



DÉTECTION ET ÉVALUATION DE LA DOULEUR AU STADE AVANCÉ DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

LUCIE MISSON, infirmière, professionnelle de recherche
CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE VIEILLISSEMENT DE QUÉBEC
étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université Laval

DOULEUR - AUTOÉVALUATION

- L'autoévaluation est le standard de référence pour la mesure de la douleur chez tout individu, sans égard à son âge et à sa condition de santé
- Quelque soit l'état cognitif d'un individu, il faut toujours tenter d'obtenir une autoévaluation de sa douleur
- Même si le score de détérioration (MEEM, FAST ou autres) d'un individu indique une démence sévère, il arrive qu'il soit en mesure de nous fournir certaines indications sur sa douleur
- **RECOURIR À L'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS POUR TOUT INDIVIDU QUI NE RÉPOND PAS OU QUI NE PEUT LUI-MÊME PRÉCISER LE SITE ET/OU L'INTENSITÉ DE SA DOULEUR**

Bjoro, K., & Herr, K. (2008). Assessment of pain in the nonverbal or cognitively impaired older adult. Clin Geriatr Med, 24(2), 237-262.

DOULEUR – CAUSES POTENTIELLES

L'âge est un facteur de risque de douleur en raison d'une prévalence accrue de:

- maladies articulaires dégénératives, arthrite rhumatoïde, goutte, pseudo-goutte
- ostéoporose (compression vertébrale fracturaire) et douleurs lombaires,
- neuropathies (diabétique, post herpétique, trigéminal, occipital, zona)
- problèmes gastro-intestinaux (ulcères, iléus)
- problèmes rénaux (calculs, globes vésicaux)
- problèmes oraux et dentaires
- maladies vasculaires périphériques (post AVC, MAP)
- immobilité, contractures, ulcères de pression, amputations
- chutes, fractures, chirurgies, douleurs cancéreuses
- ankylose matinale, céphalées

– IASP. (2006) *Facts on pain in older persons*. [En ligne: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=2006_2007_Pain_in_Older_Persons1&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=3611]

– Won, A. B., Lapane, K. L., Vallow, S., Schein, J., Morris, J. N., & Lipsitz, L. A. (2004). *Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents*. *J Am Geriatr Soc*, 52(6), 867-874.

DOULEUR – CONSÉQUENCES

La présence de douleur, en particulier la douleur chronique:

- accélère l'incapacité physique
- complique et ralentit le processus de réhabilitation
- diminue les contacts sociaux et augmente l'isolement
- diminue l'appétit et le sommeil
- aggrave les traumatismes, plaies, chutes et l'atrophie musculaire
- augmente les déficits cognitifs
- diminue la mémoire, l'attention, la dextérité manuelle
- affecte le langage et la capacité d'accomplir des tâches complexes
- entraîne des perturbations de l'humeur

– Cairncross, L., Magee, H., & Askham, J. (2007). *A hidden problem: pain in older people*. Oxford: Picker Institute Europe. [En ligne: http://www.pickereurope.org/assets/content/pdf/Project_Reports/Paincarehomes_final.pdf]

– Curtiss, C. P. (2010). *Challenges in Pain Assessment in Cognitively Intact and Cognitively Impaired Older Adults With Cancer*. *Oncology Nursing Forum*, 37, 7-16.

DOULEUR – COMORBIDITÉS – DÉMENCE

- Chez les personnes âgées, l'expression de la douleur est compliquée par la présence de :
 - troubles sensoriels: presbyacousie, cécité, ...
 - troubles moteurs: dysarthrie, aphasie, ...
 - troubles thymiques: dépression, ...
- **Chez les personnes au stade avancé de MA, l'expression de la douleur est également compliquée par la présence de:**
 - **troubles cognitifs: mnésiques,gnosiques, ...**

DOULEUR – DÉMENCE – DÉTECTION

Closs, S. J., Cash, K., Barr, B., & Briggs, M. (2005). Cues for the identification of pain in nursing home residents. International Journal of Nursing Studies, 42(1), 3-12.

- Des éléments tels que langage corporel et verbal, indices comportementaux en réponse au mouvement et aux changements d'humeur et de comportement sont interprétés par les soignants comme des indices de douleur chez des résidents en soins de longue durée
- Les soignants utilisent principalement les indices liés aux mouvements du corps pour détecter la douleur chez des résidents à tous les stades de la détérioration cognitive

DOULEUR – DÉMENCE – DÉTECTION

Cipher, D. J., Clifford, P. A., & Roper, K. D. (2006). Behavioral Manifestations of Pain in the Demented Elderly. Journal Of The American Medical Directors Association, 7(6), 355-365.

- Les résidents atteints de démence sévère et souffrant de douleur chronique présentent plus de symptômes comportementaux que ceux atteints de démence légère à modérée
- Les comportements les plus souvent observés sont les symptômes dépressifs et les comportements de retrait

DÉMENCE – SUIVI DE LA DOULEUR

O'Connor, L. (2012). Case report: a patient with dementia presenting with hip fracture in the emergency department - challenges of acute pain assessment. Int Emerg Nurs, 20(4), 255-260.

- Lors du repositionnement, un patient atteint de démence (MEEM 13) est capable de dire « hurt » en pointant la hanche sur un large diagramme corporel sans pouvoir quantifier cette douleur à l'aide d'une échelle d'autoévaluation
- Lors du repositionnement sur la civière, l'observation de ce patient a permis de relever la présence des comportements « grimace, yeux larmoyants, protection du site de la douleur »
- Les paramètres physiologiques (pouls, TA, respiration) de ce patient dément admis à l'urgence pour une fracture de la hanche n'ont pas changé durant le repositionnement

DÉMENCE SÉVÈRE – DOULEUR

Les résultats des études indiquent que:

- la douleur des personnes atteintes de démence sévère est sous détectée et sous évaluée comparativement à celle des personnes cognitivement intactes
- les soignants observent les comportements des patients cognitivement atteints afin de détecter la présence de douleur
- les personnes atteintes de démence sévère ne sont généralement pas en mesure de préciser la localisation et l'intensité de leur douleur
- chez certaines personnes atteintes de démence modérée à sévère, l'autoévaluation de la douleur peut être complétée et précisée par l'observation des comportements lors de manipulations potentiellement douloureuses
- lorsque l'autoévaluation est complètement impossible, l'observation des comportements est la seule alternative disponible pour détecter la douleur chez les patients cognitivement atteints

OBSERVATION DES COMPORTEMENTS

- Contrairement à l'autoévaluation, où le patient dit, précise et évalue sa douleur, l'observation des comportements est effectuée par une tierce personne (hétéroévaluation)
- Des dizaines de grilles d'observation des comportements sont actuellement disponibles
- Plusieurs recherches ont étudié et comparé les qualités méthodologiques de ces grilles
- En plus d'être fiable et valide, une grille d'observation des comportements doit être appropriée pour les personnes auprès de qui on veut en faire usage
- Les pré-requis et le temps nécessaire pour utiliser correctement une grille d'hétéroévaluation de la douleur doivent convenir au personnel impliqué et à leur modèle d'organisation des soins

– Zwakhalen, S. M., Hamers, J. P., & Berger, M. P. (2006). *The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. [Observational study]. Pain, 126(1-3), 210-220.*

– Aubin, M., Giguere, A., Hadjistavropoulos, T., & Verreault, R. (2007). *L'évaluation systématique des instruments pour mesurer la douleur chez les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer. Pain Res Manag, 12(3), 195-203.*

HÉTÉROÉVALUATION – RÈGLES

- Choisir une grille construite et validée chez une clientèle âgée atteinte de démence
- Choisir une grille qui permet d'observer des comportements de tout type (expressions faciales et mouvements du corps, verbalisation et vocalisation, modifications de l'état mental, des interactions interpersonnelles et des activités quotidiennes)
- Comprendre les modalités et les consignes d'utilisation de la grille et en connaître les limites
- Instaurer une routine régulière pour utiliser la grille d'observation des comportements
- Documenter et partager les résultats du dépistage régulier, de l'évaluation suite à un dépistage positif et de la réévaluation de l'effet d'une intervention à visée analgésique
- Toujours comparer le résultat du dépistage quotidien ou hebdomadaire d'un patient à ses résultats antérieurs

- Herr, K., Bjoro, K., & Decker, S. (2006). *Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review*. *J Pain Symptom Manage*, 31(2), 170-192.
- Herr, K., Bursch, H., Ersek, M., Miller, L. L., & Swafford, K. (2010). *Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: expert consensus recommendations for practice*. *J Gerontol Nurs*, 36(3), 18-29; quiz 30-11.
- Kaasalainen, S. (2007). *Pain assessment in older adults with dementia: using behavioral observation methods in clinical practice*. *J Gerontol Nurs*, 33(6), 6-10.

GRILLE HÉTÉROÉVALUATION – EXEMPLE

GRILLE PACSLAC-F

Section 1. Expressions faciales	Présent (1)
Grimace	
Regard triste	
Visage renfermé	
Regard menaçant	
Changements au niveau des yeux (ex. plissés, vides, brillants, ↑mouvement)	
Sourcils froncés	
Expression de douleur	
Visage sans expression	
Dents serrées	
Visage crispé	
Bouche ouverte	
Front plissé	
Nez froncé	
Section 2. Activités et mouvements du corps	Présent (1)
Bouge sans arrêt	
Se recule	
Nerveux	
Hyperactif	
Marche sans arrêt	
Errance	
Tente de fuir	
Refuse de bouger	
Bouscule	
Diminution de l'activité	
Refuse la médication	
Bouge lentement	
Comportements impulsifs (ex. mouvements répétitifs)	
Non coopératif / Résistant aux soins	
Protège le site de la douleur	
Touche ou soutien le site de la douleur	
Claudication	
Poings serrés	
Prend la position fœtale	
Raideur / Rigidité	

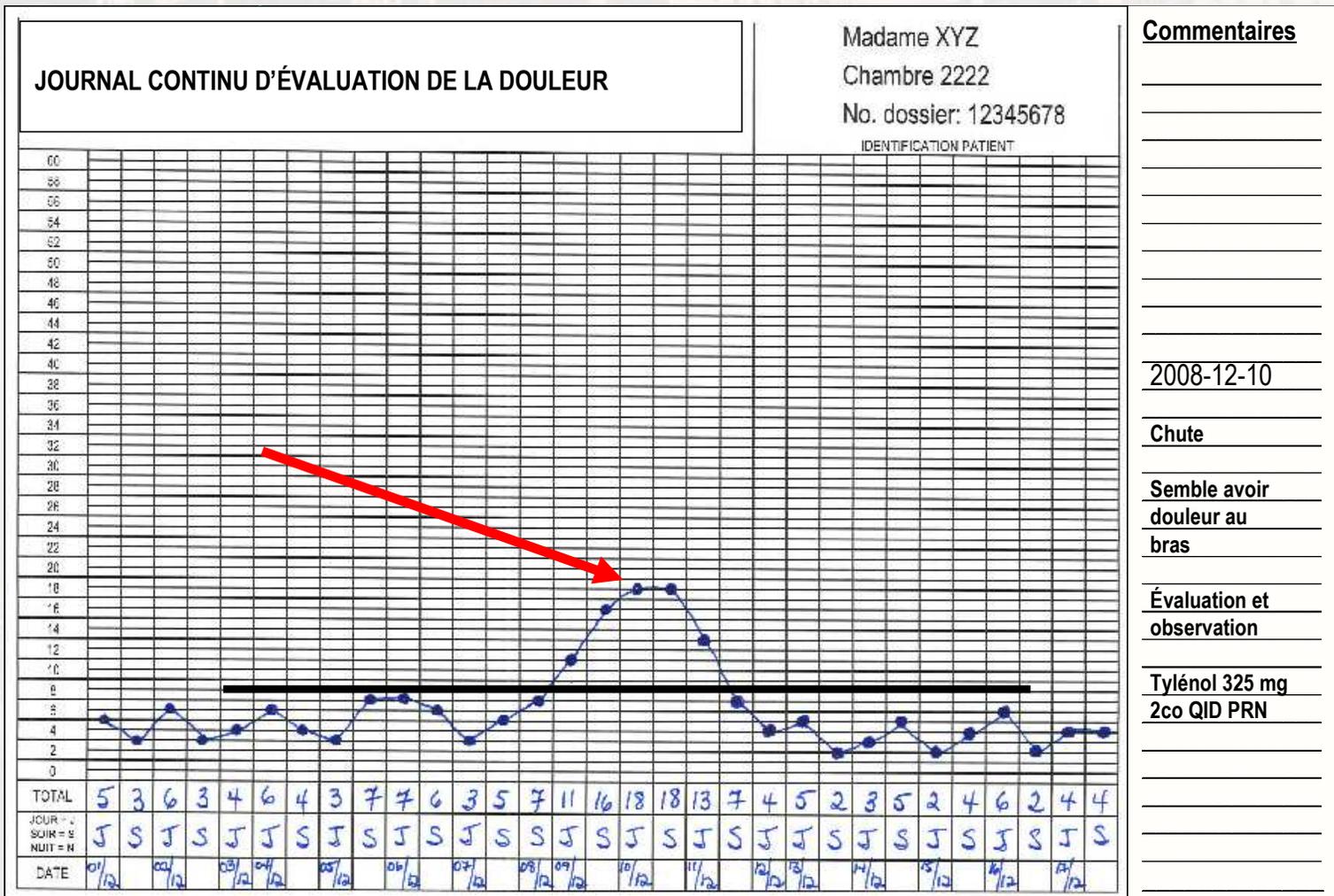
Identification patient	
Section 3. Comportement / humeur	Présent (1)
Agression physique (ex. pousser, griffer, frapper)	
Agression verbale	
Refuse d'être touché	
Ne permet pas aux autres de s'approcher	
Fâché / Mécontent	
Lance des objets	
Augmentation de la confusion	
Anxieux	
Bouleversé	
Agité	
Impatient / Irritable	
Frustré	
Section 4. Autres	Présent (1)
Pâleur du visage	
Rougeurs au visage	
Yeux larmoyants	
Transpiration excessive	
Tremblements	
Peau froide et moite	
Sommeil modifié (jour et/ou nuit)	
Appétit modifié	
Cris / Hurllements	
Appel à l'aide	
Pleure	
Son spécifique / Vocalisation lié à la douleur	
Gémit / Se plaint	
Marmonne	
Grogne	

Total sections 1 à 4	
-----------------------------	--

Les auteurs ne peuvent être tenus responsables en tout ou en partie de quelque dommage que ce soit, direct ou indirect, résultant de l'utilisation du PACSLAC-F.
L'utilisation du PACSLAC-F peut ne pas convenir pour certains patients et ne peut en aucun cas se substituer à une évaluation approfondie effectuée par un professionnel de la santé compétent.

PACSLAC-F est protégée par le droit d'auteur et par les lois québécoises, canadiennes et étrangères sur la propriété intellectuelle.
© Michèle Aubin, Thomas Hadjistavropoulos
Disponible au <http://www.pacslac.org>

GRILLE PACSLAC-F – SUIVI



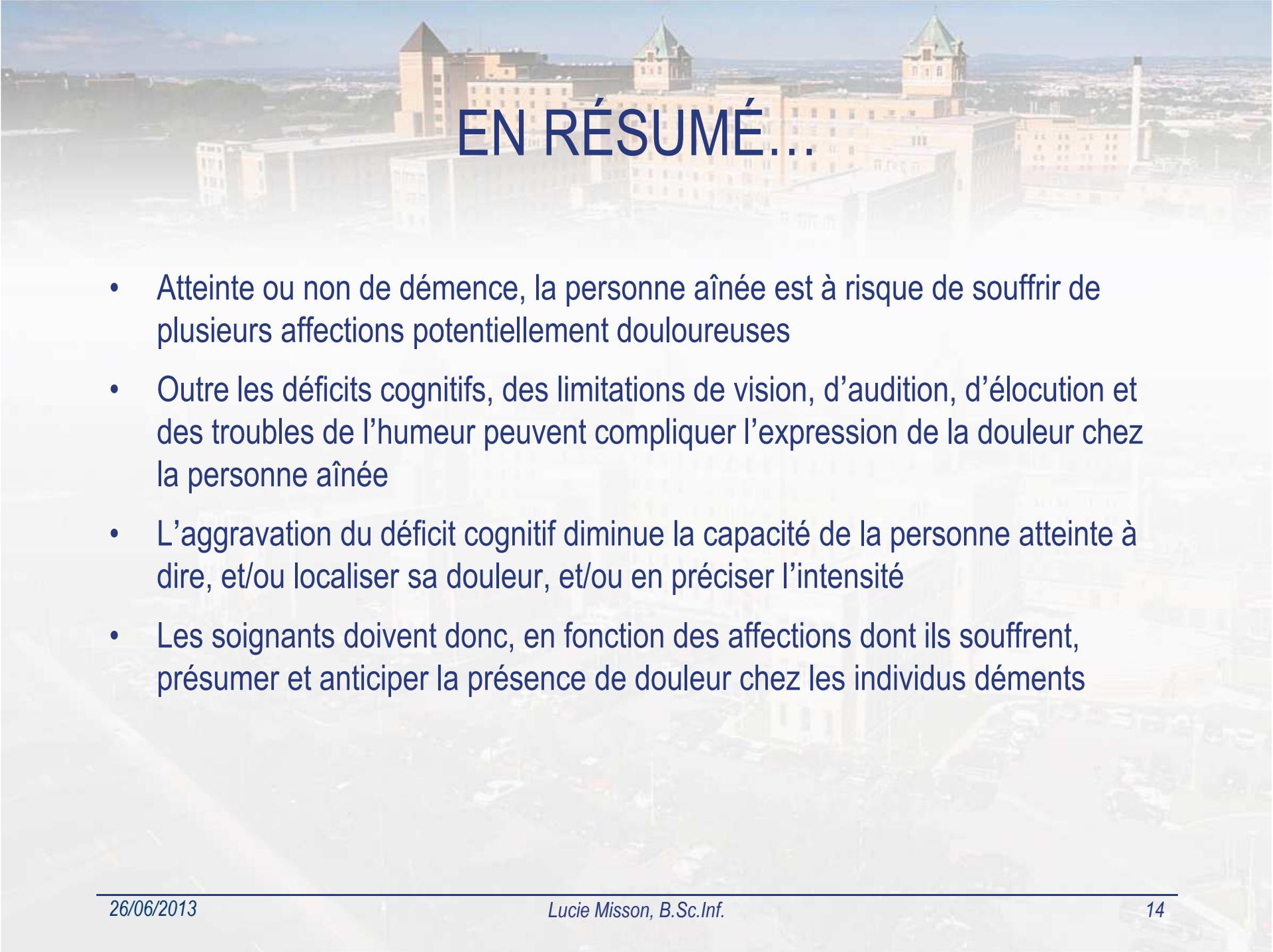
2008-12-10

Chute

Semble avoir
douleur au
bras

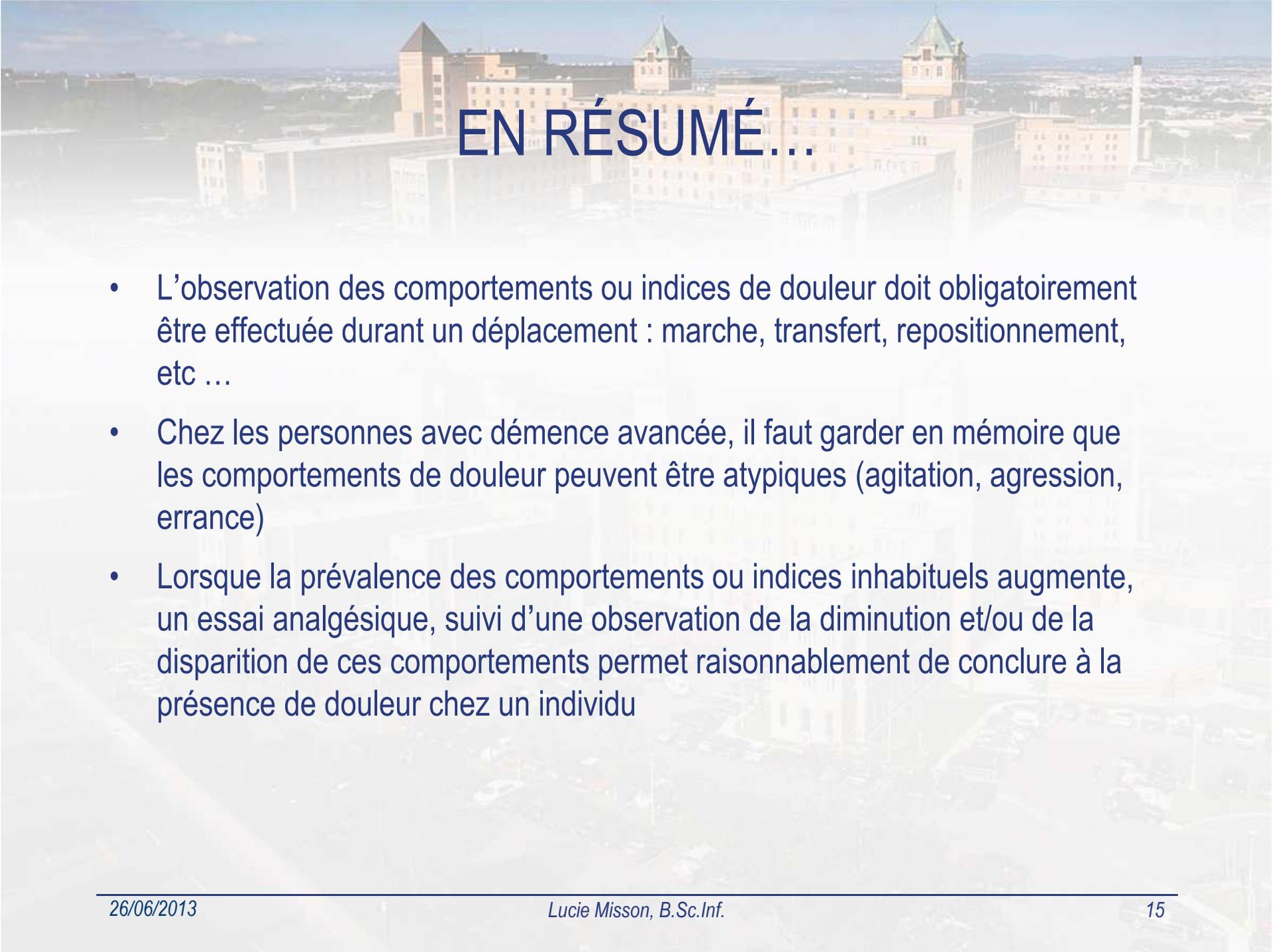
Évaluation et
observation

Tylénol 325 mg
2co QID PRN



EN RÉSUMÉ...

- Atteinte ou non de démence, la personne âgée est à risque de souffrir de plusieurs affections potentiellement douloureuses
- Outre les déficits cognitifs, des limitations de vision, d'audition, d'élocution et des troubles de l'humeur peuvent compliquer l'expression de la douleur chez la personne âgée
- L'aggravation du déficit cognitif diminue la capacité de la personne atteinte à dire, et/ou localiser sa douleur, et/ou en préciser l'intensité
- Les soignants doivent donc, en fonction des affections dont ils souffrent, présumer et anticiper la présence de douleur chez les individus déments



EN RÉSUMÉ...

- L'observation des comportements ou indices de douleur doit obligatoirement être effectuée durant un déplacement : marche, transfert, repositionnement, etc ...
- Chez les personnes avec démence avancée, il faut garder en mémoire que les comportements de douleur peuvent être atypiques (agitation, agression, errance)
- Lorsque la prévalence des comportements ou indices inhabituels augmente, un essai analgésique, suivi d'une observation de la diminution et/ou de la disparition de ces comportements permet raisonnablement de conclure à la présence de douleur chez un individu



Merci de votre attention!