

# Aspects cliniques de la douleur en gériatrie.

L'évaluation est une procédure complexe, dont beaucoup d'éléments sont intégrés dans le quotidien des soins. L'intérêt de la systématisation de l'évaluation est de garder une rigueur, même dans des contextes fortement émotionnels ou altérés par la routine de surveillance de ces malades souvent suivis depuis des années.

## 1 Les patients non déficitaires sur le plan cognitif.

L'auto évaluation est toujours à prendre en compte si les capacités sensorielles et cognitives le permettent et elle sera couplée aux données cliniques de l'hétéro évaluation. L'auto évaluation permet au patient de décrire sa douleur (localisation, intensité, durée et type de douleur).

Cette intensité peut être mesurée avec des échelles :

- L'échelle visuelle analogique (E.V.A.),
- L'échelle numérique (E.N.),
- L'échelle verbale simple (E.V.S.).

Les résultats sont inscrits dans le dossier de soins et serviront de repère lors des réévaluations réalisées après la mise en route du traitement.

Ces échelles d'auto évaluation mesurent l'intensité douloureuse et la variation dans le temps. Lors de l'entretien avec le patient, il faut repérer:

- Les périodes douloureuses sur la journée,
- Les différentes localisations douloureuses,
- Le type de douleur ressenti,
- Le retentissement de la douleur sur le mode de vie.

Il faut s'adapter au patient, dans le contexte d'une situation présente et d'une douleur ressentie. Il convient de tenir compte de l'avis de la famille, des personnes qui entourent le patient.

### Les comportements douloureux.

Ils sont visibles au premier contact avec le patient par les mimiques, aspects du faciès, la posture, l'agitation, la gestuelle, l'impotence. Ces éléments vont s'inscrire dans les grilles d'évaluation.

### La description.

Le patient donne les informations relatives à la prise en compte de sa douleur.

La description de ce syndrome douloureux détaillée par le patient ou son entourage, va dépendre de l'écoute du soignant. Ceci est particulièrement vrai en gériatrie. L'entretien est un moment fort de l'évaluation,, le soignant doit s'efforcer de recueillir :

- La topographie de la douleur,
- L'histoire de l'apparition de la douleur,
- L'évolution des signes douloureux,
- Le retentissement sur l'humeur et sur les activités de la vie quotidienne,
- Les traitements effectués, arrêtés,

- L'apparition d'éventuelle autres signes ou symptômes.

Seule la variation de l'intensité de la douleur a de la valeur pour un patient.

## **2 Les patients ayant des troubles de la communication verbale.**

Le recours aux informations indirectes est primordial (délivrées par l'équipe soignante et la famille). En long séjour, la plupart des personnes âgées ne sont plus capables de s'auto évaluer. L'hétéro évaluation est indispensable et souvent difficile même si parfois l'écoute du soignant reste la base de l'évaluation.

Les troubles du comportement (cris , incohérence du langage...) peuvent évoquer en partie une rupture :

- Dans les habitudes de vie (hygiène, alimentation, perte de poids),
- Du rythme habituel de déambulation,
- Du mode de communication verbale ou non,
- Du comportement (agitation, agressivité).

La connaissance des habitudes du patient, de sa vie antérieure grâce aux entretiens avec la famille permette de repérer au mieux ces modifications.

L'observation comportementale se fait en priorité lors de situations privilégiées (toilette, transferts au fauteuil, repas et goûter) et permet de décrypter une éventuelle plainte douloureuse.

De nombreuses échelles d'évaluation de la douleur en gériatrie ont analysé ces modifications comportementales :

- DOLOPLUS,
- ECPA (Echelle Comportementale de la Personne Agée)
- ECS (Echelle Comportementale Simplifiée),
- ALGOPLUS.

Le principe de ces grilles d'analyse comportementale est d'observer le patient et de déterminer si son comportement est habituel ou semble modifié par douleur physique. Elles trouvent leur place lorsque l'auto évaluation est impossible. La systématisation de l'évaluation permet une meilleure adaptation des traitements et une meilleure prise en charge de la douleur.

La perturbation reliée à une douleur ou reliée à un trouble dépressif, voire démentiel est difficile à prendre en compte en gériatrie. Si l'incertitude sur un item de la grille est trop grande ou très discordante entre les équipes, il est préférable de ne pas en tenir compte dans la cotation de la grille.

### **Les différentes étapes d'une procédure d'hétéro évaluation.**

Le soignant observe le patient dans son contexte habituel :

- Hors des sollicitation et des soins,
- Pendant les sollicitations et les soins,

- Dans le contexte des activités de vie (un sourire à la toilette, le bien-être au fauteuil, l'envie d'alimentation...).

L'analyse de la grille d'évaluation doit toujours être reliée à la clinique car :

- La cotation reflète l'intensité de la douleur,
- Les horaires renseignent sur les fluctuations douloureuses,
- L'examen clinique lors des mobilisations précisent la localisation de la douleur.

Pour qu'une évaluation soit pertinente, il faut :

- Croire la douleur du patient, sans en minorer ou en majorer les signes,
- Travailler en équipe ou chaque professionnel réunit des observations pertinentes.

Il est évident qu'une douleur varie et un patient peut être douloureux à la toilette et souriant une fois installé au fauteuil d'où le signalement contradictoire dans le dossier de soins. C'est l'analyse de ces données qui permet une juste appréciation des observations et conditionne une stratégie de l'équipe soignante permettant au mieux un soulagement adapté au patient.

Il est important de ne pas enfermer le patient dans une logique d'évaluation qui le priverait d'un contact clinique en vue d'une relation d'aide à privilégier en priorité, car la personne âgée participera plus facilement à la prise en charge de sa douleur si elle perçoit empathie de la part du professionnel de santé.

**Inter-Clud Vendée**  
Avril 2008

**AGRES hugues**  
IADE Ressource Douleur