

Spécificités de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées

Specificity of pain assessment in the aged

BERNARD WARY
JEAN-FRANÇOIS VILLARD

Service régional de soins palliatifs,
CHR Metz-Thionville
<cspbelair@free.fr>

Tirés à part :
B. Wary

Résumé. Les préjugés concernant la douleur chez les personnes âgées persistent et alimentent encore la sous-évaluation et le sous-traitement de ce symptôme pourtant fréquent dans cette population. L'évaluation systématique de la douleur n'en est qu'à ses débuts et si les outils d'auto-évaluation semblent assez connus, ils ne sont cependant utilisés que de façon occasionnelle. Le progrès le plus notable en matière d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées réside dans le concept d'évaluation comportementale, deux échelles d'hétéro-évaluation de la douleur chez les personnes ayant des troubles de la communication verbale faisant référence en la matière (Doloplus et ECPA). Tout soignant doit se familiariser avec au moins une échelle d'auto-évaluation et une échelle d'hétéro-évaluation, pour dépister et évaluer la douleur chez les sujets âgés, étape préliminaire incontournable dans la prise en charge de ce symptôme encore trop négligé.

Mots clés : douleur, personne âgée, sous-évaluation, échelles, auto-évaluation, hétéro-évaluation

Abstract. Pain is frequent in older subjects but remains under diagnosed and treated. Systematic evaluation of pain is recent and the assessment tools, although well known, are only occasionally used. The main progress in the evaluation of pain in the elderly is the concept of behavioral assessment. Two assessment scales have been designed for people with communication disorders: the DOLOPLUS and the ECPA. Every carer should be skilled in the use of at least one auto and one hetero assessment scale to recognize and treat pain in the older subjects.

Key words: pain, elderly, assessment scales, auto-evaluation, hetero-evaluation

Constat et préjugés

Si les femmes et les hommes âgés souffrent autant que les autres, il faut malheureusement reconnaître que leur douleur fait encore l'objet de nombreux préjugés conduisant à une sous-évaluation et à un sous-traitement encore trop fréquents.

Certains de ces préjugés sont tenaces : la douleur diminue avec l'âge (mais il a été démontré qu'il n'y a pas de presbyalgésie chez la personne âgée) [1-3], la douleur éduque, sauve, fait grandir, la douleur fait peur, est un signe de faiblesse... Comble de tout, « la douleur fait partie du vieillissement normal »...

Pourtant, la prévalence de la douleur augmente avec l'âge [4] et l'âge de la population ne cesse d'augmenter [5].

La fréquence de la douleur chronique, les traitements inadéquats (les psychotropes étant plus prescrits que les antalgiques [6]), la quasi-inaccessibilité à la morphine pour les malades atteints de démence [7] ou, *a contrario*, les dérives à connotation euthanasique sont quelques exemples qui montrent qu'il y a encore

bien des progrès à faire, même si la prise en charge de la douleur a connu des avancées importantes au cours de ces dix dernières années.

Les résistances à l'évaluation de la douleur par des outils d'auto- et d'hétéro-évaluation s'estompent progressivement, mais l'évaluation systématique est encore loin d'être acquise, même si le discours des pionniers est devenu aujourd'hui recommandation officielle par l'Anaes et les sociétés savantes [8].

Pourquoi évaluer la douleur ?

S'il existe une « obligation morale » de reconnaissance de la douleur (se sent-on vraiment soignant devant un patient douloureux négligé ?), il existe également une obligation réglementaire : charte du patient hospitalisé, code de déontologie médicale, décrets infirmiers, etc.

Évaluer la douleur, c'est affirmer ou non son existence, la quantifier et la qualifier, pour la traiter et ne pas être des « soi-niants », mais la soulager et donc prendre soin.

Évaluer la douleur nécessite des pré-requis indispensables : avoir des connaissances de base relatives aux outils d'évaluation, à la physiopathologie (mécanismes en cause) et aux traitements ; croire le patient qui exprime verbalement ou comportementalement la douleur ; être vigilant et savoir solliciter la plainte ; savoir que la fonction de l'interlocuteur peut être un biais ; ne pas mettre en avant le contexte clinique.

Outre les outils d'auto- et d'hétéro-évaluation de la douleur, il est bon de connaître également les outils d'évaluation des comportements non spécifiques associés à la douleur tels que l'anxiété et la dépression (*hospital anxiety and depression scale* ou HADS) [9] ou ceux qui étudient les répercussions de la douleur sur la qualité de vie (profil comportemental douloureux ou PCD, questionnaire concis sur les douleurs ou QCD) [10].

Comment auto-évaluer la douleur ?

Utiliser les outils d'hétéro-évaluation de la douleur ne doit pas être un prétexte pour ne pas communiquer et ne pas parler avec les personnes âgées, fussent-elles démentes !

Si l'évaluation de la douleur des femmes et des hommes âgés ne se cantonne plus à la seule auto-évaluation, celle-ci ne doit pas être sous-utilisée sous prétexte de non-communication ou de non-participation des personnes âgées.

L'échelle verbale simple (EVS) [11] (*tableau 1*) est la mieux comprise en gériatrie, mais l'échelle verbale numérique (EVN) [12], l'échelle visuelle analogique (EVA) [12] et même le questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA) [13] (*tableau 2*) sont utilisables chez certains patients, à condition de bien expliquer le concept et de laisser le temps nécessaire.

Souvent mieux comprise que l'EVA par les personnes âgées, l'EVS est cependant moins sensible et « polluée » par les préjugés (« cela pourrait être pire » et la personne n'utilise au maximum que le tiers des possibilités). D'où l'absence de sensibilité de cette échelle chez la personne âgée.

L'échelle visuelle analogique se présente sous la forme d'une réglette avec un curseur mobile entre deux extrémités signifiant l'absence de douleur et la douleur maximale imaginable par le malade. En retour-

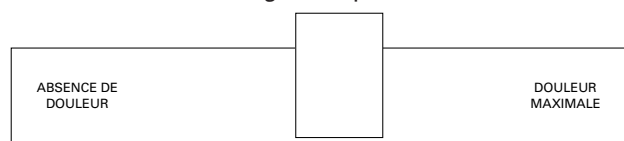


Tableau 1. L'échelle verbale simple (EVS) [7]. Pour évaluer sa douleur, le patient doit choisir une note entre 0 (pas de douleur) et 10 (intensité maximale).

Table 1. The simple verbal scale [7]. The subject should choose a rating between 0 (no pain) and 10 (maximal intensity).

EVS	0	1	2	3	4
Douleur	Absente	Faible	Modérée	Intense	Extrêmement intense

Tableau 2. Le questionnaire de la douleur Saint-Antoine (QDSA) [14]. Une liste de mots est proposée au patient qui doit entourer les qualificatifs décrivant au mieux son ressenti douloureux ; il peut également évaluer leur intensité en leur donnant une note de 0 à 4.

Table 2. The questionnaire on pain from the Saint-Antoine hospital [14]. In a word list, the subject should circle the words best describing his perception of pain, and assess its intensity by a score between 0 to 4.

Battements	Tiraillement	Nauséuse
Pulsations	Étirement	Suffocante
Élancements	Distention	Syncopale
En éclairs	Déchirure	
Décharges électriques	Torsion	Inquiétante
Coups de marteau	Arrachement	Oppressante
		Angoissante
Rayonnante	Chaleur	
Irradiante	Brûlure	Harcelante
		Obsédante
Piqûre	Froid	Cruelle
Coupure	Glace	Torturante
Pénétrante		Supplicante
Transperçante	Picotements	
Coups de poignard	Fourmillements	Gênante
	Démangeaisons	Désagréable
Pincement		Pénible
Serrement	Lourdeur	Insupportable
Compression	Sourde	
Écrasement	Engourdissement	Énervante
En étai		Exaspérante
Broiement	Fatigante	Horripilante
	Épuisante	
	Éreintante	Déprimante
		Suicidaire

nant la réglette, le soignant peut visualiser une cotation en millimètres.

Validée dans son utilisation en position horizontale, elle est cependant mieux comprise dans une utilisation en position verticale, faisant évoquer un « thermomètre » de la douleur.

Elle est souvent trop abstraite pour les personnes âgées. De plus, les différentes réglettes proposées par les laboratoires pharmaceutiques utilisent un vocabulaire qui n'est pas homogène, mélangent art qualitatif

et quantitatif, et altèrent de ce fait la spécificité de l'outil.

Si le QDSA peut paraître rébarbatif, il ne faut pas baisser les bras d'emblée, car en expliquant le concept et en prenant son temps, un pourcentage non négligeable de personnes âgées peuvent l'utiliser. Cependant, les outils d'auto-évaluation se heurtent à de nombreuses limites en gériatrie et la proportion de personnes âgées pouvant s'auto-évaluer varie de 5 à 70 % selon les situations et en fonction de l'état des fonctions cognitives [5].

Autrement dit, au moins une personne âgée sur deux en moyenne ne peut s'auto-évaluer, d'où l'importance de l'hétéro-évaluation pour cette population.

L'hétéro-évaluation est un concept incontournable

Les malades ne pouvant s'auto-évaluer souffrent autant que les autres et il est primordial de repérer et évaluer leur douleur au travers des changements comportementaux. Ce concept, connu depuis une vingtaine d'années en pédiatrie [15], a été appliqué en gériatrie dans les années 1990.

Deux échelles françaises font référence en la matière : – Doloplus, créée en 1992, publiée en 1993 [16] et validée avec le collectif Doloplus en 1999 [17] ; – ECPA, publiée en 1998 [18, 19].

Un article récent [20] a comparé les qualités psychométriques et les critères de sensibilité et d'utilisation clinique de 12 échelles d'évaluation comportementale de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence sévère. L'échelle Pacslac (en cours de validation) et l'échelle Doloplus ont été reconnues comme les plus appropriées.

Le principe fondamental de ces échelles d'hétéro-évaluation se résume volontiers dans ce précepte : « Tout changement de comportement doit faire évoquer la douleur ».

L'expérience et quelques travaux [21] montrent que ces échelles, si elles se ressemblent, ont cependant quelques spécificités. Doloplus serait plus performante dans la détection de la douleur chronique, alors que l'échelle ECPA serait plus adaptée à l'évaluation de la douleur récurrente.

Des travaux du collectif Doloplus sont en cours sur l'évaluation de la douleur aiguë chez les personnes âgées présentant des troubles de la communication avec une échelle à 8 items et réponses binaires, dénommée Algoplus dont la validation devrait s'achever en 2007.

Tableau 3. Lexique pour l'utilisation de Doloplus.

Table 3. Lexicon for the use of DOLOPLUS.

Plaintes somatiques

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris-plieurs-gémissements.

Positions antalgiques

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

Protection de zones douloureuses

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

Mimique

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

Sollicitation

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

Toilette/Habillage

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

Mouvements

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position – transferts – marche, seul ou avec aide.

Communication

Verbale ou non verbale

Vie sociale

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

Troubles du comportement

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

Ce qui est important, c'est de se familiariser avec ces outils d'évaluation pour les intégrer dans une démarche systématique de prise en charge de la douleur chez les personnes âgées et de « mesurer » la douleur au même titre que la température ou la pression artérielle.

L'échelle Doloplus (Annexe 1)

Regroupés en trois sous-groupes selon leurs fréquences d'expression (cinq items somatiques, deux items psychomoteurs, trois items psychosociaux), les items sont cotés selon quatre niveaux d'intensité progressifs et exclusifs (de 0 à 3). Il s'agit donc d'une échelle d'évaluation quantitative de la douleur avec un score variant de 0 à 30, l'existence d'une douleur étant affirmée pour des scores supérieurs ou égaux à 5 sur 30.

Dans un but de cohésion et d'efficacité, le collectif propose par ailleurs un lexique et des conseils d'utilisation qui évitent certaines mauvaises interprétations, en particulier pour l'utilisateur néophyte [22] (*tableau 3*). Un film de formation a été réalisé dans la même intention en 2002, intitulé « Et si c'était de la douleur ? ».

Ces conseils sont les suivants :

- 1) L'utilisation nécessite un apprentissage. Comme pour n'importe quel outil nouveau, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Devant tout changement de comportement, le soignant doit penser à utiliser l'échelle. Le temps de cotation diminue avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque c'est possible dans une structure de soins donnée, il est utile de désigner une personne référente.
- 2) Coter en équipe pluridisciplinaire de préférence. Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de professions différentes est préférable (médecin, infirmière, aide-soignante...). La cotation systématique à l'admission sert de base de référence. À domicile, on peut impliquer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ». Compte-tenu de la bonne fiabilité inter-juges, la cotation par un soignant isolé est toujours préférable à une simple estimation.
- 3) Ne rien coter en cas d'item inadapté. Il n'est pas nécessaire d'avoir une réponse à tous les items de l'échelle, en particulier face à un patient inconnu pour lequel toutes les données ne sont pas encore disponibles, notamment sur le plan psychosocial. De même, en cas de coma, la cotation reposera essentiellement sur les items somatiques.
- 4) Établir une cinétique des scores. La réévaluation doit être biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espace ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) est un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement. On cote alors les items possibles, la cotation pouvant s'enrichir ensuite au fil du temps.
- 5) Ne pas comparer les scores de patients différents. La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.
- 6) Les comportements passifs sont tout aussi importants que les comportements actifs. Par exemple, les troubles du comportement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel qu'une agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli.
- 7) En cas de doute, il ne faut pas hésiter à faire un test pharmacologique à visée antalgique. On admet aujourd'hui qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la

douleur. Cependant, pour les scores avoisinant ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur peut donc être considérée comme l'origine du trouble du comportement.

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

9) Ne pas recourir systématiquement à l'échelle Doloplus. Lorsque la personne âgée est coopérante et n'a pas de difficultés de communication, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Lorsque la douleur est évidente, il est plus urgent de la calmer que de l'évaluer... Cependant, au moindre doute, l'hétéroévaluation évite la sous-estimation.

L'échelle ECPA (Annexe 2)

Bien adaptée à l'évaluation de la douleur récurrente, l'échelle ECPA (échelle comportementale pour personnes âgées) comprend deux dimensions : l'observation avant les soins et l'observation pendant les soins.

Points clés

- L'évaluation systématique de la douleur par des outils validés est une recommandation officielle insuffisamment appliquée.
- Les outils d'auto-évaluation doivent être utilisés chez les personnes âgées qui n'ont pas de difficultés de communication et qui sont coopérantes ; dans le cas contraire, en particulier chez les personnes âgées aux fonctions cognitives altérées, les échelles comportementales d'hétéro-évaluation permettent d'évaluer la douleur.
- L'échelle ECPA est bien adaptée à l'hétéroévaluation de la douleur récurrente, alors que l'échelle Doloplus est plus performante dans l'évaluation de la douleur chronique.
- L'évaluation de la douleur doit être systématique au même titre que la mesure de la pression artérielle ou de la température, car ce symptôme est encore trop souvent négligé.

Chaque dimension comporte 4 items à 5 niveaux de gravité (0 à 4), la cotation globale variant de 0 à 32. Il n'est pas spécifié de score minimal signifiant la douleur.

Deux précautions d'emploi sont à respecter : l'échelle n'est pas adaptée aux états végétatifs ni aux malades sous sédation, il faut coter la dimension « avant les soins » réellement avant les soins et non de mémoire après ceux-ci, pour éviter le risque de contamination de la deuxième dimension sur la première.

Conclusion

Les femmes et les hommes âgés sont particulièrement exposés à la douleur mais paradoxalement

moins bien pris en charge car victimes de préjugés encore tenaces.

L'évaluation systématique de la douleur par des soignants familiarisés avec au moins une échelle d'auto- et une échelle d'hétéro-évaluation, et le couplage à un traitement adapté tenant compte en particulier des modifications pharmacologiques liées au vieillissement ne relèvent pas de la compassion, mais d'une réelle démarche de soins.

Pour que les personnes âgées ne soient plus les oubliées de la douleur, une approche pluridisciplinaire et multiprofessionnelle s'impose.

Références

- Woodruff KM, Friedman GD, Siegelman A, Collen MF. Pain tolerance : differences according to age, sex and race. *Psychosom Med* 1972 ; 34 : 548-56.
- Tremblay N, Allard N, Veillette Y. Effect of age on pain perception ; preliminary results. International association for the study of pain, 1993.
- Pickering G, Jourdon D, Eschallier A, Dubray C. Influence de l'âge sur la perception et la pharmacologie des antalgiques. *Presse Med* 2001 ; 15 : 754-8.
- Dartigues JF, Gagnon M, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Commenges D, Sauvel C, et al. The Paquid epidemiological program on brain ageing. *Neuroepidemiology* 1992 ; 11 (Suppl. 1) : 14-8.
- Sebag-Lanoë R. Introduction. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Collection Ages-Santé-Société. Paris : Masson, 2002 ; 1-5.
- Brochet B, Michel P, Barberger-Gateau P, Dartigues JF. Population-based study of pain in elderly people : a descriptive survey. *Age Ageing* 1998 ; 27 : 279-84.
- Parmelee PA. Pain in cognitively impaired older persons. *Clin Geriatr Med* 1996 ; 12 : 473-87.
- Wary B. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Paris : Anaes, 2000.
- Zigmond AJ, Snaith RT. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983 ; 67 : 361-70.
- Brasseur L. *Traitement de la douleur*. Paris : Doin, 1997.
- Jensen MP, Karow P. Self report scales and procedures for assessing pain in adults. In : Turk OC, Melzack R, eds. *Handbook of pain assessment*. New-York : The Guilford Press, 1992 : 135-51.
- Boureau F. Méthodes d'évaluation des analgésiques chez l'homme. In : Giraud JP, Mathe G, Meyniel G, eds. *Pharmacologie clinique, bases de la thérapeutique*. Paris : Expansion scientifique française, 1988 : 801-12.
- Boureau F, Luu M, Doubrere JF, Gay C. Élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mac Gill Pain Questionnaire de Melzack. *The-rapie* 1984 ; 39 : 119-29.
- Villard JF. Autoévaluation : possibilités et limites. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D, eds. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson, 2003 : 202-15.
- Gauvain-Piquard A, Meigner M. *La douleur de l'enfant*. Paris : Calmann Levy, 1993.
- Wary B, Podolfo J, Farnetti S. Ce vieillard a-t-il mal ? In : Roy DJ, Rapin CH, eds. *Les annales de soins palliatifs : douleur et antalgie*. Collection Amarylles. Montréal : Centre de bioéthique, 1993.
- Wary B, Serbouti S. Doloplus : validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Revue Douleurs* 2001 ; 2 : 1.
- Morello R. Une échelle comportementale d'évaluation de la douleur (ECPA). *Lettre mensuelle de l'année gérontologique* 1999 ; n° 100.
- Jean A, et le groupe ECPA. L'hétéro-évaluation de la douleur du sujet âgé en institution gériatrique : l'échelle ECPA. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D, eds. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson, 2003 : 226-33.
- Zwakhalen S, Hamers J, Abu-Saad HH, Berger M. Pain in elderly people with severe dementia : a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2006 ; 6 : 3.
- Bambis-Gardes S. Étude comparative de deux échelles d'hétéro-évaluation de la douleur de la personne âgée. Mémoire DIU de soins palliatifs. Université Louis Pasteur de Strasbourg, 2002.
- Wary B, Villard JF. L'échelle Doloplus et son utilisation. *Santé Mentale* 2005 ; 99 : 76-9.

Sites internet et vidéothèque

Site internet : www.doloplus.com

Doloplus-2 : Échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante. 1999 – Durée du film : 15 minutes Version française ou anglaise (bon de commande téléchargeable sur le site internet www.doloplus.com).

Et si c'était la douleur ? Film de formation à l'utilisation de l'échelle Doloplus. 2003 – Durée du film : 22 minutes (bon de commande téléchargeable sur le site internet www.doloplus.com).

Annexe 1

L'échelle Doloplus

The DOLOPLUS scale

Nom Prénom Service	Observation comportementale	Échelle Doloplus-2	
		Dates	
Retentissement somatique			
1. Plaintes somatiques	• pas de plainte	0 0 0 0	
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1 1 1 1	
	• plaintes spontanées occasionnelles	2 2 2 2	
	• plaintes spontanées continues	3 3 3 3	
2. Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0 0 0 0	
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1 1 1 1	
	• position antalgique permanente et efficace	2 2 2 2	
3. Protection de zones douloureuses	• position antalgique permanente inefficace	3 3 3 3	
	• 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	
4. Mimique	• 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	
	• mimique habituelle	0 0 0 0	
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1 1 1 1	
5. Sommeil	• 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	
	• sommeil habituel	0 0 0 0	
	• difficultés d'endormissement	1 1 1 1	
Retentissement psychomoteur	• réveils fréquents (agitation motrice)	2 2 2 2	
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3 3 3 3	
	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	
10. Troubles du comportement	• refus de toute vie sociale	3 3 3 3	
	• 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 :		- /30	

Annexe 2

L'échelle ECPA

The ECPA scale

Bien adaptée à l'évaluation de la douleur récurrente, l'échelle ECPA (échelle comportementale pour personnes âgées) comprend deux dimensions :

- l'observation avant les soins
- l'observation pendant les soins

Chaque dimension comporte 4 items à 5 niveaux de gravité (0 à 4), la cotation globale variant de 0 à 32.

Deux précautions d'emploi sont à respecter :

- l'échelle n'est pas adaptée aux états végétatifs ni aux malades sédatisés
- il faut coter la dimension « avant les soins » réellement avant les soins et non de mémoire après ceux-ci, pour éviter le risque de contamination de la deuxième dimension sur la première.

Observation avant les soins

1- Regard et mimique :

- 0 : visage détendu
- 1 : visage soucieux
- 2 : le sujet grimace de temps en temps
- 3 : regard effrayé ou visage crispé
- 4 : expression complètement figée

2- Position spontanée au repos :

- 0 : aucune position antalgique
- 1 : le sujet évite une position
- 2 : le sujet choisit une position antalgique
- 3 : le sujet recherche sans succès une position antalgique
- 4 : le sujet reste immobile, comme cloué par la douleur

3- Mobilité du patient :

- 0 : le sujet se mobilise comme d'habitude
- 1 : le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements
- 2 : lenteur, rareté des mouvements
- 3 : immobilité
- 4 : prostration ou agitation

4- Relation à autrui :

- 0 : présence d'un contact immédiat
- 1 : contact difficile à établir
- 2 : évite la relation
- 3 : absence de tout contact
- 4 : indifférence totale

Annexe 2 (fin)

Observation pendant les soins

5- Anticipation anxieuse aux soins

- 0 : le sujet ne montre pas d'anxiété
- 1 : angoisse du regard, impression de peur
- 2 : sujet agit
- 3 : sujet agressif
- 4 : cris, soupirs, gémissements

6- Réactions pendant la mobilisation

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

7- Réactions des zones douloureuses

- 0 : aucune réaction pendant les soins
- 1 : réaction pendant les soins, sans plus
- 2 : réaction au toucher des zones douloureuses
- 3 : réaction à l'effleurement des zones douloureuses
- 4 : l'approche des zones est impossible

8- Plaintes exprimées pendant les soins

- 0 : le sujet ne se plaint pas
- 1 : le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui
- 2 : le sujet se plaint en présence de quelqu'un
- 3 : le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée
- 4 : le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée