



# La douleur en Ehpads

## RECHERCHE ET PUBLICATIONS

### Quelles est la fréquence de la plainte douloureuse et son évolution entre 2006 et 2009 parmi les résidents d'EHPAD des USA ?

La prise en charge de la douleur doit être un objectif prioritaire dans les projets de soin des résidents d'EHPAD. La douleur est fortement associée au déclin fonctionnel, à la perte des interactions sociales, à la dépression, à l'anxiété et globalement à la qualité de vie. Du fait des fréquentes comorbidités, de la sous-évaluation de la douleur, des manifestations cliniques parfois complexes et de l'inquiétude de survenue d'effets indésirables lors de l'utilisation d'antalgiques, le soulagement complet des douleurs des résidents d'EHPAD est souvent difficile à atteindre. Toutefois, les données de la littérature soutiennent qu'elles peuvent être soulagées efficacement dans la majorité des cas.

Les recommandations aux USA conseillent une évaluation de la douleur à l'admission, lors d'événements nouveaux, et quatre fois par an. En 1995, l'analyse de larges bases de données rapportait que 26% des résidents se plaignent de douleurs tous les jours. Ces données anciennes rapportaient également que 41% des résidents avaient une plainte douloureuse lors d'au moins 2/3 des évaluations témoignant de douleurs persistantes ou chroniques. Il apparaissait également que 25% de ces résidents douloureux chroniques n'avaient pas de prescriptions d'antalgiques. Les auteurs de cet article ont souhaité décrire la situation actuelle, c'est à dire la prévalence de la douleur modérée à sévère et des douleurs persistantes durant la période 2006-2009 au sein des EHPAD américaines. L'hypothèse étant que depuis 1995, la prise en charge de la douleur s'était améliorée dans les EHPAD.

L'étude repose sur l'analyse des données des questions du Mini-Data Set (MDS) renseignées auprès de deux cohortes de plusieurs milliers de résidents. Rappelons que les questions du MDS ont été validées versus une échelle visuelle analogique de la douleur (EVA).

Les données de cette étude sont rassurantes car elles montrent qu'en 2009, la prévalence de la douleur modérée à sévère est descendue à 22,2%. Durant la période étudiée (2006 à 2009), la prévalence de la douleur a diminué constamment (environ 1,4% par an). Toutefois, parmi les résidents, les douleurs persistantes restent fréquentes et le taux ne semble pas avoir diminué au cours de la période étudiée. Les auteurs ne rapportent pas d'association entre des caractéristiques des EHPAD et les taux de douleurs persistantes. Par contre, ils soulignent que les douleurs persistantes sont plus fréquentes chez les résidents les plus jeunes (probablement du fait de la crainte des effets indésirables des antalgiques dans cette population), et les sujets diabétiques (fréquemment atteints à cet âge par des complications et notamment des douleurs neurogènes).

Ce travail suggère une amélioration des pratiques en EHPAD mais témoigne également de la complexité toujours présente à soulager les résidents sur le long terme.

■ **Xian Shen et al. Trends in prevalence for moderate-to-severe pain and persistent pain among medicare beneficiaries in nursing home, 2006-2009. Journals of Gerontology: Med Sci, 2015 :1-15.**

### La prise en charge effective de la douleur chez les patients déments : des bénéfices au-delà de la douleur ?

La douleur est habituellement sous-diagnostiquée et sous-traitée chez les patients déments et ceci peut favoriser ou exacerber des troubles psycho-comportementaux (TPC). Dans cette revue de la littérature publiée dans *Drug Aging*, des auteurs norvégiens restituent les données actuelles de la littérature pourtant sur les liens entre les TPC et la douleur chez les patients déments. Ils se sont également intéressés aux études d'intervention ayant exploré l'effet des antalgiques sur les TPC.

Les échelles d'évaluation habituelles de la douleur reposent sur les capacités de mémorisation et d'expression du patient. Elles sont peu adaptées aux sujets souffrant de démence

## CHIFFRES CLÉS

**Etude IQUARE** : Evaluation de la douleur pour :

- **26,9%** des résidents sur un échantillon de 5 737 résidents
- **39,7%** des résidents, sur le dernier mois, parmi les 1 291 résidents se plaignant de douleur.

notamment au stade sévère de la démence. Dans le contexte des TPC, la démarche étiologique retrouve souvent parmi les multiples facteurs potentiels, des besoins insatisfaits comme l'ennui, la peur mais aussi la douleur. Différents travaux ont démontré que la douleur aggrave l'expression des troubles. Le recours fréquent aux psychotropes et le faible recours aux antalgiques au sein de cette population sont maintenant bien connus mais restent un problème pratique dans les EHPAD. Une des difficultés dans l'amélioration des pratiques est qu'il n'existe pas d'échelle spécifiquement dédiée à l'évaluation de la douleur chez les patients ayant des TPC. Les auteurs de cette revue soulignent l'intérêt démontré de l'échelle MOBID-2<sup>(1)</sup> dans ce contexte.

Parmi les études d'intervention, les données actuelles sont parcellaires. Toutefois, plusieurs études randomisées rapportent une réduction de l'agitation et de l'agressivité lorsque la douleur est prise en charge. Le recours protocolisé aux antalgiques permet également d'améliorer les troubles de l'humeur comme les symptômes dépressifs, l'apathie, l'anxiété ou les troubles du sommeil. Un effet positif est également retrouvé sur les capacités fonctionnelles. Ces études sont peu nombreuses mais soutiennent toutes qu'envisager le traitement de la douleur de façon plus systématique chez les patients déments présentant des TPC est pertinent.

(1) Husebo B et al. pain in olde persons with severe dementia; Scand J Caring Sci 2010. 24:380-91.

■ **Flo et al. Effective pain management in patient with dementia: Benefit ond pain ? Drug Aging 2014 ;31 :863-71.**

## RECOMMANDATIONS EN VIGUEUR

### ■ Dépister les signes d'alerte témoignant de la douleur

- penser que l'absence de plainte ne signifie pas absence de douleur,
- prendre en compte les changements dans les habitudes de vie, le recours à des méthodes antalgiques, les attitudes inhabituelles, les changements d'humeur,
- être attentif à toute modification du comportement chez les personnes ayant des troubles de la communication.

### ■ Évaluer la douleur

#### Quand ?

- lors de l'admission en Ehpad ou service de soins,
- devant tout signe faisant suspecter un syndrome douloureux,
- de façon régulière pour le suivi de la prise en charge et l'adaptation thérapeutique.

#### Comment ?

- par auto-évaluation qui est à privilégier car la personne est la plus à même d'exprimer sa douleur,
- par hétéro-évaluation, notamment pour les personnes dites non communicantes.

#### Quelles sont les échelles validées ?

##### • Pour l'auto-évaluation :

- Echelle verbale simple (EVS) qui quantifie la douleur par un adjectif
- Echelle numérique (EN) qui quantifie la douleur par une note

##### • Pour l'hétéro-évaluation :

- Echelle ALGOPLUS pour les douleurs aiguës
- Echelles DOLOPLUS et ECPA pour les douleurs chroniques

### ■ Prise en charge de la douleur

- prévenir les douleurs induites dans l'organisation des soins (dialogue-installation de la personne...),
- traiter la douleur.

### ■ Assurer un suivi de la prise en charge de la douleur, formalisé et tracé, précisant :

- l'évolution de la douleur,
- les mesures thérapeutiques identifiées et tracées,
- l'adaptation des mesures.

## RÉFÉRENCES

- **Les bonnes pratiques de soins en Ehpad.** DGS/DGAS/SFGG, oct. 2007. [http://www.sgoc.fr/doc\\_officiels/bonnes\\_pratiques/DGAS\\_BONNES\\_PRATIQUES\\_SOINS\\_EHPAD\\_Octobre\\_2007.pdf](http://www.sgoc.fr/doc_officiels/bonnes_pratiques/DGAS_BONNES_PRATIQUES_SOINS_EHPAD_Octobre_2007.pdf)
- **Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.** HAS, 2000. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulpersag.pdf>
- **Outil Douleur.** Programme Mobiqual, 2010. [http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/DP\\_29sept2010\\_240910.pdf](http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/DP_29sept2010_240910.pdf)

## ACTUALITÉS

- **Rencontres vieillissement** (Direction scientifique par le Gérontopole) 25-26-27 nov. 2015 au Centre des Congrès Pierre Paul Riquet à Toulouse
- **The international Nursing Home Research Conference.** 2 et 3 déc. 2015 à l'Hotel Dieu St Jacques à Toulouse

**DIRECTRICE DE LA PUBLICATION :**  
Monique Cavalier, Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées

**RESPONSABLE DE LA RÉDACTION :**  
Pr Yves Rolland, Gérontopole

**COMITÉ DE RÉDACTION**  
Dr Françoise Cayla, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées  
Dr Philippe de Souto Barreto, Gérontopole  
Dr Jean-Marie Pialat, Union Régionale des Professionnels de Santé

Dr Adrian Klapouszczak, Dr Robert Abadie, Dr André Stillmunkes, Association Medcomip Dr Camallieres, CH d'Auch  
Dr Cufi, CHIC Castres Mazamet  
Dr Christine Piau, Anne Cianfarani, Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées

**RÉALISATION TECHNIQUE :**  
Christel Andrieu, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées

**CRÉDIT PHOTO :** © fotolia-fotomek

## RETOUR D'EXPÉRIENCE

### A propos d'évaluation et de prévention de la douleur

L'évaluation de la douleur est la première étape de sa prise en charge. En EHPAD, les soignants témoignent régulièrement de difficultés pour cette évaluation auprès des résidents non ou peu communicants. L'échelle d'hétéro évaluation ALGOPLUS est connue et utilisée par de nombreuses équipes. Toutefois, son utilisation simple et rapide occulte parfois l'autoévaluation encore réalisable avec d'autres outils comme l'échelle verbale simple (l'EVA n'étant pas adaptée à la personne âgée).

Rappelons que l'utilisation d'ALGOPLUS est indiquée spécifiquement pour la douleur aiguë (fracture, zona, douleurs induites par les soins...). Ces douleurs provoquées font régulièrement l'objet d'une plus grande attention des soignants en EHPAD. Toutefois, en soins palliatifs, l'association de traitements médicamenteux (souvent palier 3 de l'OMS à petites doses pris une heure avant les soins) et de moyens non médicamenteux (mobilisation en binôme, détournement de l'attention, sophrologie...) pourraient être privilégiés et apporter un plus grand bénéfice aux personnes âgées. L'absence d'infirmière la nuit pouvant administrer des médicaments constitue un frein au soulagement des patients douloureux et incite à poursuivre cette démarche co-antalgique.

■ **Auteurs :** Marie-Claude DAYDE infirmière libérale et équipe d'appui du réseau Reliance (31)

Les recommandations ne sont pas faciles à adapter en EHPAD : traçabilité imparfaite des logiciels-métiers, protocoles précis nécessaires pour définir, au-delà du choix de l'échelle, quels professionnels sont chargés de ces évaluations (aide soignant, IDE, médecin traitant, médecin coordonnateur), à quel rythme les réaliser (lors de la toilette, chaque jour, semaine, mois), qui dépister.

A côté de cela, le choix des antalgiques et leur suivi nécessitent des questionnements en lien avec le contexte.

Contrairement aux morphiniques, les antalgiques de palier 2 n'imposent pas d'ordonnances sécurisées et suscitent moins de « réticences » des prescripteurs. Pourtant, ils requièrent autant de précautions quant aux effets secondaires, plus souvent négligés par les soignants : syndrome confusionnel sous tramadol, constipation opiniâtre sous codéine...

Pour les antalgiques de palier 3, une « titration » préconisée est difficilement réalisable et rarement effective en EHPAD. Celle-ci se heurte, comme ailleurs, au caractère très subjectif de l'évaluation de la douleur (variabilité d'interprétation des échelles et du niveau d'antalgie prescrit à cotation identique). D'autre part, la nuit, l'absence d'infirmière en EHPAD, seule professionnelle habilitée à adapter la réponse thérapeutique en fonction de la clinique, ne permet pas de réaliser cette « escalade » pourtant recommandée. Sans compter qu'en pratique courante, le recours d'emblée à une forme à Libération Prolongée, associée à une forme à libération immédiate (LI) autour des pics douloureux, apparaît bénéfique et interroge sur l'intérêt d'une titration fastidieuse et souvent peu rigoureuse. A noter que certains gériatres administrent une dose de morphine orale LI avant d'introduire un dispositif transdermique pour évaluer la tolérance notamment sur le plan digestif.

■ **Auteurs :** Dr E. LASPRESES-ORVAIN, gériatre médecin coordonnateur (82) ; Dr A. ROUSTAN, gériatre (82)

➤ EHPAD de Midi-Pyrénées, votre expérience nous intéresse. Le prochain numéro de la Lettre traitera de **la filière gériatrique**, si vous avez mené un projet sur ce thème et que vous souhaitez faire partager votre expérience, contactez nous : [ars-midipy-communication@ars.sante.fr](mailto:ars-midipy-communication@ars.sante.fr)