VISage
Vienne Santé Gérontologie

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n°75 – février 2010

L'évaluation de la douleur chez la personne âgée communicante
Pour que la douleur ne soit plus « soignant dépendant»

L'association internationale d'étude de la douleur (IASP) définit la douleur comme « une expérience personnelle, sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ». Cette définition souligne en autre l**e caractère multidimensionnel** (sensori-discriminatif, affectif émotionnel, cognitif) et **subjectif** de la douleur.

Selon les études, 50% des personnes âgées à domicile sont douloureuses et jusqu'à 83% en institution. La proportion des personnes âgées ayant des douleurs chroniques est d'environ 60 %, dont 1/3 de douleurs sévères. En fin de vie, la prévalence peut atteindre 80%. Toutes les études de prévalence confirment que les douleurs augmentent avec l'âge. Améliorer le repérage, l'évaluation et le traitement de ces douleurs est donc une nécessité. La personne âgée douloureuse est une personne douloureuse comme les autres.

Les conséquences de la douleur chronique non contrôlée chez la personne âgée sont multiples :

- **isolement social** par refus de sortir, refus des invitations et perte de l'envie de faire des choses
- **emprise du psychisme** de la personne qui sombre dans la dépression
- **anorexie et donc dénutrition** à plus ou moins long terme
- **chutes** éventuellement. En étant attentive à ne pas avoir mal, la personne ne perçoit plus les difficultés liées aux obstacles. Ou alors, elle reste de plus en plus immobile avec les conséquences que l'on connaît : amyotrophie, phlébites, escarres, etc.
- **aggravation des troubles cognitifs et du comportement** du fait de l'isolement social et de la dépression.

Du fait de la forte prévalence et des conséquences de la douleur chez la personne âgée, tout professionnel de santé doit penser à la repérer et à l'évaluer. Il doit y être sensibilisé d'autant plus qu'un patient qui ne se plaint pas n'est pas forcément un patient qui ne souffre pas. La douleur est rarement exprimée verbalement et spontanément. Il faut donc penser à poser la question et privilégier l'auto-évaluation : le patient est et reste le mieux placé pour localiser et évaluer l'intensité de ses douleurs.

L'évaluation de la douleur doit pendre en compte ses quatre composantes : sensorielle, cognitive, affective, comportementale. La méthodologie d'évaluation peut être la suivante :

- **Où** ? : Localiser la douleur
- **Quand** et depuis quand ? : aiguë ou chronique, l'horaire et la durée ; continue, discontinue ; facteurs déclenchants, aggravants ou soulageants, etc.
- **Comment** ? Quel est le type de douleur ? : Ça ronge, ça tord, ça brûle, en décharges électriques, etc. Cette question doit permettre de définir **le caractère** de la douleur (par excès de nociception, neurogène, mixte, psychogène, mixte)
- **Combien** ? Cette question doit permettre de définir **l'intensité** de la douleur : intensité en ce moment, la plus forte, avant la prise du traitement, sous traitement, ...
- Quel est son **retentissement** sur le quotidien ? : humeur, comportement, sommeil, appétit, activité, investissement pour lui-même, pour l'extérieur...

Afin **d'objectiver la douleur** chez la personne âgée communicante, le soignant dispose d'outils (voici les plus connus et le plus utilisés) :

- **L'intensité : Échelle Visuelle Analogique, Échelle verbale simple, Échelle Numérique.** Simples d'utilisation, les échelles unidimensionnelles permettent d'évaluer l'intensité d'une douleur dans sa globalité. Elles sont quantitatives. Elles sont adaptées pour évaluer une douleur aiguë et permettent d'ajuster un traitement immédiat.
- **Le caractère : Questionnaire de Saint Antoine, DN4** (Douleur neuropathique)**, HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale)**...**Les échelles multidimensionnelles sont représentées sous forme de questionnaires. Elles visent à prendre en compte le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne, en apportant des qualificatifs à celle-ci. Elles sont qualitatives. Elles sont adaptées à l'évaluation de l'efficacité d'un traitement dans les actes de la vie quotidienne du patient notamment dans le cas de douleurs chroniques.
- **Le comportement : ECPA, DOLOPLUS, ALGOPLUS.** Ces échelles d'hétéro évaluation, plus particulièrement utilisées chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication, permettent le repérage de tout changement de comportement induit par la douleur : refus de se lever, de marcher, de communiquer, de soins, de s'alimenter ; replis sur soi ; agressivité/agitation ; modification du sommeil ... .

Quelle finalité donner à l'évaluation de la douleur ? Introduire un traitement, adapter une prise en soins pluri-professionnelle ou un projet de vie... La prise en compte de la douleur chez la personne âgée est une démarche dynamique, la réévaluation continue permet d'objectiver et de s'assurer de l'effectivité d'une prise en charge.

Pierre PITSAER, Infirmier Coordinateur, Réseau de Santé Personnes Agées de l'Association « Vivre et Vieillir Chez Soi » Maison du Canton 05120 L'Argentière La Bessée. Tél : 04 92 23 09 16.

D'après : Soins Gérontologie n°63, L'évaluation de la douleur chez la personne âgée, vieillir la douleur en moins. Douleur Chez la Personne Agée, Outils d'évaluation et d'aide à la décision, SFGG et SFETD.