

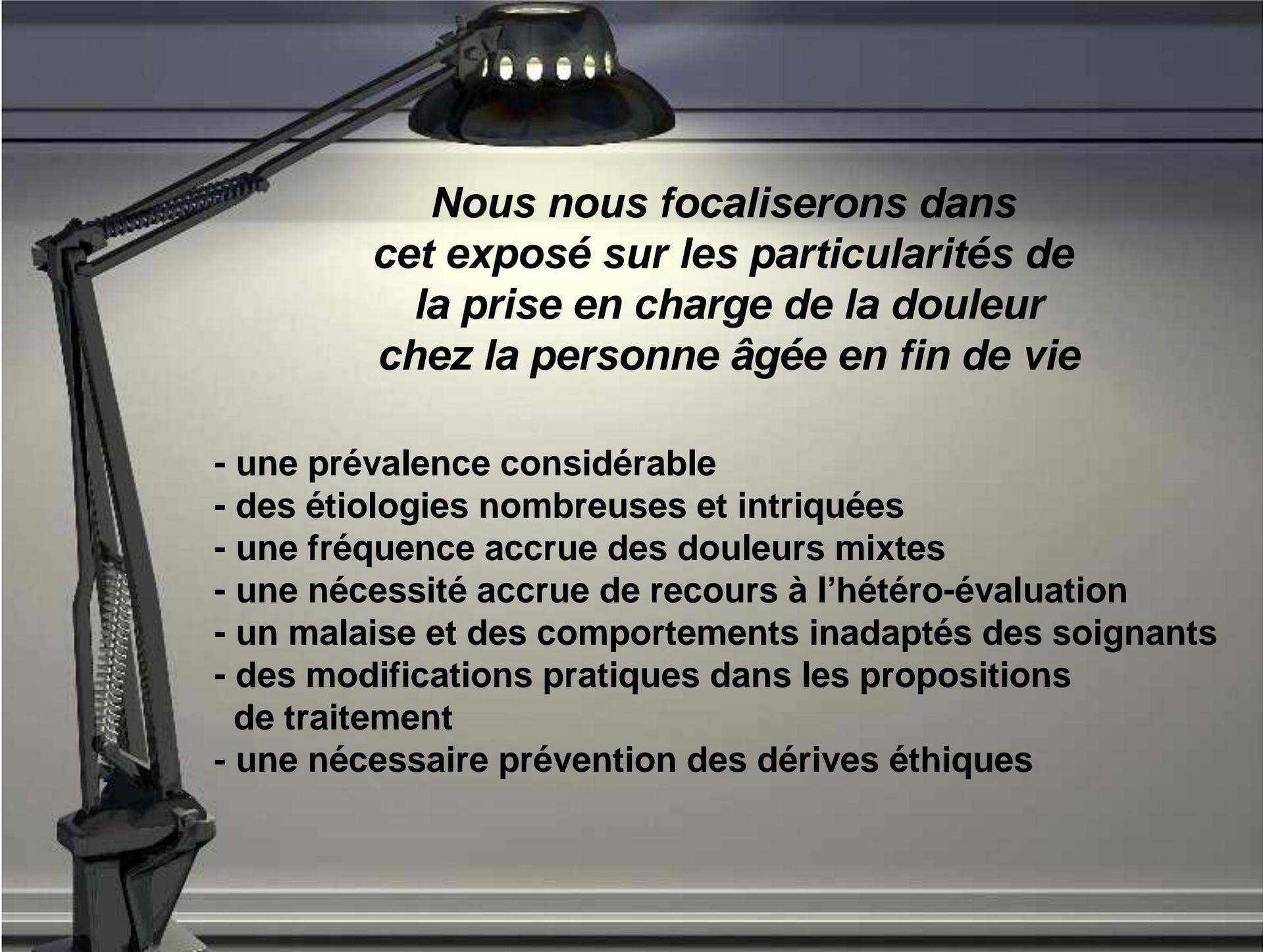


2^{ème} Congrès international francophone
De soins palliatifs - Montréal - Mai 2013

***Douleur, personne âgée
et fin de vie***

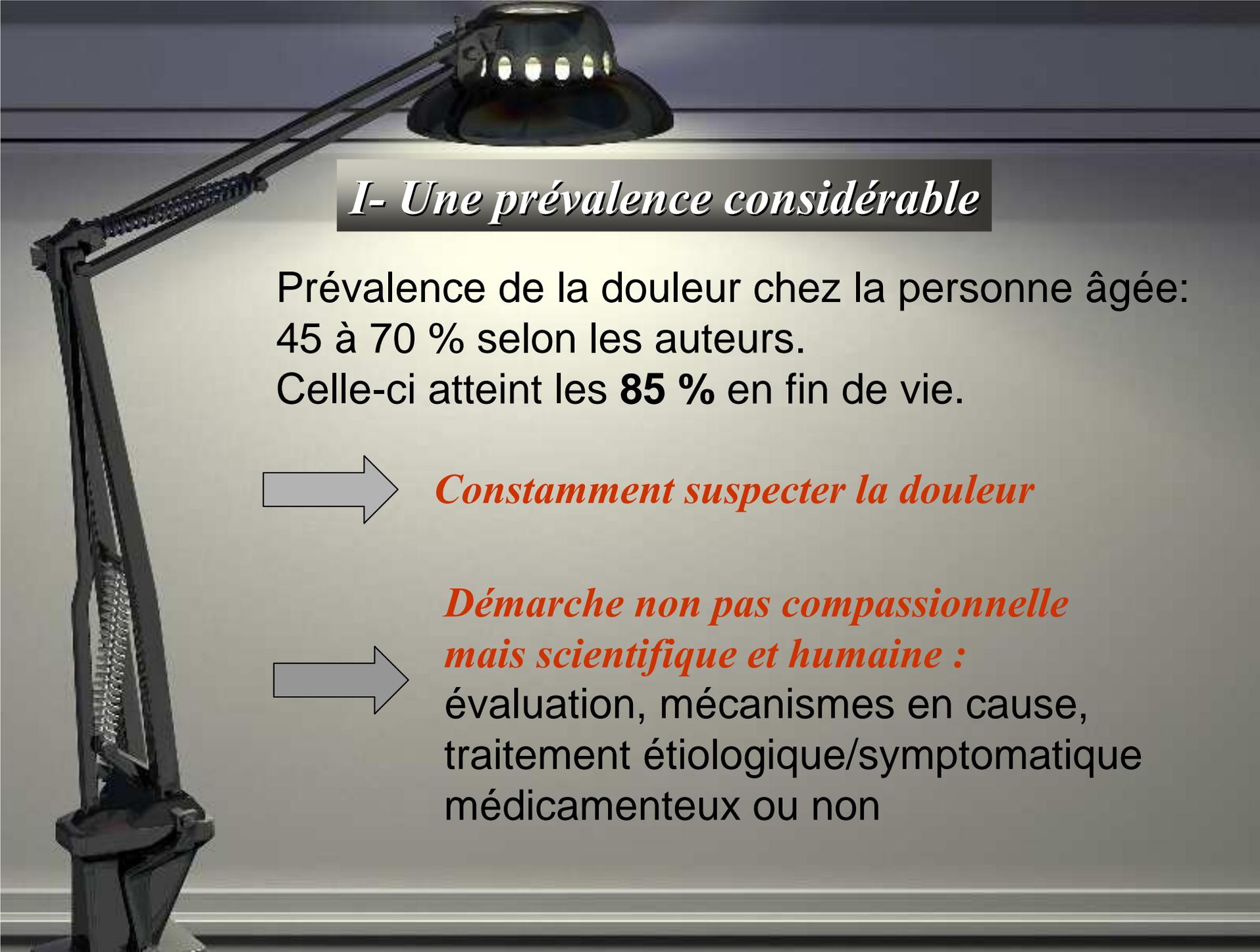
Pas de conflit d'intérêt

*Bernard WARY
CHR Metz-Thionville - France*



***Nous nous focaliserons dans
cet exposé sur les particularités de
la prise en charge de la douleur
chez la personne âgée en fin de vie***

- une prévalence considérable
- des étiologies nombreuses et intriquées
- une fréquence accrue des douleurs mixtes
- une nécessité accrue de recours à l'hétéro-évaluation
- un malaise et des comportements inadaptés des soignants
- des modifications pratiques dans les propositions de traitement
- une nécessaire prévention des dérives éthiques



I- Une prévalence considérable

Prévalence de la douleur chez la personne âgée:
45 à 70 % selon les auteurs.
Celle-ci atteint les **85 %** en fin de vie.



Constamment suspecter la douleur



*Démarche non pas compassionnelle
mais scientifique et humaine :*

évaluation, mécanismes en cause,
traitement étiologique/symptomatique
médicamenteux ou non



II- Des étiologies nombreuses et intriquées

Aux pathologies articulaires, rhumatismales, neurologiques, cutanées, virales et métaboliques viennent se rajouter fréquemment des pathologies cancéreuses, associant:

- des douleurs **aiguës**
- des douleurs **chroniques**
- des douleurs **nociceptives**
- des douleurs **neuropathiques**



Une analyse rigoureuse s'impose...



III- Une fréquence accrue des douleurs mixtes

Nociception et neuropathie

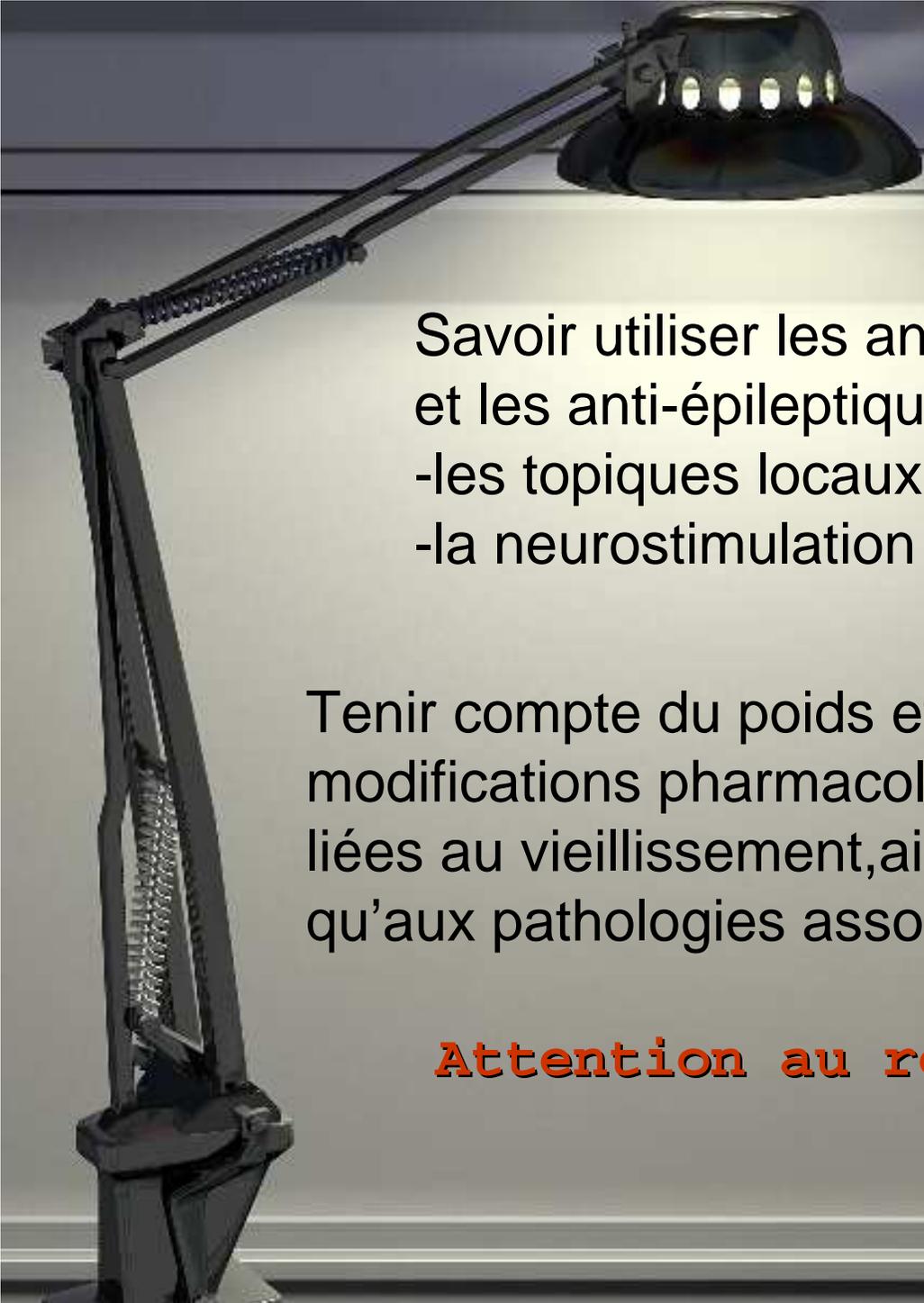
sont souvent associées

pas toujours diagnostiquées

trop souvent mal prises en charge



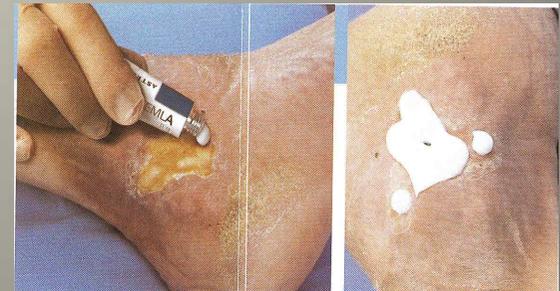
*La morphine n'est pas le médicament
de la fin de vie
et toute douleur en fin de vie
ne relève pas de morphine!*



Savoir utiliser les antidépresseurs
et les anti-épileptiques, mais également
-les topiques locaux (Emla, Versatis, Capsaïcine)
-la neurostimulation transcutanée

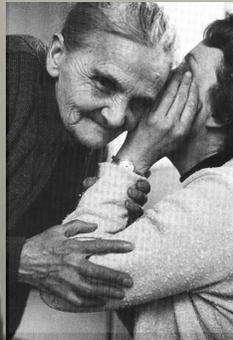
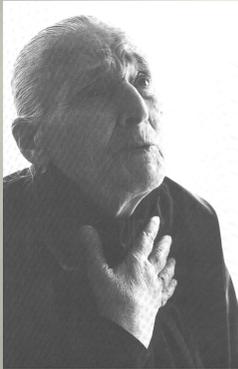
Tenir compte du poids et des
modifications pharmacologiques
liées au vieillissement, ainsi
qu'aux pathologies associées

Attention au rein...





IV- Une nécessité accrue de recours à l'hétéro-évaluation



- Grand âge
- Polypathologie
- Troubles cognitifs
- Dépression masquée
- Troubles sensoriels
- Troubles du comportement

***diminution des
possibilités
d'auto-évaluation***

**Utiliser les échelles d'hétéro-évaluation
DOLOPLUS, ALGOPLUS, ECPA , PACSLAC**



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

NOM :

Prénom :

Service :

Observation comportementale

DATES			

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

10 ITEMS EN 3 SOUS GROUPES

- 1- Plaintes somatiques
- 2- Positions antalgiques au repos
- 3- Protection zones douloureuses
- 4- Mimique
- 5- Sommeil
- 6- Toilette et habillage
- 7- Mouvements
- 8- Communication
- 9- Vie sociale
- 10- Troubles du comportement

*4 niveaux de cotation
Score global de 0 à 30
Douleur si > 5/30*

**GRILLE D'OBSERVATION DE LA DOULEUR
POUR LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES
CAPACITÉS RÉDUITES À COMMUNIQUER
PACSLAC-F ©**

60 items
Réponse binaire
Pas de score seuil

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

Comportement/personnalité/humeur	Présent (√)
Agression physique (ex. pousser les autres ou les objets, griffer, frapper les autres des mains ou des pieds)	
Agression verbale	
Refuse d'être touché	
Ne permet pas aux autres de s'approcher	
Fâché / mécontent	
Lance des objets	
Augmentation de la confusion	
Anxieux	
Bouleversé	
Agité	
Impatient / irritable	
Frustré	
Autres *	Présent (√)
Pâleur du visage	
Rougeurs au visage	
Yeux larmoyants	
Transpiration excessive	
Tremblements	
Peau froide et moite	
Changements au niveau du sommeil : <i>Encerclez un ou l'autre des énoncés</i> ♦ Diminution du sommeil ou ♦ Augmentation du sommeil <i>durant le jour</i>	
Changements au niveau de l'appétit : <i>Encerclez un ou l'autre des énoncés</i> ♦ Diminution de l'appétit ou ♦ Augmentation de l'appétit	
Cris / hurlements	
Appel à l'aide	
Pleure	
Son spécifique ou vocalisation liée à la douleur (ex. aie, ouch)	
Gémit / se plaint	
Marmonne	
Grogne	

Les droits d'auteur du PACSLAC-F sont détenus par Sylvie LeMay, Maryse Savoie, Shannon Fuchs-Lacelle, Thomas Hadjistavropoulos et Michèle Aubin. Le PACSLAC-F est reproduit ici avec leur permission.



*Et rien n'empêche que l'on soit
âgé, en fin de vie, douloureux,
dément et dépressif...*

Travailler en équipe
Utiliser des outils d'évaluation
Personnaliser les traitements



MMS
HAD



DOLOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée
présentant des troubles de la communication verbale

**TOUR CHANGEMENT DE COMPORTEMENT
CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE DOIT FAIRE ÉVOQUER LA DOULEUR**

www.doloplus.com

Ce document a été réalisé grâce à la fondation CNP



DOLOPLUS



*V- Malaise et comportements
inadaptés des soignants*

**Altération des
fonctions
cognitives**

Fin de vie

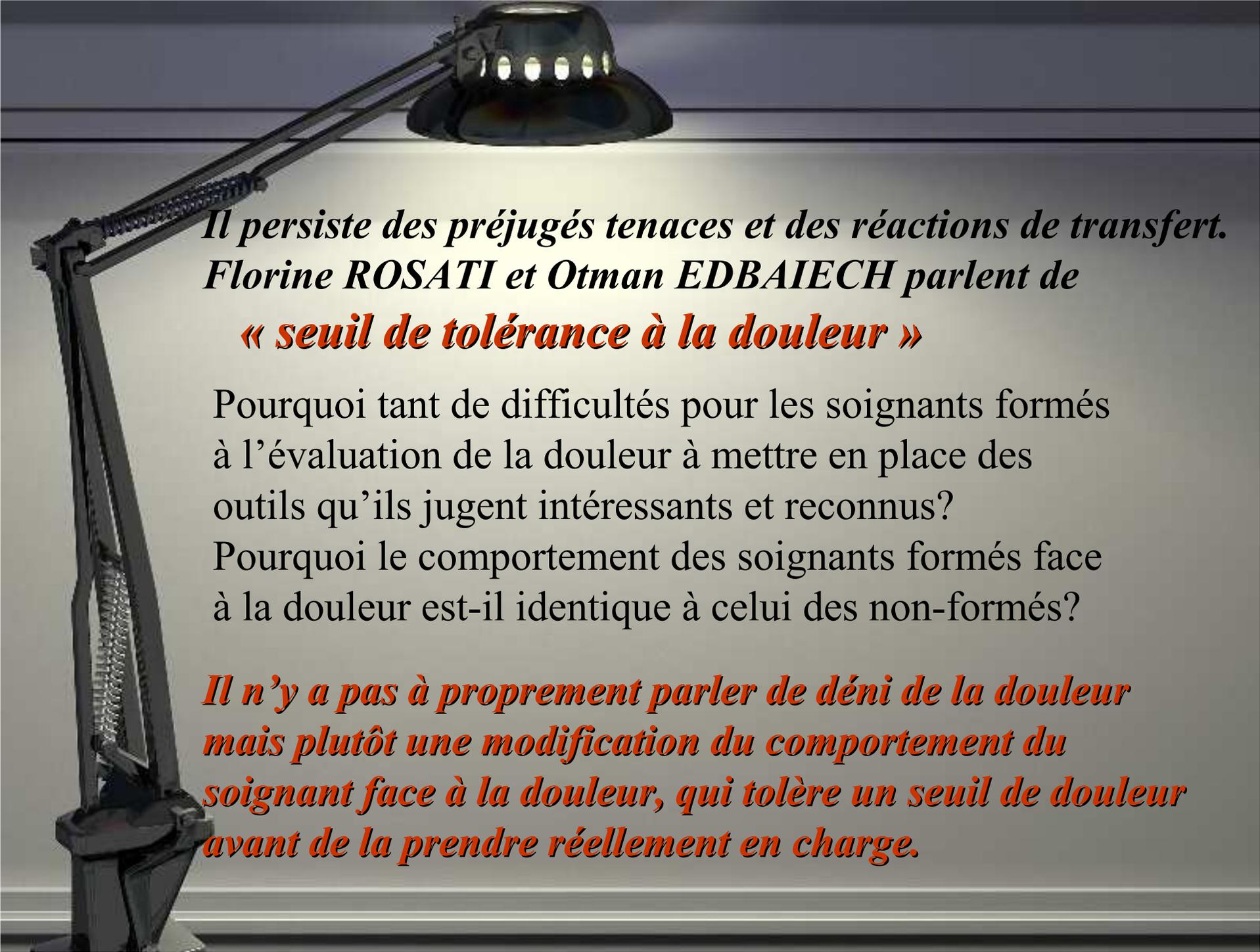
Pas de fatalisme...

*Pas de réactions
défensives
inappropriées*



« Il existe encore souvent un profond mépris autours des déments, surtout en phase avancée. Ce mépris trouve son origine dans l'ignorance et la peur. Sorte de mise à distance défensive, il est agissant tant dans le public que chez les soignants. »

Renée Sebag-Lanoë

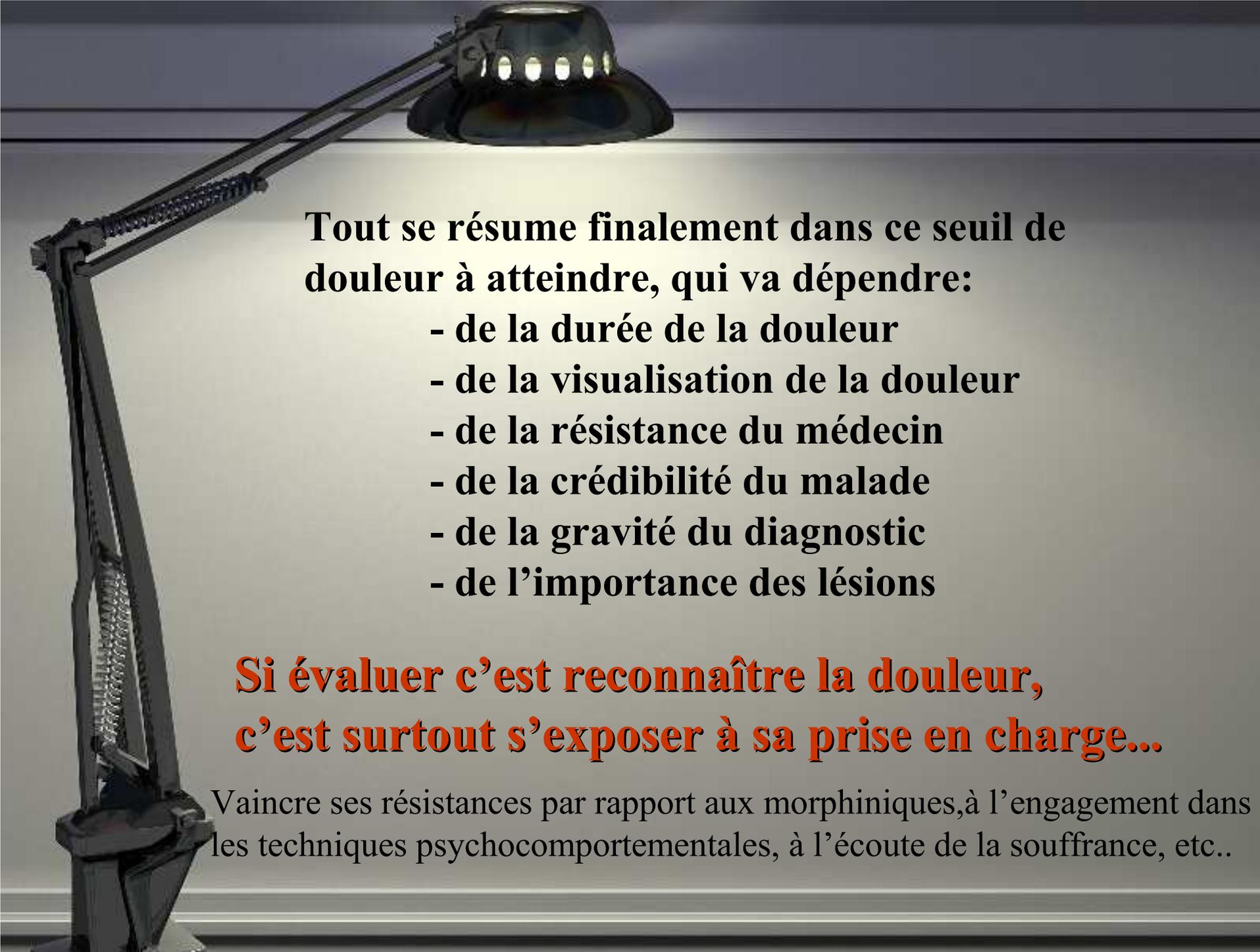


*Il persiste des préjugés tenaces et des réactions de transfert.
Florine ROSATI et Otman EDBAIECH parlent de
« **seuil de tolérance à la douleur** »*

Pourquoi tant de difficultés pour les soignants formés à l'évaluation de la douleur à mettre en place des outils qu'ils jugent intéressants et reconnus?

Pourquoi le comportement des soignants formés face à la douleur est-il identique à celui des non-formés?

Il n'y a pas à proprement parler de déni de la douleur mais plutôt une modification du comportement du soignant face à la douleur, qui tolère un seuil de douleur avant de la prendre réellement en charge.



Tout se résume finalement dans ce seuil de douleur à atteindre, qui va dépendre:

- de la durée de la douleur**
- de la visualisation de la douleur**
- de la résistance du médecin**
- de la crédibilité du malade**
- de la gravité du diagnostic**
- de l'importance des lésions**

**Si évaluer c'est reconnaître la douleur,
c'est surtout s'exposer à sa prise en charge...**

Vaincre ses résistances par rapport aux morphiniques, à l'engagement dans les techniques psychocomportementales, à l'écoute de la souffrance, etc..



VI- Modifications pratiques dans les propositions de traitement

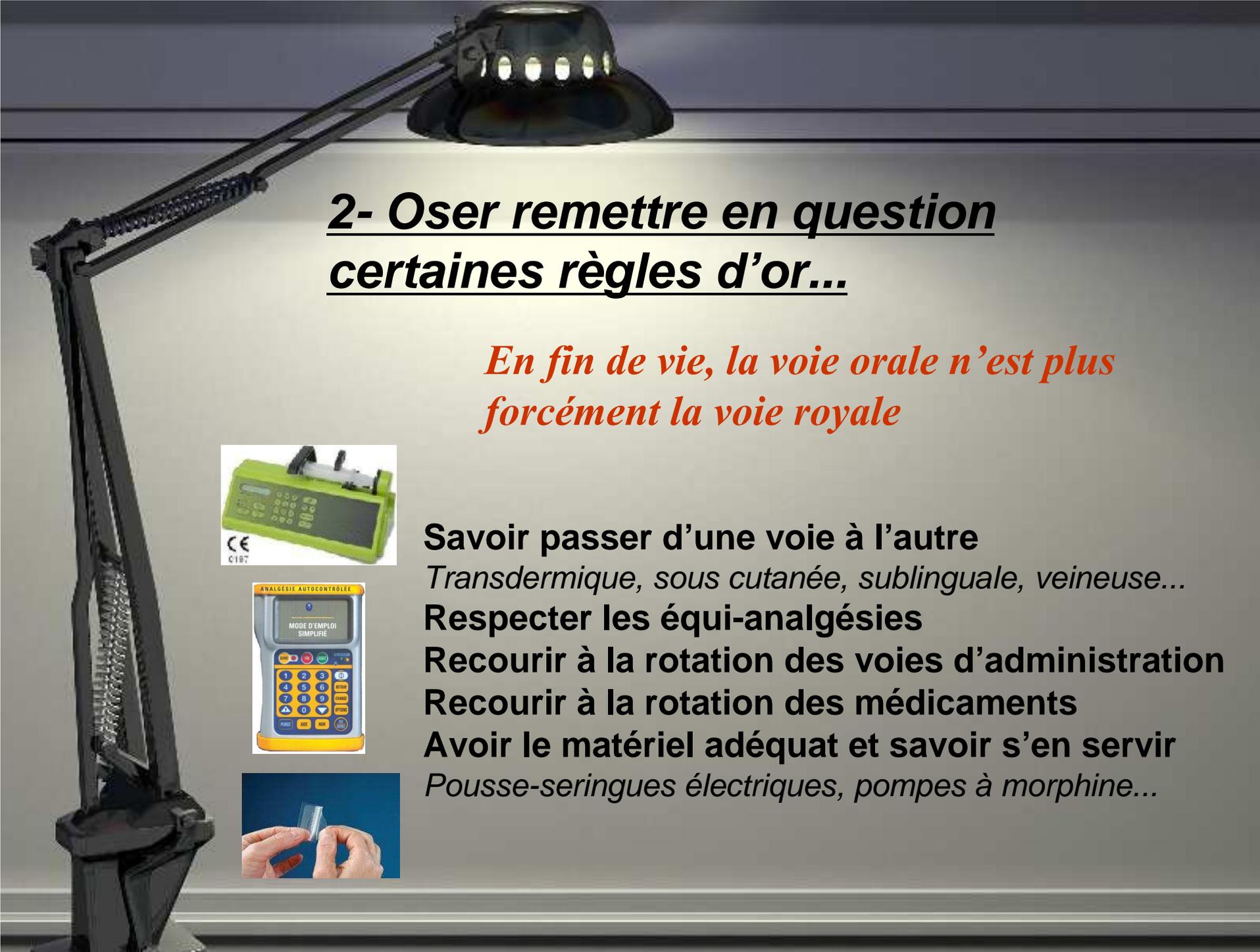
1-Tenir compte des modifications pharmacologiques liées au vieillissement et aux pathologies associées

- ▲ masse grasse
 - ▼ eau corporelle
 - ▼ clearance rénale
 - ▼ clearance hépatique
- Polymédication
Automédication
Pathologies associées



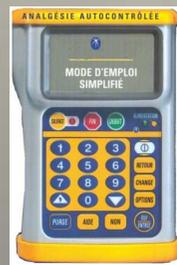
***être prudent
mais pas frileux...***

«Start low and go slow »



2- Oser remettre en question certaines règles d'or...

En fin de vie, la voie orale n'est plus forcément la voie royale



Savoir passer d'une voie à l'autre

Transdermique, sous cutanée, sublinguale, veineuse...

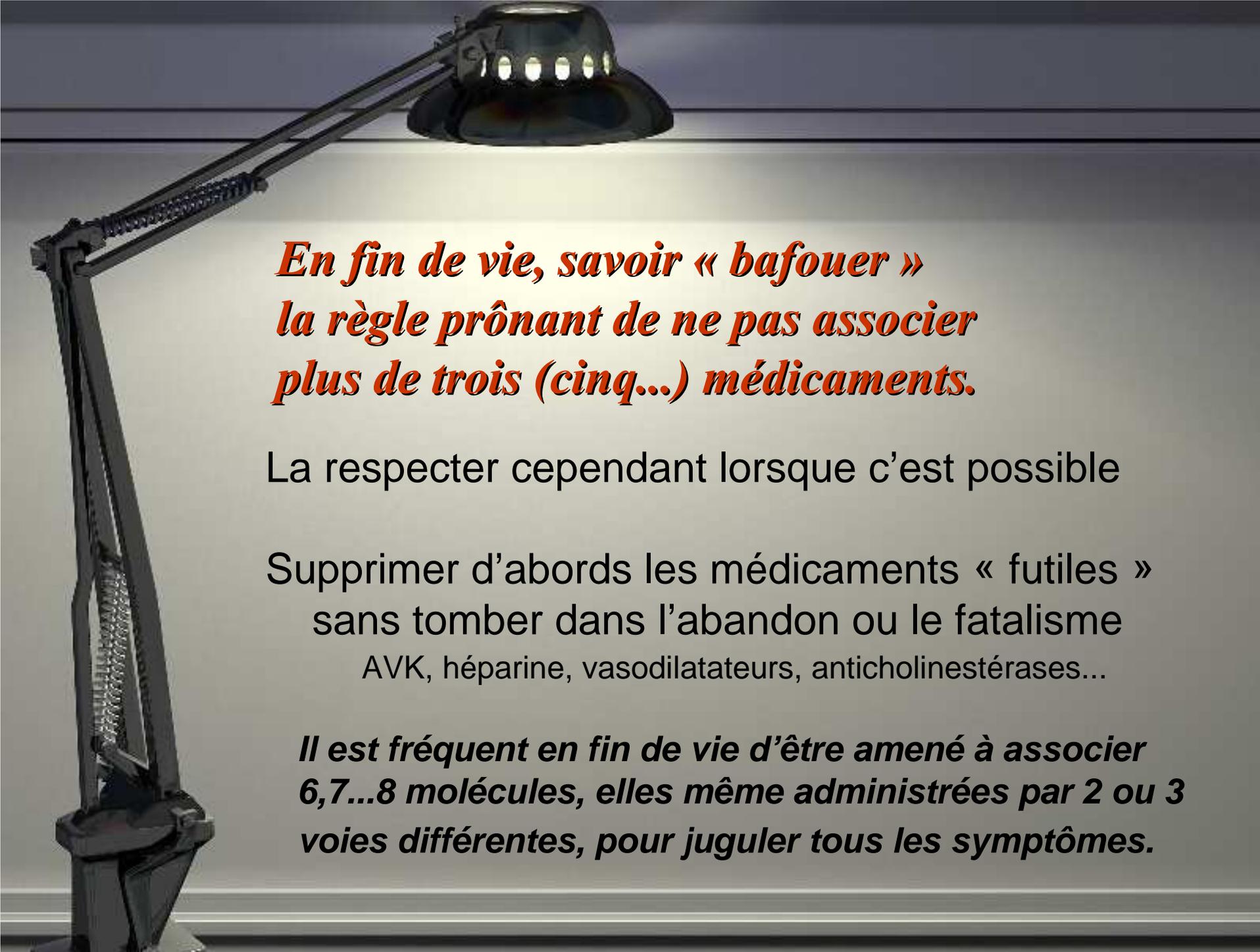
Respecter les équi-analgésies

Recourir à la rotation des voies d'administration

Recourir à la rotation des médicaments

Avoir le matériel adéquat et savoir s'en servir

Pousse-seringues électriques, pompes à morphine...



***En fin de vie, savoir « bafouer »
la règle prônant de ne pas associer
plus de trois (cinq...) médicaments.***

La respecter cependant lorsque c'est possible

Supprimer d'abords les médicaments « futiles »
sans tomber dans l'abandon ou le fatalisme

AVK, héparine, vasodilatateurs, anticholinestérasés...

***Il est fréquent en fin de vie d'être amené à associer
6,7...8 molécules, elles même administrées par 2 ou 3
voies différentes, pour juguler tous les symptômes.***



L'appréciation des risques et de l'inconfort est primordiale...

Qui souffre dans cette situation ?

Le malade, le médecin, le soignant, la famille?

Et de quoi souffre-t-il ?

Le taux d'hémoglobine , d'albumine ou d'urée gêne-t-il le patient ou le médecin ?





3- Utiliser des galéniques adaptées

Observance et tolérance sont les garants d'un traitement efficace

Adapter la galénique avec le malade (ou consensus d'équipe) si l'on veut éviter:

Que les gouttes arrosent le sol

Que les grosses gélules passent par la fenêtre

Que les patchs tapissent les draps

Personnaliser les traitements et recourir aux formes les plus appropriées

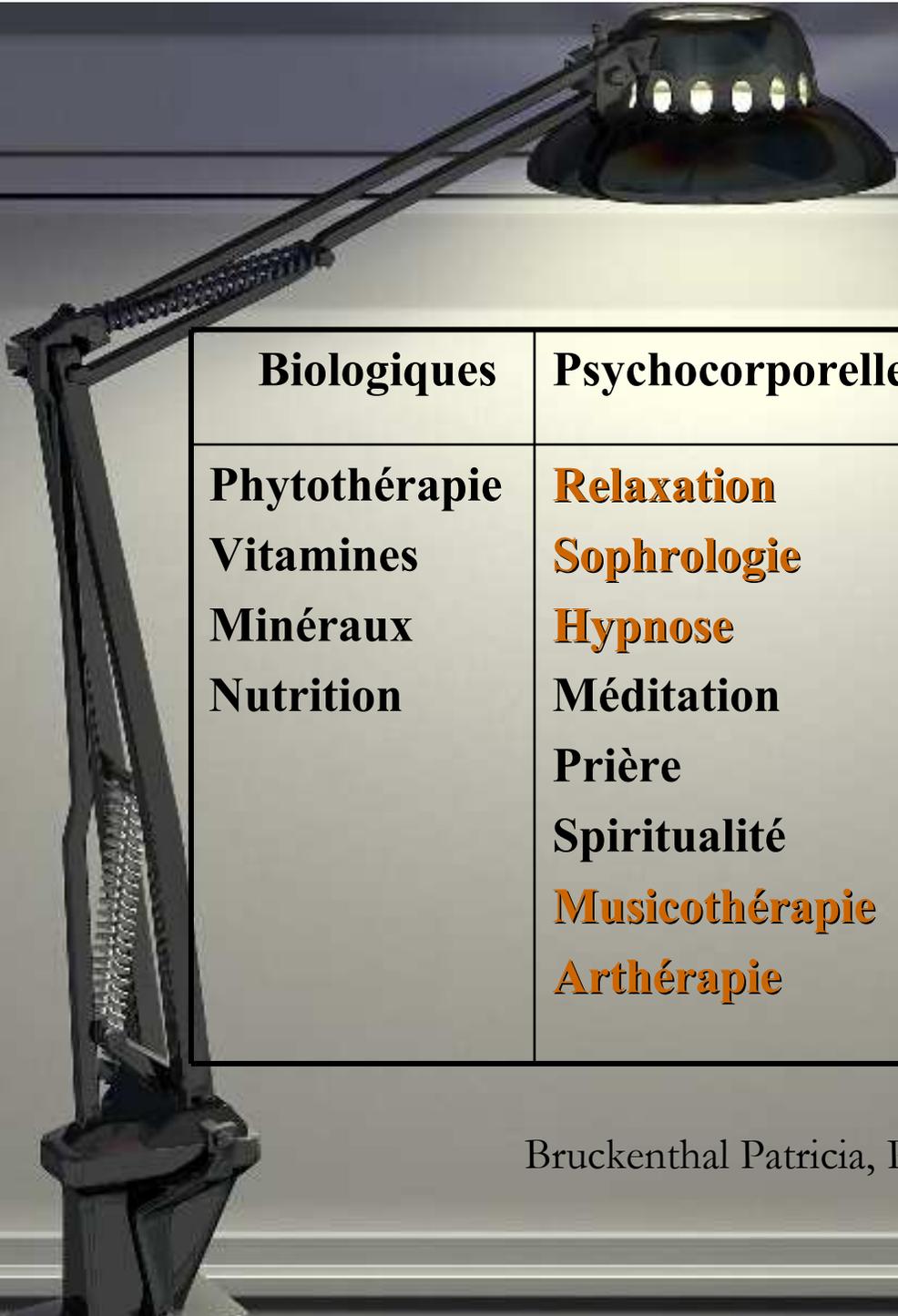
Pour respecter l'adage « Start low and go slow », on peut par exemple utiliser les gouttes d'ORAMORPH pour instituer une morphinothérapie



4- Utiliser davantage les traitements non médicamenteux

Tout le monde est d'accord sur le principe...
Mais le recours aux techniques de physiothérapie, relaxation, massages, toucher relationnel, musicothérapie, hypnose, arthérapie, etc. reste largement sous utilisé.





Biologiques	Psychocorporelles	Physiques	Energétiques
Phytothérapie Vitamines Minéraux Nutrition	Relaxation Sophrologie Hypnose Méditation Prière Spiritualité Musicothérapie Arthérapie	Kinésithérapie Ergothérapie Ostéopathie Toucher massage Acupuncture TENS Balnéothérapie Auriculothérapie	Toucher thérapeutique Reiki Tai chi Yoga Qi Qong

Bruckenthal Patricia, Pain Management Nursing , 2010



5- Mieux prévenir les douleurs induites

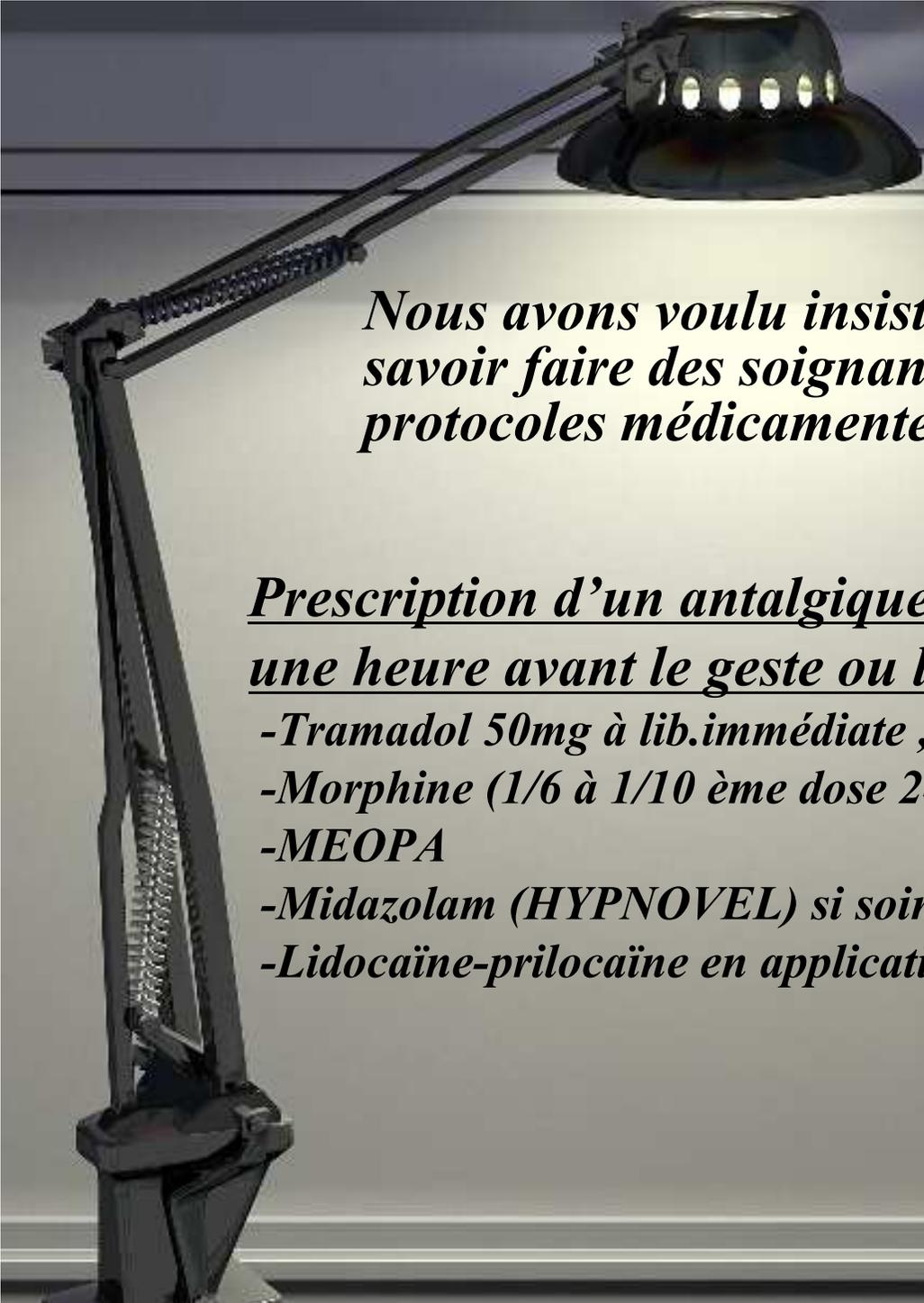
Les douleurs induites sont souvent des douleurs indues...

La multiplicité des handicaps et des Pathologies implique souvent des mobilisations et des soins douloureux qui rajoutent une couche de douleur supplémentaire...

Fatalisme et minimisation sont trop fréquents.

Evelyne Malaquin-Pavan a bien démontré que si les médicaments étaient utiles, c'est toute la philosophie et l'organisation des soins qu'il fallait repenser.





Nous avons voulu insister ici sur le savoir être et le savoir faire des soignants, mais il va de soi que les protocoles médicamenteux restent incontournables:

**Prescription d'un antalgique adapté
une heure avant le geste ou le soin:**

- Tramadol 50mg à lib.immédiate ,*
- Morphine (1/6 à 1/10 ème dose 24h)*
- MEOPA*
- Midazolam (HYPNOVEL) si soin anxiogène*
- Lidocaïne-prilocaine en application locale*





VII- Prévenir les dérives éthiques

*Est-ce la douleur que l'on veut faire taire
ou le malade et ce qu'il nous renvoie ?*

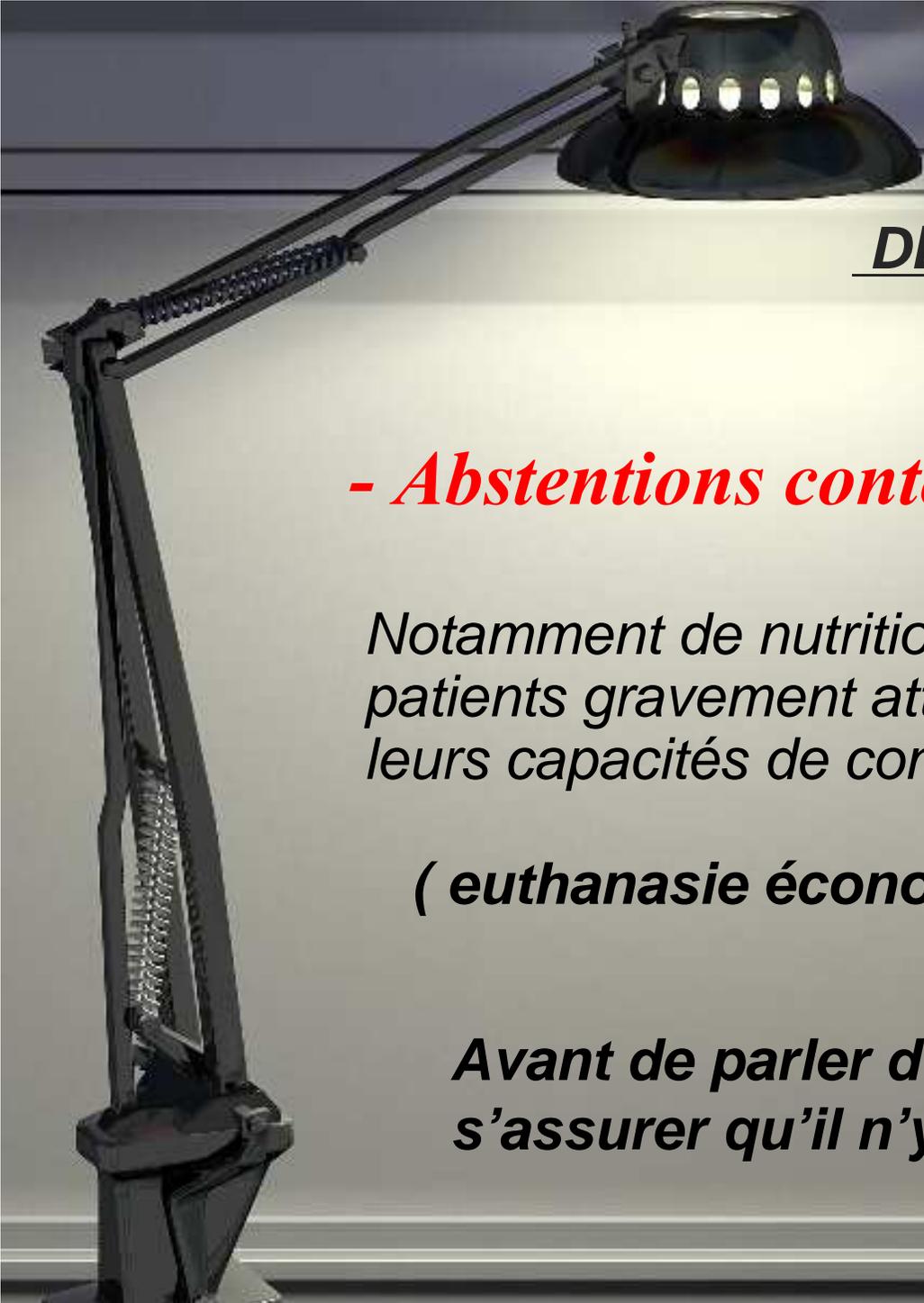
***COCKTAILS LYTIQUES
COCKTAILS ÉTHIQUES***

***DOUBLE-EFFET
DOUBLE INTENTIONNALITÉ***

*Si la morphine n'est pas le médicament de la fin de vie,
l'HYPNOVEL n'est pas celui de l'agonie...*

*Ne pas laisser l'euthanasie clandestine
s'inviter sous couvert de soins palliatifs...*





DÉNONCER LES DÉRIVES

- Abstentions contestables

Notamment de nutrition chez des patients gravement atteints dans leurs capacités de communication

(euthanasie économique)

***Avant de parler d'excès de soins,
s'assurer qu'il n'y a pas défaut de soins...***

CONCLUSION

*Remettre en question les dogmes
et ne pas rester figés
dans nos protocoles*



Ecouter et analyser en équipe



*Personnaliser
le prendre soin*



Et quand la douleur sera calmée, la prise en compte des autres souffrances de la personne en fin de vie pourra déboucher sur plus de sérénité, tant pour le malade et sa famille que pour nous les soignants.