



Introduction

J'ai choisi de travailler sur le thème de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. J'ai été attirée par ce sujet car j'ai pu effectuer plusieurs stages en gériatrie. De plus, j'ai eu la chance de travailler en tant qu'aide-soignante dans un EHPAD, cela m'a permis de cerner réellement les besoins et les difficultés des soignants. Mon sujet concerne exclusivement les EHPAD, communément appeler les établissements avec hébergement pour personnes âgées dépendantes, qui sont bien souvent médicalisés. Malgré cela, les EHPAD, ne disposent pas d'autant de moyens que les centres hospitaliers ... J'ai donc voulu cerner mon sujet la dessus, car mon projet professionnel à long terme est de travailler en gériatrie. Cela me permettait donc de répondre à une problématique qui m'intéressait et qui m'aura permis d'améliorer ma pratique professionnelle. Car c'est une problématique que j'ai souvent pu rencontrer en Ehpad, il est donc important pour moi de pouvoir amener des pistes de réflexions.

Constat : Situation d'appel

Durant ma formation en soins infirmiers, j'ai eu la chance de voir le travail d'infirmière dans différents domaines. J'ai été confronté à plusieurs situations de détresse, d'angoisse, de maladie mais aussi des situations de soins palliatives.

J'ai vécu quelques situations de soins palliatifs dans divers services ou établissements. La prise en charge des patients était différente, tant par les moyens humains et matériels, les connaissances et compétences de l'équipe, les divers intervenants et la structure. J'ai pu voir qu'en milieu hospitalier, l'infirmière n'est pas seule et qu'elle peut demander conseils à de nombreux intervenants, comme les assistantes sociales, les kinésithérapeutes, les psychologues, les différentes équipes mobiles, spécialisées dans la prise en charge spécifique de certains patients. Cependant, en établissement peu médicalisé, comme les EHPAD bénéficient beaucoup moins de ces ressources, l'infirmière travaille souvent seule avec les aides-soignantes, pour un nombre de patient parfois dix fois plus important qu'en milieu hospitalier. La prise en charge est alors plus difficile surtout quand les patients requiers plus de soins ou des soins plus spécifiques.

Ceci m'a orienté sur le questionnement suivant : La difficulté de prise en charge lié au manque de moyens, de connaissances. Mais aussi sur les difficultés rencontrées par l'infirmière lorsqu'elle est confrontée à une situation de soins palliatifs en EHPAD.

Ma première situation se passe en service de gastro-entérologie dans un centre hospitalier.

Mme M, âgée de 67 ans, entrée dans le service pour un syndrome occlusif. Mme M a comme antécédents un cancer du sein gauche avec une mammectomie totale. Pendant son hospitalisation, Mme M a subi une hystérectomie pour éviter toute récurrence. Elle a donc été transférée dans le service de chirurgie obstétrique quelques jours et elle est revenue ensuite en service de gastro-entérologie. A son retour, Mme M disait avoir une difficulté à respirer et manifestait une douleur thoracique. Le médecin prescrit alors une radiographie des poumons pour suspicion de pneumopathie. A son retour de radiographie, le médecin nous informe qu'il y a présence « d'un lâché de ballons au niveau des poumons », l'interne m'expliqua alors que cela voulait dire que des métastases étaient présentes sur tous les poumons. La patiente fut informée du diagnostic le lendemain. L'état de Mme M s'empirait de jour en jour, Mme M avait de la difficulté à avaler tous médicaments. Elle avait des cures de chimiothérapies à but palliatives et non curatives. Le médecin du service pris alors contact avec le médecin des soins palliatifs pour une prise en charge de la douleur.

Le médecin et une infirmière de l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier sont alors venues s'entretenir avec la patiente et on prescrit des antalgiques de stade 3 par voie intraveineuse. Mme M fut soulagée par cette prescription.

L'infirmière me confia que l'équipe mobile de soins palliatifs était une vraie ressource pour le service, car cela permettait d'avoir des traitements et des soins adaptés à l'état de la personne. De plus, grâce à la structure, le centre hospitalier, beaucoup de traitements été réalisables contrairement

à d'autres établissements peu médicalisés.

En effet, j'ai pu rencontrer une deuxième situation similaire en établissement d'hébergements pour personnes âgées dépendantes lors d'un stage de première année en soins infirmiers.

Mme D, âgée de 99 ans, entrée dans l'établissement depuis une quinzaine d'année.

Lors de mon stage, Mme D était en situation de fin de vie. Elle présentait à ce jour, des escarres au niveau du sacrum et des talons, une déshydratation et un refus de s'alimenter. Plusieurs questions se posaient en équipe quant à sa prise en charge, tant vis-à-vis aux soins à prodiguer donner à Mme D, que vis-à-vis de la douleur. Car la douleur pouvait se lire sur son visage lors des différents soins effectués. Ses troubles de déglutition devenaient de plus en plus importants. Les escarres s'amplifiaient au fil des jours.

L'infirmière et les aides-soignantes se questionnaient sur les solutions à envisager. Elles se sentaient comme démunies, impuissantes face à cette douleur et ne savaient comment répondre au mieux aux problèmes pour pouvoir y pallier. L'une d'elle prit alors contact avec le médecin traitant de Mme D. Celui-ci prescrit alors des antalgiques de stade 3 pour la prise en charge de la douleur, mais Mme D avait beaucoup de difficultés à prendre les médicaments par la bouche, et prescrit la pose de perfusion sous cutanée pour éviter le risque de déshydratation. Avec l'accord du médecin, les aides-soignantes ont alors installés Mme D sur un matelas anti-escarres et posaient des décharges talonnières. Malgré cela, l'état de Mme D se détériorait de jour en jour. L'infirmière me fit part de ses difficultés à prendre en charge une personne en situation de soins palliatifs. Elle m'expliqua alors qu'elle était seule en poste la plupart du temps et que les aides-soignantes étaient trop peu pour pouvoir assumer tous les soins que nécessitait Mme D. Elle considérait alors que l'établissement n'était peut-être pas assez adapté pour assurer une prise en charge d'une personne en situation de fin de vie. Malgré cela, il lui fallait tenter de répondre au mieux aux besoins de la personne, afin de pallier à sa souffrance.

Elle soulignait par ailleurs, le fait qu'il n'y a pas d'infirmière présente la nuit, elle ne peut donc pas administrer de médicaments par voie intraveineuse, ce qui serait bénéfique dans la prise en charge de la douleur. Je compris alors que l'EHPAD bénéficié de beaucoup moins de moyens matériels et humains qu'un service en centre hospitalier et qu'il était difficile pour l'infirmière, souvent seule, de maintenir une qualité de fin vie optimale pour ses personnes.

Lors de mon stage, je me suis sentie frustrée de ne pas avoir pu prendre en charge jusqu'au bout Mme D qui nécessitait plus de soins, ou du moins des soins plus adaptés à son état. Mais de quelle manière pouvons-nous adapter la prise en charge d'une personne âgée en fin de vie dans un service

d'EHPAD en fonction du contexte soulevé ? Avait-il des solutions envisageables ou est-ce la réalité du terrain ? L'infirmière m'expliqua alors, qu'il existe des réseaux spécialisés de soins palliatifs mais que l'EHPAD n'en bénéficiait pas par fautes de moyens financiers. Quelques réseaux en soins palliatifs sont toutefois présents et dans ce cas il s'agit pour l'infirmière diplômée d'état de recevoir quelques consignes à mettre en place pour optimiser la prise en charge et rendre moins difficile cette fin de vie. J'ai pu constater que lorsque les réseaux de soins palliatifs sont présents dans les services, les infirmières ont des consignes et que celles-ci facilitent la prise en charge des patients en fin de vie. Les consignes étaient bien spécifiques et reposaient sur la prise en charge de la douleur, le souhait de la personne tant à son devenir, les soins de confort à prodiguer selon les besoins et la douleur, un entretien avec la famille pour connaître les souhaits, les croyances de la personne. Mais aussi ce qu'elle aimait faire, ce qu'elle aimait manger ou boire. Ceci permettait ainsi d'adapter les soins en fonctions des données recueillies lors de l'entretien.

Par exemple, si la dame était coquette, il fallait maintenir l'estime de soi, en faisant des capiluves, lui mettre du maquillage, lui mettre les robes qu'elle préférerait. Ceci permettait aux aides-soignantes et infirmières de prodiguer les soins en sachant que sa volonté est respectée. Pour la douleur, les infirmières avaient des consignes spécifiques. Des inters doses de morphiniques étaient prescrits en cas de récurrence de douleur.

L'équipe mobile s'entretenait ensuite avec l'infirmière pour lui expliquer les consignes données et si elle pensait que celle-ci était en accord avec les souhaits évoqués par la patiente ou les besoins ressentis par l'infirmière. Après cela, il y avait un temps de transmissions entre les médecins pour valider ou non les traitements antalgiques et autres proposés par le médecin de l'équipe mobile. J'ai pu rencontrer l'équipe mobile de soins palliatifs lors de mon stage de troisième année en gastro-entérologie, cela ma permit de mieux comprendre les enjeux d'un travail en interdisciplinarité. Malheureusement, ce moyen de prise en charge n'est pas présent dans tous les établissements.

J'ai pu apprécier le contact avec la personne âgée, malgré les difficultés que l'on peut rencontrer dans certaines situations. J'ai été très touché d'accompagner ces personnes sur le dernier chemin de la vie, une première fois pour moi d'être confrontée de si près à la mort, une chose à laquelle j'ai toujours voulu échappée, qui me fait peur peut être. Mon projet professionnel s'oriente plus vers le travail en gériatrie mais l'idée de devoir me retrouver seule face à des situations similaires me pousse à faire des recherches supplémentaires sur ce qu'il s'agit de pouvoir faire en plus de ce qui existe déjà mais qui hélas reste insuffisant.

Ma situation vient alors à me poser diverses questions :

Qu'est-ce que l'infirmière aurait pu mettre en place pour offrir à Mme D une fin de vie paisible ?

Avait-elle d'autres possibilités ? A-t-elle suffisamment de connaissances théoriques pour arriver à prendre en charge la douleur de façon optimale ?

Qu'apportent les équipes mobiles de soins palliatifs, et leurs solutions sont-elles envisageables dans un établissement peu médicalisé, comme l'EHPAD ?

Doit-elle privilégier les soins d'hygiène et de confort ?

Vers qui peut-elle se tourner lorsqu'elle se trouve en difficultés en EHPAD ?

Au final, les difficultés reposaient sur plusieurs domaines. Mais un problème plus important semblait se faire ressentir. Celui d'apporter un accompagnement de fin de vie optimal pour éviter toute souffrance de la personne âgée. C'est ainsi que j'en arrive à me poser la question de départ suivante.

Seule en poste de travail, comment l'infirmière en EHPAD peut-elle assurer de façon optimale l'accompagnement d'une personne âgée en situation de soins palliatifs, afin d'offrir une fin de vie sans souffrance et éviter de se trouver face à une situation devenue presque insupportable pour la personne âgée comme pour l'équipe soignante ?

Cadre conceptuel

1.1 L'infirmière diplômée d'état et les soins infirmiers

Selon l'article L 4311-1 du code de la santé publique « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. Les actes de l'infirmière sont régis par le décret de compétence de la profession infirmier du 29 juillet 2004, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.* »

La fonction de soigner est étroitement liée à l'histoire de l'homme, de ses besoins de vie et de santé, de son environnement et de l'évolution des sciences et des techniques.

Les compétences de l'infirmière se déploient sur deux axes : rôle propre et rôle sur prescription médicale.

Le rôle propre de l'infirmière :

Article R. 4311-3 : « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.* »

De par son rôle propre qui lui est dévolue, l'ide met à contribution ses savoirs théoriques et pratiques, son sens de l'observation afin de dépister toutes anomalies liés à l'état du patient, qu'elle soit physiques ou psychologiques. Après cela, elle peut poser son diagnostic infirmier, afin d'adapter sa prise en charge quotidienne. L'infirmière est aussi une parfaite médiatrice entre la famille et le corps médical.

L'action de soigner ne peut se concevoir que sur un mode de fonctionnement en équipe et sur la base de la complémentarité. Le rôle de l'infirmière est d'accompagner la personne tout au long de son hospitalisation en lui apportant les soins nécessaires. Elle travaille donc en étroite collaboration avec d'autres professionnels de santé : médecin, interne, kinésithérapeute, psychologue, aide-soignant, etc... L'infirmière est tenue au secret professionnel, sinon elle est passible de 15000euros d'amende et 1 an d'emprisonnement.

Le rôle sur prescription médicale :

L'infirmière peut aussi agir sur les ordres ou sur décision médicale. La prescription doit être datée, signée, nominative au patient et l'identité du prescripteur doit être identifiable. Elle met donc en application les prescriptions médicales et de son rôle propre, surveille les effets secondaires éventuels, l'efficacité du traitement, les complications, les erreurs éventuelles.

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je vais m'attarder sur la spécificité du travail de l'infirmière en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

1.2 Le travail de l'infirmière en EHPAD

Parlons alors de la spécifique du travail de l'infirmière en EHPAD.

D'après le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique

Article R. 4311-2

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- *De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;*
- *De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;*
- *De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;*

- *De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »*

Effectivement, le rôle de l'infirmière en EHPAD est pour grande partie, le maintien de l'autonomie, mais aussi la prise en charge de la personne âgée en situation de dépendance, de maladie, de soins palliatifs. Pour cela, l'infirmière a donc diverses tâches, toutes essentielles, selon l'état de la personne âgée.

Dans un EHPAD, l'infirmière, en regard de son rôle propre, de son rôle par prescription médicale, et de son rôle délégué, est tenue d'assurer :

- La prévention des escarres, de la douleur principalement mais aussi des autres pathologies
- La gestion des rendez-vous, du dossier de soins et du projet de vie de la personne âgée
- Les soins d'hygiène et de confort nécessaires à la qualité de vie de la personne, en collaboration avec l'aide-soignante
- Le confort et le bien-être physique et psychologiques du résident
- L'administration des thérapeutiques à visées préventives, curatifs ou palliatifs
- La coordination des actions des divers professionnels et elle travaille donc en collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé intervenants auprès des résidents : médecin traitant, pharmacien, kinésithérapeute...

Article R. 4311-3

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. »

En EHPAD, le médecin n'est pas toujours présent, l'infirmière doit donc prendre des initiatives, en application de son rôle propre. Il est donc indispensable d'avoir des connaissances solides sur les pathologies spécifiques à la personne âgée.

Les infirmières en EHPAD occupent dans l'institution une place spécifique. La diversité de leurs missions et de leurs rôles les placent au cœur de logiques difficilement conciliables et parfois conflictuelles. Au près des personnes âgées qui vivent dans l'établissement, en tant que responsables des soins, elles ont à prodiguer des soins de qualité et permettre leur pertinence et leur cohérence par rapport au projet de vie de la personne.

Les infirmières sont de plus en plus confrontées aux problèmes physiques, psychologiques, psychiatriques et sociaux de la personne âgée. Cet accompagnement est souvent difficile en raison de pathologies associées au vieillissement et de leur poly médication. L'objectif principal de l'infirmière en EHPAD est de préserver au maximum les capacités de la personne, le respect de ses choix mêmes si la personne âgée est devenue dépendante pour les actes de la vie quotidienne.

Le travail de l'infirmière en EHPAD est donc pourvue de multiples facettes : organisation, administration, la réalisation des soins, l'évaluation de l'état de santé, actions de prévention, encadrement des étudiants... Les soins sont donc préventifs, curatifs et palliatif.

1.3 Le lieu d'exercice : l'EHPAD

Lorsque le maintien à domicile est difficile voire impossible, il existe des institutions spécialisées, elles sont là pour pallier à cette difficulté. Mais d'autres causes peuvent en être à l'origine du placement de la personne âgée.

Quelques exemples rencontrés lors de stage en EHPAD :

- Décès du conjoint, sentiment de solitude
- Besoin de sécurité
- Logement inadapté
- Absence des enfants ou refus d'être une charge supplémentaire pour leurs enfants
- Cause pathologique : chute, désorientation, démences

L'entrée en institution devient alors une nécessité pour la personne âgée.

Ici, nous parlerons essentiellement des établissements avec hébergement pour personnes âgées dépendantes, communément appelés EHPAD.

Le statut "EHPAD" a été créé en 2002 et correspond à des maisons de retraite « médicalisées ». Il tend à s'imposer progressivement et aujourd'hui les $\frac{3}{4}$ des maisons de retraite sont maintenant des EHPAD. Ces établissements ont pour objectif de maintenir une qualité de vie satisfaisante aux personnes âgées, mais aussi ont une visée préventive, diagnostic et curative des maladies spécifiques aux personnes âgées. Ils peuvent aussi accompagner la personne âgée qui serait en situation de fin de vie.

L'EHPAD assure un ensemble de prestations comprenant le logement, les repas, divers services spécifiques tels que blanchisserie, soins d'hygiène et médicaux, animations... C'est donc le nouveau domicile de la personne âgée.

Ces établissements sont régis par la loi du 24 janvier 1997 (création de la prestation spécifique de dépendance), complétée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001 (création de l'aide personnalisée d'autonomie, A.P.A) modifiée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003. Ils doivent être autorisés pour l'ensemble de leur capacité d'hébergement à dispenser des soins. Les établissements médicalisés EHPAD doivent signer une convention tripartite pluriannuelle entre l'établissement, le Conseil Général et la DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale). Ces conventions sont accompagnées de conditions visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées dans les établissements. Cette convention détermine trois tarifs : tarifs d'hébergement, tarifs de dépendance et tarifs de soins.

2.1 Personne âgées

Une personne âgée est, pour le sens commun, une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. En particulier, le passage que représente le départ en retraite marque symboliquement cette entrée dans la catégorie sociale du troisième âge.

L'[Organisation mondiale de la santé](#) définit une personne âgée à partir de 60 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées.

La population de plus de 60 ans ne fait qu'augmenter, cela est dû à une baisse de la natalité et à une augmentation de l'espérance de vie. Les écarts d'espérance de vie à la naissance entre homme et femme sont importants - 84,8 années pour les femmes et 78,1 années pour les hommes en 2010. En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005.

Les derniers chiffres connus datent d'avril 2012, l'INSERM affiche une espérance de vie de 85,3 ans pour les femmes et 78,2 ans pour les hommes. De plus, cette étude nous montre

l'espérance de vie sans incapacité, 61,9 ans pour les hommes et 63,5 ans pour les femmes. Ceci, illustre bien qu'en France nous avons une espérance de vie élevée, mais cela ne coïncide pas toujours avec une bonne qualité de vie. Il est donc important de favoriser l'autonomie de la personne âgée pour préserver ses capacités, dans le but d'augmenter l'espérance de vie sans incapacités.

Face à cette augmentation, l'infirmière voit son nombre de patient âgé augmenté. Que cela soit en court séjour, en long séjour, à domicile et même en psychiatrie, la personne âgée est omni présente. Il est donc primordial, pour l'infirmière, d'avoir une base de connaissance solide sur la prise en charge de la personne âgée. De plus, la personne âgée, tant par son histoire de vie et ses antécédents, est souvent atteint par de nombreuses pathologies et/ou handicap, parfois compliqués. Ceci entraîne donc une poly-médication et rend la prise en charge parfois difficile.

2.2 Le vieillissement physique

Chez l'homme, le vieillissement est un processus lent et complexe. La nature impose un vieillissement physiologique à tout individu dès sa naissance mais il n'existe pas un vieillissement universel. Celui-ci est multifactoriel, non linéaire et surtout individuel.

La vieillesse n'est surtout pas une maladie car le vieillissement est avant tout un phénomène physiologique et normal. L'âge avançant, l'individu voit son corps se modifier, ses fonctions physiologiques devenir moins performantes. Il devient plus fragile, plus vulnérable. Des sources de difficultés, des handicaps apparaissent, entraînant une dépendance précaire. Malgré tout, les besoins principaux doivent et peuvent être satisfaits.

Lors de ce processus, tous les organes sont touchés, et il faut pallier au maximum à ses déficits. L'infirmière, grâce à ses soins, est alors un soutien, une aide à la personne pour satisfaire au mieux ses besoins, tous cela en respectant les habitudes de vie de la personne âgée et ses désirs.

2.3 Le vieillissement social

La diminution de la force physique et de la faculté des organes des sens, le fait d'avoir de la difficulté à se déplacer, à entendre, à voir, va conduire le sujet à s'isoler chez lui et donc avoir moins de contact avec l'extérieur. Il est souvent marqué par le passage de l'activité à la retraite, en France l'âge de départ en retraite en moyenne est de 62 ans. C'est un changement important dans la vie de l'individu car il voit une baisse de ses revenus et de ses relations sociales, mais à contrario, la retraite pour certaines personnes va leurs permettre de se libérer d'un travail fatigant. Elle peut donc aussi donner l'opportunité à certaines personnes de pratiquer des activités nouvelles.

Mais pour les personnes âgées, pour lesquels le maintien à domicile est difficile voire impossible, l'entrée en institution peut marquer aussi une cassure de la vie sociale et donc entraînant un vieillissement social précoce.

Pour diminuer les effets du vieillissement de la personne âgée, l'infirmière, en collaboration avec les aides-soignantes, doit maintenir au maximum l'autonomie de ceux-ci. Il est dans son rôle, de prévenir des risques liés aux vieillissements, particulièrement la diminution de capacités cognitives, les troubles de l'équilibre, le dysfonctionnement des organes des sens, etc... Il est donc primordial de travailler avec tous les professionnels de santé, ce qui permettra une prise en charge globale de la personne âgée. Comme par exemple, la kinésithérapie pour la marche, les spécialistes pour les consultations mémoire ou ophtalmique, le médecin traitant pour tous nouveaux traitements.

2.4 Personne âgée en situation de soins palliatifs

En EHPAD ou à domicile, l'infirmière peut se voir confronter à des situations palliatives. Ici, nous traiterons le cas de la situation de fin de vie en EHPAD.

Selon l'HAS, la définition des soins palliatifs est la suivante « *Ce sont des soins actifs, continus et évolutifs selon l'état du patient pratiqués par une équipe pluri professionnelle. Ils ont pour objectifs, dans une approche globale et individuelle, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur. Mais aussi d'anticiper les risques et les complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels dans le respect de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables, et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes ayant des maladies graves et évolutives, en phase avancée ou terminal* ».

D'après cette définition, on en sort que les soins palliatifs reste des soins de confort, permettant à la personne soignée de ne pas souffrir. Tous ces soins doivent être faits dans le respect des croyances du patient et en accord avec la famille s'il y a lieu. La famille est une réelle ressource, car c'est elle-même qui connaît au mieux le résidents. En EHPAD, les résidents sont présents parfois depuis plus de 20 ans, et l'équipe soignante peut aussi avoir des informations essentielles à sa prise en charge. Il est donc impératif de connaître les désirs de la personne âgée.

De plus, en regard de la charte de la personne en situation de handicap ou de dépendance, « Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille. » Ceci, appuie donc l'obligation légale de la prise en charge de la personne âgée en fin de vie.

Lors de mes différents stages en gériatrie, j'ai pu voir la souffrance des soignants lorsque la

prise en charge était difficile, par manque de moyens humains et matériels ou quand les traitements sont inefficaces. Ce qui était primordial pour eux, était d'apaiser la douleur de la personne âgées.

On peut comprendre que les soins palliatifs traitent de nombreux symptômes, ici nous nous attarderons sur la prise en charge de la douleur. La douleur est l'un des principaux éléments à prendre en compte avant tout autre soins. Chez le malade en fin de vie, la douleur est souvent la principale préoccupation de l'équipe soignante.

3.1 Définitions de la douleur

Selon le dictionnaire du petit Larousse, la douleur se définit comme « *une sensation pénible, désagréable ressentie dans une partie du corps* »

Selon l'association internationale de la douleur « *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage* »

Grâce aux définitions, on peut voir que la douleur à un caractère pluridimensionnel, elle peut être ressentie de plusieurs façons et aussi de causes différentes. Mais le point commun de ces définitions est que la douleur est vue comme quelque chose de pénible voire insupportable pour la personne.

3.2 La douleur dans l'histoire

Au travers des siècles, dans ce qui nous reste des témoignages des hommes qui ont marqué leur époque on retrouve, les découvertes, les obstacles et les freins à la mise en place des traitements de la douleur.

Quelques dates marquant de l'histoire de la douleur :

- Trois milles ans avant Jésus-Christ, les Sumériens connaissaient déjà l'opium, utilisé comme antidouleur, principalement contre les céphalées, les fièvres, les diarrhées. L'utilisation de l'opium est ensuite proscrit du à ses effets indésirables : constipation, accoutumance, dépendance physique et psychique.
- En 331 avant Jésus-Christ, Hérophile et Erasistrate furent les premiers organicistes de la douleur, ils pratiqueront des dissections sur des condamnés vivants. Ils formuleront la notion de nerfs crâniens et leur rapport avec la moelle et le cerveau, ainsi pour comprendre le mécanisme de la douleur.

- Au I siècle, Celse définit la douleur comme l'avait fait Hippocrate cent ans auparavant, comme la manière de poser un diagnostic, de suivre l'évolution de la maladie. Il est le premier à décrire les signes de l'inflammation qui sont rougeur, douleur, chaleur et tumeur, qui sont encore considérés aujourd'hui
- Cappadoce est le premier à aborder la douleur comme un symptôme et fait la différence entre douleur aigue et douleur chronique.
- Ambroise Paré, au XVI siècle, utilise les ligatures et les compressions comme moyens d'anesthésie, en particuliers pour les amputations.
- Au XVII, William Harvey découvre la circulation sanguine. Thomas Willis va faire des travaux sur l'anatomie du cerveau.
- En 1791, le chirurgien lyonnais Marc Antoine Petit témoigne en déclarant « Le pire ennemi de l'homme est la douleur et il faut la combattre ». Cette prise de position humaniste va non seulement modifier les comportements mais se révélera porteuse de démarches scientifiques
- En 1819, il y a la découverte du protoxyde d'azote par Humphrey David et de l'éther par Faraday.
- En 1845, le dentiste Wells, démontre les pouvoirs anesthésiants du « gaz hilarant ». Un an plus tard, son assistant pratique la première anesthésie en utilisant de l'éther sulfurique.
- En 1932, le physiologiste Sherrington démontre que les muscles, les viscères et les articulations ont une sensibilité : c'est la sensibilité profonde.
- En 1965, le canadien Ronald Melzack et le britannique Patrick Wall publient la théorie du portillon, qui explique la transmission de la douleur jusqu'au cortex.
- En 1973, plusieurs laboratoires mettent en évidence l'existence de récepteurs spécifiques aux opiacés dans le corps humain.
- En 1976, découverte des endorphines par deux professeurs de pharmacologie : Avram Goldstein et Roger Guillemin

Descartes et les naturalistes ont émis les premiers l'hypothèse que les sensations ne sont pas forcément douloureuses, mais peuvent le devenir lorsqu'elles augmentent. Elles sont véhiculées par des nerfs (la corde) qui aboutissent au cerveau (la cloche). Cette notion d'une augmentation d'activité du système physiologique de transmission est fondamentale. Une douleur résulte donc

d'une surstimulation, conséquence d'une stimulation excessive des récepteurs. C'est encore aujourd'hui un des mécanismes physiopathologiques retenus.

Grâce à cette définition, on sait que la douleur est reconnue depuis de nombreuses années. Son mécanisme était aussi connu mais les moyens de lutte contre la douleur était quasi-nul à cette époque. On peut voir que le phénomène de la douleur est connu depuis très longtemps, remontant d'avant Jésus-Christ. Mais, les avancées et les découvertes scientifiques sont arrivées bien longtemps après.

Les premières avancées qui ont réellement transformé les prises en charge sont récentes. Les sulfamides sont utilisés à partir de 1936 et les antibiotiques peu après. Ce sont les premiers vrais traitements efficaces.

3.3 La douleur et la législation

- Décret n°2004-11-24-28-801 du 29 /07/2004 extrait du code de la santé publique, relatifs à la profession infirmiers et à l'exercice de la profession et aux actes de soins infirmiers

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

Art L.1110-5 « 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 »

Art L 710-3-1 « Tout établissement de santé doit mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille »

Ces articles nous montrent que la prise en charge de la douleur et son évaluation est une obligation légale pour l'infirmière et qu'elle est l'actrice principale de celle-ci. Pour la personne âgée, la prise en charge de la douleur n'est pas seulement un besoin, c'est un droit. De plus, l'établissement doit offrir aux professionnels les moyens pour prendre en charge la douleur, ceci est un devoir envers les patients. La prise en charge de la douleur est un point figurant dans la charte de la personne hospitalisée : *«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 »

3.4 Types de douleur

Les différents types de douleur :

- Douleur par excès de nociception : l'organisme prévient l'individu d'une agression extérieure
- Douleur neurogène : causée par des lésions du système nerveux périphérique ou central
- Douleur psychogène : activation centrale d'une activité émotionnelle qui provoque alors un phénomène périphérique

3.5 Evaluation de la douleur

Avant tous types de traitements, il est impératif d'évaluer la douleur, pour mettre en place le meilleur des traitements pour la personne soignée. L'évaluation de la douleur vise à identifier le degré de la douleur et les différents facteurs responsables de celle-ci.

L'évaluation de la douleur s'articule autour de l'analyse de divers facteurs :

- Ses causes
- Ses mécanismes (douleur organique, douleur neurogène, douleur mixte)
- Sa topographie (le siège de la douleur et les zones douloureuses)
- Son intensité (EVA, fasciés, gémissements, posture algique...)
- Son retentissement sur le comportement physique ou psychique

L'utilisation des échelles d'autoévaluation est tout à fait possible pour les personnes lucides. Mais dès que les troubles cognitifs apparaissent, elles sont insuffisantes ou impossible à utiliser. Il faut alors avoir recours à l'échelle d'EVA, Doloplus ou à l'échelle ECPA, faites par l'équipe soignante à différents moments de la journée. (cf. annexes)

Grâce à l'évaluation, on pourra alors faciliter la prise de décisions, d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge.

3.5.1 Techniques de mesure d'intensité de la douleur

- Echelle visuelle analogique (EVA)

Cette échelle est la plus rencontrée et utilisée en service. Elle se présente soit sous forme de

réglettes ou soit sous forme écrites. On demande aux patients de marquer le niveau de sa douleur, entre le chiffre 0 (pas de douleur) et le chiffre 10 (douleur maximale).

- Echelle verbale simple (EVS)

C'est une échelle d'auto appréciation dans laquelle on retrouve en général 5 descripteurs ordonnés : pas de douleur, douleur faible, modérée, intense ou extrêmement intense. Le patient choisi alors un qualificatif pour sa douleur.

- Echelle pluridimensionnelles

Il s'agit de questionnaires qui analysent plus particulièrement les composantes sensorielles et émotionnelles. Le patient répond alors au questionnaire qui lui est soumis. Ceci est plus complexe à effectuer car divers facteurs peuvent intervenir : barrière de la langue, niveau socio-culturels bas, mauvaise compréhension.

- Echelles comportementales

Les répercussions de la douleur sur les comportements ou la qualité de vie de la personne peuvent être importantes. Celles-ci sont très utilisées pour les enfants en bas âge et les personnes démentes principalement. Ce mode d'évaluation s'effectue par différents membres de l'équipe à divers moments de la journée.

Il faut observer la personne âgée, ce qui nous aidera à évaluer la douleur :

- La position de la personne : position antalgique souvent en triple flexion (position fœtale)
- Le visage du patient : tendu, grimaçant, le regard
- L'absence de communication verbale : le patient est figé dans sa douleur, gémissements, cris
- Le comportement : repli sur soi, agitation, agressivité

Il est cependant souvent difficile d'évaluer la douleur chez la personne âgée, l'appréciation et l'expression de la douleur peuvent diminuer avec le vieillissement ; la personne âgée peut considérer la douleur, jusqu'à un certain niveau, comme faisant partie intégrante du vieillissement, et donc ne se plaindre pas ou très peu.

De même, certains troubles peuvent gêner à l'appréciation de la douleur : absence de communication verbale, confusion, démence, etc... Dans ce cas-là, il est important de signaler tous changements du comportement de la personne : agitation, agressivité, repli sur soi, tristesse, etc...

Après cette évaluation, un traitement antalgique peut être mis en place.

3.6 Traitement de la douleur

Conformément aux recommandations de l’OMS, il est préférable d’administrer les antalgiques par voie orale et de manière préventive et non au moment de survenue de la douleur. Il faut individualiser le traitement et évaluer sans cesse son efficacité et d’informer le patient sur les éventuels effets indésirables.

D’autres traitements antalgiques peuvent être proposés, mais ne relève pas de l’aspect médicamenteux, comme la relaxation, masso-kinésithérapie, musicothérapie, etc. ...

3.6.1 Les différents stades de la douleur

Il existe plusieurs degré d’intensité des antalgiques, on peut différencier trois stades :

- Antalgique de stade 1 : paracétamol, aspirine
- Antalgique de stade 2 : Codéine
- Antalgique de stade 3 : Morphine

Dans le cas de la personne âgée, il est important de rechercher la dose minimale efficace et utiliser au maximum des médicaments à élimination rapide.

On peut associer aux traitements antalgiques des mesures co-antalgiques :

- Co-analgésique : corticoïdes, antidépresseurs, antiépileptiques
- Antispasmodique
- Myorelaxants

Lors d’une situation de soins palliatifs en EHPAD, la collaboration infirmière et aide-soignante est primordial, cela permet un regroupement des soins. Par exemple, faire la toilette puis les pansements d’escarres au même moment, pour éviter la multiplication des mobilisations. On peut aussi administrer un traitement avant la toilette, ce qui permettra de diminuer les douleurs liées à la mobilisation.

3.6.2 Voies d’administration

Lors d’une situation de soins palliatifs, le médecin et l’infirmière se voit confrontés à la problématique, concernant la voie d’administration du traitement antalgique.

Selon l'institut national du cancer, on peut voir que les antalgiques se présente sous différentes formes : gélules, comprimées effervescent, patch, solutions injectables, solutions pour inhalation, crème.

3.6.3 Effets secondaires des antalgiques

Selon une étude du centre national de ressources de lutte contre la douleur, les effets secondaires les plus retrouvés sont :

- La constipation qui est pratiquement systématique
- Les nausées pour 5% des personnes
- La somnolence en début de traitement
- Les troubles psychiques en cas de surdosage

3.7 La douleur et la personne âgée

La douleur est le principal symptôme dont se plaignent les personnes âgées, 6 % seulement des sujets de plus de 65 ans ne rapportent aucune douleur. La douleur est souvent vécue avec fatalisme, considérée comme normale avec l'âge et faisant partie de la vie. Souvent, la personne âgée va taire sa douleur, par crainte d'être une gêne pour son entourage, d'une hospitalisation non souhaitée ou de la découverte d'une maladie grave sous-jacente. L'expression par le patient de sa douleur est plus difficile lorsqu'il présente des troubles cognitifs, sensoriels (surdité, déficit visuel), moteurs (dysarthrie, aphasie), thymiques. Lorsque l'interrogatoire du patient est possible, il précise les caractères de la plainte douloureuse (localisation, type, durée, intensité, facteur déclenchant et calmant).

Mais 30 % des patients âgés hospitalisés présentent des handicaps divers gênant l'expression de leur douleur : il faut disposer d'outils d'évaluation afin d'appliquer un traitement adapté. Lorsque les patients présentent des troubles de la compréhension ou de la communication, l'évaluation de l'intensité douloureuse se fonde sur l'observation et l'analyse des modifications comportementales induites par la douleur. Les principaux outils utilisés en France sont l'échelle Doloplus 2 et l'échelle comportementale de la personne âgée (ECPA). Leur utilisation implique une connaissance antérieure de la personne observée et une confrontation des opinions des soignants.

3.8 Rôle de l'infirmière dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée

On peut alors comprendre que l'infirmière est au cœur de la prise en charge, mais pour que

celle-ci soit efficace, elle doit être faite en équipe pluridisciplinaires.

Le rôle primaire de l'infirmière est d'évaluer la douleur grâce aux divers moyens cités ci-dessus, ce qui fait d'ailleurs partie intégrante de son rôle propre. Ainsi, elle pourra adapter les traitements selon les protocoles médicaux ou de services selon l'article R 4311-8 : « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.* »

Si le traitement s'avère inefficace, il lui faudra donc consulter le médecin pour un réajustement.

Dans un second temps, l'infirmière aura pour rôle l'évaluation des effets indésirables potentiels. Ils varient selon les stades d'antalgiques.

Pour le suivi de la personne âgée, l'évaluation de la douleur doit être écrite et de manière évaluable. Il faut essayer d'utiliser toujours le même moyen d'évaluation de la douleur, ceux qui permet une meilleure appréciation du résultat. Il est bien sur essentiel que l'équipe soignante soit formée à l'évaluation de la douleur.

3.9 Conséquences de la non-prise en charge de la douleur

Le retentissement d'une douleur mal perçue ou mal prise en charge peut avoir de grave conséquences : une anorexie, des troubles du sommeil, de l'agressivité, une dépression, une perte d'élan vital, de l'angoisse, un suicide... Chez la personne âgée, il est donc important de prévenir et prendre en charge la douleur rapidement, car cela pourrait conduire à un syndrome de glissement, qui est parfois fatal pour le patient. De plus, la personne âgée en fin de vie est affaiblie, il faut donc maximiser ses capacités et éviter tous types d'inconfort

3.10 Les réseaux et les équipes mobiles de soins palliatifs : une aide précieuse

Les équipes mobiles de soins palliatifs sont une réelle ressource pour l'équipe soignante. Ce sont des professionnels formés en soins palliatifs et qui suivent régulièrement une formation. C'est une équipe pluridisciplinaire qui comporte, le plus souvent, des médecins, des infirmières, des psychologues et une assistante sociale. L'équipe peut intervenir dans les lieux de vies, au domicile, mais aussi assurer des formations auprès de tous professionnels de santé.

L'équipe mobile de soins palliatifs est présente pour répondre à plusieurs problématiques comme la difficulté d'évaluer la douleur, l'incertitude de la mise en place d'un traitement, les soucis d'éthiques, le besoin d'un second avis, les difficultés de prises de décision, etc...

Les prestations offertes sont multiples :

- une évaluation des symptômes
- des propositions médicales: orientation, anticipation et traitement des effets secondaires et des interactions médicamenteuses, informations sur les complications potentielles et leur gestion
- un dialogue avec le patient et/ou les proches concernant des questions en lien avec la fin de vie (peurs, désir de mort)
- la prévention du risque d'épuisement de l'entourage et des soignants
- l'information et l'aide à l'orientation vers des structures spécialisées en soins palliatifs,
- un espace de parole et d'aide à la prise de recul pour les intervenants impliqués, au moment de la prise en charge et/ou après le décès,
- un soutien lors de décisions éthiques difficiles (hydratation ou alimentation artificielle, abstention thérapeutique, demande de suicide médicalement assisté, par exemple),
- un accompagnement dans l'élaboration de directives anticipées,
- une formation des équipes à l'évaluation des symptômes et des autres besoins et sur des thèmes spécifiques.

Problématique et hypothèse de recherche

Le thème de mon travail part d'une expérience vécue en stage, mais aussi lors d'un remplacement d'été en tant qu'aide-soignante dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

C'est la première fois que j'étais confrontée à des personnes âgées en fin de vie. Je compris, lors de mon stage que la prise en charge de la douleur était essentiel et primordial pour l'équipe. Mais, la prise de conscience de ce problème fut plus importante, lorsque j'étais en poste d'aide-soignante. Je me sentais démuni face à cette situation, ne sachant pas quoi faire, quoi dire et vers qui me tourner. Je pouvais lire la souffrance de la personne âgée pendant les soins, surtout lors de la toilette. Je fis part de ceci à l'infirmière, elle essaya alors d'évaluer la douleur au mieux pour permettre la mise en place d'un traitement antalgique. Ceci était d'autant plus difficile pour moi, puisque je me trouvais là en tant que professionnelle aide-soignante et non en tant qu'étudiante en

soins infirmiers. Je devais donc surmonter cette difficulté pour effectuer la toilette de cette personne. A l'issue du soin, j'avais le sentiment de ne pas être parvenue à soulager la douleur de la personne âgée.

Cela m'a donné envie de travailler sur ce thème dans le cadre de mon travail de fin d'études, d'où ma question de départ :

« Comment l'infirmière en EHPAD peut-elle assurer de façon optimale l'accompagnement d'une personne âgée en situation de soins palliatifs afin d'offrir une fin de vie sans souffrance et éviter de se trouver face à une situation devenue presque insupportable pour la personne âgée comme pour l'équipe soignante ? »

Après, arriver sur cette problématique, j'ai effectuée des recherches théoriques me permettant d'établir mon cadre conceptuel.

Suite à la lecture d'un grand nombre d'ouvrages et de documents, beaucoup d'informations ont émergé concernant le rôle de l'infirmière en ehpad. Tout d'abord sur l'évaluation de la douleur et sa prise en charge. En effet, j'ai pu découvrir qu'il existait plusieurs moyens d'évaluation de la douleur comme des échelles d'analyse, des échelles visuelles, des échelles comportementales etc... Lors des années d'études au sein de l'institut de formation en soins infirmiers, nous avons eu des contenus sur l'évaluation de la douleur, et les outils nous ont été présentés de manière synthétique. Malgré cela, il m'était parfois difficile d'utiliser correctement les outils d'évaluations, car je n'ai pas de formation à leur utilisation et elles ne sont pas toutes adaptées à la personne âgée. Car il est souvent plus difficile d'évaluer la douleur, en cause de démences, de surdité, de compréhension, ou lorsque la personne ne communique plus. Cette situation que je regarde aujourd'hui avec 3 années d'expériences en plus, m'a interpellé. En effet, à ce jour je me suis rendu compte que les échelles d'évaluations des services généraux n'étaient pas forcément adaptées aux personnes âgées. Lors de mes différents stages, j'ai pu observer que l'échelle EVA était la plus utilisées par les soignants, c'est un échelle d'auto-évaluation de la douleur. Comme son nom l'indique, seule la personne peut évaluer sa douleur et y mettre une note. Comment faire dans ce cas-là, pour évaluer la douleur d'une personne qui n'est plus en capacité de s'exprimer et/ou ayant ses capacités de jugements altérés ? De plus, les personnes âgées ne se plaignent pas, car ils pensent que la douleur fait partie du vieillissement.

D'autre part, du point de vue législatif, la prise en charge de la douleur est une obligation légale pour tous professionnels de santé, il est donc primordial pour l'infirmière d'y contribuer. Cela est donc pour moi une priorité lors de l'accompagnement d'une personne âgée en fin de vie. Malgré les notions vues en  cole d'infirmière, il est souvent difficile d'évaluer et donc de prendre en charge

de façon optimale la douleur. Car nous avons des connaissances théoriques mais en pratique, nous ne pouvons pas tout appliquer ce qui nous enseigné par fautes de moyens.

Ensuite, je me suis concentrée sur la spécificité du travail de l'infirmière en gériatrie, j'ai pu comprendre que celui-ci était pourvu de multiples facettes. L'infirmière en ehpad travaille souvent seule et elle n'a pas toujours le médecin pour l'épauler, elle doit donc avoir une certaines bases de connaissances sur le domaine de la gériatrie. Celle-ci lui permet alors de poser des diagnostics et mettre en place des actions cohérentes aux besoins de la personne. La prise en charge de la douleur chez la personne âgée est spécifique. Est-ce que une formation complémentaire permettrait à l'infirmière en ehpad de mieux appréhender la prise en charge de la douleur de la personne âgée en fin de vie ?

Grâce à mes recherches, j'ai pu comprendre alors que de nombreux moyens sont mis à disposition, mais je l'ai est rencontré peu souvent dans les EHPAD, lors de me différents stages. Je me demande alors si l'infirmière en EHPAD est formée à la prise en charge de la douleur spécifique aux personnes âgées. Mais aussi, si elle a les outils nécessaires à son évaluation. Résultant de la découverte de ces divers éléments, mon cheminement de réflexion m'amena à l'hypothèse suivante

« Une formation spécifique et l'utilisation des outils adaptés permettrait à l'infirmière en EHPAD de prendre en charge la douleur de la personne âgée en fin de vie, de façon optimal»

Exploration de la problématique et vérification de l'hypothèse

Méthode utilisée : questionnaires

Choix de la méthode :

Pour continuer l'étude de ma problématique, j'ai choisie l'enquête par questionnaires. J'ai opté pour ce choix car le questionnaire est distribué de façon anonyme et rendu confidentiel. Ceci permet aux équipes de répondre librement aux questions, sans être influencés, de manière objective. De plus, les questionnaires ont été laissés plus ou moins trois semaines dans le service, ce qui permettait aux infirmières d'y répondre quand elles le souhaitaient.

Concernant mon outil, il se déploie sur deux pages, pour un nombre de questions de 20. Les questions sont principalement fermées, mais des questions ouvertes ensuite permettent à l'infirmier(e) d'ajouter une précision si besoin. J'ai choisi ce type de questions, pour permettre une analyse plus fluide.

J'ai fait tester mon questionnaire par une infirmière, qui m'a demandé de faire quelques rectifications. J'ai donc ajouté une phrase expliquant que les questionnaires sont anonymes et j'ai reprécisé mon sujet. De plus, j'ai ajouté deux questions sur les équipes mobiles de soins palliatifs. Dans mes recherches théoriques, j'ai effectivement soulevé l'importance de l'équipe mobile, mais je ne l'avais pas cité dans mon questionnaire.

Population interrogée

La problématique de mon sujet est principalement centré sur le rôle infirmier dans la prise en charge de la douleur d'une personne âgée en situation de fin de vie, j'ai ainsi particulièrement ciblé les EHPAD. Malgré la pluridisciplinarité des soignants participant à cette prise en charge, j'ai décidé de les faire remplir uniquement par des infirmier(e)s, car mon sujet est centré sur les actions

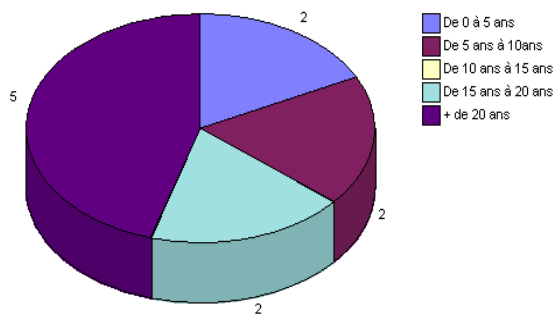
infirmières.

Modalités de diffusion de l'enquête

Lors de mes années d'études en soins infirmiers, j'ai eu beaucoup d'informations sur les EHPAD présents dans la métropole. J'ai donc informé ma guidance de mes choix, ils concernaient deux EHPAD de la région, dont un rattaché à un centre hospitalier. Après son accord, j'ai contacté les directeurs de ces établissements, qui m'ont accordé un rendez-vous avec eux. Nous avons donc convenu ensemble des modalités des questionnaires et je leur ai expliqué ma démarche. J'ai donc déposé 30 questionnaires dans deux EHPAD différents. J'ai été récupérer en main propre les résultats, soit un total de questionnaires.

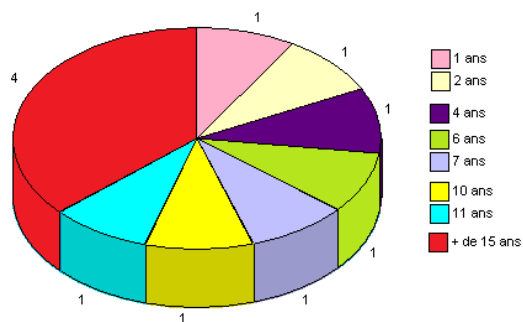
Dépouillement des questionnaires

- Question n°1 : « Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) »



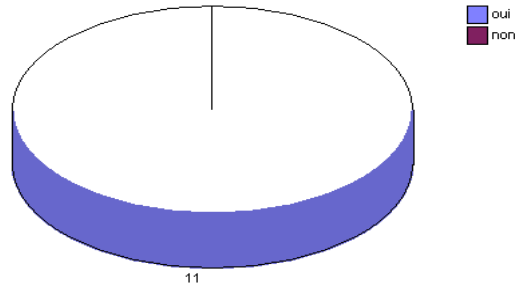
La première question permet de mieux connaître l’infirmière enquêtée. Ici, on peut voir que 45,5% des infirmières interrogées ont plus de 20 ans d’expérience.

- Question n°2 : « Depuis combien d’années exercez-vous la profession d’infirmier(e) en EHPAD ? »



J’ai eu beaucoup de réponses différentes. J’en ai donc fait la moyenne, j’obtiens donc une moyenne de 10,5 années d’exercice en EHPAD. Ce chiffre nous permet de voir que les infirmières interrogées ont beaucoup d’expérience dans le domaine de la gériatrie.

- Question n°3 : « Avez-vous déjà été confronté(e) à la douleur d'une personne âgées »

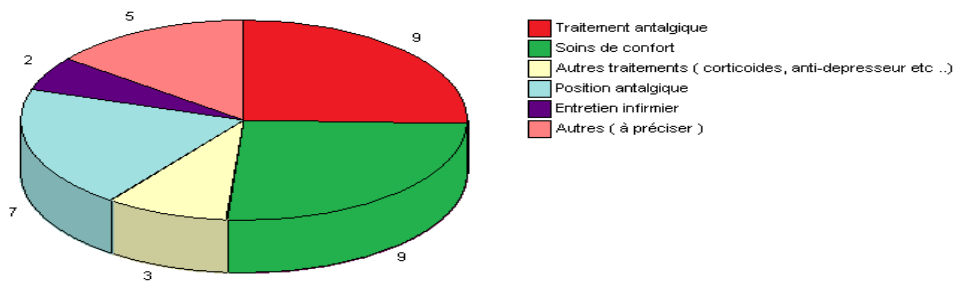


Sur 11 questionnaires, 100% des infirmières ont répondu « oui »

- Question n°4 : « Si oui, dans quelle situation ? Et quel était le type de douleur ? »

Concernant les différents types de douleurs, les réponses sont variées, j'ai donc classé les réponses en 9 parties :

- 63,6% des infirmières citent des douleurs articulaires ou osseuses (prothèse de hanche douloureuse et arthrose principalement)
 - 54,5% font référence à la fin de vie
 - 45,5% évoquent des douleurs liées aux escarres (stade 3 et 4)
 - 27,7% citent des douleurs suite à une fracture et des douleurs aiguës (céphalées, estomac, dentaires)
 - 18,1% mentionnent des douleurs chroniques, des douleurs neurogènes et des douleurs lors de soins (principalement lors des pansements)
 - 9% des infirmières constatent des douleurs liées à un cancer
- Question n°5 : « Quels moyens avez-vous mis en place pour pallier à la douleur ? »

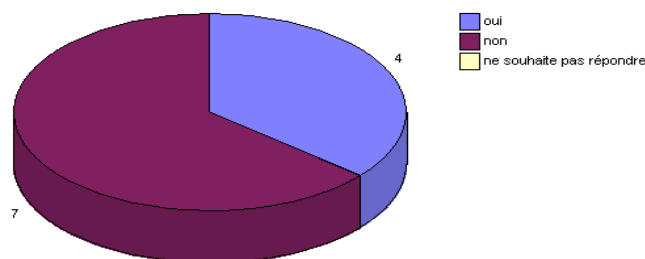


Les infirmières font principalement référence aux soins de confort et aux traitements antalgiques, cela concerne 81,8% de la population interrogée. De plus, 63,6% des infirmières parlent des positions antalgiques. Ensuite, 45,5 % ont coché la case autre, elles précisent alors qu'il s'agit de traitement antalgique non médicamenteux comme les massages, la musicothérapie et la kinésithérapie.

- Question n°6 : « Quel est votre ressenti par rapport à votre prise en charge ? »

Il y a 10 infirmières sur 11 qui ont répondu à la question. Il y a 50% des infirmières qui évoquent le manque de temps et de moyens adaptés puis 40% citent une prise en charge difficile et 10% parlent d'impuissance.

- Question n°7 : « Avez-vous reçu une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur ? »

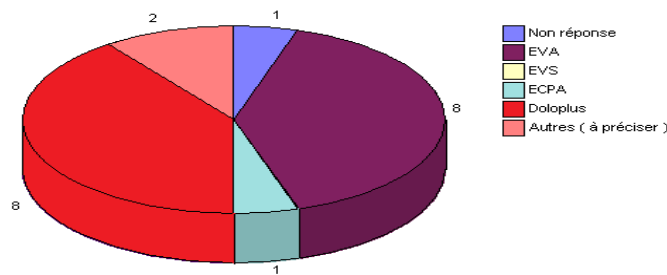


Il y a 100% des infirmières qui ont répondu à la question, 63,4% d'entre elles ont répondu non et 36,6% ont répondu oui.

- Question n°8 : « Si oui qu'avez-vous appris ? »

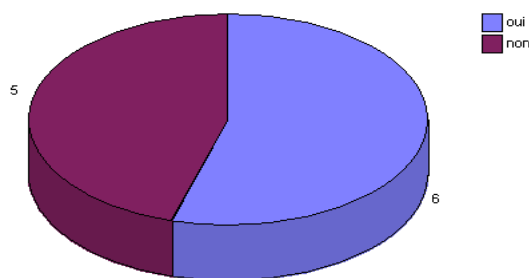
En réponse, 2 infirmières sur 4 font référence à la formation kalinox puis une infirmière a évoqué la formation sur l'outil Doloplus et une autre infirmière parle de la formation sur les différentes thérapeutiques.

- Question n°9 : « Quels moyens utilisez-vous pour évaluer la douleur ? »



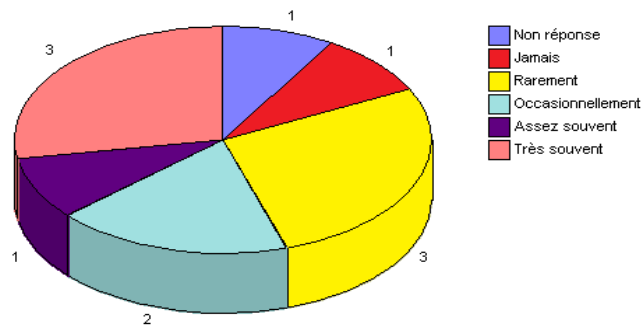
Seulement une infirmière sur 11 n'a pas répondu à la question. Cependant, 72,7% font référence à l'échelle EVA et à l'échelle Doloplus. Puis, 18,2 % ont coché la case autre, elles ont ainsi précisé qu'elles se basées sur l'observation de la personne âgée, de son faciès pour effectuer l'évaluation de la douleur.

- Question n°10 : « Avez-vous reçu une formation pour l'utilisation de ces outils ? »



Il y a 54,5 % des personnes interrogées qui ont répondu « oui » et 45,5% qui ont répondu « non ».

- Question n°11 : « Utilisez-vous ces outils ? »

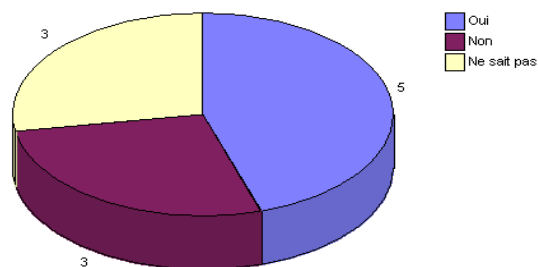


J'ai obtenu 10 réponses sur 11 pour cette question. Il y a 10% des infirmières qui n'utilisent jamais les outils, 30% les utilisent rarement, 20% les utilisent occasionnellement, 10% les utilisent assez souvent et 30% les utilisent très souvent.

- Question n°12 : « Pourquoi ? »

On retrouve 36,3% des infirmières qui évoquent l'utilisation des outils d'évaluation pour répondre au protocole du service. Puis, 54,5% des infirmières interrogées mentionnent que les outils d'évaluation ne sont pas adaptés à la personne âgée, et 18,2% des infirmières font une évaluation de la douleur grâce aux outils lorsque le médecin le demande.

- Question n°13 : « Existe-t-il un protocole de prise en charge dans votre service ? »



Pour cette réponse, 45,5% des infirmières sondées ont répondu « oui » à la question puis 27,3% des infirmières ont répondu « non » et « ne sait pas ».

- Question n°14 : « Si oui, en quoi consiste-t-il ? »

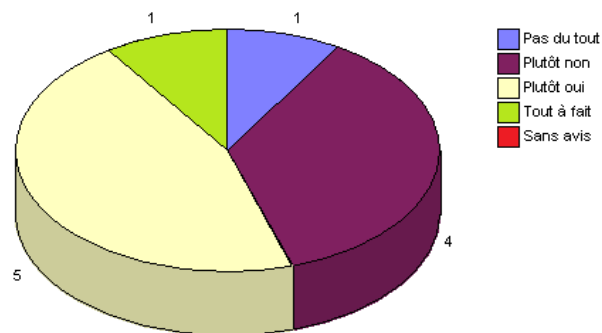
On peut voir que dans cette réponse nous avons plusieurs réponses différentes. Une infirmière cite « un signalement au médecin, une évaluation avec l'échelle doloplus puis la

mise en place d'un traitement antalgique ». La deuxième infirmière évoque « *évaluation avant la mise en place du traitement* ». Les deux suivantes mentionnent « *une prise en charge rapide avec l'équipe pluridisciplinaire et réajustement si besoin* ».

- Question n°15 : « Quel(s) types de soins réalisez-vous dans le cadre de votre rôle propre pour soulager la douleur ? »

Il y a 45,4% des infirmières qui réalisent des soins de confort et des massages, dans le cadre de leur rôle propre, pour soulager la douleur. Ensuite, 36,3% des infirmières sondées effectuent soit le regroupement des soins, des effleurages et friction, des changements de position ou utilisent du matériel spécifique (matelas, coussin de décharge)

- Question n°16 : « Pensez-vous que la prise en charge de la douleur est optimale dans votre service ? »



Il y a 45,5% des infirmières qui répondent « plutôt oui », 36,4% qui disent « plutôt non » et 9,1% qui indiquent « tout à fait » ou « pas du tout ». Toutes les infirmières ont répondues à la question, aucune d'entre-elles est « sans avis ».

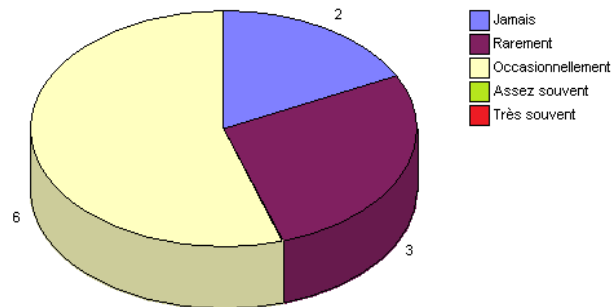
- Question n°17 : « Si non, que ressentez-vous ? »

Il y a quatre infirmières qui ont répondues à la question, voici leur réponse :

- Pas toujours écoutée par l'équipe médicale

- Cela est difficile de répondre aux besoins de la personne âgée
- Il manque de moyens et de personnels
- Impuissance, fatalité

- Question n°18 : « Faites-vous appel aux équipes mobiles de soins palliatifs ? »



Il y a 54,5% des infirmières qui ont répondu « occasionnellement », 27,2% qui disent « rarement » et 18,1% notent « jamais ».

- Question n°19 : « Que vous apporte-t-elle ? »

Il y a 6 infirmières qui ont répondu à la question. On peut voir que 50% des infirmières disent que les équipes mobiles de soins palliatifs leur permet une meilleure prise en charge grâce à leurs connaissances qui sont spécifique à la personne âgée. Puis, 33,3 des infirmières expriment que les équipes mobiles leur apportent une autre approche de la personne et un soutien.

- Question n°20 : « Qu'envisageriez-vous pour améliorer votre prise en charge ? »

Il y a 8 infirmières qui ont répondu à la question. On peut voir que 62,5% des infirmières voudraient plus de formation et de moyens matériel et humain. Puis 12,5% des infirmières souhaiteraient développer d'autres techniques de prise en charge et utiliser plus souvent les outils d'évaluation.

Analyse

Profil des enquêtés et étiologie des douleurs

Après dépouillement des réponses, on comprend que plus de 50% des infirmières sont diplômées depuis plus de 15 ans dont une moyenne 10,5 années d'exercice en EHPAD. Grâce à ces données, on peut affirmer que les infirmières sondées ont une certaine base de connaissance générale mais aussi spécifique à la personne âgée, cela nous permet d'obtenir une plus grande fiabilité des réponses.

Durant leurs années d'exercice, 100% des infirmières ont déjà été confrontés à la douleur de la personne âgée, on comprend alors que la douleur est un phénomène très important au sein d'un EHPAD. Les douleurs les plus citées sont les douleurs articulaires, en effet 63,6% des infirmières ont mentionnés cette réponse. En effet, la plupart des personnes âgées souffrent de douleurs articulaires liées à des pathologies rencontrées fréquemment, comme par exemple l'arthrose, l'ostéoporose. Il est donc important de prévenir ces pathologies grâce à des traitements, des exercices, de la kinésithérapie. Ensuite, nous retrouvons les douleurs liées à la fin de vie de la personne âgée. Dans ce contexte, la personne peut ressentir différents types de douleurs liées à plusieurs facteurs. Par exemple, des douleurs articulaires liées à l'immobilisation, des douleurs liées à des plaies comme les escarres (45,5%), des douleurs aiguës (27,7%) comme des céphalées, crampe d'estomac, dentaires. Il est donc primordial de travailler en pluridisciplinarité pour permettre la prévention des escarres, grâce à des changements de position, des effleurages et maintenir un apport hydrique suffisant. De plus, 18,1% des infirmières ont fait référence à des douleurs chroniques et neurogènes, l'infirmière doit alors prendre en charge la douleur de façon systématique et un traitement de longue durée est alors mis en place.

Evaluation de la douleur

Les moyens les plus utilisés par les infirmières en EHPAD pour évaluer la douleur de la personne âgée sont l'échelle EVA et l'échelle Doloplus pour 72,7% d'entre-elles. Le moyen qui arrive en deuxième position est l'observation de la personne âgée pour apprécier la douleur. Mais il est alors

important de connaître le comportement de la personne initialement et l'évaluation peut varier selon l'appréciation des infirmières qui peuvent avoir des avis divergents.

Il y a plus de la moitié des infirmières (54,5%) qui ont reçu une formation pour l'utilisation des outils, ce qui reste encore peu, car les outils d'évaluation sont très importants et la façon la plus fiable d'évaluer la douleur dans certaines situations. Les infirmières ont une manière partagée d'utiliser les outils, certaines les utilisent souvent (40%) et d'autres les utilisent rarement voir jamais. J'ai donc voulu connaître les causes de ces divergences. Plus de la moitié des infirmières (54,5%) évoquent que les outils ne sont pas toujours adaptés à la personne âgée et d'autres le font pour suivre le protocole (36,3%) ou la demande du médecin (18,2%). Il serait donc judicieux de former les infirmières sur l'utilisation de ces outils et de clarifier, quelles échelles pour quelles personnes ? En effet, chez la personne âgée il est souvent difficile d'évaluer la douleur, pour cause de démence, de difficulté de compréhension.

Traitement de la douleur

Pour la prise en charge de la douleur 81,8% des infirmières font référence à la prescription médicale d'antalgique. Toutefois, 45,5% des infirmières reconnaissent la présence d'un protocole de prise en charge de la douleur et 27,3 d'entre-elles ne peuvent répondre à la question ou évoquent l'absence de protocole. Cependant, cela peut être une réelle ressource pour l'infirmière en EHPAD, car le médecin n'est pas toujours présent dans la structure. Les infirmières ayant répondu « oui » ont précisé ensuite que bien souvent le protocole porté sur l'évaluation de la douleur, du signalement au médecin et de la mise en place du traitement. Ceci, est semblable à la conduite à tenir lorsqu'une personne présente des douleurs, il n'est donc pas spécifique à la personne âgée en fin de vie. Mais, par son rôle propre, elle peut également mettre en place des actions. J'ai donc voulu connaître les principales actions faites par l'infirmière pour pallier à la douleur. Les principales actions faites sont les soins de confort et les massages pour 45,3% d'entre-elles, mais elles citent également les positions antalgiques, les coussins de décharge et les changements de position pour 36,3%. Effectivement, le patient peut se mettre dans une position qui lui est confortable et qui permettra de diminuer les douleurs ressenties. Lors d'une situation de fin de vie, la personne n'est pas toujours capable de le faire seule, c'est alors à l'infirmière en collaboration avec l'aide-soignante de mettre la personne dans une position confortable. La limite de cette action est qu'il faut changer la position plusieurs fois par jour pour éviter ainsi tous types de complications comme les escarres. Pour cela, l'infirmière peut donc utiliser du matériel spécifique (coussins de décharge, matelas), en accord avec le médecin car certains matériels sont sur prescription médicale, comme le matelas par exemple. Les soins de confort restent les points forts du rôle propre de l'infirmière en collaboration avec l'aide-soignant, il est donc nécessaire de les effectuer le plus souvent possible, même si cela

est souvent difficile par manque de temps et de personnels. En effet, j'ai cherché à avoir le ressenti des soignants par rapport à leur prise en charge. Il y a 50% des infirmières qui évoquent un manque de temps et de personnels, et néanmoins une prise en charge qui reste difficile pour 40% de la population interrogées. Les infirmières ont-elle connaissance du bénéfice que peut avoir leurs actions sur la douleur ? Ne se estiment-elle pas leurs effets antalgiques ?

Formation des infirmières

La personne âgée à des besoins spécifiques, il me semblait donc important de savoir si les infirmières ont reçu une formation sur la douleur et la personne âgée. Plus de 63% d'entre-elle non reçu aucune formation, elles ont donc comme ressource les cours enseignés et leur expérience professionnelle. De plus, la plupart des infirmières interrogées ont plus de 15 ans d'expérience. Il serait donc judicieux de faire une formation permettant de leur apprendre les nouvelles techniques car de nombreux progrès sont faits chaque année. Néanmoins, il y a 36,6% des infirmières qui avouent avoir suivi une formation. Elles précisent alors que la formation était centrée sur l'échelle doloplus et sur l'utilisation du kalinox, qui est un analgésique permettant au patient d'être relaxé dans un état de sédation consciente.

Ressenti des infirmières

Les avis des infirmières sont partagés lorsqu'on leur demande de dire ce qu'elle pense de la prise en charge de la douleur dans leur service. On peut voir que 45,5% des infirmières pensent que la prise en charge est plutôt optimale, alors que 36,4% des infirmières pensent qu'elle n'est pas optimale. J'ai déposé mes questionnaires dans deux structures différentes, et j'ai récupéré le même nombre dans chaque EHPAD. Pourquoi y-a-t-il une telle différence de ressenti ? Nous n'avons pas tous la même façon de ressentir la douleur et de l'interpréter, tant par notre expérience, que notre vécu. Ainsi, par rapport à la prise en charge insuffisante de la douleur, les infirmières évoquent un manque d'écoute de l'équipe médicale et le manque de moyens humains et matériels. Une infirmière dit ressentir de l'impuissance face à cette prise en charge difficile. Pour une meilleure reconnaissance de l'équipe médicale, ne serait-il pas pertinent d'inclure pendant les transmissions, un temps réservé aux personnes souffrant de douleur, reprenant l'évaluation à ce jour et l'action mise en place ?

Propositions d'axes d'amélioration

Comme nous venons de le voir, la prise en charge de la douleur chez la personne âgée en fin de vie est une priorité pour l'infirmière, c'est un phénomène récurrent et des infirmières pensent que leurs prise en charge n'est pas optimale. J'ai donc voulu laisser la parole à l'infirmière pour connaître ce

dont elle aurait besoin, ce qui l'aiderait dans sa prise en charge.

Pour 62,5% des infirmières interrogées, il faudrait augmenter le nombre de formations et mettre en plus de moyens matériel et humains. Ceci permettrait une connaissance plus spécifique de la personne âgée, des traitements médicamenteux et d'utiliser les échelles d'évaluation plus facilement. Elles pourraient alors bénéficier de conseils pratiques et adaptés au service de soins.

Ensuite, j'ai demandé l'avis des infirmières sur les équipes mobiles de soins palliatifs. Pour 54,5% des infirmières, elles font appel occasionnellement aux équipes mobiles, et pour 18,2% font jamais appel aux équipes. Cependant, les infirmières avouent que les équipes leur permettent d'avoir des connaissances spécifiques à la personne qui permettent de prendre en charge la douleur de façon optimale. Elles se sentent soutenues par les équipes et leur permettent de répondre à des problématiques parfois difficiles. De plus, les équipes apportent un avis extérieur et permettent donc de retracer l'histoire de vie de la personne, qui permet de la prendre en charge de façon globale. Pourquoi les équipes sont-elles alors sollicitées dans certains EHPAD ? On sait que ces équipes effectuent des formations sur le terrain pour permettre aux soignants d'appliquer leurs conseils et leur pratique.

Enfin, un infirmier sur dix évoque la possibilité d'utiliser plus souvent les outils d'évaluation. Comme nous venons de le voir, les outils sont une réelle ressource mais ne sont pas toujours adaptés à la personne âgée en fin de vie.

Conclusion

C'est avec beaucoup de difficultés que j'ai effectué ce travail de fin d'étude tant par le manque de temps, et la difficulté de compréhension de la méthodologie. Néanmoins, il m'a permis d'effectuer des recherches sur un sujet qui me tient à cœur, et de confronter la théorie à la pratique grâce à l'enquête réalisée auprès des infirmières en EHPAD.

Ainsi, ce travail me permet d'affirmer mon hypothèse de départ, les infirmiers sont en demande de formation par rapport à la prise en charge de la douleur, et avouent que celle-ci leur serait bénéfique. De plus, elle appuie l'idée d'adapter les outils d'évaluation de la douleur en fonction de l'état de la personne soignée.

De plus, les infirmières n'ont peut-être pas totalement conscience des bienfaits de leurs soins

sur rôle propre. Une confrontation avec les équipes mobiles de soins palliatifs leur permettraient peut être d'appuyer cette idée et de revaloriser les soins de confort dans la prise en charge de la douleur.

Malgré cela, il est nécessaire que les soignants disposent de moyens humains et matériel suffisant pour assurer une prise en charge optimale, ce que les infirmières ont soulevés également.

A-t-il une réponse à cette problématique ? Ceci est une nouvelle réflexion à mener, tant par le côté économique mais aussi par le bénéfice possible de cette démarche.

Références bibliographiques

La seule douleur supportable, c'est celle de autre (René Leriche)

Livre :

- DAUGE.I et VERICOURT.G *les soins palliatifs*, édité par « milan eds », paru en octobre 2000
- JAEGER.C *la gérontologie*, édité par « que sais-je », paru en octobre 2008
- MANOUKIAN.A *les soignants et les personnes âgées*, édité par « lamarre », paru en décembre 2007
- Docteur SERRIE.A *vaincre la douleur*, édité par « Michel Lafon », paru en octobre 2007
- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, *l'infirmière et les soins palliatifs*,

- Que sais-je ? *Le métier d'infirmière en France*
- Nouveaux cahiers de l'infirmière *Gérontologie et gériopsychiatrie*,
- Edition Masson *Soins infirmiers et douleur*
- Modulo pratique gériatrie

Revue / enquête

- Cahier N°II - L'Infirmière magazine - N°206 - Juin 2005
- Courrier du médecin vaudois n°1-2009
- Communiqué de l'INSERM datant du 19 avril 2012

Sites internet :

- <http://www.sanitaire-social.com/annuaire/ehpad/30>
- <http://www.defiscalisation-ehpad.fr/etablissement-hebergement-personnes-agees-dependantes.html>
- http://www.institutupsadouleur.org/Protected/UserFiles/IgwsIudV5/Resources/Document/ouvrages/Pratique_du_traitement_douleur/institut-upsadouleur-pratique-traitement-douleur-chap-6.pdf
- http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=projpop0550#contenu
- <http://www.lesechos.fr/economie-politique/france/dossier/300407506/300407518-retraite-l-age-moyen-de-depart-est-remonte-de-six-mois-en-2009-apres-des-annees-de-recul-64904.php>
- http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf

Extrait législatif

- Décret n°2004-11-24-28-801 du 29 /07/2004 extrait du code de la santé publique, relatifs à la profession infirmiers et à l'exercice de la profession et aux actes de soins infirmiers
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique
- Extrait de la charte des droits et liberté de la personne âgées dépendantes

- Extrait de la charte de la personne hospitalisée

Annexes

- Extrait de la charte de la personne hospitalisée
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance
- Echelle d'évaluation de la douleur : DOLOPLUS
- Echelle d'évaluation de la douleur : ECPA
- Tableaux récapitulatif des différentes espérances de vie
- Questionnaire distribué aux professionnels



Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

- 1** **Choix de vie**
Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
- 2** **Domicile et environnement**
Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
- 3** **Une vie sociale malgré les handicaps**
Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.
- 4** **Présence et rôle des proches**
Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
- 5** **Patrimoine et revenus**
Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus.
- 6** **Valorisation de l'activité**
Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.
- 7** **Liberté de conscience et pratique religieuse**
Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- 8** **Préserver l'autonomie et prévenir**
La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.
- 9** **Droit aux soins**
Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.
- 10** **Qualification des intervenants**
Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisants.
- 11** **Respect de la fin de vie**
Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
- 12** **La recherche : une priorité et un devoir**
La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.
- 13** **Exercice des droits et protection juridique de la personne**
Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.
- 14** **L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion**
L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son accomplissement. Cette Charte a pour objectif d'affirmer la dignité de la personne âgée en situation de handicap ou devenue dépendante et de rappeler ses libertés et ses droits ainsi que les obligations de la société à l'égard des plus vulnérables.

<p>Article 1 CHOIX DE VIE Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.</p>	<p>Article 8 PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.</p>
<p>Article 2 CADRE DE VIE Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.</p>	<p>Article 9 DROITS AUX SOINS ET A LA COMPENSATION DES HANDICAPS Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.</p>
<p>Article 3 VIE SOCIALE ET CULTURELLE Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.</p>	<p>Article 10 QUALIFICATION DES INTERVENANTS Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.</p>
<p>Article 4 PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.</p>	<p>Article 11 RESPECT DE LA FIN DE VIE Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.</p>
<p>Article 5 PATRIMOINE ET REVENUS Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.</p>	<p>Article 12 LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.</p>
<p>Article 6 VALORISATION DE L'ACTIVITÉ Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.</p>	<p>Article 13 EXERCICES DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE VULNÉRABLE Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.</p>
<p>Article 7 LIBERTÉ D'EXPRESSION ET LIBERTÉS DE CONSCIENCE Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.</p>	<p>Article 14 L'INFORMATION L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.</p>

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

Nom, prénom, service

dates

Échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée - DOLOPLUS-2 . 1999

RETENTISSEMENT SOMATIQUE				
1 - Plaintes somatiques	a. pas de plaintes	0	0	0
	b. plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1
	c. plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2
	d. plaintes spontanées continues	3	3	3
2 - Positions antalgiques au repos	a. pas de position antalgique	0	0	0
	b. le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1
	c. position antalgique permanente et efficace	2	2	2
	d. position antalgique permanente inefficace	3	3	3
3 - Protection de zones douloureuses	a. pas de protection	0	0	0
	b. protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1
	c. protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2
	d. protection au repos en l'absence de toute sollicitation	3	3	3
4 - Mimique	a. mimique habituelle	0	0	0
	b. mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1
	c. mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2
	d. mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3
5 - Sommeil	a. sommeil habituel	0	0	0
	b. difficultés d'endormissement	1	1	1
	c. réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2
	d. insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR				
6 - Toilette et/ou habillage	a. possibilités habituelles inchangées	0	0	0
	b. possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1
	c. possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2
	d. toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant une opposition à toute tentative	3	3	3
7 - Mouvements	a. possibilités habituelles inchangées	0	0	0
	b. possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1
	c. possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2
	d. mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL				
8 - Communication	a. inchangée	0	0	0
	b. intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1
	c. diminuée (la personne s'isole)	2	2	2
	d. absence ou refus de communication	3	3	3
9 - Vie sociale	a. participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)	0	0	0
	b. participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1
	c. refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2
	d. refus de toute vie sociale	3	3	3
10 - Troubles du comportement	a. comportement habituel	0	0	0
	b. troubles du comportement relationnel itératif	1	1	1
	c. troubles du comportement relationnel permanent	2	2	2
	d. troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3
Score				

Échelle validée le 28 janvier 1999 - Le généraliste et la gérontologie - avril 2000 - n° 64

Dr Bernard Wary - Centre Régional de Soins Palliatifs - CHR Metz Thionville - BP 60327 - 57126 Thionville cedex

Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)

Personne âgée communicante

I. OBSERVATIONS EN DEHORS DES SOINS

1° Plaintes exprimées en dehors du soin		3° Position spontanée au repos	
0 : Le sujet ne se plaint pas	0	0 : Aucune position antalgique	0
1 : Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	1	1 : Le sujet évite une position	1
2 : Le sujet se plaint en présence de quelqu'un	2	2 : Le sujet choisit une position antalgique	2
3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3	3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4	4 : Le sujet reste immobile	4
2° L'expression du visage : regard, mimiques			
0 : Visage détendu	0		
1 : Visage soucieux	1		
2 : Le sujet grimace de temps en temps	2		
3 : Regard effrayé et/ou visage crispé	3		
4 : Expression complètement figée	4		

II. OBSERVATIONS PENDANT LES SOINS

4° Anticipation anxieuse des soins		6° Réactions pendant les soins des zones douloureuses	
0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété	0	0 : Aucune réaction pendant les soins	0
1 : Angoisse du regard, impression de peur	1	1 : Réaction pendant les soins, sans plus	1
2 : Sujet agité	2	2 : Réaction au toucher des zones douloureuses	2
3 : Sujet agressif	3	3 : Réaction à l'effleurement des zones	3
4 : Crie, soupirs, gémissements	4	4 : L'approche des zones est impossible	4
5° Réactions pendant la mobilisation		7° Plaintes exprimées pendant le soin	
0 : Le sujet se laisse mobiliser et/ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0	0 : Le sujet ne se plaint pas	0
1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1	1 : Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	1
2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2	2 : Le sujet se plaint en présence de quelqu'un	2
3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3	3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4	4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

III. RÉPERCUSSIONS SUR L'ACTIVITÉ

8° Sur l'appétit		10° Sur les mouvements	
0 : Pas de modifications de l'appétit	0	0 : Le sujet se mobilise comme d'habitude	0
1 : Appétit légèrement réduit : ne mange qu'une partie de sa nourriture	1	1 : Le sujet bouge comme d'habitude, mais évite certains mouvements	1
2 : A besoin de sollicitations pour manger une partie de sa nourriture	2	2 : Lenteur, rareté des mouvements	2
3 : Malgré les sollicitations, ne mange que quelques bouchées	3	3 : Immobilité	3
4 : Refuse toute nourriture	4	4 : Prostration ou agitation	4
9° Sur le sommeil		11° Sur la communication	
0 : Bon sommeil, au réveil le sujet est reposé	0	0 : Contact habituel	0
1 : Difficultés d'endormissement ou réveil matinal précoce	1	1 : Contact difficile à établir	1
2 : Difficultés d'endormissement et réveil matinal précoce	2	2 : Évite la relation	2
3 : Réveils nocturnes en plus des signes précédents	3	3 : Absence de tout contact	3
4 : Sommeil rare ou absent	4	4 : Indifférence totale	4
		ECPA - 4° version - personne âgée communicante - 1999	
		D. Morillo, M. Alla (CEP-Care), A. Tassin, T. Bernierin - CE La Rochelle - 1999	
		Source : Dr L'Église - Dr E. Alzabala et 996000 - Montpellier - 2004 que : I. Le bon	



Prise en charge de la douleur chez la personne âgée en fin de vie

ATPLU 2012 - JFSI roubaix

Bonjour, dans le cadre de mon travail de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'état infirmier, je me permet de vous soumettre ce questionnaire. Je vous remercie d'avance de l'attention que vous porterez à mon travail. Les réponses obtenues resteront anonymes et ne seront exploitées ultérieurement. Les questions ci-dessous sont centrées sur la personne âgée en fin de vie et non la personne âgée de manière générale.

Profil de l'enquête

1. Depuis combien de temps êtes vous diplômé(e) ?

- De 0 à 3 ans De 5 ans à 10 ans De 10 ans à 15 ans De 15 ans à 20 ans + de 20 ans

2. Depuis combien d'années exercez-vous la profession d'infirmier(e) en EHPAD ?

- de 1 ans 1 ans 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans 6 ans
 7 ans 8 ans 9 ans 10 ans 11 ans 12 ans 13 ans
 14 ans 15 ans + de 15 ans

Votre expérience professionnelle

3. Avez-vous déjà été confronté(e) à la douleur d'une personne âgée ?

- oui non

4. Si oui, dans quelle situation? Et quel était le type de douleur?

5. Quels moyens avez vous mis en place pour pallier à la douleur ?

- Traitement antalgique Soins de confort Autres traitements (corticoides, anti-dépresseur etc.)
 Position antalgique Soutien infirmier Autres (à préciser)

Vous pouvez cocher plusieurs cases

6. Quel est votre ressenti par rapport à votre prise en charge ?

Formation sur la douleur

7. Avez-vous suivi une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur ?

- oui non ne souhaitez pas répondre

8. Si oui, qu'avez vous appris ?

Evaluation de la douleur

9. Quels moyens utilisez vous pour évaluer la douleur ?

- EVA EVS ECPA Dolophas Autres (à préciser)

Vous pouvez cocher plusieurs cases

10. Avez-vous reçu une formation pour l'utilisation des outils d'évaluation ?

- oui non

11. Utilisez-vous ces outils :

- Jamais Rarement Occasionnellement Assez souvent Très souvent

12. Pourquoi?

Traitement de la douleur

13. Est-il existé un protocole de prise en charge de la douleur dans votre service ?

- Oui Non Ne sait pas

Aller à "Question 13" et "Question 13 - 16e" et "Question 13 - 16e suit pas"

14. Si oui en quoi consiste-t-il ?

15. Quel(s) type(s) de soin(s) réalisez-vous dans le cadre de votre rôle propre pour soulager la douleur ?

16. Pensez-vous que la prise en charge de la douleur est optimale dans votre service ?

- Pas du tout Partiellement Partiellement oui Tout à fait Sans avis

17. Si non, que ressentez-vous ?

18. Faites-vous appel aux équipes mobiles de soins palliatifs ?

- Jamais Rarement Occasionnellement Assez souvent Très souvent

19. Que vous apporte-t-elle ?

20. Qu'entendez-vous pour améliorer cette prise en charge ?



Prise en charge de la douleur chez la personne âgée en fin de vie

AVRIL 2012 - IFSI roubaix

Bonjour, dans le cadre de mon travail de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'état infirmier, je me permet de vous soumettre ce questionnaire. Je vous remercie d'avance de l'attention que vous porterez à mon travail. Les réponses obtenues resteront anonymes et ne seront exploitées ultérieurement. Les questions ci-dessous sont centrées sur la personne âgée en fin de vie et non la personne âgée de manière générale.

Profil de l'enquêté

1. Depuis combien de temps êtes vous diplômé(e) ?

- De 0 à 3 ans De 3 ans à 10 ans De 10 ans à 15 ans De 15 ans à 20 ans + de 20 ans

2. Depuis combien d'années exercez-vous la profession d'infirmier(e) en EHPAD ?

- de 1 ans 1 ans 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans 6 ans
 7 ans 8 ans 9 ans 10 ans 11 ans 12 ans 13 ans
 14 ans 15 ans + de 15 ans

Votre expérience professionnelle

3. Avez-vous déjà été confronté(e) à la douleur d'une personne âgée ?

- oui non

4. Si oui, dans quelle situation ? Et quel était le type de douleur ?

5. Quels moyens avez-vous mis en place pour pallier à la douleur ?

- Traitement antalgique Soins de confort Autres traitements (corticoïdes, anti-dépresseur etc...)
 Position antalgique Entretien infirmier Autres (à préciser)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

6. Quel est votre ressenti par rapport à votre prise en charge ?

Formation sur la douleur

7. Avez-vous suivi une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur ?

- oui non ne souhaite pas répondre

8. Si oui, qu'avez-vous appris ?

Evaluation de la douleur

9. Quels moyens utilisez-vous pour évaluer la douleur ?

- EVA EVS SCPA Doloplus Autres (à préciser)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

10. Avez-vous reçu une formation pour l'utilisation des outils d'évaluation ?

- oui non

11. Utilisez-vous ces outils :

- Jamais Rarement Occasionnellement Assez souvent Très souvent

12. Pourquoi ?

Traitement de la douleur

13. Est-il existé un protocole de prise en charge de la douleur dans votre service ?

- Oui Non Ne sait pas

Aller à "Question 11" si "Question 13 = "Non" et "Question 13 = "Ne sait pas"

14. Si oui en quoi consiste-t-il ?

15. Quel(s) type(s) de soin(s) réalisez-vous dans le cadre de votre rôle propre pour soulager la douleur ?

16. Pensez-vous que la prise en charge de la douleur est optimale dans votre service ?

- Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait Sans avis

17. Si non, que ressentez-vous ?

18. Faites-vous appel aux équipes mobiles de soins palliatifs ?

- Jamais Rarement Occasionnellement Assez souvent Très souvent

19. Que vous apporte-t-elle ?

20. Qu'entendez-vous pour améliorer cette prise en charge ?

La prise en charge de la douleur chez une personne âgée en fin de vie en EHPAD

La réalisation de ce travail a été fait dans le cadre des années d'études en soins infirmiers. Il s'articule autour de la personne âgée en fin de vie et la prise en charge de la douleur. Il tente de répondre à une question : Quelles actions l'infirmière peut-elle mettre en place afin de prendre en charge la douleur de la personne âgée en fin de vie, de façon optimale ?

J'ai voulu répondre à cette problématique, car durant mes années de formation au sein de l'institut en soins infirmiers, j'ai pu effectuer des stages dans divers établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. J'ai alors observé que bien souvent, il était difficile pour l'infirmière, souvent seule dans la structure, d'évaluer et de prendre en charge la douleur d'une personne âgée en fin de vie.

Suite à ce constat, j'ai effectué une enquête auprès des infirmières travaillant en EHPAD, dans la métropole lilloise, afin de mettre en avant l'importance de l'utilisation des outils d'évaluation et d'une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur d'une personne âgée en fin de vie.

Il est donc important de souligner que ce travail permettra d'optimiser la prise en charge de la douleur. Il est adressé particulièrement aux infirmières en EHPAD, mais il est une source de plusieurs réflexions pouvant être faite par tous professionnels.

Pain coverage for an elderly and ending-life-person in houses for dependant

elderly.

This work realization took place in scholarship for nursing cares. It deals about elderly person at the end of one's life, and coverage for pain. This work is likely to answer one question : Which actions can nurses providing for optimal pain coverage by elderly and ending-life-person ?

I wanted to answer this question because, I attended several training courses in houses for dependant elderly all my scholarship-as-a-nurse long. I noticed that was really hard for nurses, most of the time alone in the place, to estimate, and care for elderly ending-life-person in pain.

Further to this report, I settled an investigation towards nurses working in houses for dependant elderly, in the city of Lille. The aim was to advance the importance of using estimation tools, and attending specific courses about pain coverage for elderly and ending-life-people.

It's important to underline that this study will allow optimizing pain coverage. This study is concerning nurses in houses for elderly people but, it gives roots to several thought which are concerning every professional.

Key word's : Geriatrics nurse , elderly person, pain, ending life.

