

personnes âgées douloureuses: spécificités des soins

UE Pharmacologie et thérapeutiques
3^{ème} année IFSI CHU Nantes
9 janvier 2019

Dr Hélène GAILLARD

Unité de Soins Palliatifs et de Support

Equipe Mobile de Soins Palliatifs et de Support

LISP Pôle de Gériatrie Clinique CHU de Nantes

Plan

- Introduction
- Démarche de soins
- Spécificités diagnostiques
- Spécificités de l'évaluation
 - Cas particulier du patient dément
- Spécificités des thérapeutiques
 - Médicamenteuses
 - Non médicamenteuses
- Conclusion

Introduction

- Champ: au-delà de l'âge civil:
PA fragiles,
polypathologiques, dépendantes, ou à risque de dépendance.
- **Des acquis:** la sensibilisation des professionnels
diagnostic
évaluation
l'amélioration des connaissances thérapeutiques
- Mais nous avons tous encore **des progrès** à faire
passer de la sensibilisation à une démarche de soins de qualité
réactivité, pluridisciplinarité, rigueur, inventivité...

Démarche de soins: des incontournables

- **Quel contexte?**

- Douleur aiguë, chronique?
- Douleur continue, paroxystique?
- Douleur liée aux soins
- Douleur et inconfort de fin de vie?

- **Quelle demande?**

- Patient?
- Famille?
- Professionnels?

Démarche de soins (suite)

- **Quels objectifs?**

- ✓ Réalistes
- ✓ Négociés
- ✓ Priorisés
- ✓ Evaluables
- ✓ Et ré-évalués!

- **Quels moyens mobilisables?**

- ✓ Participation active du patient?
- ✓ Quel lieu de soins?
- ✓ Environnement humain?
- ✓ Moyens non-médicamenteux
- ✓ Moyens médicamenteux

La douleur dans la population gériatrique

- Grande prévalence
- Fréquence de l'absence de plaintes
- Autres particularités séméiologiques
- Rapidité et gravité potentielle d'un syndrome douloureux non pris en charge

1- grande prévalence de la douleur

- toutes les études montrent la **très forte prévalence** du symptôme chez le sujet âgé.
- Surreprésentation de la population féminine
- Impact variable sur la qualité de vie et sur la demande de soin:
après 75 ans : sujets 4 fois plus exposés à un problème algique significatif que les adultes jeunes
- en institution gériatrique:
prévalence évaluée entre 45 et 70%
avec augmentation en fin de vie

2 - fréquence de l'absence de plaintes

- en raison de **troubles de la communication**
- d'un **état dépressif**
- d'**obstacles culturels**
- De la **Crainte** des traitements, des investigations, d'un diagnostic péjoratif

→ **l'absence de plainte ne peut permettre d'écarter le diagnostic**

3 – autres particularités séméiologiques

- **symptomatologie atypique** de pathologies médicales ou chirurgicales classiquement douloureuses, localisation imprécise
- **fréquence accrue de certaines douleurs chroniques** en particulier à caractère neurogène
- **signification des plaintes douloureuses**
fréquence des équivalents dépressifs
risque de confinement, de dépendance, d'institutionnalisation.
- **Retentissement fonctionnel et psychologique**
pouvant être rapide et grave
- **Douleurs fréquemment multiples**
localisations, mécanismes, ancienneté... → prioriser la PEC

4 - rapidité et gravité d'un syndrome douloureux mal soulagé

retentissement fonctionnel et psychologique, d'autant plus rapide et grave que terrain sous-jacent fragile avec des complications intriquées

- **anorexie et dénutrition**
- **perte d'autonomie**
- **Dépression, troubles du sommeil**
- **états régressifs**
- parfois **agitation anxieuse, épisodes confusionnels**

4 - rapidité et gravité d'un syndrome douloureux non pris en charge

- Traiter **simultanément** si possible
 - la cause de la douleur, ses facteurs favorisants
 - la douleur
 - ses conséquences immédiates
 - les pathologies en cascade (prévention +++)
- Approche **individualisée et pluri-professionnelle** toujours nécessaire

Grandes causes et mécanismes de douleurs chez le sujet âgé

- douleurs **musculo-squelettiques**
- douleurs **neuropathiques**
- douleurs chroniques des **cancers**
- **ischémies tissulaires, immobilisations prolongées, escarres, rétractions tendineuses ...**
- **et douleurs liées aux soins**

Douleurs les plus fréquentes

- Localisations **articulaires** dans 70% des cas
- **Douleurs lombaires** dans 20% des cas
- Dans 60% des cas les lombalgies existent depuis plus de 10 ans

- **Céphalées** dans 25% des cas
- Et **douleurs iatrogènes**

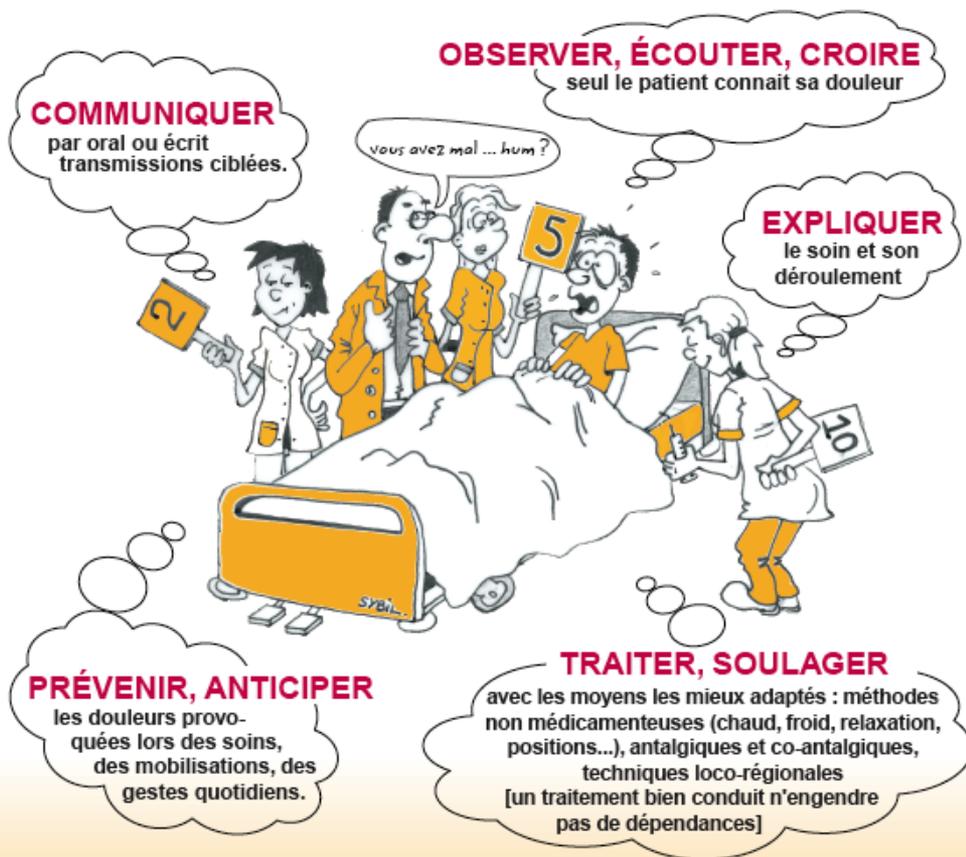
L'évaluation douloureuse chez la PA

- **Entretien et examen clinique**
- **Evaluer: TILT!**
- **Evaluer aussi le retentissement**

évaluer LA DOULEUR

préoccupation de toute l'équipe

évaluer et ré-évaluer la douleur de toute personne soignée
dès son accueil - systématiquement - à intervalles réguliers



évaluer
et ré-évaluer



Evaluation de la douleur

Evaluer....

- Pourquoi ?
- Quand ?
- Quoi ?
- Comment?

Pourquoi évaluer chez le SA?

- Car la douleur est un symptôme **fréquent**
- Un symptôme **complexe**
- Car beaucoup de patients **ne se plaignent pas**

- Pour **aider le soignant** à soigner
- Pour **aider le patient** à être soigné et à se soigner

- Car **pas de progression** si on n'améliore pas cet item
- **Obligation** des établissements de santé, critère de certification.

Evaluer pour le soignant, c'est...

- **Croire** le patient et le montrer
- Avoir un **repère**
- Utiliser ce support pour le **dialogue**
avec le patient, les proches, l'équipe
- Organiser et fixer des **objectifs** communs
- Discriminer, **prioriser** les problèmes

Evaluer pour le patient, c'est...

- **Être cru** et pris au sérieux
- **Se décentrer** du problème pour aller vers des solutions
- Quitter le pourquoi et **aller vers le comment**
- **Doser** ses attentes et ses déceptions, ses efforts

La douleur, ça vous fait T.I.L.T ?

Traquée dès l'arrivée du patient :

***l'évaluation de la douleur est notée,
sur la macrocible d'entrée.***

Sa **T**emporalité :
« Depuis quand
avez-vous mal ? »

Son **I**ntensité :
« Pouvez-vous donner
une note entre 0 et
10 à votre douleur ? »
*Il existe une échelle
adaptée pour chaque
patient.*



Ses **L**ocalisations :
« Où avez-vous
mal ? »

Son **T**ype :
« Quelles
sensations
avez-vous ? »
*Fourmillements,
brûlures,
décharges
électriques, ...*

**La douleur,
ça vous fait TILT!**

Suivie à la trace au quotidien !
sur le diagramme journalier et les transmissions ciblées

Quoi évaluer?

Renseigner au moins le TILT

- T Temporalité: évolution spontanée, sous ttt, facteurs de variation
 - I Intensité
 - L Localisation: siège, irradiations
 - T Type de la douleur: nociceptive, neuropathique, mixte
-
- Et **retentissement, surtout si douleur chronique**
 - Fonctionnel, psychique, social, sommeil...
 - Qualité de vie

1 – examen clinique

- **l'entretien** avec le patient et son entourage
: 1 ère étape parfois totalement irréalisable, mais toujours la tenter
→ horaires, composante neuropathique...
- **L'observation** :
paramètres physiologiques: FCard, FResp, sudation, tonus ...
et surtout le comportement dans diverses situations, spontanées ou provoquées.
- L'examen clinique est **parfois difficile** (opposition, agressivité...)
mais **toujours nécessaire** (ex de la confusion)

2 – Evaluer la douleur

Auto-Evaluation

Expliquer la démarche - fréquemment réponse binaire - temps et patience!
(installation, lunettes, prothèses auditives...)

21 - auto-évaluation : en théorie la meilleure : « le patient a toujours raison »

- échelles multi-dimensionnelles: ... QDSA abrégé
- échelles unidimensionnelles:
 - **EVA** souvent impossible
 - **EVS et EN**
 - souvent utilisées, très maniables
 - moins abstraites que EVA mais moins sensibles: 1/3 seulement des possibilités sont utilisées
 - EVS: la préférée des seniors
 - **Echelle des visages**

Auto-évaluation et pratique gériatrique

- Selon les situations et l'état des fonctions cognitives:
5 à 70% (!) des personnes âgées pourraient s'auto-évaluer (Sebag-Lanoë, 2002)

consensus: autoévaluation si **MMS > ou = 18**

Vérifier la fiabilité: capable de resituer les 2 positions extrêmes

- **Pas de solution standard:**
on teste souvent plusieurs échelles avant d'en choisir une pour le suivi ultérieur.

2 – Evaluer la douleur (suite)

Hétéro-Evaluation

22 - Hétéro-évaluation

échelles **validées** chez le sujet âgé dyscommunicant:
(non-comprenant, non-verbalisant, non-participant)

- **ECPA**: focus sur douleur provoquée par les soins (HAS)
- **DOLOPLUS** (version 2): douleurs prolongées ou chroniques (HAS)
- **ALGOPLUS**: diagnostic +/- de douleur aiguë
- **PACSLAC**: Canada

**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 aux (x) jour(s) précédents) ** ou prostration
N.B. : les états végétaux 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 aux (x) jour(s) précédents)

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

ECPA

- Tous les mots issus du vocabulaire des soignants (non médecins)
8 items, 5 modalités de réponses de 0 à 4
→ score variant de 0 (pas de douleur) à 32. Pas de score seuil
- statistiques : cotation par **une seule personne** autorisée
temps de cotation : **entre 1 et 5 minutes** selon entraînement
- indispensable : cotation “ observation avant les soins ” réellement **avant** les soins (pas « de mémoire »)

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• Postions 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 (souris, flegme, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficile d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation nocturne)	2	2	2	2
	• insomnie avec ralentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillement	• 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 habillement étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillement 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 de comportement à la sollicitation et éphémère	1	1	1	1
	• troubles de comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles de comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		SCORE			

Score seuil: 5/30

DOLOPLUS

évaluation par un tiers des comportements douloureux observables

10 items, cotés de 0 à 3, 3 groupes :

- **le retentissement somatique**

plaintes somatiques, positions antalgiques au repos, protection des zones douloureuses, mimique, sommeil

- **le retentissement psychomoteur**

toilette et /ou habillage, mouvements

- **le retentissement psycho-social**

communication, vie sociale, troubles du comportement

note sur 30 au max, **un score > 4** doit faire suspecter une pathologie douloureuse, en faire rechercher une étiologie, en tester un traitement

« le doute doit bénéficier au patient »

DOLOPLUS 2 (suite)

- intérêt également **pédagogique** et **outil de communication** entre soignants
 - capital : cette évaluation nécessite un **apprentissage** et doit être réalisée **en équipe** avec les différents intervenants
 - elle doit s'inscrire dans une optique dynamique (**comparaison** avec comportement antérieur) avec **suivi dans le temps** (efficacité des thérapeutiques entreprises)
 - des **interrogations** reviennent fréquemment:
comment interpréter correctement les comportements observés,
comment coder sans connaissance antérieure du patient (idem pour ECPA)...
- **persévérer!**



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	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	<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						

Objectif: → Score < 2

ALGOPLUS

Erreurs fréquemment rencontrées :

Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe comportemental et non pas sur sa simple présence :

L'item plainte orale coté « non » alors que le patient crie car le symptôme est attribué à démence ou parce qu'il est « habituel » par exemple.

Agrippement à la barrière de protection coté « non » parce que attribué à la peur de tomber.

Difficultés de repérage :

-Agrippement doit être coté « **oui** » quelque soit le support d'agrippement : sur le patient lui même, sur le soignant ou tout autre support.

ALGOPLUS

- Cotation < 1 min dans 85% des cas
- **Ne pas interpréter**
- Score = ou > à 2: instaurer une PC antalgique
→ **Objectif: score < 2**
- Réévaluer
- Indiquée dans le dépistage et l'évaluation des pathologies douloureuse aiguës, des accès douloureux transitoires, des douleurs liées aux soins ou actes médicaux, quand on n'a pas de connaissance antérieure du patient:
car **sensibilité mais surtout spécificité modestes** (87 et 80%)
- Une grille simple (voire simpliste) ne remplacera jamais une grille complexe...

Quand la **douleur** ne connaît plus sa note, pensons **algoplus** !



Évaluer la douleur aiguë chez la **personne âgée** présentant des troubles de la communication verbale.

	✓ Visage et/ou Froncement des sourcils Grimaces Crispation Mâchoires serrées Visage figé	+1
	✓ Regard et/ou Regard inattentif, fixe, lointain, suppliant Pleurs Yeux fermés	+1
	✓ Plaintes et/ou «Aie», «Ouille», «J'ai mal» Cris, gémissements	+1
	✓ Corps et/ou Retrait ou protection d'une zone Refus de mobilisation Attitudes figées	+1
	✓ Comportements et/ou Agitation ou agressivité Agrippement	+1

score > ou = à 2 réagissons !



Echelle Algoplus disponible sur intranet : pratiques professionnelles - activité des secteurs cliniques - onglet 01 : douleur - évaluation de l'adulte.

3 – Evaluation du retentissement douloureux

en gériatrie, on utilise préférentiellement les échelles validées sur cette population (**Evaluation Gériatrique Standardisée**):

- les activités de la vie quotidienne (**ADL**)
- les activités instrumentales: Instrumental Activity of Daily Living (**IADL**)
- le vécu dépressif (**GDS**) Geriatric Depression Scale
- la grille **AGGIR** (approche pragmatique et fonctionnelle)

...

Des incontournables: **le sommeil, l'humeur, l'appétit,**
le maintien des activités physiques et sociales

Evaluer la DOULEUR d'un sujet âgé

revient en fait à évaluer :

- un **SUJET** âgé
- qui présente une (des) **DOULEUR(S)**

Quelle que soit la méthode...

- Evaluer le sommeil, l'appétit, le maintien des activités et de la relation à autrui
 - la méthode d'évaluation importe moins que **la décision** de procéder à une évaluation
- **Valoriser l'expertise des autres membres de l'équipe**
 - **Tracer l'information**

douleur et souffrance en gériatrie

- intimement liées
 - douleur : prétexte pour entrer en relation? (vieillesse, solitude)
- langage du corps à écouter pour aborder ultérieurement d'autres souffrances plus difficiles à verbaliser
- légitime une dépendance (attention au maternage)
- signe d'une dépression masquée
 - évaluation systématique du retentissement psychologique et comportemental
- technicité médicale, utilisation correcte des antalgiques...
mais aussi écoute de la plainte et qualité de présence

La douleur chez le patient dément

- Douleur aiguë:
agressivité, agitation (plus que décompensation psy)
- Douleur chronique:
**repli sur soi, refus de relations sociales,
troubles alimentaires**

La douleur chez le patient dément

- Y penser devant:
 - Des signes physiques évocateurs
 - L'apparition de mouvements répétitifs
 - Une vocalisation répétitive
 - Tout changement de comportement
- Meilleurs résultats quand les soignants connaissent bien les patients
- Intérêt du test morphinique dans le doute

Valoriser et faciliter l'expertise de tous les soignants

: Evaluer en pluri-disciplinarité

L' aide soignant (e) : un maillon essentiel de la chaîne de la prise en charge de la douleur.

Ce fascicule précise le rôle de l'aide-soignant(e), au sein de l'équipe pluridisciplinaire, pour l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients douloureux.

De par sa proximité avec le malade, par la précision de ses observations et la qualité de ses informations, l'aide-soignant(e) apporte une contribution essentielle à la reconnaissance de la douleur et à sa prise en charge thérapeutique.

Ce fascicule est conçu pour aider l'aide-soignant(e) :

- à cibler ses observations,
- à percevoir les changements éventuels qui s'opèrent chez un patient douloureux,
- à enrichir les données qu'il (elle) transmet aux membres de l'équipe et transcrit dans le dossier de soins.

L' aide-soignant (e) possède une véritable expertise professionnelle qui repose sur ses connaissances et son expérience

- **Sa connaissance des aspects sensoriels de la douleur :**
 - L' aide-soignant (e) met en œuvre ses capacités à écouter le malade :
 - la localisation de la douleur,
 - son intensité
 - sa durée : survenue spontanée et/ou provoquée
 - sa qualité : à type de brûlure, de piqûre, d' élancement, ...
- **Sa connaissance des aspects affectif et émotionnel de la douleur :**
 - L'aide soignant (e) met en œuvre ses capacités d' empathie :
 - « ma douleur est insupportable »,
 - « je suis angoissé »,
 - « je suis fatiguée, ... »
- **Sa compréhension de l'aspect comportemental de la douleur :**
 - L' aide-soignante met en œuvre ses capacités d' observation :
 - elle (il) est capable de repérer le retentissement de la douleur sur le comportement du malade : agressivité,

repli sur soi, ...

L'évaluation de la douleur par l' aide-soignant(e)



CLUD
Hôpital Avicenne
Réalisation :

OBSERVER = REGARDER + ECOUTER + TOUCHER

	L'AS regarde le patient	L'AS écoute ce que lui dit le patient	L'AS touche le patient	L'AS interroge le patient
Communication Expression verbale		Le malade appelle fréquemment l'IDE ou l'AS, il se plaint de douleurs.		L'AS demande au patient : - de lui indiquer très précisément la localisation exacte de sa douleur, - d'expliquer l'intensité de sa douleur, - de préciser la fréquence d'apparition de sa douleur, - de dire s'il existe des facteurs déclenchants, comme par exemple : la toilette, la mobilisation,
Expression non verbale	A travers l'expression de son visage, ses mimiques, son regard le patient transmet des messages à l'AS. L'AS doit constater la manière dont le patient positionne son corps, et les gestes qu'il fait vers une région de son corps.	Le malade à l'inverse, peut ne pas s'exprimer, dans ce cas : - il gémit, - il pleure, - ou il reste silencieux .		L'impossibilité ou la volonté du malade de ne pas s'exprimer, peut résulter d'une douleur.
Mobilité	L'AS constate que le patient : - reste immobile, - est agité, - adopte une position antalgique, - se met en position fœtale...	Le patient exprime son refus : - d'être mobilisé, - de changer de position, ou à l'inverse, il dit ne pas pouvoir tenir en place.		Face à un refus du patient, l'AS doit toujours lui demander qu'elle est la cause de son refus.
Respiration	L'AS constate que la respiration du patient est : - rapide, - irrégulière, - à type de blocage.	Le patient se plaint de douleurs intenses et / ou : - il gémit, - il pleure, - il crie.		L'AS n'a pas besoin de questionner davantage le malade pour comprendre que celui-ci présente une douleur intense. L'AS appelle l'IDE.
Alimentation	L'AS constate que le patient ne mange pas, ou peu et / ou de manière sélective.	Le patient dit : - qu'il manque d'appétit, - que le fait de manger provoque la survenue ou aggrave la douleur, - qu'il a toujours mal après l'absorption d'un repas.		L'AS interroge le malade pour savoir si la douleur que ressent le patient a une incidence sur son appétit. Ceci est le signe d'une douleur préoccupante.
Sommeil	L'AS constate que le patient est souvent ou toujours éveillé la nuit	Le malade dit : - qu'il n'arrive pas à dormir, - ou qu'il se réveille souvent.		L'AS demande au patient pourquoi il n'arrive pas à dormir et / ou pourquoi il est souvent réveillé.
Elimination Selles Urines	L'AS constate que le patient : - ne va pas à la selle, - à des difficultés à uriner.	Le patient dit : - avoir mal au ventre, - ne pas pouvoir déféquer, - avoir une douleur quand il urine, ou - ne pas pouvoir uriner.	L'AS palpe le ventre du patient qui est douloureux et /ou ballonné.	L'AS demande au patient : - si cette douleur est majorée par l'effort, - si la localisation de la douleur gêne le patient pour aller à la selle ou uriner - depuis combien de temps il n'est pas allé à la selle.

Principes thérapeutiques en gériatrie

Outre l'approche globale, être particulièrement attentif :

- **modifications métaboliques** (fonction rénale +++ ou hépatique)
- **risques liés à la polymédication, aux erreurs de prise**
- **comorbidités** (dénutrition, déshydratation)

Dosage progressif selon le principe: "**start low and go slow**"

en continuant d'évaluer!

Recherche systématique des alternatives aux traitements médicamenteux par voie générale

PRINCIPES THERAPEUTIQUES (suite)

- Toutes les techniques ou médicaments sont théoriquement utilisables
- Certains d'usage plus délicat, voire dangereux
- D'une manière générale, les médicaments à $\frac{1}{2}$ vie courte sont préférés, avec un dosage initial prudent

L'antalgie médicamenteuse en pratique gériatrique

Les produits les plus fréquemment utilisés sont:

1 - antalgiques non opiacés (palier 1)

- paracétamol

le mieux toléré
nombreuses formes

- aspirine et ibuprofène danger

gastro et néphrotoxicité
antiagrégant plaquettaire

- néfopam (Acupan):

parentéral, anticholinergique attention

L'antalgie médicamenteuse en pratique gériatrique

(suite)

2 – opioïdes faibles (palier2)

risques de somnolence, de confusion, de constipation, de nausées, de rétention urinaire, majorés chez le sujet âgé
et **effet plafond**

- **tramadol** (ZAMUDOL° CONTRAMAL° TOPALGIC° ...)
+/- associés avec paracétamol (IXPRIM° , ZALDIAR°)
orodispersible, gouttes, LI, LP, inj IV et SC
- **codéine et dihydrocodéine** (DAFALGAN CODEINE° ...)
formes orales seulement. Ne pas dépasser 6 Eff. Cod/j
- **opium** (LAMALINE° , IZALGI°)
usage limité, alternatif

L'antalgie médicamenteuse en pratique gériatrique

(suite)

3– opioïdes forts (palier 3)

morphine orale = antalgique de référence dans les douleurs sévères, même bénignes.

facteurs aggravant les effets secondaires :

Polypathologie, interactions médicamenteuses, variances pharmacocinétiques

La PA a tendance à être **plus sensible** aux antalgiques opioïdes :

action plus rapide, plus intensive et plus prolongée

les effets secondaires sont **plus graves et plus rapides** à s'installer

les effets secondaires cognitifs sont également **plus marqués**

altération du métabolisme de la drogue

Les opioïdes forts chez le SA

les grands messages

- Titration à posologie très faible:
PO **2,5 à 5 mg/4 h** (ou 12 à 30 mg/24 h) de morphine
- Selon fonction rénale, des administrations **toutes les 6 h** (voire plus) sont souvent possibles et indiquées
- Avant de prescrire: **qui assurera** la régularité des prises et la surveillance?
→ parfois hospitalisation brève nécessaire
- Attention au patch de Fentanyl, **jamais** en 1ère intention, souvent trop dosé
- **Intérêt du changement de produit ou de voie** en cas de mauvaise tolérance

Principaux « palier 3 »

agonistes purs

- morphine: PO: Oramorph[°] , Skénan LP[°] , Moscontin LP[°] , Actiskénan[°] , Sévrédol[°] , morphine inj. (SC ou IV)
- hydromorphone: Sophidone LP[°]
- fentanyl patch/72h : Durogésic[°] , Matrifen[°] (et formes transmuq. dans ADP du cancer)
- oxycodone: Oxycontin LP[°] PO, Oxynorm[°] (PO, SC, IV)

agonistes-antagonistes: effet **plafond**

- buprénorphine: Temgésic[°]
- nalbuphine: Nubain[°]

La morphine en gériatrie

cliniquement, la sensibilité du sujet âgé aux morphiniques est de **3 à 4 fois supérieure** à celle de l'adulte jeune.

→ doses plus faibles souvent suffisantes

prudence surtout à l'initiation du traitement

ne pas associer d'emblée avec autre médication potentialisante

L'antalgie médicamenteuse en pratique gériatrique

Les co-antalgiques

antidépresseurs, anticonvulsivants, AINS et corticoïdes, anxiolytiques...
toujours y penser, mais pas toujours bien supportés

antidépresseurs et anticonvulsivants: indispensables si douleurs neuropathiques
ATD: duloxétine **Cymbalta**° (et amitriptyline **Laroxyl**°) surtout
AC: prégabaline **Lyrica**° et gabapentine **Neurontin**° surtout
posologies efficaces souvent nettement inférieures à adulte jeune

Intérêt des traitements locaux (infiltrations, topiques...)

Médications anti-cancéreuses

L'antalgie médicamenteuse en pratique gériatrique (fin)

quelques points à souligner

- Importance de la réflexion sur la **voie d'administration** et la galénique des médicaments
- Attention à l'**auto-médication**
- Attention aux **prescriptions compliquées**
- Importance de la **prémédication des soins douloureux** selon les méthodes habituelles (pommades anesthésiques, morphine LI per os ou injectable, MEOPA...) qui améliore la coopération du patient et sa confiance en nous.

Les techniques non médicamenteuses et soins de confort

- **Relation d'aide, distraction, toucher-massage, kinésithérapie, thermothérapie**
les plus utilisés
mais TENS, ostéopathie, acupuncture, sophrologie... également possibles selon
contexte
- **Kinésithérapie :**
 - **pragmatique**: utile au patient, avec sa participation
 - **en lien** avec autres soignants
 - **lutte contre les conduites d'évitement**, la dépendance, le désinvestissement

: mobilisations douces, travail des transferts, entretien de la marche, aide technique, travail isométrique...

installation et positionnement, orthèses, massages, relaxation, physiothérapie...

Les soins de confort

Surtout en fin de vie,

l'inconfort est souvent difficile à distinguer de la douleur

- La lutte contre toutes les sources d'inconfort a sa part entière dans notre travail,
- Ne jamais négliger les soins cutanés, les soins de bouche, la lutte contre les troubles digestifs divers, les odeurs pénibles, l'angoisse...
- Travail d'équipe ++

Le nursing

Qualité du nursing = fondamentale

dignité, confort, prévention, relation privilégiée, connaissance du patient...

Intérêt de l'approche en binôme

soins facilités, moins traumatisants, plus de disponibilité à la communication non-verbale, enrichissement mutuel des soignants

(l'approche en binôme s'étend au-delà du nursing...pas que IDE-AS!)

Les proches

- famille, autres soignants
leur rôle auprès du patient est majeur
- à associer dans l'évaluation des symptômes du sujet non communicant, la prévention des effets II
- les informer et leur expliquer le schéma thérapeutique, les aider à maintenir le lien affectif
- souvent les soutenir

Conclusion

- Des challenges à relever pour améliorer la qualité de nos soins
- Une pluridisciplinarité enrichissante et stimulante
- Des axes de recherche clinique en soins infirmiers

= du travail pour de nouvelles diplômées convaincues et motivées!

Merci de votre écoute

Avez-vous des questions,
des remarques?