

*HEIDINGER Carmen*  
*PROMOTION 2004-2007*

**L'AMELIORATION DE LA PRISE EN**  
**CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ**  
**LA PERSONNE AGEE**



Travail écrit en vue de l'obtention  
du Diplôme d'Etat Infirmier

Institut de Formation en Soins Infirmiers  
HAGUENAU

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier tout d'abord Mme Fabienne ANTHONY, ma formatrice référente de mon travail pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je remercie ensuite toutes les infirmières qui se sont pris le temps de répondre avec attention à mon questionnaire.

Enfin, un grand merci à ma famille, et plus particulièrement à mes parents, qui m'ont toujours soutenue et encouragée pendant ces trois ans, mes amis et tous ceux qui ont bien voulu lire et corriger mon travail.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 1
QUESTIONNEMENT	p. 2-3
<b>I. <u>DOULEUR ET PERSONNES AGEES</u></b>	
<i>1. La douleur</i>	
A. Définition	p. 4
B. Les différentes échelles d'évaluation	p. 4-5
C. Devoir des professionnels de santé	p. 5
<i>2. La personne âgée</i>	
A. Définition	p. 5-6
B. Epidémiologie	p. 6
C. Droits des personnes hospitalisées	p. 6-7
D. Spécificités de la douleur chez les personnes âgées	p. 7-8
<b>II. <u>PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : DIFFICULTES ET CONSEQUENCES</u></b>	
<i>1. La prise en charge de la douleur de la personne âgée dans les services</i>	
A. L'exemple de la chirurgie	p. 8
B. Les autres services : médecine et gériatrie	p. 8-11
<i>2. Les difficultés rencontrées dans les services de soins</i>	
A. Les difficultés liées aux personnes âgées	p. 11-12
B. Les difficultés dans les services	p. 12-14
<i>3. Les conséquences d'une mauvaise prise en charge de la douleur</i>	
A. Pour le patient	p. 14
B. Pour les soignants et le service de soins	p. 15-16
<b>III. <u>VERS UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE</u></b>	
<i>1. Améliorer les premières étapes de prise en charge de la douleur</i>	p. 16
<i>2. Une prise en charge d'équipe</i>	p. 17
<i>3. Sensibiliser les professionnels de santé</i>	p. 17
<i>4. Ne pas oublier la prise en charge psychologique de la douleur</i>	p. 18
CONCLUSION	p. 19
ANNEXE I : questionnaire de recherche	

---

## **INTRODUCTION**

Au cours de mes trois années de formation, j'ai souvent été confrontée à la prise en charge de la douleur dont l'évaluation et le traitement doivent être optimaux. Nous avons vu les méthodes d'évaluation de la douleur et les thérapeutiques mises en œuvre, tant chez l'enfant que chez la personne plus âgée.

Le thème de la douleur m'a toujours intéressé, et cela encore plus depuis que j'ai su que je prendrai part au module optionnel « Douleur et Souffrance » lors de ma 2<sup>ème</sup> année d'étude.

Pour plus cibler le sujet, j'ai choisi d'effectuer ce travail en parlant de la population que l'on rencontre inmanquablement lors de tous nos stages, qui sont les personnes âgées. Depuis toujours, j'ai admiré ces personnes qui représentent l'histoire de ma vie, je les considère comme respectables car elles ont déjà beaucoup « vécu ». Ils sont nos ancêtres qui nous transmettent le savoir. D'eux, on peut toujours apprendre. Je pense que le fait d'avoir toujours vécu avec mes grands parents est un avantage qui fait qu'aujourd'hui j'apprécie beaucoup de travailler avec les personnes âgées.

Cependant, de nos jours la population âgée change, son espérance de vie augmente et la France vieillit. Cela entraîne une hausse d'un bon nombre de pathologies liées à l'âge et une hausse de pathologies douloureuses.

De ce fait, lors de mes stages je n'ai pas toujours eu l'occasion de pratiquer l'évaluation de la douleur chez le patient âgé de manière adaptée à sa compréhension, ni comme je l'aurais souhaité.

C'est suite à mon stage de chirurgie lors de ma 2<sup>ème</sup> année que je me suis rendue plus attentive à cette problématique.

## QUESTIONNEMENT

En chirurgie, malgré les progrès dans le domaine, la prise en charge de la douleur n'est pas sans faille. Je me souviens en particulier d'une situation qui s'est déroulée dans un service de chirurgie traumatologique. Il s'agissait d'une patiente septuagénaire atteinte de la maladie d'Alzheimer, présentant une fracture à l'avant-bras. Le chirurgien avait décidé de lui mettre un plâtre brachio-anté-brachial.

Je me rappelle que lorsque l'on venait effectuer des soins et que l'on lui demandait si elle avait mal, elle ne répondait jamais de façon adaptée. On lui demandait : « avez-vous mal madame ? », elle répondait « non, ça va. », alors que lorsqu'on la mobilisait, elle grimaçait et gémissait.

C'est cette situation qui m'a fait prendre conscience que la prise en charge de la douleur, et surtout dans le cas présent, l'évaluation de la douleur, n'était pas forcément effectuée de façon correcte. Pour les personnes âgées, les échelles d'évaluation que j'ai pu voir dans les services ne sont pas toujours adaptées ni compréhensibles par cette population.

Je sais, grâce aux apports théoriques durant nos trois années de formation, qu'il existe différentes échelles d'évaluation de la douleur, des grilles avec des critères bien définis. Celle que l'on voit le plus en service est l'incontournable échelle EVA. Surtout utilisée en service de chirurgie, elle connaît parfois des limites : cette échelle d'autoévaluation est en effet compliquée à comprendre et ne semble pas adaptée aux personnes âgées. De plus, les soignants ne l'utilisent pas toujours comme il faudrait. J'ai déjà rencontré des personnes dans les services, où l'on évalue ponctuellement la douleur, ceux de médecine par exemple qui demandent au patient « avez-vous mal ? » ; si ce dernier répond « oui, un peu », le soignant décidera « on va mettre EVA : 2 ». Cela devient alors trop subjectif comme évaluation. Deux personnes qui répondent qu'elles ont un peu mal n'indiqueront pas la même intensité de douleur sur l'échelle EVA.

La première question que je me suis alors posée est :

### **Comment évaluer au mieux la douleur chez les personnes âgées ?**

Il existe pour cela des relais à l'autoévaluation, ce sont les échelles d'hétéroévaluation. De nombreuses grilles françaises ont été élaborées. Mais dans les services où j'ai été en stage je ne l'ai jamais vu être utilisée, du moins je n'en ai pas le souvenir.

Lors de mon dernier stage en gériatrie, je me suis souvent retrouvée face à des personnes âgées en souffrance physique chez qui l'évaluation de la douleur était difficile.

Mme S. est une femme menue, qui n'a plus que la peau sur les os, elle est très maigre et se rétracte sur elle-même. Elle s'alimente et s'hydrate très peu. Elle est raide et crispée lors des soins. Elle s'exprime par des cris, des pleurs, des gémissements lors de la toilette, des changes dans la journée, de la pose de perfusion sous-cutanée, etc. On peut lire beaucoup de peur dans ses yeux, comme si elle nous suppliait à chaque fois de repartir et de la laisser tranquille. D'après l'équipe soignante c'est moins la douleur qui est exprimée même si elle doit avoir sa part de

responsabilité dans ses gémissements. Quand on vient effectuer un change dans l'après midi par exemple, dès qu'elle nous voit soulever les draps, elle se crispe et gémit et cela malgré le fait que l'on lui explique tranquillement ce que l'on va faire. Lorsque l'on lui demande « vous avez eu mal ? », elle répond « non » ou secoue la tête doucement, puis se calme quand on repart. Elle s'exprime très peu verbalement et ne peut plus entretenir de conversation. Comment dans ce cas là évaluer de façon objective la douleur ?

Cette évaluation est d'autant plus difficile lorsque la personne a des difficultés pour s'exprimer et pour comprendre.

Pendant longtemps, la douleur chez la personne âgée était considérée comme faisant partie du vieillissement normal et physiologique. Actuellement, elle commence à être reconnue comme étant une maladie à part entière, le patient en souffrance ayant droit à un traitement qui le soulage, surtout chez la personne âgée qui voit la douleur comme une fatalité et qui « l'accepte » plus ou moins. Dans certaines cultures, dire qu'on a mal, c'est signe de faiblesse. Avoir mal, c'est normal, « il faut souffrir ». De nos jours, les mentalités changent, la médecine fait des progrès et les patients acceptent de moins en moins d' « avoir mal ».

La douleur a aussi de nombreuses conséquences : pertes sociales, pertes familiales, et pertes professionnelles. Chez la personne âgée, la douleur s'accompagne d'autres répercussions telles que la perte d'autonomie et la grabatisation, la perte d'appétit, les troubles du sommeil, l'isolement social, la dépression et associées à ces conséquences, l'hospitalisation, l'altération de l'état général, des polyopathologies respiratoires, cardiaques, et bien d'autres encore.

On ne peut donc pas laisser le patient avec sa douleur, le rôle de l'infirmier étant de la soulager et de la prévenir mais aussi d'en faire l'évaluation. Cela me paraît l'étape la plus importante dans la prise en charge de la douleur et souvent elle est faite de façon inadaptée ou même elle n'est pas faite du tout. Je me suis de ce fait posée les questions suivantes :

Quels sont les moyens existants pour évaluer la douleur et lesquels sont mis en œuvre par les services ?

Pourquoi les échelles existantes ne sont-elles pas toujours utilisées ?

Quelles sont les difficultés des soignants pour évaluer la douleur chez les personnes âgées ?

Quelles sont les conséquences d'une mauvaise évaluation de la douleur ?

Que puis-je faire en tant que future professionnelle pour prendre en charge au mieux et dans sa globalité la douleur des personnes âgées ?

Mon travail s'articulera autour de trois parties :

- **Douleur et personnes âgées**
- **Prise en charge de la douleur : difficultés et conséquences**
- **Vers une meilleure prise en charge de la douleur de la personne âgée**

## **I. DOULEUR ET PERSONNES AGEES**

### ***1. La douleur***

#### ***A. Définition***

La douleur se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage »<sup>1</sup>.

Pour prendre en charge au mieux ces douleurs multiples, il a été mis au point des moyens pour évaluer la douleur et dans l'intérêt du patient, pour ensuite trouver une thérapeutique adaptée le plus rapidement possible. Il existe trois types d'échelles<sup>2</sup>: les échelles unidimensionnelles, pluridimensionnelles et les échelles comportementales.

#### ***B. Les différentes échelles d'évaluation***

##### **Les échelles unidimensionnelles**

L'EVA (échelle visuelle analogique) est la plus utilisée et la plus fiable. Il s'agit d'une règle en plastique dont une face est destinée au patient. A gauche de cette face est indiqué : absence de douleur, à droite : douleur insupportable. Le patient place le curseur en fonction de l'intensité de sa douleur à l'instant où lui est présentée la règle. Sur l'autre face, destinée au soignant, on peut voir les graduations entre 0 et 10.

L'EVS (échelle verbale simple) est moins courante. Elle propose simplement au patient une série de qualificatifs de la douleur : absente, faible, modérée, intense, extrêmement intense. Ce dernier doit choisir le terme qui illustre au mieux sa douleur. Elle reste compréhensible par le patient mais peu précise.

##### **Les échelles pluridimensionnelles**

Le questionnaire de Saint Antoine évalue le degré de retentissement de la douleur dans le domaine sensoriel, affectif et émotionnel. Le soignant présente la grille au patient et la lui lit à voix haute, puis il devra sélectionner les mots qui décrivent sa douleur ressentie à l'instant. Ce questionnaire nécessite beaucoup de temps pour le patient et pour l'interprétation des résultats par les soignants, c'est pourquoi il est peu utilisé dans les services.

##### **Les échelles comportementales**

La plus connue est l'échelle Doloplus 2. Elle s'adresse à des patients ne pouvant s'auto-évaluer, les patients non communicants, ou ceux dont la compréhension est altérée. Elle est destinée essentiellement à la gériatrie. L'utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation en équipe pluridisciplinaire. La réévaluation doit être quotidienne et une courbe des scores peut être utile. Elle comporte 10 items regroupés en 3 sous-groupes. Ils sont cotés selon 4 niveaux d'intensité progressive et exclusive, notés de 0 à 3, ce qui amène à un score variant au

<sup>1</sup> Définition internationale de la douleur

<sup>2</sup> B. Duffet et B. Weiss, Formation Douleur, 2005-06, CH Haguenau

total de 0 à 30. On admet que le patient souffre de douleur pour un score supérieur ou égal à 5/30.<sup>3</sup>

Une autre échelle comportementale est l'ECPA (échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée). L'échelle comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4. Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).<sup>4</sup>

### *C. Devoir des professionnels de santé*

La prise en charge de la douleur est soumise à une législation très réglementaire.

Tout d'abord, le décret du 29 juillet 2004, relatif à la profession d'infirmier et à l'exercice de la profession et aux actes infirmiers précise que :

- *Art R.4311-2 alinéa 5* « Les soins infirmiers [...] ont pour objet [...] de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur ».
- *Art R.4311-5 alinéa 19* « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier [...] dispense les soins visant [...] à assurer le confort de la personne [...] : évaluation de la douleur ».
- *Art R.4311-8* « L'infirmier [...] est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés, signés par un médecin ».

Ensuite, divers articles et lois appellent à la prise en charge de la douleur, tels que les articles 37 et 38 du Code de Déontologie médicale (septembre 1995) qui notifient que le médecin a le devoir de s'efforcer de soulager les souffrances du malade. On peut aussi citer la loi du 4 février 1995 qui oblige à prendre en charge la douleur avec des moyens concrets pour y arriver<sup>5</sup>.

En 2006, un nouveau plan quadriennal pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur a été mis en place par Xavier Bertrand. Il succède au plan de lutte 2002-2005 et au plan instauré par Bernard Kouchner en 1998. Les priorités pour 2006-2010 sont au nombre de quatre :

- améliorer la prise en charge des douleurs [...] des personnes âgées
- améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels
- améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité
- structurer la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites « rebelles », pour rendre plus efficace le dispositif.

## *2. La personne âgée*

### *A. Définition*

Le vieillissement est un processus biologique continu depuis la naissance jusqu'à la mort, qui modifie constamment la structure et le fonctionnement de notre être et

<sup>3</sup> [www.doloplus.com](http://www.doloplus.com) consulté le 24 octobre 2006

<sup>4</sup> Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (octobre 2000), chapitre IV.1. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr) consulté le 25 février 2006

<sup>5</sup> Article L7103-1 du code de Santé Publique

qui comporte une phase de développement suivie d'une phase de déclin<sup>6</sup>. Une personne est considérée comme âgée après 60-65 ans. Le 3<sup>e</sup> âge est le passage de la période active à la retraite.

Il n'existe pas de véritable définition de la personne âgée. Pour moi, la personne âgée est un être humain devenu plus vulnérable et plus fragile, car au fur et à mesure de son vieillissement, la personne âgée perd de ses capacités, qu'elles soient physiques ou mentales, physiologiques ou pathologiques. Malgré la vulnérabilité dont elle peut faire preuve, la personne âgée reste un être humain à part entière avec ses besoins, ses demandes, qu'ils soient exprimés ou non.

« *La vieillesse est un hôpital où toutes les maladies sont rassemblées.* »<sup>7</sup>

### **B. Epidémiologie**

La population de personnes âgées ne cesse d'augmenter en France. En 1995, les personnes âgées de 65 ans et plus sont au nombre de 8,6 millions. En 2005, elles sont à 9,1 millions et on prévoit 12,5 millions en 2025<sup>8</sup>. L'effectif des personnes très âgées augmentera beaucoup plus vite : dans beaucoup de pays développés, plus de la moitié des femmes et un tiers des hommes vivent jusqu'à plus de 80 ans.

On estime que 70 % des personnes de plus de 65 ans souffrent de douleurs : douleurs aiguës, récurrentes, mais aussi douleurs chroniques, présentes depuis de nombreuses années.<sup>9</sup>

En parallèle, de plus en plus de personnes âgées restent à domicile : 36% des personnes âgées vivant à domicile ont plus de 75 ans, et 87% ont plus de 85 ans. Les entrées en institution se font de plus en plus tardivement, aux alentours de 80 ans, mais cette entrée est accompagnée d'une dépendance de plus en plus importante<sup>10</sup>.

### **C. Droits des personnes hospitalisées**

Les droits à la prise en charge de la douleur des malades sont également relatés dans les textes.

Dans la nouvelle charte de la personne hospitalisée, datant de 2006, il est cité dans l'article 2 : « *La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. [...] L'évolution des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques, permettent d'apporter, dans la quasi totalité des cas, un soulagement des douleurs* »

De même dans la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, l'article IX mentionne l'amélioration de « *la qualité de vie en soulageant la douleur* ».

<sup>6</sup> G. Vuotto, Introduction, Module de soins infirmiers aux personnes âgées, septembre 2004, IFSI de Haguenau

<sup>7</sup> R. Sebag-Lanoë et Al., *La douleur des femmes et des hommes âgés*, collection « Âges, santé, société », Masson, Paris, 2002, p.2

<sup>8</sup> Forum Personnes Agées présenté par les étudiants de 3<sup>e</sup> année, juin 2006, IFSI de Haguenau

<sup>9</sup> <http://www.institut-upsa-douleur.org> consulté le 11.11.2006

<sup>10</sup> G. Vuotto, Introduction, Module de soins infirmiers aux personnes âgées, septembre 2004, IFSI de Haguenau

Nous pouvons aussi citer la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, où l'on peut lire dans l'article L1110-5 « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ».

#### ***D. Spécificités de la douleur chez les personnes âgées***

« *Si en examinant un vieillard malade, vous ne lui trouvez pas « au moins trois maladies », c'est que vous ne l'avez pas bien examiné* »<sup>11</sup>

La personne âgée se caractérise tout d'abord par sa polyopathie. Le vieillissement cellulaire, organique et fonctionnel du corps fragilisent la personne ; ainsi les pathologies s'installent et se multiplient.

La personne âgée présente souvent plusieurs types de douleurs comme les douleurs physiques et morales, ou encore les douleurs aiguës et chroniques.

La douleur physique c'est « avoir mal » tandis que la douleur morale, c'est « être mal ». Ensuite, douleurs aiguës et chroniques sont souvent associées. La douleur aiguë est un signal d'alarme qui permet de rechercher la cause, elle a un rôle protecteur. Elle est récente, transitoire et finit par céder rapidement ; par contre, elle est souvent intense. Dès que la douleur subsiste pendant plus de 6 mois, elle devient chronique<sup>12</sup>. Les douleurs sont en premier lieu de type ostéoarticulaires, puis vasculaires, cancéreuses et neurogènes.

Ces douleurs d'origines, de localisations et de types différents compliquent la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. Celle-ci a plus de difficultés qu'un adulte jeune à exprimer ses douleurs. Cela est lié aux éventuels troubles qu'elle présente :

- Les troubles sensoriels tels que la cécité, la presbycousie
- Les troubles cognitifs tels que les démences comme la maladie d'Alzheimer
- Les troubles moteurs tels que la dysarthrie, l'aphasie

Les personnes âgées ont donc plus de douleurs liées à leur vieillissement physiologique et pathologique, mais celui-ci entraîne des difficultés à exprimer cette douleur de façon claire et précise.

De plus, la douleur a été très longtemps sous-estimée, non seulement par le patient qui souffrait mais aussi par les professionnels. De nos jours, les personnes âgées ont encore des préjugés tenaces autour de la notion de douleur. « La douleur fait partie du vieillissement normal » : ce préjugé émane des personnes âgées et de leur entourage, il est souvent partagé par les soignants. Selon l'éducation et la culture, les personnes peuvent croire que « la douleur sauve » : c'est une valeur rédemptrice dans le contexte judéo-chrétien. La douleur peut être de plus signe de faiblesse : « Un homme, un vrai, n'a pas mal ».<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Ferguson Anderson

<sup>12</sup> Cécile Priser, La douleur, [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com) consulté le 24 octobre 2006

<sup>13</sup> Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, chapitre II.2.2 (octobre 2000) [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr) consulté le 25 février 2006

Ainsi, le fait que bon nombre de personnes âgées n'expriment pas de façon claire leur douleur pour quelque raison que ce soit empêche une bonne prise en charge de la part des soignants.

## **II. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : DIFFICULTES ET CONSEQUENCES**

Pour mieux comprendre comment est prise en charge la douleur des personnes âgées dans les services, j'ai interrogé des soignants dans les services qui accueillent des personnes âgées, tels que la médecine (court et moyen séjour), les longs séjours et les maisons de retraite, par l'intermédiaire d'un questionnaire<sup>14</sup>.

Mon analyse portera donc **sur trois parties** :

- **La prise en charge la douleur dans les services**
- **Les difficultés rencontrées dans les services de soins**
- **Les conséquences d'une mauvaise prise en charge de la douleur**

### ***1. La prise en charge de la douleur de la personne âgée dans les services***

#### ***A. L'exemple de la chirurgie***

La douleur est au centre des préoccupations des soignants en chirurgie, ils y sont confrontés à chaque instant et ont pour devoir de la soulager. Elle est évaluée pour décider de mettre en place telle ou telle thérapeutique, puis traitée de façon optimale, et réévaluée en réajustant le traitement s'il le faut.

Durant mon stage de chirurgie traumatologique en deuxième année, j'ai pu observer que la prise en charge thérapeutique de la douleur est maximale pour les patients et cela, dès la fin de l'intervention, voire en milieu d'intervention. Tous les moyens sont mis en œuvre pour soulager la souffrance physique des malades : administrations d'antalgiques de palier 1 à 3, pose de cathéter fémoral avec Naropéine<sup>®</sup> (anesthésiant), utilisation de la PCA (*Patient Controlled Analgesia*) avec Morphine<sup>®</sup> et tout cela selon le type d'opération et surtout selon le patient ; je me rappelle en particulier d'une patiente venue pour une prothèse de genou, qui avait eu quelques années auparavant une hystérectomie, et qui en a gardé un mauvais souvenir car elle était très algique après l'opération. Il lui a donc été prescrit tout un programme d'antalgie post-opératoire ; elle en était très satisfaite.

A côté de ces thérapeutiques, les soignants évaluent la douleur grâce à l'échelle EVA, dont les résultats sont considérés au même titre que les constantes (pulsations, température, tension artérielle).

Les patients sont en général très satisfaits de cette prise en charge. Leurs plaintes sont entendues et leur douleur est rapidement soulagée, du mieux possible.

#### ***B. Les autres services : médecine et gériatrie***

Pour décrire la prise en charge de la douleur dans ces services, j'utiliserai les réponses données par les soignants dans le questionnaire.

---

<sup>14</sup> Annexe 1

Voyons tout d'abord comment est évaluée la douleur chez les patients. L'EVA est l'échelle d'évaluation la plus citée et la plus utilisée dans les services de court et moyen séjour. Dans les services de long séjour et de maison de retraite, elle n'est pas utilisée, ils ne se servent d'ailleurs d'aucune échelle d'évaluation. Cependant, il existe bel et bien des échelles d'hétéroévaluation élaborées spécifiquement pour la personne âgée, qui souvent, même ayant conservée toutes ses facultés intellectuelles, peut difficilement s'autoévaluer. Il s'agit de Doloplus, la plus connue, mais il existe également l'ECPA dont j'ai un peu moins entendu parler. Toutefois, Doloplus, bien qu'elle soit connue comme l'échelle d'évaluation spécifique à la personne âgée, est très peu utilisée dans les services, du moins ceux où j'ai effectué des stages. Elle nécessite un temps de formation à son utilisation mais aussi du temps pour la compléter, puisqu'elle est à remplir et à réajuster de façon quotidienne, voire biquotidienne.

Alors pour évaluer au mieux la douleur, les soignants se basent sur la connaissance du patient, son changement de comportement, ainsi que les dires de la famille. Pour toutes les infirmières interrogées, l'écoute attentive du patient, de ses gémissements, l'observation de ses mimiques et de la position qu'il adopte priment dans l'évaluation de la douleur.

Après avoir vu qu'un patient est algique, il faut transmettre de façon claire et précise les informations, aux personnes concernées, tout d'abord au médecin puis aux autres membres de l'équipe. Dès lors que les acteurs de soins ont eu les informations nécessaires concernant ce patient algique, il est souhaitable d'agir avec rapidité et sans hésitation. La rapidité dans le diagnostic, dans l'instauration du traitement et une bonne réévaluation permettront d'assurer une bonne prise en charge et une plus rapide efficacité pour le patient. Il ne faut pas attendre que la douleur s'installe.

La prise en charge de la douleur doit être un travail d'équipe pour que le patient bénéficie d'un soulagement optimal. D'après les réponses données, il semblerait que tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire soient sensibles à la douleur du patient et participent à son évaluation.

Néanmoins, durant mes trois ans de formation, j'ai pu observer lors de mes stages qu'à part les aides soignantes, les infirmières, parfois les agents de service hospitalier et les cadres, le reste de l'équipe pluridisciplinaire ne participent pas aux transmissions. Il faut alors penser à transmettre les informations de façon orale aux personnes concernées. Mais, plus l'équipe est grande, plus les échanges se feront difficilement. Le dossier du patient est indispensable, car il est le recueil des informations, et chaque personne de l'équipe doit s'y référer. D'après leurs réponses, une cible « douleur » est ouverte dès que cela est nécessaire, puis une réévaluation est faite. L'EVA est également notée sur le dossier.

Cependant, dans certains services les cibles ne sont pas encore bien acquises par le personnel et donc assez mal utilisées ; je l'ai moi-même remarqué lors de stages, les cibles étaient mal intitulées, ou peu précises, et on ne voyait pas de résultats, les cibles restaient ouvertes, et n'étaient pas réévaluées. De ce fait, les transmissions se font difficilement et cela est un obstacle à la prise en charge de la douleur et au suivi continu du patient.

Avant de développer les thérapeutiques qui sont mises en œuvre dans les services, je voudrais rappeler que le plan 2006-2010 pour l'amélioration de la prise en charge

de la douleur définit comme une des priorités : « *l'amélioration des modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.* »

Voyons alors quelles sont les thérapeutiques mises en œuvre dans les services interrogés. D'après les réponses données, tous les paliers d'antalgiques, du paracétamol à la morphine, sont administrés de différentes façons, telles que per os, transcutané, intraveineux, sous-cutané, de façon associée ou non. Il y a ainsi un large éventail d'antalgiques et de formes d'administrations qui sont offerts aux médecins prescripteurs pour trouver celui qui est le mieux adapté au patient. Dans des services plus spécialisés dans certaines pathologies (ex : médecine hépato-gastro-entérologie), des médicaments qui ne sont pas utilisés couramment pour la douleur ont trouvé leur importance et ont démontré leur efficacité grâce aux associations inter médicamenteuses. Citons par exemple les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antidépresseurs et les anticonvulsivants.

Les infirmières précisent que pour soulager efficacement la douleur, il faudrait que le médecin instaure, en systématique, un traitement bien avant que la douleur n'apparaisse. Il faudrait que « la douleur n'existe plus » a écrit une infirmière travaillant en médecine. Pour cela, il faut prendre en compte la douleur le plus rapidement possible et trouver la thérapeutique idéale : le patient doit être soulagé sans être sédaté. Cela implique donc, pour une efficacité maximale, une réévaluation et un réajustement régulier de la posologie, et si nécessaire un changement de l'antalgique en interrogeant le patient sur l'évolution ou la régression de ses douleurs, en l'observant et en l'écoutant.

Aux techniques pharmaceutiques s'ajoutent les techniques relevant du rôle propre de l'infirmière. Celui-ci est défini par l'article R. 4311-3 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004. Cependant les techniques non médicamenteuses citées par les infirmières dans les questionnaires sont variées, car chacune peut entendre le terme de « techniques non médicamenteuses » de façon différente. Certaines n'ont considéré dans leurs réponses que la douleur physique et ont ainsi mentionné les soins de confort fait à deux soignants, les massages, les latéralisations, la position antalgique, la pose de vessie de glace, la surélévation du membre douloureux, le rajout de coussin pour les gens alités, les matelas à eau. D'autres ont pensé à la douleur morale et ont évoqué le soutien moral et psychologique, la relation d'aide, l'écoute, un dialogue et une présence soutenues, ainsi qu'une attention particulière à la personne pendant quelques jours. D'autres encore ont songé à citer le travail fait avec l'équipe pluridisciplinaire, de ce fait ont été cités la sophrologie, la consultation avec le psychologue, l'ergothérapie, et la kinésithérapie, ainsi que l'intervention des référents douleurs.

Dans les services où je suis passée en stage durant mes trois années de formation, j'ai vu quelques fois des intervenants extérieurs tels que le kinésithérapeute, le psychologue. Ce sont les intervenants que j'ai le plus rencontré lors de mes stages. Cela peut être dû au fait que ce sont des personnes souvent indispensables dans un centre hospitalier pour une bonne prise en charge du patient. Même s'il n'y a pas un kinésithérapeute, ou un psychologue attaché à chaque service, ils peuvent s'organiser de telle façon à ce qu'ils puissent répondre aux demandes des services pour la prise en charge de tel ou tel patient. Pour ce qui est des techniques relevant du rôle propre de l'infirmière, elles sont instaurées presque systématiquement dans les services : les soins de confort fait par deux soignants, les latéralisations, la recherche de la position antalgique, le rajout de coussins, la surélévation du membre algique, les matelas à

eau sont des pratiques bien ancrées chez les soignants, et elles deviennent de plus en plus des automatismes.

On peut remarquer qu'il y a de nombreuses façons de soulager la douleur, toutes sont efficaces et encore plus si elles sont associées entre elles. Néanmoins, l'exécution de certaines d'entre elles dépend des moyens dont dispose le service, tant au niveau matériel qu'au niveau humain.

## **2. Les difficultés rencontrées dans les services de soins**

### **A. Les difficultés liées aux personnes âgées**

L'évaluation de la douleur est la phase la plus importante dans la prise en charge globale de la douleur, mais c'est aussi celle où les soignants rencontrent de nombreuses difficultés, notamment liées aux personnes âgées.

La dépendance et la polypathologie que présentent les personnes âgées interfèrent dans l'évaluation. Souvent il ne leur est plus possible de décrire, d'exprimer et de localiser leurs douleurs ; l'EVA est pour eux incompréhensible et leur confusion, leur désorientation rendent l'évaluation encore plus difficile. Parfois les patients ne peuvent plus s'exprimer verbalement, par exemple les personnes trachéotomisées ou aphasiques.

D'après le livre *La douleur des femmes et des hommes âgés*, de nombreux obstacles liés à l'individu lui-même empêchent une bonne reconnaissance de la douleur.<sup>15</sup>

La douleur est souvent inavouée ou minimisée. Cela est souvent dû aux idées reçues de la personne : la vieillesse s'accompagne forcément de douleur, ou encore on songe au caractère rédempteur de la douleur lié aux convictions religieuses. La douleur peut aussi humilier ou faire peur : la crainte des investigations et des médicaments comme les opiacés. De plus, la douleur traduirait pour les patients « l'aggravation de leur maladie et leur mort prochaine »<sup>16</sup>. L'expression de la douleur dépend également du vécu et de l'histoire familiale : pour le malade, la douleur est le dernier témoignage de son héroïsme à offrir à sa famille. Ensuite, même si de nos jours on informe beaucoup les malades sur le droit de prise en charge de la douleur, certains ignorent encore qu'elles peuvent être soulagées. Parfois les patients pensent que leur entourage, leur médecin connaissent déjà ces douleurs, donc oublient de les signaler ; ils apprennent à « vivre avec ». Pour d'autres patients, l'expression de la douleur est devenu l'objet essentiel et le moyen de communication principal avec l'entourage ; si nous la soulageons, cela obligerait la personne à trouver un autre mode d'échange. Parler de sa douleur donne un sens à sa vie.

D'autres difficultés, pouvant être rencontrées par les soignants et citées par les auteurs de « La douleur des femmes et des hommes âgés »<sup>17</sup>, sont dues d'une part aux « aspects cliniques trompeurs de l'expression de la douleur », cela étant lié à la polypathologie de la personne âgée, à la dépendance grandissante, et à ses difficultés d'expression liées à l'augmentation de la fréquence des troubles cognitifs, et sensoriels. Ainsi que je l'ai vécue lors d'un stage en 2<sup>ème</sup> année, je m'apprêtais à

<sup>15</sup> Renée Sebag-Lanoë et al., *La Douleur des femmes et des hommes âgés*, collection « Âges, santé, société », Masson, Paris, 2002, p. 180-181

<sup>16</sup> Ibid, p. 3

<sup>17</sup> Ibid, p. 182-183

évaluer la douleur chez une patiente septuagénaire atteinte de la maladie d'Alzheimer, présentant une fracture à l'avant-bras. Je lui ai posé la question : « avez-vous mal madame ? », elle répondait « non, ça va », alors que lorsque nous la mobilisions, elle grimaçait et gémissait. Nous n'obtenions jamais de réponse adaptée à la question.

D'autre part, chez certains patients, la douleur peut se manifester par des comportements atypiques tels que des réactions d'agitation ou de confusion ou au contraire d'anorexie et de mutisme, comportements que le soignant doit savoir relier à une éventuelle douleur que ressent le patient.<sup>18</sup>

### ***B. Les difficultés dans les services***

Des réponses très diverses ont été données quant aux difficultés rencontrées dans les services. Commençons tout d'abord par le manque de sensibilisation du personnel, une des difficultés les plus citées dans mes questionnaires.

Le manque de sensibilisation, d'après les infirmières interrogées, serait dû au manque de formation continue sur la douleur, surtout adaptée à la personne âgée. L'amélioration de la formation continue des professionnels fait partie des priorités du plan douleur 2006-2010. Actuellement, malgré la demande pressante des soignants à obtenir des formations les concernant, il est impossible de former chaque soignant, une sélection est souvent faite dans les services, d'après ce que j'ai pu observer pendant mes stages. C'est donc à ceux qui peuvent profiter de la formation de transmettre son contenu à leurs collègues.

Je retrouve également, dans les questionnaires, les difficultés des médecins qui ont du mal à instaurer des morphiniques ou à adapter les thérapeutiques. Comme il est écrit dans *La douleur des femmes et des hommes âgés*, « la prise en charge de la douleur peut être source de tension entre les soignants et les médecins. Ces derniers sont vécus comme réticents à entendre et reconnaître la douleur des patients et à prescrire des antalgiques, laissant le soignant seul avec le patient douloureux. Les soignants ont souvent de meilleures connaissances sur le sujet que les médecins avec lesquels ils travaillent, car très demandeurs de formation sur la prise en charge de la douleur. La situation peut être très disparate au sein parfois d'un même établissement en fonction de l'intérêt du médecin à la prise en charge de la douleur.<sup>19</sup> » Je suis tout à fait d'accord avec l'auteur, les tensions entre soignants et médecins se rencontrent dans tous les services en particulier lorsque les soignants sont plus sensibles à la douleur que le praticien. Certains médecins ou soignants présentent des intérêts différents à la douleur et à son soulagement. Mais lorsque cela est possible, la prise en charge doit être un travail d'équipe dans l'intérêt du patient.

Une deuxième difficulté qui revient plusieurs fois dans les réponses serait le manque de temps et de personnel. D'après mes expériences de stage, j'ai pu en effet constater que le temps moyen consacré à un patient par jour est très faible. On retrouve souvent dans les services une à deux infirmières pour une trentaine de patients. Ainsi il a été écrit dans le questionnaire, qu'il en résultait un « manque d'attention à la personne », « une prise en charge à la « va-vite » » étant donné la lourde charge de travail. Comme il est écrit dans *La douleur des femmes et des*

---

<sup>18</sup> Ibid, p. 3

<sup>19</sup> Renée Sebag-Lanoë et al., *La Douleur des femmes et des hommes âgés*, collection « Âges, santé, société », Masson, Paris, 2002, p. 59

*hommes âgés*, les intervenants soignants rencontrent des obstacles tels que l' « *absence de disponibilité réelle ou ressentie soit d'ordre personnel, soit d'ordre institutionnel* »<sup>20</sup>. Au niveau personnel, les soignants peuvent ne pas se sentir disponibles tous les jours ou à chaque moment, soit à cause d'une difficulté physique, soit des préoccupations d'ordre familial ou personnel. Au niveau institutionnel, des conflits entre les membres de l'équipe, des désaccords peuvent préoccuper le soignant et ainsi il sera moins disponible pour le patient.

Pour les soignants, il est également difficile de décrypter les mots utilisés par le patient pour décrire sa douleur. Chaque personne utilise son propre vocabulaire qui n'a pas la même signification pour l'interlocuteur. La confusion entre douleur et handicap, entre douleur et souffrance est également un obstacle à l'identification et à la reconnaissance par le soignant. Pour l'analyser au mieux, il faut être disponible pour écouter et entendre le malade. Une communication préalable doit s'établir, il faut faire preuve d'une volonté d'écoute et d'acceptation de la douleur qu'exprime le patient et oublier l'image que nous avons nous-même de la douleur. En effet chaque personne a sa propre conception de la douleur, son propre seuil de la douleur et elle s'inscrit dans la mémoire de chaque personne de façon différente. Un soin effectué au patient peut lui être douloureux, tandis que j'ai moi-même souvent entendu des soignants dire « mais non, ça ne fait pas mal ».

Lors de mon stage d'encadrement en 3<sup>ème</sup> année en Long Séjour, j'ai pu me heurter à une difficulté de prise en charge d'une patiente algique.

Un matin, l'étudiante de 1<sup>ère</sup> année et moi-même avons effectué une toilette complète dans une chambre double chez une patiente d'environ 75 ans présentant une hémiparésie gauche.

Lorsqu'au début de la toilette nous avons voulu l'installer confortablement, elle s'est mise à gémir. Je lui ai alors demandé si elle avait mal et m'a clairement répondu que oui. Sa douleur se situait au niveau de sa jambe gauche. L'aide soignante, qui s'occupait de la voisine, me dit alors que cette patiente présente ces douleurs depuis un moment, et que ça avait déjà été signalé au médecin. Je l'ai alors installé confortablement tout en essayant de surélever le membre inférieur grâce aux coussins prévus à cet effet. La patiente me dit alors que sa douleur était un peu soulagée.

Après le soin, je suis allée voir dans le dossier de soins, si des transmissions avaient déjà été faites à ce sujet. C'était le cas il y a quelques semaines, j'ai alors rouvert une cible « douleur » en insistant sur la douleur due aux mobilisations lors des soins. Je suis allée voir l'infirmière pour lui parler de la patiente, elle m'a dit « oui, on est au courant, le médecin le sait ». La prescription de paracétamol avait été arrêtée depuis plus de 6 mois et la patiente n'avait plus aucun antalgique.

Dans cette situation, la patiente est capable d'exprimer ses algies de façon claire et cohérente. Ainsi, elle peut très bien participer à sa réévaluation pour le réajustement du traitement. Je savais que rien n'allait être fait durant la semaine puisque le médecin ne revenait pas avant quelques jours. Pendant ce temps, la personne allait souffrir durant les mobilisations. Je pense que même si le médecin responsable est absent, il faut réagir ; l'infirmière n'a pas appelé le médecin de garde. Je ne lui ai pas demandé pourquoi. Dans ce cas-là, il faut privilégier les techniques non médicamenteuses, comme le positionnement ou les massages, qui relèvent de notre

---

<sup>20</sup> Ibid p. 182-183

rôle propre. On aurait aussi pu en parler à la kinésithérapeute pour qu'elle effectue de la mobilisation passive.

Dans une grande institution, il est difficile de faire passer les informations aux transmissions et si les soignants ne s'attardent pas sur les dossiers de soins, ces informations pourtant essentielles pour le patient se perdent.

### **3. Les conséquences d'une mauvaise prise en charge de la douleur**

#### **A. Pour le patient**

Voyons tout d'abord les conséquences physiques d'une absence de prise en charge de la douleur.

La survenue d'une douleur chez la personne âgée, aussi minime soit-elle, peut être invalidante. La douleur est un obstacle à la mobilité et à la qualité de vie<sup>21</sup>. Anxiété, dépression, isolement social, régression, troubles de l'appétit et du sommeil, troubles de la marche et chutes sont les premières conséquences de la douleur. Elles entraînent elles-mêmes des limitations fonctionnelles, des handicaps lourds, puis une perte d'autonomie et une incapacité à effectuer seul les gestes de la vie courante et de ce fait, une baisse de la relation avec autrui et le monde qui l'entoure. Comme le dit G. Laroque<sup>22</sup>, « *ils se plaignent, deviennent difficiles à vivre [...] on n'a pas très envie de fréquenter une vieille personne qui se plaint sans cesse* ».

« *La douleur est une déchirure de soi [...] elle écrase l'individu, elle brise l'écoulement de la vie quotidienne et altère la relation aux autres* »<sup>23</sup>

Puis voyons les conséquences psychologiques. Suite à sa perte d'autonomie, la douleur entraîne de ce fait chez le patient une grande souffrance morale et une dévalorisation. J'ai souvent rencontré, durant mes stages, des patients qui se plaignaient que leur douleur ne soit pas prise en charge, ou d'autres encore disaient « de toute façon, on ne peut rien faire pour moi ». Lorsqu'il s'agissait d'effectuer la toilette le matin, et que le patient était trop algique pour y participer, cela ne faisait qu'augmenter sa souffrance morale, on entendait alors souvent « je n'en peux plus » ou « je ne suis plus bon à rien ». La douleur entraîne selon les patients soit une baisse des plaintes, avec repli sur soi et mutisme, soit une majoration des plaintes à l'équipe.

Quelque soit l'intensité des plaintes du patient, la prise en charge de la douleur et de ses conséquences n'en sera que plus compliquée et demandera plus de travail aux soignants. Si la douleur d'un individu entraîne un mal-être et un refus de s'alimenter et de s'hydrater, les soignants devront non seulement prendre en charge sa douleur, mais aussi, sa souffrance morale, une éventuelle dénutrition, et déshydratation, et il peut développer une escarre par la suite, qui ne fera qu'augmenter encore ses douleurs.

<sup>21</sup> <http://www.institut-upsa-douleur.org> consulté le 11.11.2006

<sup>22</sup> Renée Sebag-Lanoë et al., *La Douleur des femmes et des hommes âgés*, collection « Âges, santé, société », Masson, Paris, 2002, p. 41

<sup>23</sup> Ibid, p. 9

## ***B. Pour les soignants et le service de soins***

Dans les réponses données par les infirmières, on retrouve la souffrance du personnel ; elle est non seulement due aux difficultés de prise en charge de la douleur que rencontrent les soignants, mais également aux limites de la médecine qui ne peut pas ou alors avec difficultés soulager toutes les souffrances, en particulier celles des patients en fin de vie. Se mélangent alors des sentiments d'impuissance, de colère, d'échec et culpabilité. Comme le précise les auteurs de *La douleur des femmes et des hommes âgés*, « les limites avec la maltraitance peuvent ici devenir floues. Si la toilette ou le change des protections sont si douloureux plusieurs fois par jour, est-il bénéfique que l'on continue à faire ces soins ? »<sup>24</sup>. Je pense que l'équipe soignante se retrouve alors confrontée à de nombreuses questions. Comment prendre en charge le patient dont les douleurs ne sont pas soulagées pour diverses raisons ? Où sont les limites de la maltraitance ? Comment ne pas souffrir personnellement alors que nous sommes face à un être humain qui réclame de l'aide ? Comment accepter en tant que soignant que la médecine a ses limites ? Le soignant peut éprouver, devant des questions sans réponses un sentiment d'échec et de frustration ; nous sommes là pour soigner et aider, non pour voir souffrir.

Nous retrouvons souvent par conséquent une fuite du patient par le personnel en souffrance. J'ai l'image du patient faible et vulnérable, alité dans une chambre seule, au fond d'un couloir. Le soignant n'ose pas s'y rendre, de peur de se trouver face à la douleur et à la souffrance de ce patient. J'ai moi-même déjà vécu cette situation.

Il s'agissait d'une personne âgée, une femme très maigre et recroquevillée sur elle-même. Elle se raidissait et se crispait lors des soins. Elle s'exprimait par des cris, des pleurs, des gémissements lors de la toilette, des changes, de la pose de perfusion sous-cutanée. On pouvait lire beaucoup de peur dans ses yeux, comme si elle nous suppliait à chaque fois de la laisser tranquille, ou peut-être au contraire de l'aider. Cette patiente était prise en charge pour ses douleurs, elle prenait des morphiniques deux fois par jour, d'après mes souvenirs. Quand j'allais lui poser sa perfusion sous-cutanée, dès qu'elle me voyait soulever les draps, elle se crispait et gémissait et ce, malgré le fait que je lui explique tranquillement ce que j'allais faire. C'était très dur pour moi d'aller effectuer des soins chez elle, car ses cris et ses gémissements étaient si intenses qu'ils provoquaient en moi une grande tristesse.

Le soignant se sent donc impuissant lorsqu'il est face au patient ressentant des douleurs physiques mais aussi morales. Des sentiments de frustration, d'échec, de culpabilité et d'insatisfaction peuvent être présents. Dans ce cas, il est important d'avoir une cohésion forte dans l'équipe, « centrée sur la qualité de la prise en charge en général, d'un projet de soins individualisés pour chaque malade »<sup>25</sup>, mais il est bon également d'en parler en équipe, de pouvoir « décharger » lorsqu'on ressent des difficultés et de pouvoir passer la main, lorsque nos limites se font sentir.

Pour le service de soins, la mauvaise prise en charge de la douleur remet en cause les « objectifs de qualité de vie et de qualité de soins » ; les patients ou leurs familles peuvent faire part de leur insatisfaction de la prise en charge de la douleur.

Enfin la douleur du patient et ses conséquences entraîne une demande plus importante et plus coûteuse de soins infirmiers et médicaux, ainsi une charge de travail augmentée. J'ai très peu d'informations sur ce sujet là, mais je pense que

<sup>24</sup> Ibid, p. 237

<sup>25</sup> Renée Sebag-Lanoë et al., *La Douleur des femmes et des hommes âgés*, collection « Âges, santé, société », Masson, Paris, 2002, p. 237

comme le dit un proverbe français « *mieux vaut prévenir que guérir* ». La prévention de la douleur est très importante, plus on la prévient tôt, moins importantes seront les conséquences tant pour le malade que pour les soignants qui effectuent les soins, pour les médecins qui prescrivent les traitements, et pour l'institution ou l'hôpital.

### **III. VERS UNE AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE**

#### ***1. Améliorer les premières étapes de prise en charge de la douleur***

Tout d'abord, j'ai pu remarquer que de nombreux efforts sont faits dans la prise en charge de la douleur. Néanmoins il y a encore des efforts à faire sur la première étape, c'est-à-dire l'évaluation. Elle reste pour moi l'étape primordiale, celle où la prise en charge débute. Si on évalue la douleur de façon imprécise, tout le reste de la prise en charge sera inefficace. Cela peut paraître paradoxal puisque les services de soins évaluent quotidiennement la douleur du patient, surtout dans les services de court séjour. Le problème se situe plutôt au niveau de la manière d'évaluer, les personnes âgées n'étant pas capables de s'autoévaluer. Il existe pourtant des moyens spécifiques à cette catégorie de patients, comme par exemple l'échelle Doloplus, mais ils sont très peu répandus dans les services accueillant des personnes âgées. L'autoévaluation n'est pas assez objective lorsqu'il s'agit d'une personne âgée et souvent les soignants « choisissent » le chiffre de l'EVA qui pour se rapproche au mieux de ce qu'expriment les patients lorsqu'ils ne comprennent pas l'échelle d'évaluation. Il s'agit ainsi d'une simple estimation et donc une sous-évaluation ou plus rarement une sur-évaluation est faite. L'échelle d'hétéroévaluation offre une approche plus objective de la douleur d'un patient âgé, puisqu'elle est réalisée grâce à des critères et des qualificatifs bien précis.<sup>26</sup> Cependant il est vrai que sa mise en place et sa bonne utilisation demande du temps de la part des soignants tant pour l'apprentissage de son utilisation que pour sa réalisation auprès du patient qui devrait être au mieux bi-quotidienne.

Dans le questionnaire que j'ai distribué aux infirmières, il a été écrit que pour améliorer la prise en charge de la douleur, il faudrait savoir réagir pour un diagnostic plus rapide. En effet, je pense qu'il est important que la mise en place de thérapeutiques soit rapide, sans pour autant se précipiter. J'entends par là qu'en attendant de trouver une thérapeutique médicamenteuse adaptée, nous pouvons déjà tenter de soulager le patient par des gestes relevant de notre rôle propre. Toutefois, il est certain que l'équipe doit disposer d'un certain temps pour trouver la thérapeutique qui correspond au mieux au patient et il est aussi nécessaire d'observer le patient pour connaître les raisons de ses douleurs, à quels moments de la journée il est le plus algique, quels gestes et soins les lui déclenchent. Tout cela doit se passer rapidement, car plus l'équipe attend, plus la douleur du patient augmentera et plus ce dernier en subira les conséquences.

---

<sup>26</sup> Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (octobre 2000), chapitre II.1. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr) consulté le 25 février 2006

## ***2. Une prise en charge d'équipe***

La solution serait bien sûr d'éviter que la douleur n'apparaisse. Dès que les traitements médicamenteux ont été mis en place, il faut régulièrement réévaluer leur efficacité et réajuster le traitement. Toutefois, ce n'est pas parce que le patient nous dit qu'il n'a pas de douleur qu'il ne faut pas faire passer l'antalgique par la perfusion ou ne pas lui distribuer les comprimés lors de son repas. Il faut essayer d'expliquer au patient que la douleur ne doit pas se « réveiller » mais également, une fois qu'elle est calmée, il faut continuer le traitement pour éviter qu'elle réapparaisse.

Les traitements médicamenteux doivent être complétés par les méthodes non médicamenteuses relevant du rôle propre de l'infirmière, et cela, surtout si les thérapeutiques ne sont pas assez efficaces. Il y a de nombreux moyens à mettre en place et là, la prise en charge de la douleur du patient doit être un travail d'équipe. Chaque personne de l'équipe pluridisciplinaire doit se sentir concernée par la douleur des patients et participer à son évaluation, réévaluation, et sa prise en charge. Pour cela, il faut également améliorer les transmissions entre membres de l'équipe. Les cibles dans les dossiers de soins, les « macrobilans » qui sont faits plus particulièrement dans les services de gériatrie, et les plans de soins guide peuvent être des outils pour faciliter les transmissions infirmières s'ils sont utilisés de façon correcte et par chaque membre du personnel.

## ***3. Sensibiliser les professionnels de santé***

La formation des professionnels est d'une grande importance dans la prise en charge de la douleur. Une des priorités du plan d'amélioration 2006-2010 est d'ailleurs l'amélioration de la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé.

Dans la formation initiale au diplôme d'Etat infirmier, la question de la douleur est souvent abordée dans beaucoup de modules, mais de façon différente selon les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). J'ai pour ma part bénéficié du module optionnel lors de ma 2<sup>ème</sup> année de formation intitulé « Douleur et Souffrance », où la question a été approfondie et où d'autres approches du sujet ont été abordées. Cependant chaque futur professionnel infirmier ne bénéficie pas de ce module. C'est pourquoi la formation continue est importante ; elle permet également d'explorer le thème selon le service où l'on exerce. Ainsi aborder la douleur de la personne âgée et ses spécificités de prise en charge peut être relativement important pour améliorer son exercice au quotidien.

Dans mon questionnaire, certaines infirmières mettent l'accent sur cette formation continue mais elle concerne là plutôt les médecins. Cela permettrait de sensibiliser ces derniers à la prise en charge de la douleur et également de mieux comprendre la spécificité de la personne âgée, les moyens à mettre en place pour évaluer la douleur et comment traiter les douleurs.

Dans la plupart des services interrogés ont été désignés des référents douleurs dont les rôles sont d'une part la participation à des groupes de travail concernant la douleur, afin d'améliorer la prise en charge continue et de cibler les cas cliniques qui posent problème. D'autre part, ils transmettent les nouveautés en matière de prise en charge et de prévention de la douleur. Ils font le lien avec l'équipe soignante pour les sensibiliser, répondre aux questions concernant certains points de prise en charge et d'évaluation.

#### **4. Ne pas oublier la prise en charge psychologique de la douleur**

« Douleur physique et douleur morale sont intimement liées [...] âme et corps sont intimement liés. [...] La douleur physique a des répercussions sur la souffrance et la souffrance s'inscrit dans le corps »<sup>27</sup>

Je pense qu'aux douleurs physiques, que peut présenter un homme ou une femme âgé, s'associent toujours des douleurs morales. Cela signifie pour moi « être mal d'avoir mal », ou en d'autres termes, souffrir moralement d'avoir mal physiquement.

Les techniques médicales et infirmières ne suffisent pas à soigner la douleur du patient. Certes la douleur physique sera probablement soulagée, mais derrière cela il reste la souffrance qu'éprouve un patient confronté à ses douleurs. Pour cela, il n'existe ni perfusions, ni comprimés « magiques ». Le soignant doit tout simplement faire preuve de qualités humaines, sa présence et son écoute seront primordiales. Le patient doit rester au cœur du soin et le centre d'intérêt de chaque membre de l'équipe soignante. C'est bien ce que j'ai pu ressentir face aux réponses des infirmières que j'ai questionnées, mais également face au patient lui-même.

Un simple « bonjour », un sourire du soignant qui entre dans une chambre pour effectuer une injection, permet au patient une certaine détente ; lui expliquer les gestes que l'on va faire et discuter simplement de sujets favoris du soigné permet d'entretenir une certaine relation et lorsqu'un geste invasif est pratiqué, le soignant lui donne l'occasion d'oublier l'instant de la « piqûre » et un temps soit peu, la douleur qu'elle provoque. Cela compte pour tous les soins, invasifs ou non. Chaque geste, si minime soit-il pour nous, est une intrusion dans son intimité et peut provoquer de la souffrance ou être ressentie comme une douleur physique.

L'écoute du patient, qui a besoin de parler, est pour moi une des choses les plus importantes : « à raconter ses maux souvent on les soulage »<sup>28</sup>. Souvent le patient n'a besoin que d'une oreille attentive pour alléger ses pensées.

---

<sup>27</sup> Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (octobre 2000), chapitre V.2.7. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr) consulté le 25 février 2006

<sup>28</sup> Pierre Corneille

## CONCLUSION

J'ai compris à travers ce travail, que même s'il n'existe pas de douleur « zéro », il faut faire preuve d'attention, d'observation et d'écoute vis-à-vis de la personne soignée pour lui montrer que nous sommes présents et que le patient n'est pas seul face à sa douleur.

*« Si toutes les douleurs ne peuvent être soulagées à l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle, elles doivent toutes être prises en charge. Un soutien psychologique basé sur l'écoute, l'empathie, le partage clair d'informations, permet de diminuer la souffrance induite par la persistance de cette douleur, tant pour le patient âgé que pour sa famille et le personnel qui le prend en charge. »<sup>29</sup>*

De plus, le soulagement seul de la douleur ne suffit pas. D'après moi, la prise en charge de la douleur ne relève plus seulement des mises en place de traitements médicamenteux.

*« Donnez la parole à la douleur : le chagrin qui ne parle pas murmure au coeur gonflé l'injonction de se briser »<sup>30</sup>*

Il est de notre rôle d'écouter le patient et de lui permettre de parler de sa douleur car souvent derrière une plainte se cache un manque qui est plutôt d'ordre humain, une angoisse, un besoin de rompre la solitude. Même lorsque la parole n'est plus, la présence et l'humanisme priment dans les soins quotidiens.

J'ai pris beaucoup de plaisir à réaliser ce travail, car selon moi, la douleur est un problème rencontré quotidiennement dans les services de soins. Depuis le début de mes recherches, lors de mes stages, je suis devenue beaucoup plus sensible à cette notion qu'est la douleur, et cela chez tous les patients que je prends en charge. Je les questionne sur leurs maux et tente de leur montrer que je suis à leur écoute. J'essaie de les satisfaire de mon mieux en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

A ce jour, je pense qu'il est parfois difficile en tant que jeune professionnelle qui débute dans un service de faire preuve d'autant de savoir-faire que de « savoir-être ». Il faut effectuer non seulement les soins dits techniques, mais aussi être pleinement présent pour le patient et se prendre le temps pour l'écouter. Je pense qu'il faut garder à l'esprit nos valeurs professionnelles et se rappeler les raisons pour lesquelles on est devenu soignant.

En tant que future professionnelle, je continuerai à lutter contre la douleur, à me former et m'informer des nouvelles techniques et je tenterai de prendre en charge mes patients de façon optimale, l'humanisme étant une des valeurs primordiales de nos jours.

---

<sup>29</sup> R. Sebag-Lanoë et Al., *La douleur des femmes et des hommes âgés*, collection « Âges, santé, société », Masson, Paris, 2002

<sup>30</sup> William Shakespeare

## **ANNEXE 1 : questionnaire aux services**

*Dans le cadre de mon Travail de Fin d'Etudes Infirmier, je souhaite étudier la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. Pour cela j'interroge des infirmiers de différents services de soins qui prennent en charge des personnes âgées.*

*Merci de prendre le temps de répondre à mes questions.*

**Quelles sont les thérapeutiques mises en œuvre pour soulager la douleur dans votre service ?**

- Thérapeutiques médicamenteuses

.....  
.....  
.....

- Thérapeutiques non médicamenteuses

.....  
.....  
.....

**Quels sont les différents modes d'évaluation de la douleur chez la personne âgée utilisés dans les services ?**

- échelles d'autoévaluation et d'hétéro évaluation

.....  
.....

- écoute, observation, connaissance des patients, etc.

.....  
.....  
.....

**Existe-t-il des transmissions spécifiques concernant la douleur (dépistage, traitement, évaluation) ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Quels sont les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui participent à la prise en charge de la douleur et à son évaluation?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Rencontrez-vous des difficultés face à l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ? Comment y remédiez-vous ?**

.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Y a-t-il encore des progrès à faire selon vous ? Lesquels ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Quelles sont les difficultés (matérielles, financières, humaines) que rencontrent les soignants face à la prise en charge de la douleur ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Existe-t-il des référents douleur dans le service ? Quel est leur rôle ?**

.....  
.....  
.....  
.....

Service et lieu : .....

Type de population prise en charge :

.....

Pathologies prévalentes :

.....

Nombre de patients :

.....

Effectif du personnel soignant (IDE, AS) :

.....

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Livres**

Renée Sebag-Lanoë et al., *La Douleur des femmes et des hommes âgés*, collection « Âges, santé, société », Masson, Paris, 2002, 324p.

Alain Serrie et al., *Le Livre Blanc de la douleur*, Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur, 2005, 141p.

Jacques Wrobel, *Les douleurs induites*, Institut UPSA de la douleur, 2006, 192p.

Jacques Wrobel, *Aspects psychologiques de la douleur chronique*, Institut UPSA de la douleur, 2003, 159p.

### **Reuves**

Wary B., Les personnes âgées : ces oubliées de la douleur, *Cahiers de la FNADEPA*, juin 1999, N° 58, p.12-15

Wary B., Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur, *Soins Gériatrie*, août-septembre-octobre 1999, N° 19, p. 25-27

Serrie A., La prise en compte de la douleur, une nouvelle culture, *La Presse Médicale*, juin 2004, hors série, p. 13

Cauchoux-Lafargue S. et al., Dossier : Douleur et vieillissement, *Soins Gériatrie*, septembre-octobre 2002, N° 37, p. 17-29

### **Textes législatifs**

Article L7103-1 du code de santé publique

Articles 37 et 38 du Code de Déontologie Médicale, 1995.

Loi du 4 février 1995

Plan quadriennal 2006-2010 pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur

Articles R. 4311-2, R. 4311-3, R. 4311-5, R. 4311-8 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif à la profession d'infirmier et à l'exercice de la profession et aux actes infirmiers

Charte de la personne hospitalisée, article 2, 2006

Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, article IX

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, article L1110-5

### **Internet**

<http://www.doloplus.com> consulté le 24 octobre 2006

Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (octobre 2000), <http://www.anaes.fr> consulté le 25 février 2006

<http://www.institut-upsa-douleur.org> consulté le 11 novembre 2006

Cécile Priser, La douleur, <http://www.infirmiers.com> consulté le 24 octobre 2006

<http://www.dicocitations.com> consulté le 25 novembre 2006

### **Cours**

Dr. Lacave, La physiologie de la douleur, module de soins infirmiers en traumatologie, mai 2004, IFSI de Haguenau

G. Vuotto, Introduction, Module de soins infirmiers aux personnes âgées, septembre 2004, IFSI de Haguenau

### **Divers**

B. Duffet et B. Weiss, Formation Douleur, 2005-06, CH Haguenau

Forum Personnes Agés présenté par les étudiants de 3<sup>e</sup> année, juin 2006, IFSI de Haguenau