE L'INTERET D'UNE SENSIBILISATION AU
DEPISTAGE ET A LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AU SEIN
DES EQUIPES MEDICALES ET PARAMEDICALES DES SERVICES
DE GERIATRIE AIGUE DU CHU AMIENS PICARDIE.**

Thèse

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine Gériatrique

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 Octobre 2021

Par Mathilde DORION

Président du Jury : Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Éric

Madame le Docteur Julie ONCLE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Oriane DELATTRE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Chef de service de Gériatrie, pour nous faire l’honneur de présider cette thèse, pour votre intérêt pour ce travail et votre bienveillance.

A Monsieur le Professeur Éric SERRA, Professeur Associé de Médecine de la douleur - Chef de Service du Centre d’Etude et de Traitement de la Douleur CETD, Département Interdisciplinaire de Soins de Support pour le Patient en Oncologie DISSPO, pour nous faire l’honneur de prendre part à ce jury.

A Madame le Docteur Julie ONCLE, Chef de service au Centre d'activité "Soins palliatifs", pour nous avoir ouvert tes portes, et pour ta bienveillance.

A Madame le Docteur Oriane DELATTRE, Praticien Hospitalier de Gériatrie, pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour tes conseils toujours judicieux, ton enseignement de la médecine et ton amitié.

A Monsieur le Docteur Guillaume DESCHASSE, Praticien Hospitalier de Gériatrie, et

A Madame le Docteur Nysrine BENNOUNA, Docteur Junior de Gériatrie, pour votre contribution précieuse à la réalisation de ce travail.

Je dédie cette thèse :

A ma famille. Pour avoir toujours été là, pour votre soutien indéfectible malgré les difficultés, pour les fous rires passés, pour l’aide à la relecture de ce travail et pour tout le reste.

A Maxence, qui m’a soutenue, rassurée et supportée pendant toutes ces années, dans les bons comme dans les moments plus délicats.

A « La communauté de l'anneau », pour votre amitié sans faille, les nombreuses sorties et soirées passées ensemble.

Aux copines de fac, Anne, Lucile et Marine, qui malgré la distance ont toujours été présentes.

A l'équipe « SAU COVID d'Abbeville », pour les fous rires, et les nombreuses gardes passées ensemble pendant cette période difficile.

A Manon et Thomas, les meilleurs urgentistes gériatriques !

A tous mes amis, nombreux, que je ne peux citer ici mais qui se reconnaîtront.

A tous ceux que j'ai croisés au cours de mes études et qui ont contribué à me faire devenir le médecin que je suis. A ces professionnels dont j'ai voulu suivre l'exemple et dont j'ai reçu avec honneur l'enseignement et la sagesse, à ces équipes paramédicales qui m'ont tant appris et soutenue. J'espère être à la hauteur de ce que vous attendiez de moi.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
I. INTRODUCTION.....	6
II. DEFINITIONS ET CONTEXTE.....	7
1. Complexités de prise en charge de la personne âgée.....	7
1.1. La polypathologie	8
1.2. L'Evaluation Gériatrique Standartisée (EGS)	8
1.2.a. L'évaluation de la santé physique	9
➤ L'examen clinique, le recueil de l'anamnèse, des antécédents et des traitements au domicile.....	9
➤ La recherche d'altérations neurosensorielles.....	9
➤ L'évaluation de la nutrition	9
➤ La recherche d'altération psychomotrice : marche, équilibre, transferts	10
1.2.b. L'évaluation de la santé psychologique et cognitive	10
➤ La recherche de troubles cognitifs : démence, troubles du comportement	10
➤ La recherche de troubles de l'humeur.....	10
1.2.c. L'évaluation du statut fonctionnel : dépendance	10
1.2.d. L'évaluation de l'environnement et du soutien social	11
2. La douleur	11
2.1. Définition	11
2.2. Types de douleur.....	12
2.2.a. Les douleurs nociceptives :	12
2.2.b. Les douleurs neuropathiques :.....	12
2.2.c. Les douleurs mixtes :	13
2.2.d. Les douleurs psychogènes :	13
2.2.e. Les douleurs idiopathiques, fonctionnelles ou dysfonctionnelles	13
2.2.f. La douleur aiguë :	13
2.2.g. La douleur chronique :	13
2.3. Evaluation/ échelles	14
2.4. La prise en charge de la douleur	15

2.4.a. Plans d'action [15]	15
2.4.b. Traitements médicamenteux	16
➤ Les antalgiques	16
• Antalgiques de pallier 1	16
• Antalgiques de pallier 2	16
• Antalgiques de pallier 3	17
➤ Les antiépileptiques	18
➤ Les antidépresseurs	18
➤ Autres	19
III. MATERIELS ET METHODES	20
1. Recueils des données	20
2. Analyse des données	21
3. Auto-formations	22
IV. RESULTATS	22
1. Population et caractéristiques	22
1.1. Diagramme de flux	22
1.2. Caractéristiques de la population	23
2. Evaluation de la douleur	24
3. Adaptation thérapeutique	27
V. DISCUSSION	31
1. Les limites de l'étude	31
1.1. Taux de participation	31
1.2. Les biais	31
2. L'évaluation de la douleur	31
3. Adaptation thérapeutique	32
3.1. Les résultats observés	32
3.2. Les recommandations de bonnes pratiques	33
4. Perspectives	34
4.1. Etat de connaissances actuelles	34
4.2. Points d'ouverture	34
VI. CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	40

I. INTRODUCTION

Dans le contexte de vieillissement croissant de la population, la prise en charge de la personne âgée devient une préoccupation majeure de santé publique nous amenant sans cesse à réfléchir à l'amélioration de nos prises en charge, notamment dans le cadre du parcours de soins du sujet âgé. [1]

Parallèlement, la prise en charge de la douleur représente une part importante de ces réflexions. Elle a connu des avancées, notamment avec la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, reconnaissant le soulagement de la douleur comme un droit fondamental. [2]

Aujourd'hui elle fait partie des actions prioritaires des instances de lutte contre la douleur (CLUD) et en mars 2020, le Groupe Référent Douleur du CHU Amiens Picardie a mis en place un nouveau protocole d'évaluation de la douleur chez la personne âgée et a créé une nouvelle charte douleur (Annexe 1 et 2).

Dans ce contexte, mon travail s'apparente à une évaluation des pratiques professionnelles, visant à évaluer l'intérêt d'une sensibilisation au dépistage et la prise en charge de la douleur, auprès des soignants des services de gériatrie aiguë du CHU Amiens Picardie.

II. DEFINITIONS ET CONTEXTE

1. Complexités de prise en charge de la personne âgée.

En 100 ans, l'espérance de vie s'est allongée au niveau mondial ; en France, elle a augmenté de 30 ans.

Entre 2015 et 2050, la proportion des 75 ans et plus dans la population mondiale devrait presque doubler passant de 9.1% à 15.6%. [3] (Figure 1)

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des				
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +
1950	41647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8
1990	56577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8
2000	58796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2
2005	60702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0
2010	62302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8
2015	63728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1
2020	64984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1
2025	66123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5
2030	67204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0
2035	68214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3
2040	69019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3
2045	69563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0
2050	69961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6

Source : Insee, situations démographiques et projections de population 2005-2050, scénario central.

Figure 1.

La population âgée présente une complexité de prise en charge de par son hétérogénéité, la fréquence des polyopathologies mais aussi par la prévalence augmentée de la fragilité entraînant un risque de perte d'autonomie et de dépendance. [4, 5]

1.1. La polypathologie

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement du fait de l'allongement de l'espérance de vie. Chez les plus de 75 ans, 57% des patients ont au moins une affection longue durée (ALD), 40% au moins deux, 3.6% au moins trois, et 0.8% au moins quatre. [6]

Cette polypathologie peut s'associer à une vulnérabilité sociale et psychique accrue, à une perte d'autonomie et à une altération de la qualité de vie.

Elle a également un impact sur la pratique des professionnels de santé en raison d'une incertitude diagnostique. En effet, les diagnostics des pathologies chroniques sont parfois insuffisamment étayés, risquant ainsi de ne traiter que les symptômes. Le modèle de Jean-Pierre Bouchon (Annexe 3), expose parfaitement cette décompensation en cascade des pathologies chez la personne âgée.

Ainsi, la prise en charge de la personne âgée polypathologique est un processus continu, consistant à hiérarchiser ces différentes affections en fonction de leur gravité et des priorités des patients.

Elle doit être pluridisciplinaire, avec le médecin traitant au centre de cette prise en charge, afin de coordonner le parcours de soin, organiser les interventions des différents acteurs et gérer les médications multiples.

1.2. L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)

L'EGS est une procédure diagnostique multi professionnelle comprenant plusieurs dimensions :

- L'évaluation de la santé physique
- L'évaluation du statut fonctionnel
- L'évaluation de la santé psychologique et cognitive
- L'évaluation de l'environnement et du soutien social

L'objectif de l'EGS est d'identifier l'ensemble des problèmes médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux qui peuvent affecter un patient âgé à risque, afin d'établir un plan personnalisé de santé pour y remédier. [7]

1.2.a. L'évaluation de la santé physique

Cette évaluation est multiple et s'effectue en plusieurs étapes, à savoir :

- L'examen clinique, le recueil de l'anamnèse, des antécédents et des traitements au domicile.

Il est réalisé un examen clinique complet associé à un interrogatoire exhaustif.

Ce recueil passe par la recherche des différentes pathologies présentes chez le patient, les traitements qui leur sont associés et les traitements pris en automédication afin d'évaluer le risque iatrogène.

- La recherche d'altérations neurosensorielles

Cette évaluation vise à dépister rapidement les altérations de la vision et l'audition dans le quotidien (déplacement, télévision, reconnaissance, lecture...)

- L'évaluation de la nutrition

Cette recherche se passe en plusieurs étapes :

- L'examen endo-buccal
- La mesure du poids et de la taille afin de déterminer l'Indice de Masse Corporelle (IMC)
- L'évaluation du taux d'albumine sanguin
- La recherche d'une perte de poids récente

Puis par la réalisation du Mini Nutritionnel Assesment (MNA) qui est un bon indicateur de l'état nutritionnel du patient (Annexe 4).

- La recherche d'altération psychomotrice : marche, équilibre, transferts

Elle consiste à rechercher les antécédents de chutes et à dépister les facteurs de risque et précipitants de chute, par la réalisation de tests simples et prédictifs comme :

- Le test de station unipodale
- Le test du lever de chaise
- Le time get up and go test
- Le talking-walking test

1.2.b. L'évaluation de la santé psychologique et cognitive

Cette évaluation passe par différentes étapes qui sont :

- La recherche de troubles cognitifs : démence, troubles du comportement

L'évaluation du comportement peut être réalisée via l'Inventaire NeuroPsychiatrique pour l'Equipe Soignante (NPI-ES).

Concernant les troubles neurocognitifs, les méthodes de dépistages utilisées sont le Mini Mental State Examination (MMSE) (Annexe 5), les 5 mots de Dubois et le test de l'horloge.

- La recherche de troubles de l'humeur

L'évaluation thymique peut être réalisée grâce au mini Geriatric Depression Scale (mini GDS) en 4 items et par le Geriatric Depression Scale (GDS), en 15 ou 30 items (Annexe 6)

Un miniGDS montrant une probabilité de dépression forte, doit être complété par le GDS complet afin d'approfondir la recherche de syndrome dépressif.

1.2.c. L'évaluation du statut fonctionnel : dépendance

Les échelles utilisées pour l'évaluation de l'autonomie de la personne âgée sont :

- L'échelle « Activities of Daily Living » (ADL) ou échelle de Katz (Annexe 7)
- L'échelle « Instrumental Activities of Daily Living » (IADL) (Annexe 8)

Cette recherche est fondamentale pour organiser les interventions nécessaires au maintien à domicile (adaptation du domicile, aides à domicile, portage des repas, téléalarme...). En effet, plus le score obtenu est bas, plus le niveau de dépendance est élevé.

1.2.d. L'évaluation de l'environnement et du soutien social

La recherche d'un isolement social et/ou familial est indispensable. En effet, il est nécessaire d'identifier un éventuel épuisement de l'aidant principal lorsqu'il y en a un. Dans cette situation, l'échelle Zarit (Annexe 9) permet de mettre en évidence une souffrance de l'aidant lorsqu'elle existe.

Il est également nécessaire d'évaluer les ressources financières, les éventuels projets de vie en institution et la nécessité de mise sous protection juridique en cas de trouble du jugement.

L'EGS permet donc d'évaluer de manière globale chaque personne dans le but de proposer un projet de soin adapté et individualisé. Cependant, cela demande du temps et fait appel à une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmier, aide-soignant, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute).

2. La douleur

2.1. Définition

Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes".

Elle est une expérience s'articulant autour de quatre composantes fondamentales [8] :

- Sensori-discriminative, il s'agit du décodage des messages nociceptifs (intensité, durée, localisation)
- Affective et émotionnelle, qui confère à la sensation douloureuse sa tonalité désagréable, pénible, voire insupportable.
- Cognitive, correspondant à l'ensemble des processus modulant la perception de la douleur (ex : anticipation, interprétation. . .)
- Comportementale, qui représente l'ensemble des manifestations verbales et non verbales (ex : plainte, gémissement, posture. . .)

2.2. Types de douleur

2.2.a. Les douleurs nociceptives :

Il s'agit de douleurs par excès de nociception, liées à une activation du système nocicepteur périphérique par une lésion tissulaire locale.

Elles sont en général aiguës, retrouvées en post-chirurgical ou dans un contexte traumatologique, ou inflammatoire.

2.2.b. Les douleurs neuropathiques :

Elles représentent une douleur secondaire à une lésion ou une maladie du système somatosensoriel. [9]

Elles peuvent être périphériques ou centrales. Leurs causes sont variées : métabolique (diabète), secondaire à un accident vasculaire cérébral, origine rhumatologique, ou encore infectieuse (ex : post-zostérienne).

Elles se caractérisent par des douleurs de type brûlure, picotement, fourmillement, décharge électrique, allodynie, ou hypoesthésie.

Du fait des différentes représentations de la douleur et de la complexité variable de l'interrogatoire des personnes âgées, la recherche du caractère « neuropathique » est parfois difficilement qualifiable dans cette population.

2.2.c. Les douleurs mixtes :

Il s'agit de l'association entre les composantes nociceptive et neuropathique. Elles sont représentées par les douleurs liées au cancer ou les douleurs des lombosciatiques.

2.2.d. Les douleurs psychogènes :

Ce sont des douleurs dont l'origine est purement psychique. Elles sont à rechercher chez la personne âgée, elles peuvent notamment masquer un état de dépression.

2.2.e. Les douleurs idiopathiques, fonctionnelles ou dysfonctionnelles

Elles sont en lien avec un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur, sans lésion identifiée [10]

Ces douleurs appartiennent aux « symptômes médicalement inexplicables » ou « troubles somatoformes ». Elles regroupent un grand nombre de pathologies (ex : céphalées de tension, syndrome du côlon irritable, fibromyalgie. . .)

2.2.f. La douleur aiguë :

Il s'agit d'une douleur récente, présente depuis moins de trois mois. C'est un signal d'alarme, visant à protéger un individu.

2.2.g. La douleur chronique :

Elle est définie par une douleur évoluant depuis plus de trois mois, persistante malgré un traitement étiologique bien conduit. Cette persistance induit finalement un ensemble de répercussions au niveau physique, psychique et social.

Chez la personne âgée, plus de 50% des causes de la douleur sont représentées par les douleurs ostéoarticulaires (arthrose rachis et des membres, rhumatismes inflammatoires, douleur osseuse...). Les conséquences de ces douleurs sont importantes, avec notamment une réduction

de l'activité physique, pouvant entraîner une perte d'autonomie, un isolement social et de ce fait, une possible baisse de morale.

2.3. Evaluation/ échelles

La prévalence de la douleur est élevée chez les personnes âgées. En effet, 52,4% des personnes de plus de 75 ans déclarent avoir des douleurs chroniques. [11]

L'évaluation de la douleur [12] est donc une étape essentielle de sa prise en charge, et doit être systématique et répétée.

L'autoévaluation doit être privilégiée, même chez les patients présentant des troubles neurocognitifs. Celle-ci est composée de différentes échelles à savoir : l'échelle numérique (EN), l'échelle visuelle analogique (EVA), et le questionnaire de douleur neuropathique (DN4). (Annexe 10)

Ces échelles doivent être intégrées à une approche pluriprofessionnelle et pluridimensionnelle de la situation douloureuse.

En cas d'échec, des échelles d'hétéroévaluation sont maintenant disponibles [13], à savoir : l'échelle DOLOPLUS (Annexe 11), l'ALGOPLUS (Annexe 12), et l'Echelle Comportementale de la Personne Agée (ECPA) (Annexe 13).

Sans oublier que la prise en charge psychologique est indispensable car il n'est pas exceptionnel qu'un patient présentant des douleurs chroniques indique en fait la présence d'un trouble affectif. [14]

2.4. La prise en charge de la douleur

2.4.a. Plans d'action [15]

Le premier plan d'action de lutte contre la douleur date de 1998, et est articulé autour de trois axes :

- Développer la lutte contre la douleur dans les établissements de santé
- Développement de la formation et de l'information sur la prise en charge de la douleur auprès des professionnels de santé
- Prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

Le deuxième plan d'action (2002-2005) voit le jour après la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, reconnaissant le soulagement de la douleur comme droit fondamental.

Ce plan se compose d'une amélioration de la prise en charge de la douleur chez les personnes vulnérables, d'une poursuite et amélioration de formations qui deviennent continues pour les professionnels de santé, d'une amélioration des modalités de traitement pharmacologique ou non et d'une structuration de la filière de soins de la douleur.

Un troisième plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur naît en 2006-2010.

Celui-ci vise à améliorer les programmes d'action déjà en place : meilleure information, meilleur accès aux soins pour les patients souffrant de douleurs chroniques, amélioration de la formation auprès des professionnels de santé, engagement des établissements dans un programme de prise en charge de la douleur, renforcement du rôle infirmier notamment dans les douleurs provoquées.

En 2013, le 4^{ème} et dernier programme est proposé ; malheureusement, il n'a jamais vu le jour, et depuis 2013 aucun programme, ni aucune action gouvernementale n'a été mis en place autour de la douleur.

2.4.b. Traitements médicamenteux

La prise en charge de la douleur passe en premier lieu par une réponse thérapeutique en réponse aux échelles numériques d'évaluation et à chaque type de douleur.

➤ Les antalgiques

• Antalgiques de pallier 1

En première intention, devant un bon rapport bénéfice/risque, le paracétamol est recommandé pour les douleurs faibles à modérées. La dose maximale chez la personne âgée est de 3g/24h. [16]

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, sont les plus prescrits lors des douleurs musculosquelettiques. Ils sont recommandés dans les douleurs inflammatoires ou dans l'arthrose. Néanmoins, le risque d'effets secondaires chez la personne âgée est élevé, de ce fait, la prescription chez cette population est peu recommandée par voie per os et/ou injectable. Cependant, l'utilisation en topiques peut être une très bonne alternative lors de douleur arthrosique.

Le néfopam est un analgésique central non opioïde, plutôt utilisé aux urgences ou dans le contexte post-chirurgical.

Son utilisation n'est pas adaptée à la personne âgée, et non recommandée, du fait de l'effet anticholinergique et de multiples effets indésirables. [17]

• Antalgiques de pallier 2

Ils sont représentés par le tramadol, la codéine et la poudre/extrait d'opium. Ces molécules sont recommandées en cas de douleurs modérées à intenses et en cas d'échec du paracétamol. Leur efficacité est démontrée, mais la survenue d'effets indésirables, amène à discuter leur intérêt par rapport à une faible dose d'opioïdes forts. [18]

Souvent en association fixe avec le paracétamol, ils restent des traitements envisageables chez la personne âgée, à condition que la tolérance soit bonne. L'initiation de ces traitements à doses réduites avec une augmentation progressive des doses lorsque l'analgésie n'est pas atteinte, permet d'obtenir de meilleurs résultats, notamment sur la tolérance.

- Antalgiques de pallier 3

Ils sont prescrits en cas d'intensité douloureuse élevée et en présence de douleurs chroniques ayant une répercussion importante sur la qualité de vie du patient. Leur bonne maniabilité et tolérance, peuvent en faire un traitement de choix chez la personne âgée, par rapport aux opioïdes faibles ou aux AINS. [19]

Il existe de nombreuses molécules : la morphine, l'oxycodone, le fentanyl, l'hydromorphone, la buprénorphine, la nalbuphine, la méthadone.

En pratique, l'utilisation des traitements morphiniques se fait sur un schéma classique de traitement de fond, avec possibilité d'interdoses en cas d'accès douloureux (équivalent à 1/10^e à 1/6^e de la dose journalière). En cas d'inefficacité ou d'effets indésirables gênants, la rotation d'opioïdes est nécessaire. Ce changement suit des règles de prescriptions simples, en utilisant les tableaux d'équianalgésie. (Figure 2)

La prescription d'opioïdes forts nécessite une surveillance clinico-biologique importante à savoir la surveillance de la fonction rénale, de la tolérance, et des signes de surdosage. En effet, une altération de la vigilance et une bradypnée, doivent faire suspecter un surdosage.

Morphine en mg									Oxycodone en mg						Hydromorphone en mg	Fentanyl en µg	
PO			SC			IV			PO			SC - IV			PO	Transdermique	Transmuqueux
Dose / 24h	Dose du bolus**		Dose du bolus**			Dose du bolus**			Dose / 24h	Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose du bolus**			Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus
Moscontin cp LP	Actiskenan gel LI		Morphine sol inj			Morphine sol inj			OxyContin cp LP	Targinact* (oxycodone / naloxone) cp LP	OxyNorm gel LI	OxyNormORO cp orodispersible LI			Sophidone gel LP	Durogésic Fentanyl Ratiopharm Fentanyl Sandoz Fentanyl Winthrop Matrifen patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Abstral cp sublingual
Skénan gel LP	Sévédol cp LI		50 - 100 - 200 400 - 500 mg			50 - 100 - 200 400 - 500 mg			5 - 10 - 20 - 40 80 - 120 mg	5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	5 - 10 - 20 mg	5 - 10 - 20 mg			4 - 8 - 16 - 24 mg		100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg
10 - 30 - 60 100 - 200 mg	10 - 20 mg		10 - 30 - 100 mg/5ml			10 - 30 - 100 mg/5ml											200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg
	1/10	1/6	Dose par 24 heures			Dose par 24 heures						Dose par 24 heures					
			1/10	1/6		1/10	1/6				1/10	1/6	1/10	1/6			
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	10	1	1,5	6,5	0,5	1		
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	15	1,5	2,5	10	1	1,5	12	Effentora cp gingival 100 - 200 - 400 - 600 - 800 µg
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	30	3	5	20	2	3	8	25
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	45	4,5	7,5	30	3	5		37
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	60	6	10	40	4	7	16	50
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	80	8	13	53	5	9		Instantyl* pulv nasal 50 - 100 - 200 µg
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	80 + 10*	9	15	60	6	10	24	75
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	80 + 20*	10	17	67	7	11		
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	80 + 40*	12	20	80	8	13	32	100
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	80 + 60*	14	23	93	9	16		
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	80 + 70*	15	25	100	10	17	40	125
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	80 + 100*	18	30	120	12	20	48	150
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	80 + 120*	20	33	133	13	22		
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	80 + 160*	24	40	160	16	27	64	200
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	80 + 190*	27	45	180	18	30	72	225
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	80 + 220*	30	50	200	20	33	80	250
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	80 + 280*	36	60	240	24	40	96	300
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	80 + 370*	45	75	300	30	50	120	375
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	80 + 420*	50	83	333	33	56		412

Figure 2 : Equianalgésie opioïdes

➤ Les antiépileptiques

Ils sont essentiellement utilisés pour la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques et centrales, et indiqués en première intention devant un profil de sécurité plus favorable et un risque moindre d'interaction médicamenteuse. Les recommandations préconisent une diminution des posologies, que ce soit à l'initiation du traitement ou lors des paliers de la phase d'augmentation. [20]

➤ Les antidépresseurs

Les antidépresseurs tricycliques, comme l'amytriptiline, ont une efficacité prouvée dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. Cependant, du fait de leur effets secondaires liés à leurs propriétés anticholinergiques, ils ne sont que rarement utilisés en médecine gériatrique.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), comme la duloxétine, sont recommandés en première intention chez les patients présentant une polyneuropathie diabétique douloureuse. [21]

➤ Autres

On retrouve les emplâtres de lidocaïne 5% ou les patchs de capsaïcine à 8% pour les douleurs neuropathiques localisées. Les patchs de capsaïcine seraient même envisagés avant l'instauration d'opiacés forts, car ils présentent un profil de sécurité favorable. [22]

Le protoxyde d'azote appartient au groupe de traitement à envisager pour les douleurs induites lors des soins. Il n'y a pas d'adaptation d'application chez la personne âgée ; en revanche, les contre-indications restent nombreuses. De plus, son utilisation nécessite la coopération du patient et un personnel soignant habitué.

2.4.c. Traitements non médicamenteux

Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 a favorisé le développement des thérapies non pharmacologiques dans les structures dédiées, à l'initiative des soignants, pour répondre à la demande des patients.

En effet, même sans avis médical, il existe des moyens simples pour prévenir la douleur (par exemple lors des soins) ne se limitant pas à la simple prescription d'antalgique. Le vécu douloureux du patient étant influencé par son environnement émotionnel et affectif, la qualité de la relation entre le soignant et la personne est primordiale.

De plus, les techniques non médicamenteuses sont une alternative ou un complément efficace au traitement médicamenteux. Leur diversité permet d'utiliser la technique la plus adaptée à la personne et au type de douleur présente.

Il existe une multitude de techniques pouvant être mises en place : comme la manipulation physique, le toucher et massage thérapeutique, les techniques physiothérapeutiques, les techniques cognitives et comportementales représentées par la sophrologie, l'arthérapie et l'hypnose.

Nombreuses et variées, les méthodes non médicamenteuses investissent le monde hospitalier et offrent un éventail de possibilités pour le soignant face à un patient douloureux. Cependant, il convient au soignant de connaître les indications et contre-indications des méthodes qu'il propose, et de savoir se former.

L'utilisation de ces méthodes fait appel à une équipe multidisciplinaire constituée de médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues etc...

III. MATERIELS ET METHODES

Ce travail a été construit sur le modèle d'une évaluation des pratiques professionnelles auprès des équipes médicales et paramédicales des services de gériatrie aiguë du CHU Amiens Picardie et s'est articulé autour de trois grands axes.

La première partie de l'étude consistait à effectuer un premier recueil de données concernant le dépistage et la prise en charge de la douleur des patients hospitalisés depuis au moins 48 heures dans les services de gériatrie aiguë. Secondairement, une sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur a été proposée à l'ensemble du personnel médical et paramédical de ces services. Un nouveau recueil de données a été réalisé un mois après.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si une sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur avait un impact positif sur la prise en charge de celle-ci dans les services de gériatrie aiguë du CHU Amiens Picardie.

1. Recueils des données

Le recueil de données a été réalisé en deux temps, soit avant la sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur, puis un mois après. Les informations ont été recueillies à partir du logiciel DXCARE, utilisé dans les services et après accord de la direction de recherche clinique (DRCI). Les différentes données ont été extraites dans un tableau EXCEL afin de permettre leur analyse.

Le recueil était basé uniquement sur les données écrites dans le dossier du patient.

Il était centré autour de trois axes notamment la population étudiée, l'évaluation de la douleur et la réponse à cette évaluation.

La population étudiée était celle des patients hospitalisés dans le service de gériatrie aiguë du CHU Amiens Picardie depuis au moins 48 heures. Les patients hospitalisés depuis moins de 48 heures étaient donc exclus de l'étude.

Les caractéristiques recueillies étaient : l'âge, le sexe, la présence ou non de troubles neurocognitifs connus, la prise ou non d'un traitement antalgique de fond et les motifs d'hospitalisation qui ont été simplifiés en deux catégories (hospitalisation pour chute et/ou douleur, ou non)

La deuxième partie concernait l'évaluation de la douleur par l'infirmier, l'aide-soignant, et par le médecin, les échelles d'évaluation utilisées, l'intensité moyenne de la douleur, la présence ou non de transmissions écrites dans le dossier patient, et la présence ou non d'une information concernant une transmission orale au médecin.

La dernière partie recueillait les informations concernant les réponses proposées suite à cette évaluation, notamment la présence ou non d'une proposition thérapeutique par le médecin, si oui, quel était le délai et quelles étaient les thérapeutiques proposées, l'administration ou non du traitement par l'infirmier que le traitement soit prescrit en systématique ou en si besoin.

2. Analyse des données

Les statistiques descriptives présentent les caractéristiques des populations en nombre (pourcentage) pour les variables catégorielles ou ordinales et en moyenne (\pm écart-type) pour les variables continues.

Un test de Student de Wilcoxon du Khi 2 ou test exact de Fisher ont été réalisés lorsque cela était adapté. L'ensemble des analyses a été réalisé sur le logiciel R (R Development Core Team (2005). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). R version 4.0.5, package compareGroups 4.0

3. Auto-formations

La sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur a été réalisée par l'intermédiaire de questionnaires interactifs spécifiques à chaque spécialité de soignant via le site GENIALLY et intégrés à la plateforme EPIONE avec l'aide de l'équipe d'ingénieur en pédagogie du SimuSanté.

L'accès aux questionnaires était permis par auto-inscription grâce à une clef de cryptage.

Ils ont été construits sous la forme de questions à réponse binaire avec apparition d'un feedback explicatif après chaque réponse. Seul le recueil du taux de participation aux questionnaires a été utilisé pour l'étude. Les résultats de ces derniers n'ont pas été pris en compte.

La diffusion des questionnaires a été réalisée via la boîte mail professionnelle de chaque membre du personnel et en collaboration avec les cadres de santé des deux services de gériatrie aiguë.

IV. RESULTATS

1. Population et caractéristiques

1.1. Diagramme de flux

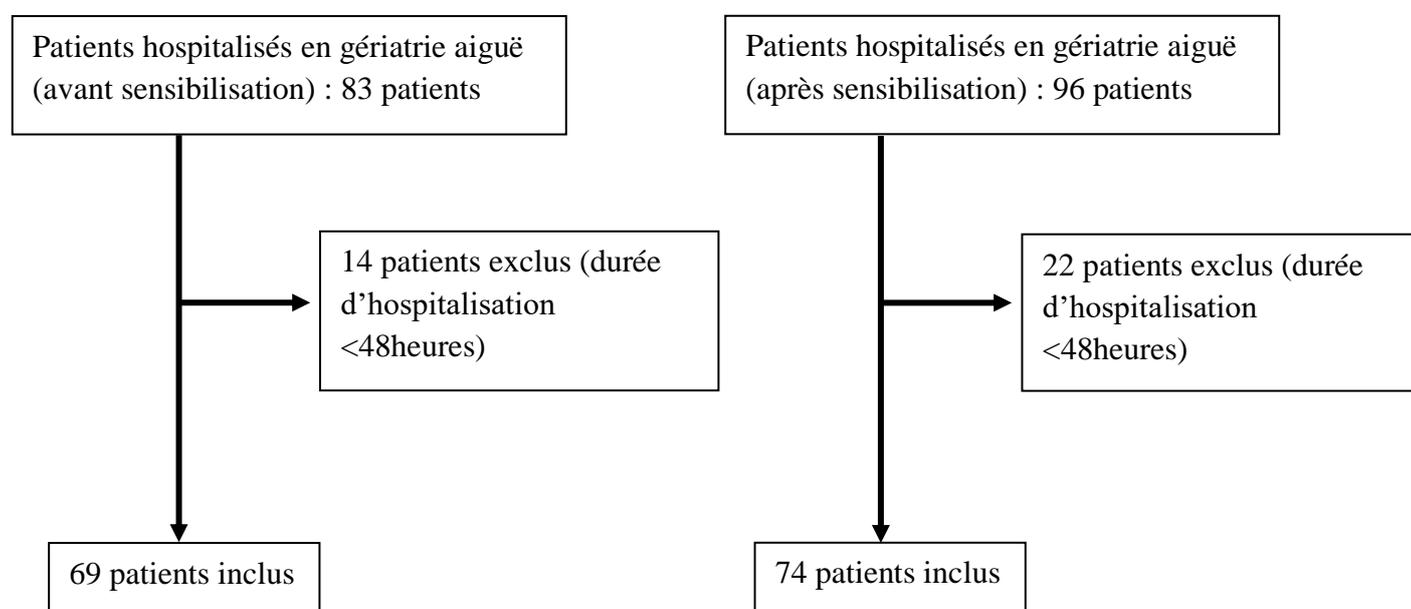


Figure 3. Diagramme de flux

Quatre-vingt-trois dossiers ont été analysés sur le logiciel DXCARE avant la réalisation de l'autoformation. Soixante-neuf patients ont été inclus dans l'étude avant la sensibilisation et 14 patients ont été exclus de l'étude car la durée d'hospitalisation était inférieure à 48 heures.

Après la réalisation de la sensibilisation, 96 dossiers ont été analysés, parmi eux 22 ont été exclus de l'étude devant une durée d'hospitalisation inférieure à 48 heures, et 74 patients ont été inclus.

1.2. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population ont été répertoriées dans le Tableau 1 et nous ne retrouvons aucune différence significative entre les deux groupes.

La population étudiée était homogène quant au genre, avec 41 femmes (59.4%) avant la sensibilisation, et 45 (60.8%) après.

Les pourcentages d'hospitalisation pour chute et/ou douleur, étaient semblables entre les deux groupes, 26.1% pour le premier, et 24.3% pour le second.

La durée moyenne de séjour entre les deux recueils ne mettait pas en évidence de différence significative car elle était de 7.94 jours avant l'autoformation et de 7.36 jours après.

Le pourcentage de population présentant des troubles neurocognitifs (TNC) était de 34.8% soit 24 patients avant la sensibilisation à la prise en charge et à l'évaluation de la douleur et de 43.2% soit 32 patients après la formation.

Enfin, 49.3% des patients étudiés dans le premier groupe consommaient des antalgiques au domicile, et 45.9% en consommaient dans le second.

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée. (TNC= troubles neurocognitifs)

	post N=74	pré N=69	p.overall
Âge	86.2 (5.74)	86.1 (5.81)	0.907
Sexe			1.000
F	45 (60.8%)	41 (59.4%)	
M	29 (39.2%)	28 (40.6%)	
Hospitalisation pour chute/douleur			0.960
non	56 (75.7%)	51 (73.9%)	
oui	18 (24.3%)	18 (26.1%)	
Durée d'hospitalisation (jours)	7.36 (6.38)	7.94 (5.98)	0.577
TNC connus			0.387
non	42 (56.8%)	45 (65.2%)	
oui	32 (43.2%)	24 (34.8%)	
Traitements antalgiques de fond			0.817
non	40 (54.1%)	35 (50.7%)	
oui	34 (45.9%)	34 (49.3%)	

2. Evaluation de la douleur

Les résultats concernant l'évaluation de la douleur ont été analysés dans le Tableau 2.

Dans les deux groupes, l'évaluation de la douleur par l'équipe paramédicale était réalisée dans 100% des cas.

Tableau 2. Evaluation de la douleur et transmissions

	post N=74	pré N=69	p.overall
Evaluation de la douleur (paramédical)			.
non	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
oui	74 (100%)	69 (100%)	
Evaluation douleur (médical)			0.152
non	33 (44.6%)	40 (58.0%)	
oui	41 (55.4%)	29 (42.0%)	
Echelles utilisées			0.848
ALGO	12 (16.2%)	10 (14.5%)	
EN	34 (45.9%)	35 (50.7%)	
EN/ALGO	28 (37.8%)	24 (34.8%)	
Intensité moyenne de la douleur	0.97 (1.76)	0.83 (1.89)	0.632
Transmissions <u>orales</u> au corps médical			0.032
non	66 (89.2%)	51 (73.9%)	
oui	8 (10.8%)	18 (26.1%)	
Transmissions <u>écrites</u> au corps médical	74 (100%)	69 (100%)	.

L'évaluation de la douleur par le corps médical montrait une différence non significative entre les deux groupes (p=0.152). Avant la sensibilisation elle était effectuée pour 29 patients (42%) et après la sensibilisation, elle était réalisée chez 41 patients (55.4%).

Les échelles d'évaluation de la douleur utilisées étaient globalement les mêmes :

- L'EN seule est utilisée à 50.7% avant la sensibilisation et à 45.9% après.
- L'ALGOPLUS seule est réalisée à 14.5% avant la sensibilisation et à 16.2% après.
- Enfin l'utilisation simultanée des deux échelles est effectuée dans 34.8% des cas avant la sensibilisation et dans 37.8% après.

En présence de troubles neurocognitifs, l'EN était plus utilisée avant la sensibilisation (54.2%) qu'après (34%) et l'utilisation de l'EN et de l'ALGOPLUS était plus importante après la sensibilisation (44%) qu'avant (16.7%) (Figures 4 et 5)

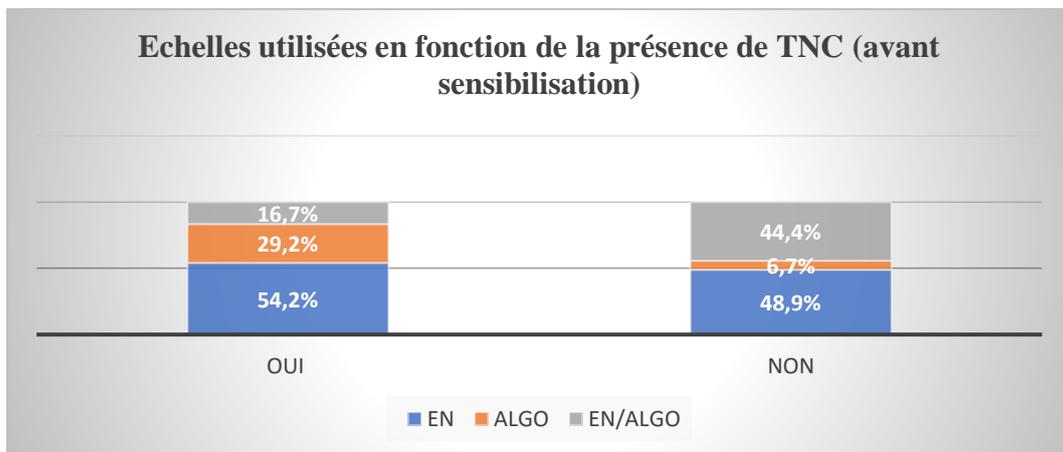


Figure 4.

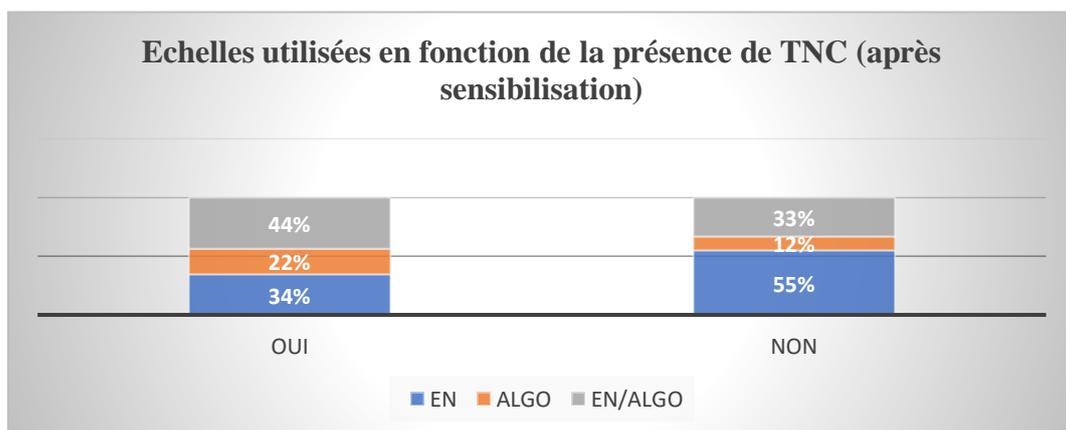


Figure 5.

Les transmissions de l'équipe paramédicale au corps médical étaient réalisées dans 100% des cas de manière écrite.

Les transmissions orales ont été réalisées pour 18 patients (26.1%) avant la sensibilisation, et pour 8 patients (10.8%) lors de la deuxième partie de l'étude.

3. Adaptation thérapeutique

L'étude a permis de mettre en évidence de manière significative une majoration de l'instauration de traitement antalgique ($p=0.017$) et dans un délai plus rapide ($p<0.001$). (Tableau 3)

En effet, dans le groupe « préformation », l'instauration de traitement antalgique (tous paliers confondus), était réalisée chez 31 patients soit 44.9% des cas. Après la sensibilisation cette instauration était effectuée chez 66.2% des patients.

Concernant les délais d'adaptation thérapeutique, ils étaient estimés à plus de 24 heures dans 67.7% des cas avant la formation et ont été diminués à moins de 24 heures dans 91.8% des cas, suite à la sensibilisation à la prise en charge de la douleur

Tableau 3. Instauration traitement antalgique, délai, et délivrance

	post N=74	pré N=69	p.overall
Instauration traitement antalgique			0.017
non	25 (33.8%)	38 (55.1%)	
oui	49 (66.2%)	31 (44.9%)	
Dans quel délai (heures)			<0.001
<24	45 (91.8%)	10 (32.3%)	
>24	3 (6.12%)	16 (51.6%)	
>48	1 (2.04%)	5 (16.1%)	
Traitement "systématique" administré?			1.000
non	2 (7.41%)	0 (0.00%)	
oui	25 (92.6%)	13 (100%)	
Traitement "si besoin" administré?			0.670
non	19 (48.7%)	10 (40.0%)	
oui	20 (51.3%)	15 (60.0%)	

Il est observé que la répartition des traitements antalgiques instaurés avait évolué.

(Figure 6 et 7)

En effet, les antalgiques de palier 1 étaient instaurés en association dans 32% des cas avant la sensibilisation et dans 47% des cas après.

Il est observé une diminution d'utilisation des antalgiques de palier 2 seul puisque qu'ils étaient utilisés seul dans 2% des cas avant la formation et dans 0% des cas après.

Les antalgiques de palier 1 et 3 en association étaient utilisés en association dans 17% des cas lors du premier recueil, et dans 23% des cas lors du second.

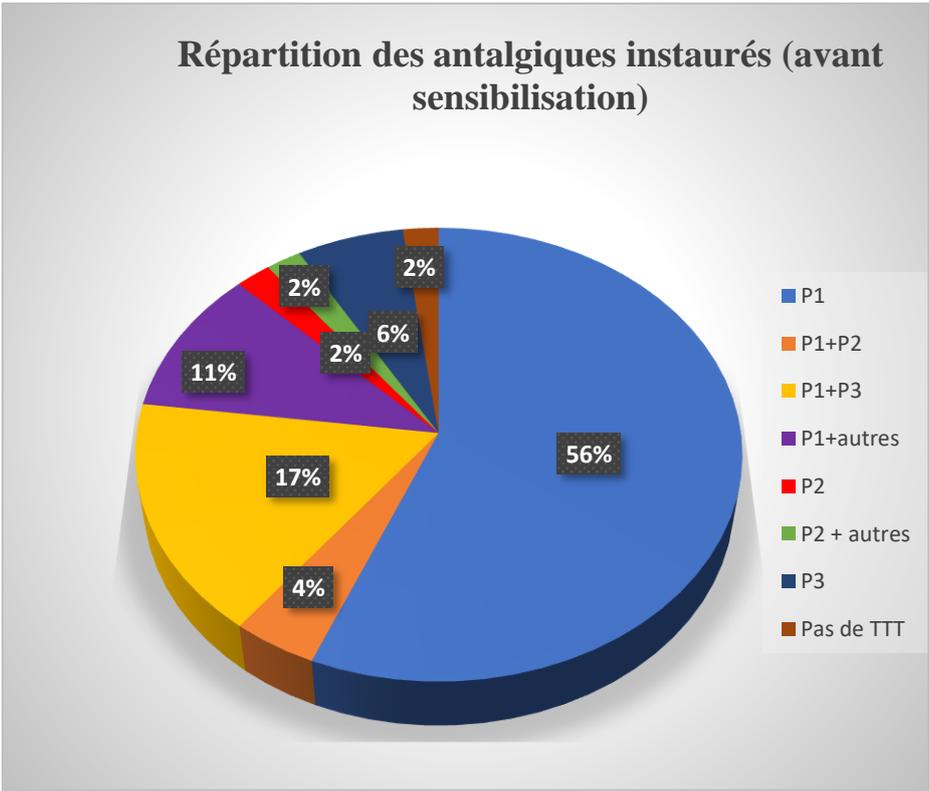


Figure 6.

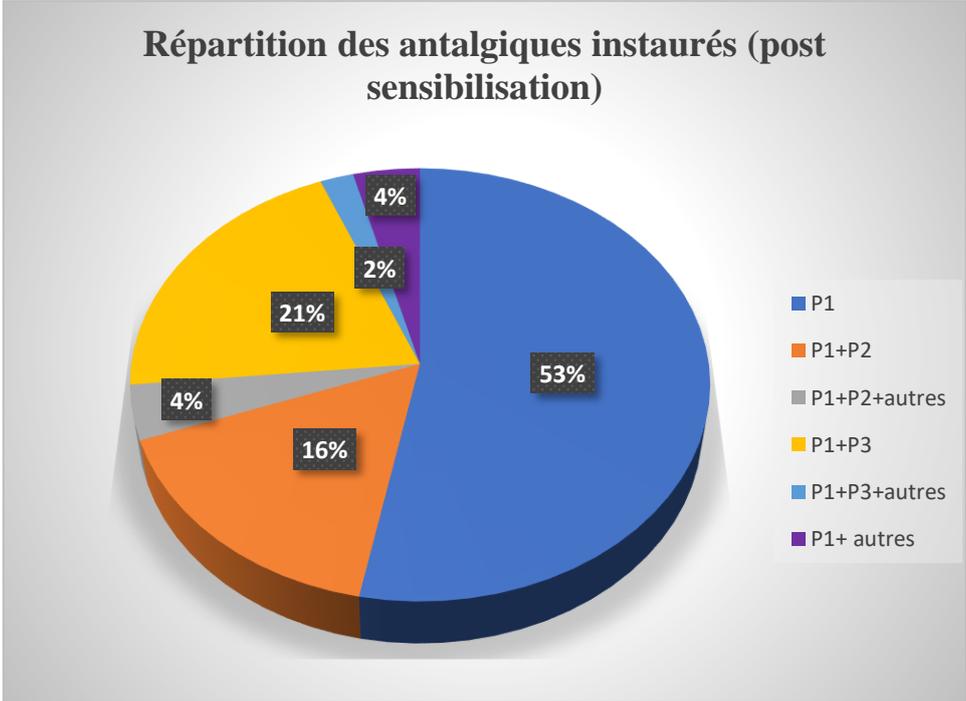


Figure 7.

La délivrance de traitement antalgique « si besoin » était réalisée dans 60% des cas avant l'autoformation et dans 51.3% des cas après.

Les motifs d'administration du traitement « si besoin » prescrit, étaient similaires entre les deux groupes : soit 60% des cas pour douleur, 5 à 10 % pour hyperthermie, et 20% non tracé. (Figures 8 et 9)

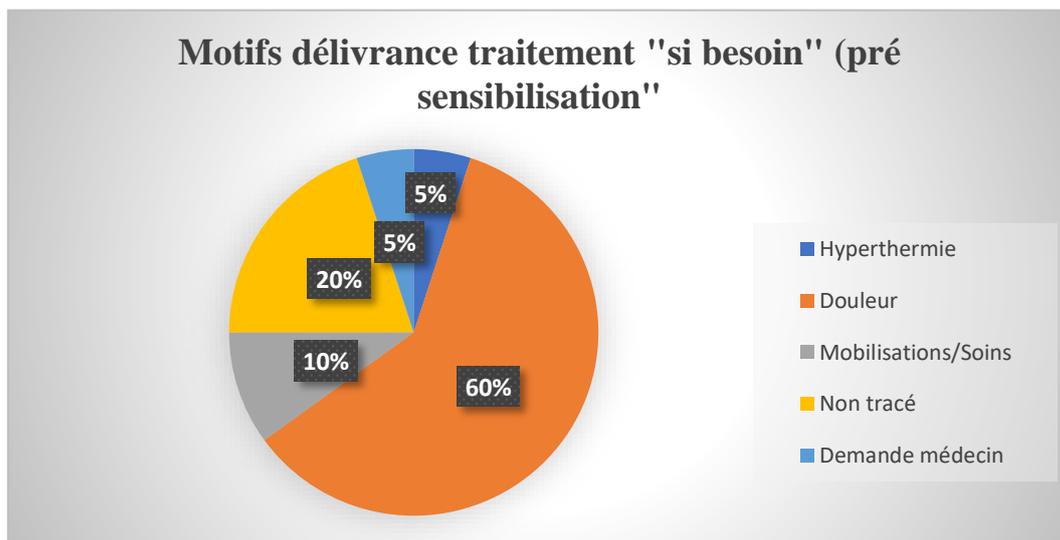


Figure 8.

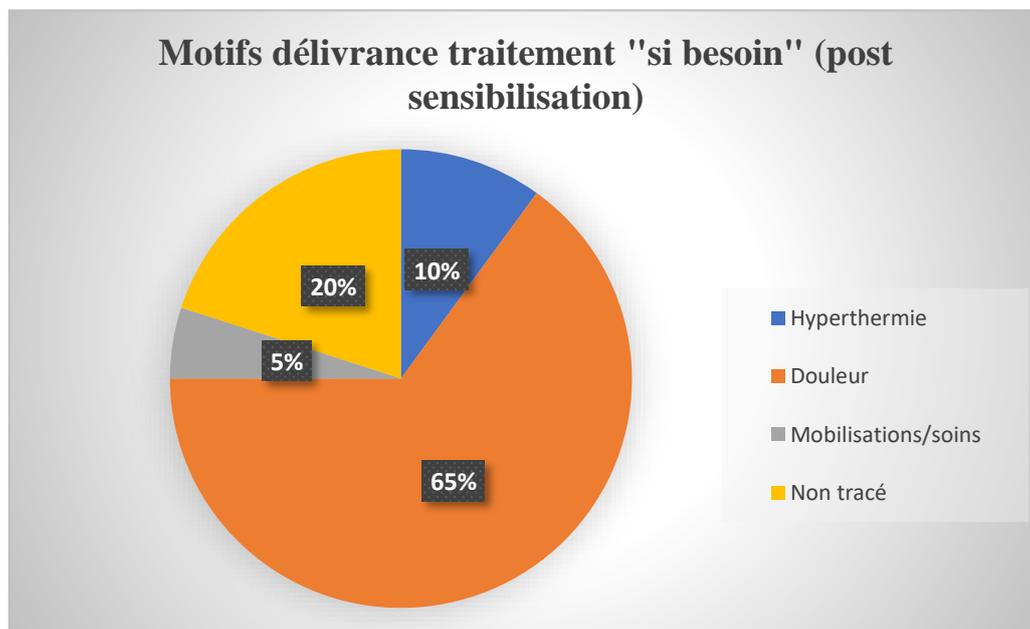


Figure 9.

V. DISCUSSION

1. Les limites de l'étude

1.1. Taux de participation

Malgré la proposition d'une sensibilisation sur le mode de questionnaires interactifs adaptés à chaque spécialité de soignants, il a été constaté un taux peu élevé de participation à l'autoformation par le personnel paramédical, pouvant ainsi sous-estimer le bénéfice attendu de cette sensibilisation.

En effet, il a été constaté un faible taux de participation chez les aides-soignants (11,1%), et une participation un petit peu plus importante pour les infirmiers (29.4%), et un taux de participation de 70% chez les médecins.

Enfin, ce travail a été réalisé en plein contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID 19 pouvant être responsable d'une limitation d'adhésion de la part des soignants à un projet d'autoformation.

1.2. Les biais

Nous pouvons évoquer un biais de mesure devant le fait que seule la traçabilité écrite de la transmission de l'évaluation de la douleur était évaluée.

Enfin, seule la prise en charge médicamenteuse de la douleur a été ici évaluée car elle représentait la seule donnée disponible sur le recueil de données.

2. L'évaluation de la douleur

Cette évaluation passe par l'utilisation d'échelle adaptée à chaque patient. La présence de troubles neurocognitifs ne devrait pas influencer sur le type d'échelle à utiliser. En revanche, le caractère communicant du patient permet de nous orienter vers l'utilisation d'échelles d'autoévaluation (pour les patients communicants), ou d'hétéroévaluation (pour les patients non communicants). [23]

Cependant, dans notre travail, l'association entre la présence de troubles neurocognitifs et l'échelle utilisée pour dépister la douleur ne retenait pas l'état général du patient, ni sa capacité à communiquer. Par conséquent, nos résultats montraient une majoration de l'utilisation des deux échelles (EN et ALGOPLUS) chez les patients présentant des troubles neurocognitifs, malgré la sensibilisation exposant les recommandations sur le choix d'échelle à utiliser.

De plus, l'utilisation d'une échelle par rapport à une autre semblait aléatoire dans notre étude avec 34.8% d'utilisation de l'EN et ALGOPLUS avant la sensibilisation et 37.8% après. Alors qu'il est recommandé d'utiliser la même échelle, ou de justifier son changement entre les différents temps d'évaluation, et d'un soignant à l'autre.

3. Adaptation thérapeutique

3.1. Les résultats observés

Ce travail a permis de mettre en évidence qu'une nouvelle sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur permettait une amélioration de la prise en charge antalgique, notamment avec une augmentation de l'instauration de traitement antalgique et une meilleure réactivité quant à l'instauration de ces différents traitements. Ces résultats coïncident avec ceux de l'étude menée par Pascal Schindelholz sur l'utilisation de l'ALGOPLUS en USLD [24], qui a montré qu'une meilleure appropriation des échelles d'évaluation de la douleur permettait de mieux « cibler » les patients douloureux (notamment en présence de troubles neurocognitifs), de rechercher une douleur plus fréquemment, et que cette recherche faisait partie intégrante de l'évaluation de la personne âgée, menant ainsi à réfléchir à des adaptations thérapeutiques médicamenteuses ou non.

Le bénéfice en terme d'amélioration du dépistage de la douleur et à sa prise en charge adaptée a déjà été retrouvé lors d'une précédente étude réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine datant de 2006, au centre Hospitalier Universitaire Bichat-Claude-Bernard [25]

Effectivement, cette étude était réalisée selon les mêmes modalités que la notre, comparant deux groupes de 30 patients avant et après une intervention sur le dépistage et la prise en charge antalgique auprès des différents soignants. Il a été observé une augmentation du nombre de

patients douloureux dépistés, une meilleure utilisation des échelles d'évaluation, et une meilleure adaptation thérapeutique.

3.2. Les recommandations de bonnes pratiques

Dans ce travail, nous avons observé que les prescriptions des différents paliers d'antalgiques étaient très variées, notamment avant la réalisation de la sensibilisation, avec des prescriptions de palier 2 seul (2% des cas), de palier 3 seul (6% des cas), et l'utilisation de molécule différente du paracétamol seul dans 42% des cas.

Cependant après la sensibilisation, il est observé une meilleure logique de graduation des prescriptions. En effet le paracétamol était utilisé seul ou en association dans 100% des cas. Et une augmentation de l'utilisation de palier 2 ou 3 a été observée (43%).

En comparaison, d'autres études ont montré que la prescription et l'administration de traitements antalgiques au-delà du palier 1 était assez rare, de peur des effets secondaires des opioïdes (confusion, somnolence, surdosage...), et d'autant plus avec les morphiniques. [26,27]

Cependant il est également démontré que l'instauration d'un traitement antalgique, par une seule molécule, à la posologie la plus faible et une majoration secondaire lentement progressive permettaient une meilleure tolérance et une prise en charge adaptée à la personne âgée. La devise s'appliquant dans ce cas est celle du « start slow and go slow ». [28]

En outre, il convient, comme pour tout patient, de favoriser l'adhésion et la collaboration, avec les explications quant au choix de la molécule, ses effets attendus, son délai d'action et ses éventuels effets indésirables.

4. Perspectives

4.1. Etat de connaissances actuelles

Dans notre société, l'âgisme reste encore très présent, avec des stéréotypes où la douleur est vue comme une fatalité dans l'esprit de certain « il a mal, c'est normal il est vieux », entraînant une sous-estimation de la présence d'une douleur. [29]

De plus chez nos patients âgés souvent polyopathologiques, les troubles neurocognitifs surtout majeurs peuvent être déstabilisants pour les soignants prenant en charge le patient. [30 ;31]. Ce constat est également observé dans notre travail. En effet l'utilisation des échelles de la douleur était hasardeuse chez les patients présentant ou non des troubles neurocognitifs. Cela malgré la sensibilisation sur l'évaluation de la douleur de la personne âgée, dont les particularités étaient reprises dans les questionnaires autoformateurs.

Les résultats émanant de ces tests n'ont pas été recueillis dans ce travail, mais il pourrait être intéressant de les analyser dans une seconde étude. Cela permettrait de faire un état des lieux des connaissances actuelles des différents soignants de gériatrie aiguë sur le dépistage et la prise en charge antalgique des sujets âgés, et amènerait à réfléchir à l'amélioration de la formation des soignants.

4.2. Points d'ouverture

Nous avons montré l'intérêt de réaliser de nouvelles sensibilisations auprès des équipes médicales et paramédicales, permettant l'instauration d'un traitement antalgique plus fréquent et plus rapide chez un patient âgé douloureux.

Les questionnaires interactifs pourraient être diffusés à un maximum de soignants amené à prendre en charge des personnes âgées, notamment du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de sujets âgés hospitalisés, afin d'améliorer les pratiques professionnelles concernant le dépistage et la prise en charge de la douleur.

VI. CONCLUSION

La personne âgée, en raison de sa singularité, fait l'objet d'une prise en charge adaptée et individualisée.

L'évaluation et la prise en charge de la douleur représente une part entière de cette prise en charge et fait l'objet de multiples réflexions.

Ce travail a montré que de nouvelles sensibilisations au dépistage et la prise en charge de la douleur auprès des différents soignants permettaient une amélioration des pratiques professionnelles, renforçant ainsi la nécessité de garder une démarche de formations continues, et ce, pour l'ensemble des soignants susceptibles de prendre en charge nos aînés.

BIBLIOGRAPHIE

[1] ARS – Agence Régionale de Santé- Hauts de France [en ligne]. Les filières gériatriques territoriales. Page consultée le 02/08/2021. Mis à jour le 6 mai 2021. Disponible sur <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-filieres-geriatriques-territoriales>

[2] Legifrance [en ligne]. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Page consultée le 02/08/2021. Mis à jour le 5 mars 2002. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

[3] Organisation mondiale de la santé (OMS). Page consultée le 02/08/2021. Vieillesse et santé (en ligne). Disponible sur <http://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

[4] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). iPubli. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées [en ligne]. Page consultée le 02/08/2021. Disponible sur <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6806>

[5] HAS – Haute Autorité de Santé [en ligne]. Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification. Page consultée le 02/08/2021. Mis à jour en septembre 2020. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf

[6] HAS – Haute Autorité de Santé [en ligne]. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Page consultée le 02/08/2021. Mis à jour le 4 juin 2015. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

[7] HAS – Haute Autorité de Santé [en ligne]. Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Page consultée le 02/08/2021. Mis à jour en mai 2015. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201507/rapport_evaluation_art_70_perte_autonomie_2015-07-16_12-17-35_601.pdf

[8] Lucie Misson, Maryse L.Savoie, Michèle Aubin, Thomas Hadjistavropoulos, René Verreault. Les défis de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée avec des capacités réduites à communiquer en raison d'une démence avancée. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, Volume 12, Issue 2, 2011, Pages 55-64, ISSN 1624-5687

[9] International Association for the Study of Pain (IASP) [en ligne]. IASP Terminology, Pain Terms. Page consultée le 02/08/2021. Disponible sur <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Neuropathicpain>

[10] HAS – Haute Autorité de Santé [en ligne]. Parcours de soins d'un patient douloureux chronique. Page consultée le 03/08/2021. Mis à jour en novembre 2019. Disponible sur http://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3218056

[11] Arielle Simunek, Serge Perrot, Anne-Priscille Trouvin. Traitement de la douleur du sujet âgé. Revue du Rhumatisme Monographies, Volume 86, Issue 3, 2019, Pages 228-232, ISSN 1878-6227.

[12] SFAP – Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs [en ligne]. Echelles d'évaluation de la douleur. Page consultée le 03/08/2021. Disponible sur <http://www.sfap.org/rubrique/les-echelles-de-la-douleur>

[13] Lucie Misson, Maryse L. Savoie, Michèle Aubin, Thomas Hadjistavropoulos, René Verreault. Les défis de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée avec des capacités réduites à communiquer en raison d'une démence avancée. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, Volume 12, Issue 2, 2011, Pages 55-64, ISSN 1624-5687.

[14] Anne-Françoise Allaz. Dimensions psychologiques de la douleur chronique chez les personnes âgées. Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2006 ; 4 (2) : 103-8.

[15] SFETD – Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Page consultée le 03/08/2021. Disponible sur <https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>

- [16] American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*, 57 (8) (2009), pp. 1331-1346
- [17] K. Rodger, C. Greasley-Adams, Z. Hodge, E. Reynish. Expert opinion on the management of pain in hospitalized older patients with cognitive impairment: a mixed methods analysis of a national survey. *BMC Geriatr*, 15 (2015), p. 56
- [18] J. Hollingshead, R.M. Dühmke, D.R. Cornblath. Tramadol for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 3 (2006), p. CD003726, 10.1002/14651858.CD003726.pub3
- [19] F. Guerriero. Guidance on opioids prescribing for the management of persistent non-cancer pain in older adults. *World J Clin Cases*, 5 (3) (2017), pp. 73-81, 10.1299.8/wjcc.v5.i3.73
- [20] Gisèle Pickerin, Claire Delorme, Thibaud Lansaman, Michel Lanteri-Minet, Antoine Legras, Jacques Medioni, Malou Navez, Michel Prudhomme, Serge Perrot, Alain Serrie, Éric Viel. Quelles données sur la prise en charge médicamenteuse de la douleur neuropathique chez la personne âgée fragile ? *Rev Geriatr* 2020 Février ; 45 (2).
- [21] Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et traitement de la douleur (SFETD). *Doul Eval Diagn Traitement*, 11 (2010), pp. 3-21
- [22] V. Martinez, P. Assouneb, F. Valadasc, T. Delormed, E. Collin. Place du patch de capsaïcine à haute concentration (8 %) dans la stratégie thérapeutique des douleurs neuropathiques périphériques. *Doul Eval Diagn Traitement*, 16 (2015), pp. 26-31
- [23] OmédIT [en ligne] – Fiche de bonne pratique et bon usage – Commission douleur. Evaluation de la douleur chez l'adulte : quelle échelle utiliser ? Page consultée le 04/09/2021. Mise à jour en mars 2016.
Disponible sur http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5230.pdf

[24] Pascal Schindelholz, Claire Puget. Douleur chez la personne âgée non communicante. Expérience de mise en place de l'échelle Algoplus en USLD. Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement, Volume 10, numéro 2, avril 2009, pages 79-83

[25] Antoine Bizard ; sous la direction de Sandrine Delpierre. Impact de la formation d'une équipe soignante sur la prise en charge de la douleur : enquête dans un service de court séjour gériatrique. Thèse de médecine. Université Paris Diderot - Paris 7. 2006.

[26] Françoise Capriz, Sylvie Chapiro, Laurence David, Marie Floccia, Cyril Guillaumé, Véronique Morel, Christine Berlemont, Jean-Michel Gautier, Brigitte Hérisson, Géraldine de Montgazon, Philippe Poulain, Gisèle Pickering. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement, Volume 18, Issue 5, 2017, Pages 234-247, ISSN 1624-5687.

[27] Moustafa F, Macian N, Giron F, Schmidt J, Pereira B, Pickering G. Intervention study with Algoplus : a pain behavioral scale for older patients in the emergency department. Pain Pract 2017 ; 17(5) :655-62.

[28] Naples GL, Gellad WF, Hanion JT. Managing pain in older adults : the role of Opioid Analgesics. Clin Geriatr Med 2016 ;32(4) :725-35.

[29] R. Deleens, F. Capriz, P. Volckmann, A. Gangi. La douleur n'est pas une fatalité. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement, Volume 21, Issue 2, Supplement, 2020, Pages S19-S22, ISSN 1624-5687.

[30] Lucie Misson, Maryse L. Savoie, Michèle Aubin, Thomas Hadjistavropoulos, René Verreault. Les défis de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée avec des capacités réduites à communiquer en raison d'une démence avancée. Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement. Volume 12, Issue 2, 2011, Pages 55-64, ISSN 1624-5687.

[31] Paladini A, Fusco M, Coaccioli S, Skaper SD, Varrassi G. Chronic Pain in the Elderly: The case for new therapeutic strategies. Pain Physician 2015 ; 18 : E863-76.

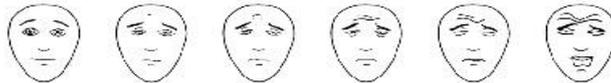
ANNEXES

Annexe 1 : Charte douleur personnes âgées du CHU Amiens Picardie



Charte douleur

Bien évaluer pour bien soulager !



1 Déterminer en équipe les outils

- d'autoévaluation : EVA, END, EVS...
- d'hétéroévaluation : ALGOPLUS, ECPA, DOLOPLUS, et autres échelles comportementales...

2 Évaluer systématiquement chaque patient

- à l'entrée dans le service
- chaque jour
- au minimum une fois par équipe si douleur > au seuil (≥ 3 pour END et EVA)

3 Tracer la douleur par le TILT :

- Type de douleur
- Intensité
- Localisation
- Temporalité

Noter ensuite :

- La description de la douleur
- Les mots du patient

4 Informer

l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient

5 Contacter les personnes ressources selon les circonstances :

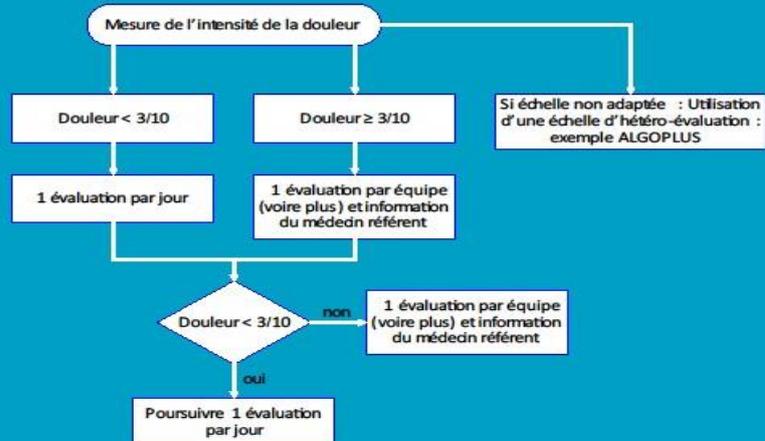
- Le Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
- l'IDE coordinatrice douleur
- le référent douleur
- les référents douleur en pédiatrie
- le DISSPO
- l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs
- les outils et procédures figurent sur la Gestion Electronique des documents (GED)

6 Auditer, enquêter à périodicité définie

- Unité : 3 fois par an, évaluer le dossier patient
- CHU : enquête douleur annuelle
- Evaluation spécifique des actions mises en place dans les services (EPP)
- Suivi des utilisations de protocole institutionnel ou de service

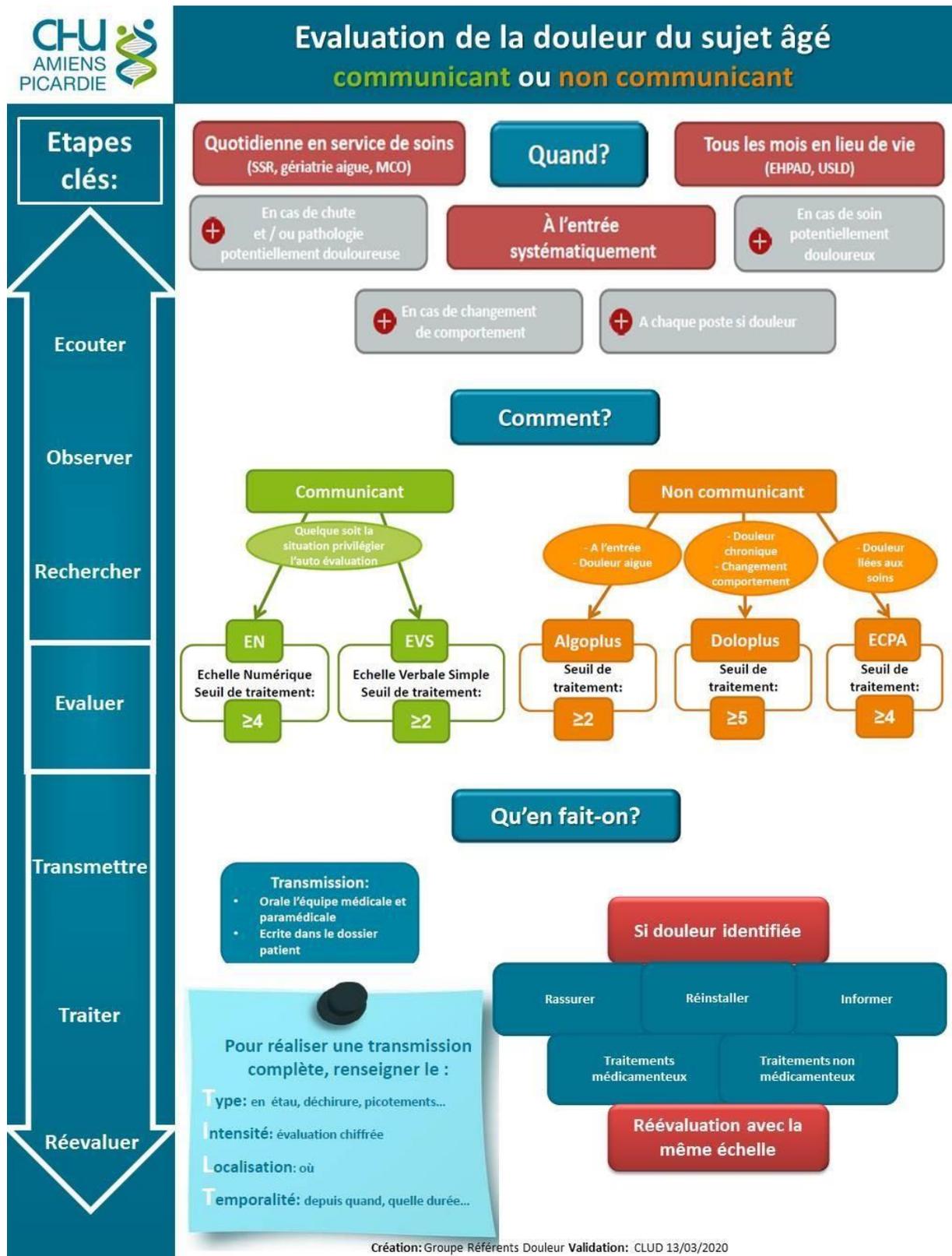
ÉVALUATION DE LA DOULEUR AIGÜE

Avec une Échelle Numérique Décimale (END) ou Échelle Visuelle Analogique (EVA)



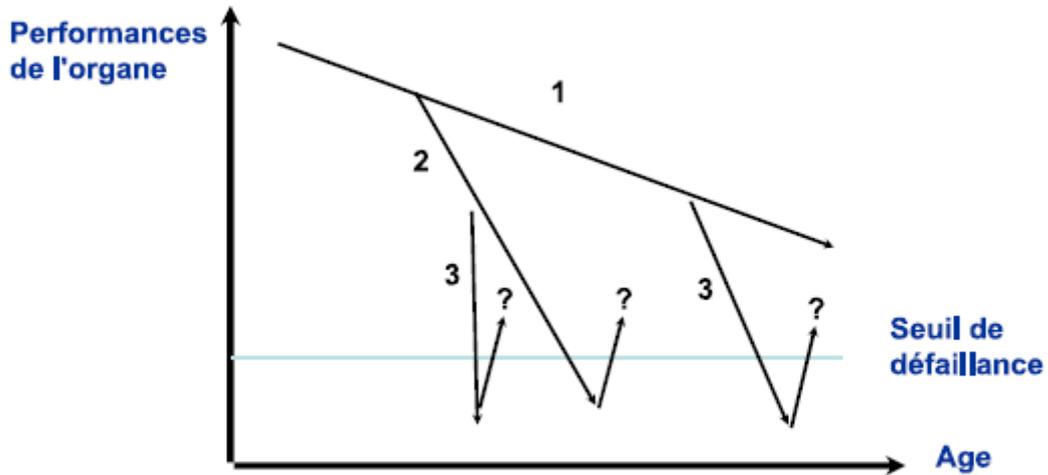
Création : Groupe Douleur - Juin 2009 - Validation : CLUD - V3 - Octobre 2014
Conception graphique : Sophie Collin - Service Communication - Impression : CHU Amiens-Picardie

Annexe 2 : Charte de l'évaluation de la douleur du sujet âgé, du CHU Amiens Picardie



Annexe 3: modèle de Jean Pierre Bouchon

Schéma 1+2+3



Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (Bouchon 1984)

Annexe 4 : Mini Nutritional Assessment (MNA)

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nom : Prénom :

Sexe : Age : Poids, kg : Taille, cm : Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage	
<p>A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires</p>	<input type="checkbox"/>
<p>B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids</p>	<input type="checkbox"/>
<p>C Motricité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile</p>	<input type="checkbox"/>
<p>D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence leve 2 = pas de problème psychologique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Score de dépistage (sous-total max. 14 points)</p> <p>12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée</p> <p>Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluation globale	
<p>G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 1 = oui 0 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>H Prend plus de 3 médicaments par jour ? 0 = oui 1 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>I Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas</p>	<input type="checkbox"/>
<p>K Consomme-t-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <p>0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui</p>	<input type="checkbox"/>
<p>M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté</p>	<input type="checkbox"/>
<p>O Le patient se considère-t-il bien nourri ? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition</p>	<input type="checkbox"/>
<p>P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Évaluation globale (max. 16 points)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Score de dépistage</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Score total (max. 30 points)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Appréciation de l'état nutritionnel</p> <p>de 24 à 30 points <input type="checkbox"/> état nutritionnel normal de 17 à 23,5 points <input type="checkbox"/> risque de malnutrition moins de 17 points <input type="checkbox"/> mauvais état nutritionnel</p>	

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Saliva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M368-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Annexe 5 : Mini Mental State Examination (MMSE)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)	Etiquette du patient
Date :	
Évalué(e) par :	
Niveau socio-culturel	

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !0ou1! | 4. Quel jour du mois ? | !0ou1! |
| 2. en quelle saison ? | !___! | 5. Quel jour de la semaine ? | !___! |
| 3. en quel mois ? | !___! | | |

☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

- | | |
|--|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | !___! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | !___! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | !___! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | !___! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | !___! |

APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

- ☞ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?
- | | | |
|-----|----|-------|
| 14. | 93 | !___! |
| 15. | 86 | !___! |
| 16. | 79 | !___! |
| 17. | 72 | !___! |
| 18. | 65 | !___! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

LANGAGE

22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. !___!
23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre !___!
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » !___!
- ☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :
25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. !___!
26. Pliez-la en deux. !___!
27. et jetez-la par terre ». !___!
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. «faites ce qui est écrit ». !___!
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :
29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » !___!

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». !___!



SCORE TOTAL (0 à 30) !___!

Annexe 6 : Geriatric Depression Scale (GDS)

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)

NOM :

Prénom :

Date :

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	oui	non*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	oui*	non
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	oui	non*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	oui*	non
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps?	oui	non*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide,	oui*	non
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	oui*	non
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	oui*	non
13 - L'avenir vous inquiète-t-il?	oui*	non
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	oui*	non
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui*	non
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	oui*	non
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé?	oui*	non
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante?	oui	non*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	oui*	non
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie?	oui	non*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente?	oui*	non
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?	oui*	non
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	oui*	non
25 - Eprouvez-vous souvent le besoin de pleurer?	oui*	non
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer?	oui*	non
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	oui	non*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées?	oui*	non
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions?	oui	non*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	oui	non*

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal

Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression

Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Annexe 7 : Echelle « Activities of Daily Living » (ADL)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

<u>ECHELLE A.D.L</u> (Aide-soignante Infirmière)	<u>1ère évaluation</u> Date : Score:	<u>2ème évaluation</u> Date : Score:	<u>3ème évaluation</u> Date : Score:
<u>HYGIENE CORPORELLE</u>			
. autonomie	1	1	1
. aide	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>HABILLAGE</u>			
. autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement	1	1	1
. autonomie pour le choix des vêtements, l'habillement mais a besoin d'aide pour se chausser	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>ALLER AUX TOILETTES</u>			
. autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
. doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
. ne peut aller aux toilettes seul(e)	0	0	0
<u>LOCOMOTION</u>			
. autonomie	1	1	1
. a besoin d'aide	½	½	½
. grabataire	0	0	0
<u>CONTINENCE</u>			
. continent(e)	1	1	1
. incontinence occasionnelle	½	½	½
. incontinent(e)	0	0	0
<u>REPAS</u>			
. mange seul(e)	1	1	1
. aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
TOTAL			

Annexe 8 : « Instrumental Activities of Daily Living » (IADL)

IADL: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (Echelle de LAWTON)

Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne

1. Aptitude à utiliser le téléphone

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Se sert normalement du téléphone	1	
2. Compose quelques numéros très connus	1	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	0	

2. Courses

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Fait les courses	1	
2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	0	
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	0	
4. Complètement incapable de faire ses courses	0	

3. Préparation des aliments

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas		
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1	
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0	
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	0	
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	0	

4. Entretien ménager

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères		
1. Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1	
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	1	
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1	
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	1	
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0	

5. Blanchisserie

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie		
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1	
2. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	1	
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0	

6. Moyens de transport

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1	
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	

7. Responsabilité à l'égard de son traitement

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1	
2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0	
3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	0	

8. Aptitude à manipuler l'argent

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent		
1. Gère ses finances de façon autonome	1	
2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
3. Incapable de manipuler l'argent	0	

Total score IADL/8
Nombre items non applicables/8

Annexe 9 : Echelle Zarit

Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.	
Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.	
Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.	
Cotation : 0 = jamais 1 = rarement 2 = quelquefois 3 = assez souvent 4 = presque toujours	
À quelle fréquence vous arrive-t-il de...	
Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

La revue du Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001



www.elsevier.fr

Annexe 10 : DN4

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

Annexe 11 : DOLOPLUS

ECHELLE DOLOPLUS					
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE					
NOM :	Prénom :			DATES	
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques 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 de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
				SCORE	

COPYRIGHT

Annexe 12 : ALGOPLUS



Evaluation de la douleur

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

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heureh											
	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	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

Annexe 13 : Evaluation Comportementale de la Douleur chez la Personne Agée (ECPA)

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

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

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : Prénom : Sexe : Âge :

Date : Service :
Heure : Nom du Cotateur :

SCORE

Evaluation de l'intérêt d'une sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur au sein des équipes médicales et paramédicales des services de gériatrie aiguë du CHU Amiens Picardie.

Introduction : La prise en charge antalgique du sujet âgé se heurte à de nombreuses difficultés du fait d'une atypie de l'expression douloureuse, de la complexité de son évaluation en présence de troubles neurocognitifs et de la crainte des effets secondaires des antalgiques.

Matériels et Méthodes : L'objectif de ce travail était d'évaluer si une sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur avait un impact positif sur la prise en charge de celle-ci dans les services de gériatrie aiguë du CHU Amiens Picardie. Les données ont été recueillies avant et après la sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur, puis comparées selon le modèle d'une évaluation des pratiques professionnelles.

Résultats : Avant la sensibilisation l'instauration de traitement antalgique était réalisée dans 44.9% des cas, après elle était effectuée chez 66.2% des patients. En parallèle, les délais d'adaptation thérapeutique sont plus courts après la sensibilisation, où dans 91.8% des cas elle était réalisée dans les 24 heures, alors qu'avant la sensibilisation elle était effectuée au-delà des 24 heures dans 67.7% des cas.

Conclusion : Nous avons mis en évidence une amélioration de la prise en charge antalgique, notamment avec une instauration plus fréquente et plus rapide de thérapeutique en présence de douleurs. Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur chez la personne âgée, il est nécessaire de poursuivre les formations continues pour l'ensemble des soignants.

Mots clefs : Douleur - Personnes âgées - Gériatrie – Antalgiques – Formation continue- Evaluation des pratiques professionnelles.

Evaluation of the impact of awareness-raising in pain screening and management within the medical and paramedical teams of geriatric short-stay units of Amiens Picardie University Hospital.

Introduction : Analgesics management in the elderly encounters many difficulties due to an atypical painful expression, the complexity of its assessment in case of neurocognitive disorders and the fear of side effects of drugs.

Methods : The aim of this work was to assess whether pain screening and management had a positive impact on pain management in acute geriatric wards at Amiens Picardie University Hospital. Data was collected before and after sensibilization to pain screening and management. It was then compared using a professional practice assessment.

Results : Before sensibilization, introduction of analgesic treatment was carried out in 44.9% of cases. After, it was carried out in 66.2% of patients. Therapeutic adaptation durations are shorter after sensibilization : it was carried out within 24 hours in 91.8% of cases whereas before awareness-raising it was carried out beyond 24 hours in 67.7% of cases.

Conclusion : Awareness-raising and pain management lead to an improvement of analgesic management, particularly with a more frequent and faster introduction of therapy in the presence of pain. In order to improve pain management in the elderly, it is necessary to keep continuing education for all caregivers.

Keywords : Pain – Elderly person – Geriatric – Analgesic treatment – Continuing education - Professional practice.