



Journée gériatologique

« vivre avec la maladie en EHPAD »

palais des congrès de Saint Briec
mardi 10 Avril 2018

Mieux accompagner les résidents face à la maladie...

La douleur en EHPAD : regardons nos pratiques et rendons les efficaces pour le bien être des résidents

Dr Jean-Baptiste NEAU
Médecin généraliste algologue
DESC médecine de la douleur

Groupe Hospitalier Bretagne Sud – Lorient
02-97-06-72-52 j.neau@ghbs.bzh





L'UNITÉ MOBILE DOULEUR AU GHBS – LORIENT



Groupe Hospitalier Bretagne Sud

📍 **QUIMPERLÉ**
La Villeneuve
Kerglanchar
Bois Joly

📍 **MOËLAN-SUR-MER**

📍 **SCAËR**

📍 **SCAËR**

📍 **LE FAUËT**



📍 **QUIMPERLÉ**

📍 **MOËLAN SUR MER**



📍 **LORIENT**

📍 **HENNEBONT**

📍 **PLÈMEUR**

📍 **RIANTEC**

📍 **PORT-LOUIS**



📍 **LORIENT**

Scorff
Institut de Formation des Professionnels de Santé

📍 **PLÈMEUR**
Kerbemes

📍 **HENNEBONT**
Kerlivio
La Colline

📍 **RIANTEC**

📍 **PORT-LOUIS**

📍 **LE FAUËT**

📍 Quelques chiffres clés

CAPACITÉ
2 298
lits et places



Groupe Hospitalier

Bretagne Sud | Lorient | Plœmeur | Hennebont

LORIENT

Hôpital du Scorff

Institut de Formation
des Professionnels de Santé
et Centre de Simulation en Santé

PLŒMEUR

Centre de gérontologie clinique
de Kerbernès Roz Avel

Unité sanitaire au centre pénitentiaire
de Kerbriant

HENNEBONT

Maison de retraite "La Colline"
An Dorgenn (EHPAD)

Centre de Réadaptation et de
Gériatrie Eudo de Kerlivio

Site Lorient Ploemeur Hennebont

📍 Capacité



Places EHPAD GHBS total : 824

- Quimperlé - Moëlan sur mer : 301
- Port Louis - Riantec : 143
- Le Faouët : 150

Pour info nombre de lits SLD 145



L'Unité Mobile de la Douleur (UMD)

- Création en 2005
- Equipe pluri professionnelles spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur
- Missions :
 - Clinique
 - Formation
 - Institutionnelle

L'équipe

- **Médecin : Docteur Jean-Baptiste NEAU**
 - Praticien Hospitalier
 - Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale
 - Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) en Médecine de la douleur
 - Ancien interne du CHU de Rennes Ancien assistant du CHU de Brest
 - **0.8 ETP**
- **Infirmière douleur : Mme Fabienne LE DANTEC**
 - DIU Soins palliatifs
 - DU douleur
 - DIU Douleur pédiatrique
 - Formation IFH Hypnoalgésie en pédiatrie
 - **1 ETP**



- **Psychologue clinicienne : Mme Cécile GUEZENNEC**
 - Université de Rennes 2
 - **0.2ETP autre temps : EHPAD, UCC**

- **Secrétaire : Mme Carole LE CAM**
 - Secrétariat partagé avec Equipe Mobile de Soins Palliatifs
 - **0,5ETP**

- **Cadre de santé : Mme Laurence BARBAT**
 - Encadrement depuis 2017
 - **0,2ETP**

- Cadre supérieur de santé : Mr Jacques MARTIN
- Praticien Chef du pôle e : Dr Gaelle MÉNARD (pharmacie)

Les missions de l'UMD

- **Mission Clinique :**

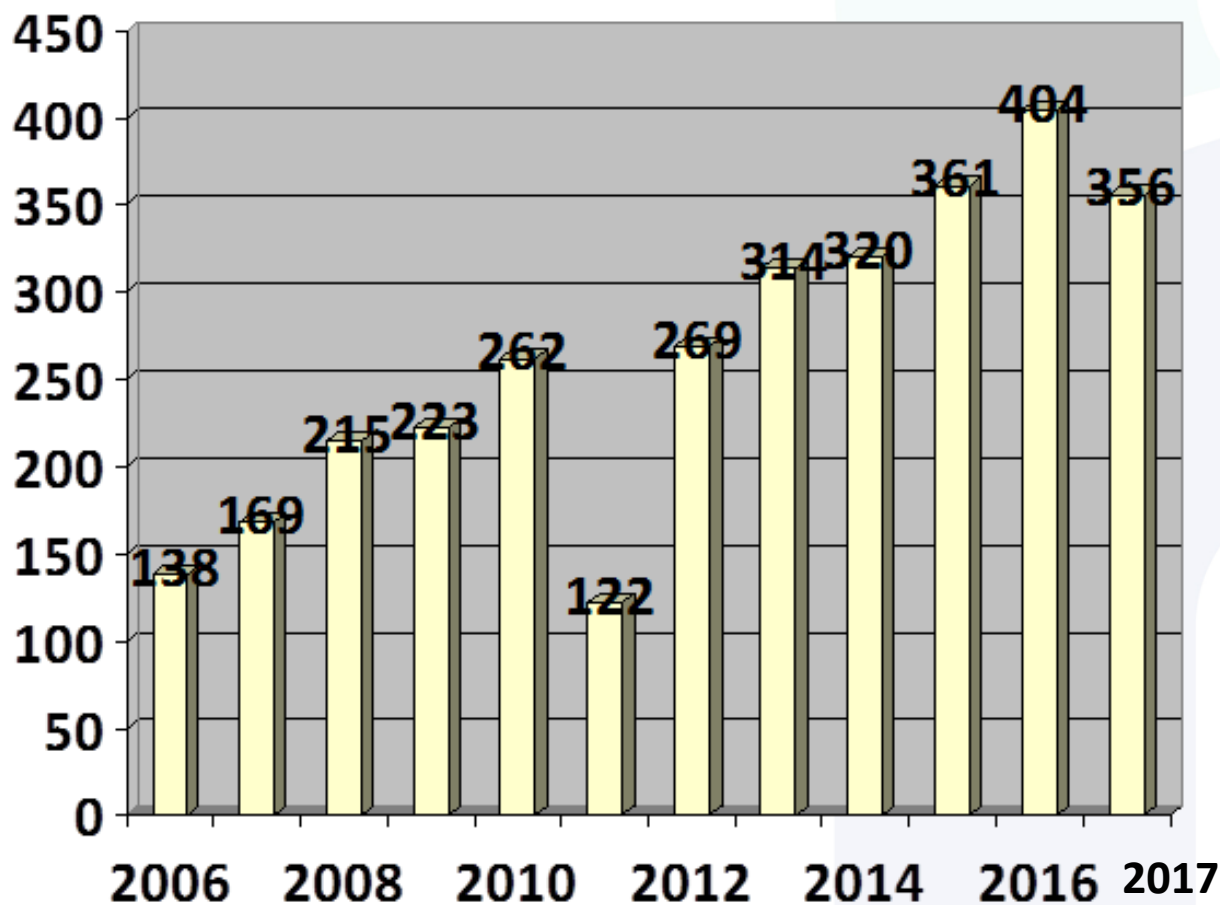
- Intervention dans tout services du GHBS (site de Lorient /Ploemeur /Hennebont actuellement)
- Sur demande médicale : bon de consultation spécialisée faxée au secrétariat
- Pour aide à l'évaluation et prise en charge de la douleur
- De la naissance à la fin de vie
Douleur aiguë et chronique, douleur induite par les soins

En pratique :

- Aide à l'évaluation de la douleur
- Avis diagnostic
- Quelle thérapeutique? Introduction de traitement, ré-ajustement des traitements
- Gestion de problématiques liées aux traitement de la douleur
- Aide technique : PCA ambulatoires
- Indication et utilisation des traitements non médicamenteux :
 - TENS (neuro stimulateurs transcutanés)
 - Indications hypnose, psychomotricité, kiné, physiothérapie, aromathérapie
- Évaluation et soutien psychologique
- Quel suivi des patients :
 - Consultation à un mois de sortie d'hospitalisation pour certains
 - Suivi TENS
 - Suivi consultation douleur (clinique) et staffs

Quelque chiffres UMD

Prise en charge de patients hospitalisés et de résidents



pec UMD

2017 :

1342 interventions

délai moy. intervention : 1,9 j

Interventions pluriprof. : 31%

+131 avis téléphoniques

Patients et types de douleur

Moyenne âge 61 ans

Femmes 60%

Douleur aiguë 48% Douleur chronique 52%

Localisation et type de la douleur	Répartition 2017
Céphalées - douleurs orofaciales	11%
Appareil locomoteur (rachis, membres, articulations, muscles...)	63%
Douleurs diffuses (fibromyalgie,...)	11%
Douleurs abdomino-pelviennes	10%
Douleurs thoraciques	3%
zona	1%
autres	1%

Douleur neuropathique retrouvée pour 65%

Douleur liée au cancer 25%

Douleur en fin de vie 10%

Les missions de l'UMD

- Mission de formation :**

	Nombre de formations	Nombre d'heures de formations	Nombre de professionnels formés
GHBS – Lorient	11 + 31 ateliers	100 heures	401 professionnels du CHBS dont 45 internes et 46 PH
RESEAU ONCORIANT	3	9 heures	37 IDE libéraux
AUTRES	4	11 heures	192 professionnels de santé et étudiants
Total activité formation UMD 2016	18 formations + 31 ateliers	120 heures	630 professionnels de santé

Les missions de l'UMD

- **Mission institutionnelle :**

- Organisation, animation **CLUD (comité de lutte contre la douleur)**

- 3 à 4 réunions de 3 heures annuelles
- Diffusions travaux et bilans aux instances
- travaux du CLUD essentiellement au PAQ (plan amélioration qualité) douleur
- **PAQ 2018 : 37 actions suivies**
- Soutien, accompagnement projets des services

- Animation, formation des **référents douleur**

- Un médecin/un paramédical par service /unité
- De plus en plus IDE et AS
- Incluant les cadres de santé

- Gestion des **ressources documentaires** (protocoles/procédures)

- Politique **qualité et gestion des risques**

Historique des thématiques référents douleur

- Physiologie et **traitements non médicamenteux** (2006)
- Douleurs neuropathiques (2007)
- Douleur du **sujet âgé** (2008)
- Douleur et cancer (2009)
- **Douleur du soigné à la douleur du soignant** (2010)
- *Pas de thème* (2011)
- Douleur cancéreuse (2012)
- Traitements **non médicamenteux** de la douleur (2013)
- Traitements spécialisés et PCA (2014)
- Douleur chronique (2015)
- **Douleur induites par les soins** (2016)
- Actualités institutionnelles et pratiques +actualisations scientifiques (2017)
- Douleur et addiction (2018)
- **2019 : douleur et AVC ?**

La douleur ou plutôt les douleurs ...

La douleur des femmes et hommes âgés ...

La douleur en institution ...

DÉFINITIONS
CONTEXTE



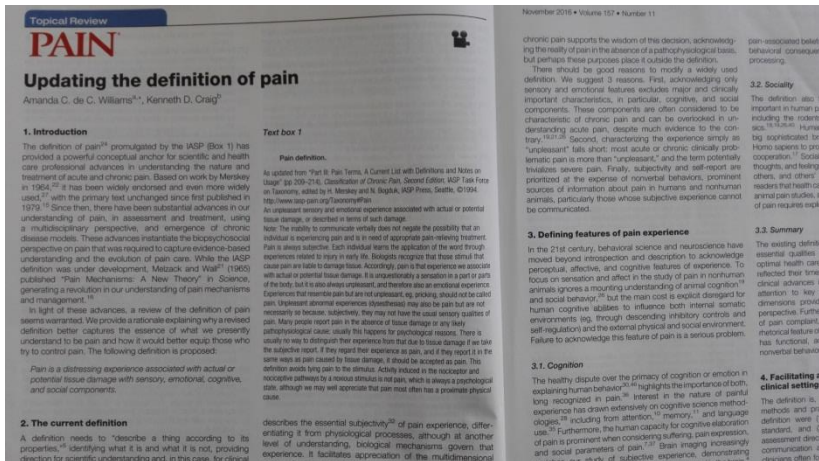
La douleur

- définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme :

« une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage »

une mise à jour proposée en 2016

- Améliorer le travail des chercheurs et des cliniciens
- Enrichir la compréhension de la douleur par l'ouverture à d'autres champs



3 raisons pour les auteurs :

- Des composantes importantes de la douleur sont exclues : cognitive et sociale
- Bien souvent la douleur est plus que « désagréable »
- Subjectivité et autoévaluation de la douleur sont mis en avant au dépend du comportement non verbal (non communicants)

(ajout en notes à la définition officielle en 2002)

« La douleur est une expérience pénible associée à un réel ou potentiel dommage tissulaire avec composantes sensorielle, émotionnelle, cognitive et sociale »

3 Composantes de la douleur

Sensori-discriminative : intensité, localisation, durée, qualité (caractéristiques : très vaste)...

Cognitivo-comportementale :

connaissances antérieures, attention, suggestion, mémorisation, peur du mouvement (kinésiophobie), réactions verbales, motrices....

Affectivo-émotionnelle : anxiété, dépression...

Différencier douleur aiguë /douleur chronique

La douleur aiguë

symptôme, signe d'alarme,
mécanismes de contrôles,
réponse directe aux traitements,
cause retrouvée ...

Nous protège

Mais ne doit pas durer !!!

Doit être soulagée au plus vite et
du mieux possible

La douleur chronique :

**La douleur qui évolue depuis
plus de 3 mois est une douleur
chronique**

maladie, plasticité neuronale,
modification comportement,
humeur, cercles vicieux, moins
sensible aux ttt simples, cause
incertaine, multifactorielle,
hypersensibilisation

A EVITER ET PREVENIR

Objectifs de soulagement
différents

Deux types physiologiques de douleurs distincts à distinguer

Douleur NOCICEPTIVE

- + fréquent
- Modèle de douleur classique, vécue par tous
- Mise en jeu de récepteurs « douloureux »
- nocicepteurs présent dans l'organisme (peau, articulations, muscles, organes, muqueuses, os, méninges, ...)
- Ex : douleurs inflammatoires, infectieuses, traumatiques, brûlures, **douleurs des soins**, douleurs rhumatismales ...

Douleur neuropathique

- **Douleur liée à une atteinte du système nerveux** central (cerveau, tronc cérébral, moelle épinière) ou système nerveux périphérique (racines nerveuses, nerfs)
 - Toute maladie ou atteinte (traumatique, infectieuse, inflammatoire...) du système nerveux peut donner une dlr neuropathique
 - Douleur sur le territoire spécifique
- Douleur sous estimée (7% pop française), le plus souvent chronique
- Douleur particulière (difficile à se représenter si jamais vécu)
- Traitement spécifique
- Vécu difficile, composante affectivo émotionnelle forte !

Un outil d'aide
pour la dépister :
le DN4

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
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 présente sur 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"/>

DIr neuropathique certaine si score ≥ 4

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

**Score de dépistage de la
douleur neuropathique DN4**

Particularités cliniques de la DN

- **Sensations « bizarres »** pouvant être prises pour des hallucinations : « bête qui ronge, eau qui coule, bras que l'on tire , courant, corps étranger, distension du corps » ...
- **Fluctuation** d'intensité selon les jours et dans la journée : patient calme et non algique au passage soignant qui hurle qq minutes après
- Très **augmentée par l'angoisse** et **diminuée par occupation** (plus de dlr soir, nuit...)
- **Toucher, effleurement douloureux** (toilette++) à cause de l'allodynie (spécifique de la douleur neuropathique)

Traitements de la dlr neuropathique

- **Traitement de fond** qui au bout de qq semaines diminuera les symptômes
 - **introduction progressive** (meilleure tolérance)
 - nécessite **ajuster dose** efficace
 - parfois **associations** de pl molécules
 - ttt à conserver sur de **nombreux mois/années** avant envisager arrêt (progressif)
- **Molécules recommandées :**
 - Antidépresseurs tricycliques ou IRSNA
 - Antiépileptiques (gabapentine, prégabaline)
 - Tramadol, morphiniques +/- paracétamol peuvent être efficaces **en association**
 - Emplâtre Versatis® pour la douleur zona

Autres types de douleur

- **Douleur mixte :**
 - si présence d'une **composante nociceptive et neuropathique**
 - Par ex : douleur cancéreuse, douleur d'artériopathie, douleur d'algodystrophie (SDRC), poussée de sciatique
- **Douleur psychogène ? *EVITER CE TERME***



Si mal être psychologique exprimé ou vécu par le patient (deuil, perte d'autonomie, institution...)
préférer parler de SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE afin de réserver le terme de « douleur » à la douleur physique (cf définition)

- ***la composante psychologique peut être très importante dans une douleur (cf composantes)*** mais il ne s'agit pas d'un « type de douleur », c'est intriqué

La douleur des femmes et des hommes âgés



**Le vieillissement est un processus physiologique normal,
la douleur ne l'est pas ...**

Prévalence de la douleur chronique

- 22 à 30% dans la population française globale
- Pour les personnes âgées:
 - 50 % des personnes âgées vivant à leur domicile
 - 80 % des personnes âgées en fin de vie
 - **49 à 83 % des personnes âgées en institution**

Avec les modifications liées à l'âge des voies neurologiques de la dlr :

- Discrète altération de la fonction d'alerte de la douleur aigue
 - Faible mais démontrée
 - Gestion des douleurs plus difficiles :
 - Majoration de la sensibilisation centrale
 - Diminution du contrôle endogène de la douleur
- = Diminution de la tolérance à la douleur

Recommandations ANAES 2000

« **Toute personne âgée qui souffre a droit à une prise en charge au même titre qu'un patient plus jeune**, les principes fondamentaux restant les mêmes, à condition de respecter les modifications pharmacologiques dues à l'âge »



La douleur des résidents en EHPAD

- **La recherche car plainte rare** chez la PA malgré forte prévalence
 - raisons culturelles, générationnelles
 - troubles cognitifs, dlr confusiogène...
 - idées reçues :
 - se plaindre d'une douleur = signe de faiblesse
 - peur d'être hospitalisé, de perdre son autonomie
 - caractère rédempteur de la dlr
 - diminution de la perception de la dlr avec l'âge
 - douleur faisant partie du vieillissement normal ...
- **La douleur est à évoquer devant un changement de comportement** chez le patient dément ou atteint de troubles de la communication



Pourquoi la rechercher ?

- Peu de plainte spontanée
- Certains résidents non/peu communicants
- Éviter les complications de la douleur :
 - Repli, perte de la sociabilité
 - dépression, anxiété
 - Diminution des mouvements et activités, complications cutanées (escarres) , cardio vasculaires (embolies)
 - Perte d'appétit, dénutrition
- Eviter la iatrogénie médicamenteuse

L'évaluation de la douleur ...

- Localisation
 - **Intensité**
 - Mode de déclenchement
 - Durée d'évolution
 - Description de la douleur
- Rythme de la douleur
 - Facteurs aggravants
 - Facteurs diminuants
 - Réponses aux ttt antalgiques
 - Répercussions de la douleur

Ce n'est pas seulement une intensité ...MAIS INCONTOURNABLE POUR LE SUIVI

AUTOEVALUATION DE LA DOULEUR

- **EN : échelle numérique**

plus courante mais
parfois difficile
surtout si douleur
chronique, douleurs
multiples

BIEN EXPRIMER LA CONSIGNE :

« Quelle est l'intensité de votre douleur entre 0 et 10,
si 0 c'est **aucune douleur** et 10 la **pire que vous imaginez ?** »

- **EVS : échelle verbale simple**

Comment est votre douleur ?

- Pas de douleur = 0 / 4
- Légère = 1 / 4
- Modérée = 2 / 4
- Forte = 3 / 4
- Extrêmement forte 4 / 4


1^{ère} intention
plus 80 ans

- **EVA : échelle visuelle analogique (réglette)**



- Aussi : jetons et visages chez enfant

HETERO EVALUATION DE LA DOULEUR

 <p>CENTRE HOSPITALIER DE BRETAGNE SUD®</p>	<p>PROTOCOLE D'UTILISATION DES OUTILS D'EVALUATION DE LA DOULEUR</p>	CODE : ASSISTPEC/R18/PT/01
		VERSION : 01
		PAGE : 1 / 2
		DATE D'APPLICATION : 02/06/2015
		DATE DE VALIDITE : 02/06/2015

OBJET :

Ce protocole décrit les modalités d'utilisation des outils d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation de la douleur

DOMAINE D'APPLICATION :

Ce protocole s'applique à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux du CHBS

DIFFUSION :

Référents et animateurs qualité des services de soins

Intranet : Prise en charge du patient / Organisation des soins / Douleur

<p>DOCUMENTS QUALITE LIES :</p> <p>Algoplus (ASSISTEPEC/R18/ENR/2) Doloplus (ASSISTEPEC/R18/ENR/3) ECPA (ASSISTEPEC/R18/ENR/4) EDIN (ASSISTEPEC/R18/ENR/5) EVENDOL (ASSISTEPEC/R18/ENR/6) FLACC modifiée (ASSISTEPEC/R18/ENR/7) DAN (ASSISTEPEC/R18/ENR/8)</p>	<p>ANNEXES :</p> <p>Annexe 1 : Outils d'autoévaluation de la douleur Annexe 2 : Outils d'hétéro évaluation de la douleur</p>
---	--





Quelle échelle d'hétéro-évaluation ?

Annexe 2 : Outils d'hétéro évaluation de la douleur

Consignes d'utilisation :

- imprimer le support
- coller l'étiquette du patient sur l'échelle
- appliquer les consignes mentionnées sur l'échelle
- compléter le support (réponses, score, date, heure et initiales)
- archiver l'échelle dans le dossier patient

Pour quel patient non communicant	Pour quelle douleur	Dans quelle situation	Echelle
Patient adulte Patient âgé	Douleur aigue	Evaluation rapide	ALGOPLUS
	Douleur chronique	En cas de changement de comportement <i>(A réaliser en équipe pluridisciplinaire de préférence)</i>	DOLOPLUS
	Tout type de douleur	Avec anticipation anxieuse	ECPA



**Echelle
ALGOPLUS**

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

Etiquette patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
	Heure	h.....	h.....	h.....	h.....	h.....	h.....	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	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														
"Aïe", "Ouille", "J'ai mal", gémissements, cris.														
4. Corps														
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.														
5. Comportement														
Agitation ou agressivité, agrippement.														
Total OUI	/5		/5		/5		/5		/5		/5		/5	
INITIALES EVALUATEURS														
OBSERVATIONS														

© Collectif DOLOPLUS

Consignes ALGOPLUS

- La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré.
- La simple observation d'un comportement doit impliquer une cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa préexistence.
- En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre les différents items.
- Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq.
- Il est nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations. La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux

**Score de 0 à 5
Score traitement 2/5**



Etiquette patient	DATES							
RETENTISSEMENT SOMATIQUE								
1/ Plaintes somatiques	pas de plainte	0	0	0	0	0	0	0
	plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1
	plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2	2	2	2
	plaintes spontanées continues	3	3	3	3	3	3	3
2/ Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique	0	0	0	0	0	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1	1	1	1
	position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2	2	2	2
	position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3	3	3	3
3/ Protection de zones douloureuses	pas de protection	0	0	0	0	0	0	0
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen et des soins	1	1	1	1	1	1	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2	2	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3	3	3	3
4/ Mimique	mimique habituelle	0	0	0	0	0	0	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2	2	2	2
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3	3	3	3
5/ Sommeil	sommeil habituel	0	0	0	0	0	0	0
	difficultés d'endormissement	1	1	1	1	1	1	1
	réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2	2	2	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR								
6/ Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0	0	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1	1	1	1
	possibilités habituelles très diminuées toilette et/ou habillage étant difficile et partiels	2	2	2	2	2	2	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3	3	3	3
7/ Mouvements	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0	0	0
	possibilités habituelles actives limitées (évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1	1	1	1
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, diminue ses mouvements)	2	2	2	2	2	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL								
8/ Communication	inchangée	0	0	0	0	0	0	0
	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1	1	1	1
	diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2	2	2	2
	absence ou refus de toute communication	3	3	3	3	3	3	3
9/ Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)	0	0	0	0	0	0	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2	2	2	2
	refus de toute vie sociale	3	3	3	3	3	3	3
10/ Troubles du comportement	comportement habituel	0	0	0	0	0	0	0
	troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2	2	2	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3	3	3	3
Voir consignes d'utilisation au verso		SCORE TOTAL /30						
		INITIALES EVALUATEURS						



Consignes DOLOPLUS :

Devant tout changement de comportement, le soignant pensera à utiliser cette échelle

- Coter en équipe pluridisciplinaire de préférence

La cotation systématique à l'admission du patient servira de référence

- Ne rien coter en cas d'item inadapté

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

- la cotation d'item isolé

N'a pas de sens ; c'est le score global qui est à considérer. Si celui-ci se concentre uniquement sur les derniers items, la douleur est peu probable.

- Etablir une cinétique des scores

La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations.

DOLOPLUS score **douleur \geq à 5 /30**



Etiquette patient

Date

Heure ... h ... h ... h ... h ... h ... h ... h ... h ...

OBSERVATIONS AVANT LES SOINS								
1/ Expression du visage : REGARD ET MIMIQUE	• Visage détendu	0	0	0	0	0	0	0
	• Visage soucieux	1	1	1	1	1	1	1
	• Le sujet grimace de temps en temps	2	2	2	2	2	2	2
	• Regard effrayé et/ou visage crispé	3	3	3	3	3	3	3
2/ POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)	• Expression complètement figée	4	4	4	4	4	4	4
	• Aucune position antalgique	0	0	0	0	0	0	0
	• Le sujet évite une position	1	1	1	1	1	1	1
	• Le sujet choisit une position antalgique	2	2	2	2	2	2	2
3/ MOUVEMENTS DU PATIENT hors et/ou dans le lit	• Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3	3	3	3	3	3	3
	• Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4	4	4	4	4	4	4
	• Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude *	0	0	0	0	0	0	0
	• Le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements	1	1	1	1	1	1	1
4/ RELATION A AUTRUI (toute relation, quel qu'en soit le type)	• Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude *	2	2	2	2	2	2	2
	• Immobilité contrairement à son habitude *	3	3	3	3	3	3	3
	• Absence de mouvement ** ou forte agitation contrairement à son habitude *	4	4	4	4	4	4	4
	• Même type de contact que d'habitude *	0	0	0	0	0	0	0
5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins	• Contact plus difficile à établir que d'habitude *	1	1	1	1	1	1	1
	• Evite la relation contrairement à l'habitude *	2	2	2	2	2	2	2
	• Absence de tout contact contrairement à l'habitude *	3	3	3	3	3	3	3
	• Indifférence totale contrairement à l'habitude *	4	4	4	4	4	4	4
OBSERVATIONS PENDANT LES SOINS								
6/ Réactions pendant la MOBILISATION	• Le sujet ne montre pas d'anxiété	0	0	0	0	0	0	0
	• Angoisse du regard, impression de peur	1	1	1	1	1	1	1
	• Sujet agité	2	2	2	2	2	2	2
	• Sujet agressif	3	3	3	3	3	3	3
7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES	• Cris, soupirs, gémissements	4	4	4	4	4	4	4
	• Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0	0	0	0	0	0	0
	• Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1	1	1	1	1	1	1
	• Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2	2	2	2	2	2	2
8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin	• Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3	3	3	3	3	3	3
	• Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4	4	4	4	4	4	4
	• Aucune réaction pendant les soins	0	0	0	0	0	0	0
	• Réaction pendant les soins, sans plus	1	1	1	1	1	1	1
9/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin	• Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2	2	2	2	2	2	2
	• Réaction d' EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3	3	3	3	3	3	3
	• L'approche des zones douloureuses est impossible	4	4	4	4	4	4	4
	• Le sujet ne se plaint pas	0	0	0	0	0	0	0
10/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin	• Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1	1	1	1	1	1	1
	• Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2	2	2	2	2	2	2
	• Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3	3	3	3	3	3	3
	• Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4	4	4	4	4	4	4
NB : Les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle.		SCORE TOTAL /32						
* Se référer au(x) jour(s) précédent(s)		INITIALES EVALUATEURS						
** prostration								

Consignes ECPA :

- Cette échelle autorise la cotation par une seule ou plusieurs personnes, 3 jours consécutifs d'utilisation sont conseillés pour une bonne utilisation de l'ECPA
- La seule mais indispensable précaution est de coter la dimension « Observation Avant les Soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire. Il y aurait alors contamination de la 2^{ème} dimension sur la première
- La cotation n'a pas de cadre restrictif : on peut coter à n'importe quel moment.
- Il n'y a pas de score seuil. Plus le score est élevé, plus la douleur est importante.

La douleur des résidents en EHPAD et USLD

- La rechercher**
- L'évaluer avec traçabilité**
 - Autoévaluation : préférer les échelles verbales ou numériques (EVA peu adaptées)
 - Hétéro-évaluation (entourage, soignant , échelles dans structures de soins)
 - Horaires, facteurs déclenchants, répercussions : transmissions ciblées, transmissions orales et staffs
 - Type de douleur (médecin)



Traitement pharmacologique des patients âgés douloureux

- **Bien identifier le mécanisme en cause (dlr nociceptive, neuropathique ou mixte)**
- **Traitement étiologique + symptomatique**
- **Choisir les médicaments à $\frac{1}{2}$ vie courte**
- **Titrer en débutant par de petites doses et en augmentant progressivement les posologies « start low and go slow... »**
- **Plus petite dose efficace**
- **Intervalles de prise adaptés**



La douleur des résidents en EHPAD et USLD

- La rechercher**
- L'évaluer avec traçabilité**
- La prévenir**
 - Gestion des traitements médicamenteux et non médicamenteux
 - Prévention douleurs induites
 - Discussion d'équipe autour des pratiques
- La traiter**
 - Traitement médicamenteux adapté
 - Traitement non médicamenteux associé
 - Iatrogénie évitable
 - Penser solution buvables, espacer les prises de 6 à 8h , éviter certains traitements, éviter effet cumulatif etc
 - Recours aux équipes spécialisées pour avis, HAD si besoin ?



Ouvrons les yeux.... Sur nos pratiques !



Les EPP ???

- **Evaluation des Pratiques Professionnelles**
- **L'enjeu:**
 - répondre aux exigences légitimes des patients et des usagers
 - s'inscrire dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
 - Méthodologie validée HAS
- Doit être **utile et pragmatique**
- **Consiste:**
 - À analyser son activité clinique réalisée
 - par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées
 - À étudier les écarts
 - et à mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle



L'EPP au GHBS – Lorient

- Thème: **évaluer la bonne utilisation des outils d'évaluation de la douleur**
- Contexte: Juin 2015, mise à jour et diffusion du protocole **Utilisation des outils évaluations de la douleur**
- Objectifs :
 - Respect des consignes d'utilisation des outils d'évaluation
 - Sensibiliser les professionnels à l'évaluation de la douleur
 - Améliorer les résultats IPAQSS (traçabilité de l'évaluation de la douleur)

Résultats audit

- **35 services concernés:**

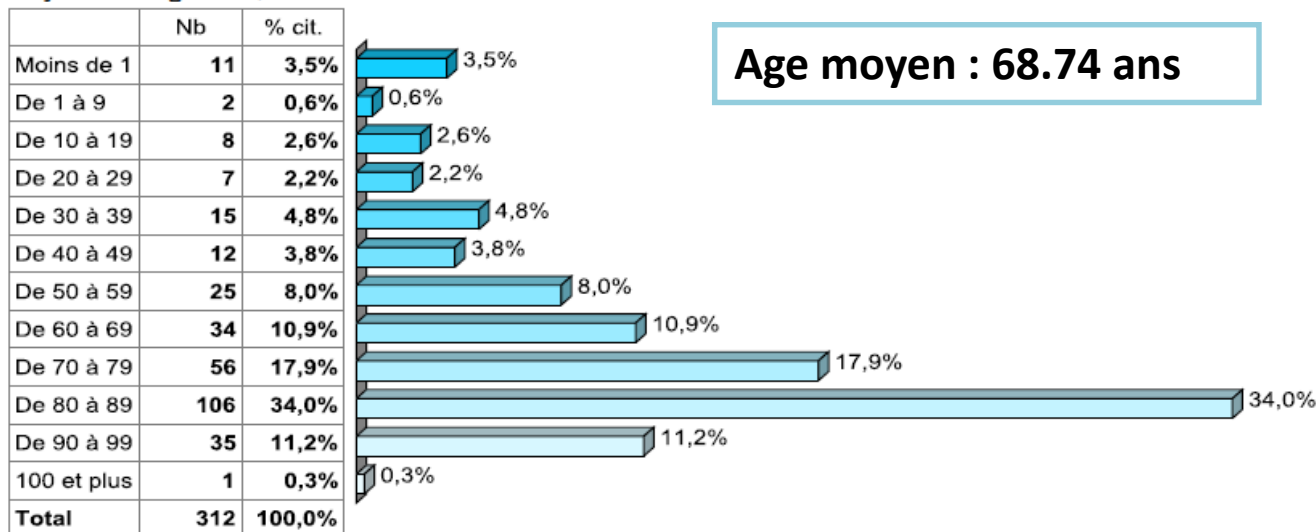
23MCO

4SSR

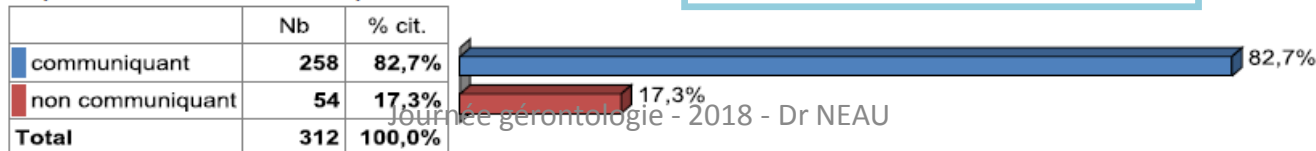
8 EHPAD/USLD

- **312 dossiers patients en cours analysés**

Répartition des dossiers par classe d'âge :
Moyenne d'âge : 68,74 an



Le patient est – il communicant ?

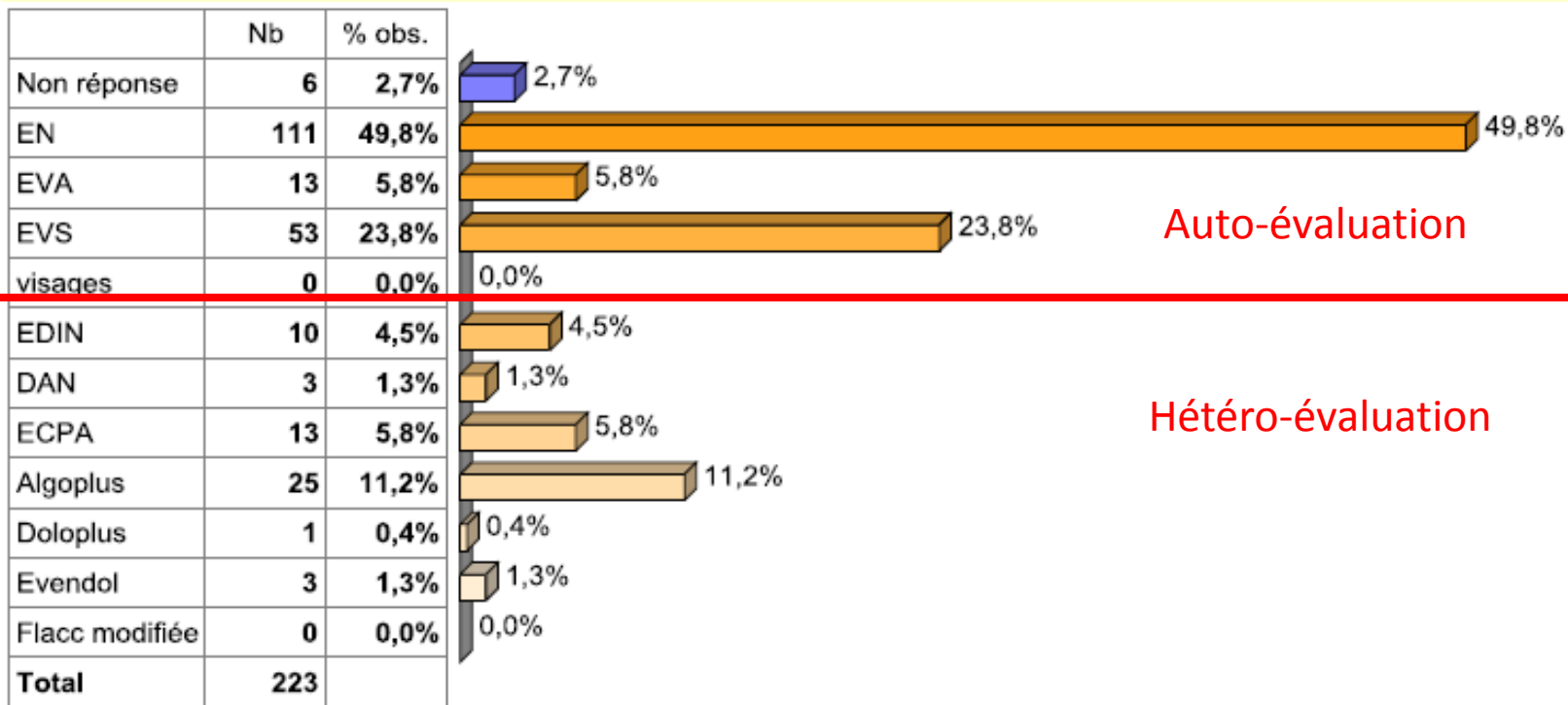


- Les outils utilisés

Critère 15 :

si oui, notez le nom de l'échelle utilisée pour la réévaluation ?

nom outil réévaluation présent



Le plan d'action de cette EPP

- **Actions générales**
 - **Actions spécifiques**
 - **Actions au sein de chaque service** en fonction des résultats de l'audit : 42 actions dont une commune en EHPAD ()
Plan d'action validé en CLUD, intégré au PAQ
 - Suivi des actions à chaque CLUD
- Action : Définir la fréquence de réévaluation de la douleur en EHPAD et SLD
 - Action d'intégrer évaluation de la douleur sur fiche d'entrée en institution
 - Action de sensibilisation des professionnels par les référents
- **Seconde évaluation EPP** : février 2018 (résultats en cours)

Retour d'expérience concernant EHPAD

- **Fréquence évaluation de la douleur :**

**Pas de consensus clair sur la fréquence de réévaluation
systématique**

Dépend de chaque unité

Avec pour certains évaluation tous les mois

Sinon pour tous évaluation si :

- **problématique médicale aiguë**
- **changement de comportement**
- **plainte...**

Audit (EHPAD) : outils utilisés

- **Autoévaluation** : EN et EVS le plus souvent
- EVS plus utilisée en 2018
- **Hétéro-évaluation** : algoplus très utilisée, si besoin utilisation ECPA fréquente, doloplus rarement utilisée
- **Constats** : demande de formation AS et ASH
- **Tendance à généraliser un outil d'hétéro-évaluation** : attention !!!

Objectifs d'une évaluation de la douleur et de la tracer dans le dossier du patient (résident)

- Preuve de l'état douloureux du patient (résident)
- Suivre l'efficacité des moyens/traitements mis en place
- Eviter la iatrogénie (traitement inadaptés, inefficaces, inutiles)
- Permettre une transmission entre professionnels pour la continuité des soins

- Avantages :
 - Connaitre le niveau de douleur habituel en cas de douleur chronique
 - Prise en charge de la douleur facilitée
 - Traitements plus adaptés (efficaces et non iatrogènes)
 - Constater l'amélioration :
 - Arrêter des traitements inutiles
 - Satisfaction professionnelle



Groupe Hospitalier

Bretagne Sud | Lorient | Plœmeur | Hennebont

LORIENT

Hôpital du Scorff

Institut de Formation
des Professionnels de Santé
et Centre de Simulation en Santé

PLŒMEUR

Centre de gérontologie clinique
de Kerbernès Roz Avel

Unité sanitaire au centre pénitentiaire
de Kerbriant

HENNEBONT

Maison de retraite "La Colline"
An Dorgenn (EHPAD)

Centre de Réadaptation et de
Gériatrie Eudo de Kerlivio

Ce qu'une équipe mobile douleur peut apporter:

- **Expertise pour évaluation de la douleur**
- Discussion des **outils d'évaluation les plus appropriés**
- Expertise pour le **suivi des traitements** : adaptation de doses par exemple
- Traitement/protocoles avec idée que l'EHPAD est un lieu de vie
 - Pousses seringues sous cutanés dans certaines situations (voie orale impossible)
 - MEOPA pour des soins ou gestes douloureux
- Accompagnement des équipes /staffs
- Eviter des transferts au résident : traitements à prescription spécialisée suivi régulièrement sans passages à l'hôpital

Les interventions UMD en EHPAD

- Motif de passage UMD :
 - **Suivi de pathologies chroniques douloureuses**
 - Ex névralgie pudendale chez un homme opéré d'un cancer de prostate
 - Douleurs abdominales chroniques chez une patiente opérée d'un cancer digestif
 - Douleurs neuropathiques post AVC
 - Névralgie faciale (nerf trijumeau)
 - **Adaptation de traitement antalgique :**
 - Zona très douloureux malgré traitement
 - Douleurs dans contexte de soins palliatifs
 - Douleur d'artériopathie
 - **Douleurs lors de réfection de pansement**
 - **Aide à l'évaluation de la douleur**
 - résident dément
 - résident aphasique
 - polyopathologies
 - douleurs diffuses

Formations d'une journée

- Formation créée en 2013 sur demande des professionnels du pôle gériatrie :

La prise en charge de la douleur du résident en EHPAD et USLD

- Élaborée avec équipe douleur et gériatres et neurologues
- Pluri professionnelle : médecins, IDE, AS, personnel de rééducation et psychologues
- 1 à 2 sessions annuelles groupes de 15-20
- Ouverte sur demande des EHPAD hors établissement (2 prof/session)
- Mises en situation d'évaluation avec vidéos, cas cliniques véritables, intervention sur le sujet dément, le cri, l'AVC...

Référents douleur en EHPAD

- Existence de référents douleurs dans les unités d'EHPAD comme dans les services MCO SSR SLD
- Médecins impliqués et formés participent aux travaux institutionnels (CLUD)
- Diffusion et mise à jour des outils d'évaluation de la douleur

Conclusion

- **EHPAD : personnes âgées + dépendantes**
 - prévalence de la douleur élevée si polyopathologies
 - évaluation complexe si troubles cognitifs sévères
- **grande vigilance face à la douleur : LA RECHERCHER**
- **MAÎTRISER** les outils d'évaluation de la douleur (tous professionnels)
- **DONNER LES MOYENS** pour soulager :
 - **Bonne utilisation du médicament** : formations médecins, pharmaciens, soignants !
 - **Développement du non médicamenteux** : former, achats de matériel, faire venir des associations, professionnels qui pratiquent
- **Regarder ses pratiques et ajuster** **ECHANGEONS !!!**