

Pourquoi le sujet âgé crie-t-il ?

Aide au décryptage avec la fiche DÉCLIC[©].

GOMAS J-M. TRIBOUT D.. KNORRECK F. DENIS M. PETROGNANI A., SALES E¹
Unité douleur chronique soins palliatifs. Hôpital Sainte Péline . AP-HP

Les cris d'un patient âgé, à fortiori déficitaire cognitif², sont un défi quotidien pour les équipes soignantes et posent souvent de grandes difficultés diagnostiques.

La douleur en gériatrie³ exige des processus d'évaluation complexes⁴, et le retard important de notre système de soins est bien réel en matière de traitement symptomatique des troubles psycho-comportementaux perturbant la vie quotidienne. Ceci explique pourquoi tant de patients âgés sont sous évalués et sous traités, notamment pour leurs cris et leurs comportements agressifs .

On entend encore régulièrement des médecins et de soignants dire « il crie, c'est normal, il est dément ». Même si ce fait est souvent vrai, cette attitude simpliste « automatique » n'est plus admissible sur le plan clinique et thérapeutique comme sur le plan éthique.

Des études complexes ont été menées pour tenter de discerner le sens des cris chez les patients résidents en unité de long séjour⁵, et il persiste de grandes incertitudes sur les causes de certains cris.

A partir des données de la littérature, notamment canadienne, et de nos 15 ans de pratique gériatrique en institution⁶, nous avons mené une analyse rétrospective pour identifier au lit du malade les grands mécanismes expliquant les cris, afin d'améliorer la prise en charge et la thérapeutique si elle existe. Parmi les 6521 avis de notre équipe mobile douleurs en gériatrie, 17% sont demandés pour un patient présentant des cris à un moment de la journée ou de la nuit.

L'analyse des cris et des comportements agressifs chez le patient âgé a permis d'identifier 3 grands type de causes : **il a mal, il est mal, il est dément**

Une fiche dite DÉCLIC (DÉCLIC pour Décryptage CLinique des Cris) a été publiée en 2010, permettant d'établir un outil clinique pour se repérer dans la compréhension des cris des patients âgés hospitalisés en structure gériatrique. Cette fiche DÉCLIC tracée dans les dossiers, aide les professionnels (y compris les médecins) dans l'écoute et l'approche du patient dit « agressif » ou dérangent, et guide plus facilement les thérapeutiques et l'organisation adaptée des soins.

Cette fiche n'est pas une échelle, un score, ni un calcul ! C'est un outil pédagogique pour faire réfléchir ensemble les équipes médico- soignantes au chevet d'un patient âgé qui crie.

Cette décision « médico-soignante » d'analyse d'un cri chez un sujet âgé restera cependant toujours clinique, unique, centrée patient, jamais exempte d'incertitude, et surtout directement reliée aux compétences relationnelles et à l'implication psychologique des professionnels au lit du malade.

¹. Communication princeps lors du congrès mondial CIFGG 2010. Publié ensuite dans Soins Gérontologie, 2014, 110, 27-29

² Définition de l'HAS (2009) : « Cris = vocalisations, compréhensibles ou non, de fortes intensité et répétitives »

³ - HADJISTAVROPOULOS T. VON BAEYER C. CRAIG K. Pain assessment in persons with limited ability to communicate. in TRUK and all Handbook of pain assessment. Guilford Press. 2011.134-149

⁴ BOUREAU F. Douleur : pourquoi et comment évaluer son intensité ?. Revue du praticien. 1998. tome 1. 442, 15-20

⁵ BOURBONNAIS A. « Le sens des cris de personnes âgées vivant avec une démence en centre d'hébergement et de soins de longue durée » Thèse de doctorat infirmier Montréal 2009

⁶ Bilan des 10 ans du Centre de soins palliatifs. 2005. Éditions du CEFAMA.

Fiche DÉCLIC[©] Décryptage CLInique des Cris chez le sujet âgé

Version 16 . 2015

GOMAS J-M. TRIBOUT D. KNORRECK F. DENIS M. PETROGNANI A. SALES E. ⁷

En cas de cris (chroniques ou inhabituels) Quelles questions se poser ? DÉCLIC aide à préciser l'intrication fréquente des 3 causes de cris chez le sujet âgé, donc la nécessaire intrication thérapeutique : approche globale +/- antalgiques +/- psychotropes +/- neuroleptiques

1 - Il a mal

-douleurs physiques :

- nociception, neuropathies ... penser à une position antalgique méconnue
- toujours penser au globe vésical, au fécalome... aux pathologies diverses à réétudier avec l'équipe médicale

- organisation inappropriée des soins

- - installation pénible , source d'inconfort
 - -douleurs induites par les soins ou la position : transferts, toilette, rééducation, repas.
- cependant **certains gémissements** ne témoignent pas forcément de douleur physique, mais peuvent être des restes de communication ou des « gémissements réponses » aux stimulations (à l'agonie notamment)

→ **le cri est donc signal d'alarme = il est à traiter, avec la douleur**

→ **Instituer ou Réévaluer le traitement antalgique avec l'aide d'une échelle d'évaluation de la douleur chronique adaptée aux dyscommuniquants⁸, revoir l'organisation des soins, mettre en place une prémédication des douleurs induites**

2- Il est mal

-souffrance morale,

- ❖ Peur, angoisse, révolte, dépression, hallucinations...
- ❖ Refus de soins pour organisation inappropriée des soins, appréhension, incompréhension sensorielle, voire maltraitance et vécu abandonnique ... avec des cris qui sont donc justifiés
- ❖ déclenchement des cris par la famille : que sait-elle ? est-elle en état de comprendre ? Y a-t-il des entretiens explicatifs de bonne qualité (assis, en prenant le temps) ?
- ❖ frustration, isolement, et réactions liées à la dépendance...

→ **le cri n'est pas uniquement « négatif » ou « inutile » mais on peut l'atténuer**

→ **Réévaluer l'approche globale, le sens des soins, l'utilité des psychotropes**

3 - Il est déficitaire cognitif

- **processus démentiel d'origines diverses** : (attention à la fluctuation et aux variantes d'une équipe à l'autre) : Alzheimer et apparentés, Troubles neurologiques, troubles post AVC, trouble tumoral central....
- le **cortège sémiologique est riche**, souvent explicatif mais non relié à des douleurs physiques
- penser à la simple demande de présence (cris comme communication, voire comme cris de joie)

→ **le cri n'est pas uniquement « négatif » ou « inutile », mais on peut l'atténuer** → **Réévaluer l'approche globale, le traitement étiologique, discuter les psychotropes dont les neuroleptiques**

⁷ Gomas J-M. , Tribout D., Knorreck F. et coll. Soins gérontol. 2014 ; 110 . 27-29

⁸ Échelles d'hétéro-évaluation validée en français : DOLOPLUS version 2 ; ECPA version 2 ; ECS version 3 ; PACSLACS