

« VISage à découvert » La lettre mensuelle n° 32 - Juillet 2006

EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE

Plus l'âge augmente plus la prévalence de la douleur augmente. La proportion de personnes âgées ayant des douleurs chroniques est d'environ 60% dont un tiers des douleurs sévères. En fin de vie, la prévalence de la douleur peut atteindre 80%. La fréquence de la douleur et ses répercussions tant physiques que psychiques imposent de rechercher et de traiter ce symptôme.

Si la fréquence de la douleur augmente avec l'âge, il n'en est pas de même de la plainte douloureuse. Celle-ci va plutôt en diminuant avec l'âge. Il existe encore bien des préjugés concernant la douleur chez la personne âgée. Ces préjugés alimentent la sous-estimation et donc l'insuffisance de traitement de la douleur de la personne âgée, qui plus est lorsqu'elle a des troubles de la communication verbale. Or la prise en charge correcte de la douleur nécessite sa reconnaissance dans un premier temps, puis son évaluation.

L'évaluation de la douleur n'est pas aisée :

Les échelles d'auto-évaluation: les plus connues sont l'échelle verbale analogique (réglette graduée), l'échelle numérique (cotation de 1 à 10), et l'échelle verbale simple (EVS): douleur absente, faible, modérée, intense, très intense. L'emploi de ces échelles d'auto-évaluation chez la personne âgée peut être inadapté lorsque la personne a des troubles de communication verbale, lorsqu'il existe des troubles de compréhension ou d'attention, une diminution des capacités d'abstraction, des troubles cognitifs. On constate aussi que l'analyse et l'expression de la douleur ne sont pas toujours correctement faites par les personnes âgées.

Chez ces sujets, il est nécessaire d'utiliser des grilles d'hétéro-évaluation...

S'inspirant des travaux chez les jeunes enfants (échelle de la douleur enfant Gustave Roussy), les gériatres ont travaillé à la mise en place d'outils d'hétéro-évaluation. L'échelle DOLOPLUS 2 a été validée en 1999. Il s'agit d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. Elle part du principe que chez la personne âgée ayant une diminution de la capacité de s'exprimer verbalement, c'est le corps qui parle en cas de douleur. Ce langage du corps doit alerter les soignants et cette échelle leur permet de décoder ce langage.

L'évaluation de la douleur doit être systématique en cas de comportement spontané inhabituel ou dans des situations potentiellement douloureuses qu'il convient de repérer.

<u>L'échelle DOLOPLUS 2</u> comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs, et 3 items psychomoteurs, et 3 items psychomoteurs). Chaque item est côté selon 4 niveaux d'intensité progressifs et exclusifs (0 à 3). Il s'agit d'une échelle d'évaluation quantitative de la douleur selon un score variant de 0 à 30. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

L'utilisation de cette grille nécessite un apprentissage comme pour n'importe quel autre outil nouveau. Le temps de cotation de l'échelle diminue avec l'expérience (quelques minutes). Que ce soit en structure institutionnelle ou à domicile, la cotation en équipe pluridisciplinaire est préférable (médecin, infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute...). A domicile, on peut intégrer la famille et d'autres intervenants en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade.

Ne rien coter en cas d'item inadapté. Face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, il est préférable de ne pas coter certains items principalement sur le plan psychosocial. En cas de coma, la cotation repose essentiellement sur les items somatiques.

Etablir une cinétique des scores : la réévaluation est quotidienne voire bi-quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espace ensuite en fonction des situations. Le score est un argument primordial pour la prise en compte du symptôme et la mise en route d'un traitement

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 aucun sens, seule l'évolution des scores d'un patient donné est intéressante.

L'échelle cote la douleur et non pas la dépression, la dépendance, l'efficience des fonctions cognitives. Cette échelle cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Les items 6 et 7 n'évaluent pas la dépendance ou l'autonomie mais la douleur. Toutefois un score inférieur à 5 avec des items côtés à plus de 0 principalement ou uniquement dans le domaine du retentissement psychosocial doit orienter plutôt vers une dépression.

Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS. Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, on peut utiliser des outils d'auto-évaluation. Quand la douleur est évidente, il est plus urgent de la calmer que de l'évaluer.

En cas de doute, en particulier quand le score obtenu est inférieur à 5/30, on peut tenter un **test pharmacologique** à visée antalgique car il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé s'améliore avec la prise antalgique, on peut donc incriminer la douleur.

<u>En conclusion</u>, l'évaluation de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale nécessite d'abandonner la simple démarche subjective. Les outils d'auto-évaluation étant inadaptés, seules les échelles d'hétéro-évaluation permettent d'objectiver au mieux ce symptôme.

La prise en charge du symptôme douleur doit se faire de façon globale et centrée sur la personne. L'évaluation multi-disciplinaire impliquant tous les intervenants est un préalable à tout traitement se voulant efficace.

Dr Isabelle PEULTIER, gériatrie et soins palliatifs, Centre Hospitalier de Vienne Référence et téléchargement de l'échelle : www.doloplus.com