



**A** g e n c e **N** a t i o n a l e  
d' **A** c c r é d i t a t i o n e t  
d' **É** v a l u a t i o n e n **S** a n t é

**ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE  
THÉRAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHEZ  
LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES  
TROUBLES DE LA COMMUNICATION  
VERBALE**

**OCTOBRE 2000**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.  
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en octobre 2000 ; il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

**Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)**

Service Communication et Diffusion

159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 2000, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Les recommandations professionnelles sur le thème «Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale » ont été élaborées à la demande de la Société française de gérontologie. Elles s'intègrent également dans le cadre du programme d'élaboration de recommandations concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur, demandé par la Direction générale de la santé à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

La méthode de travail utilisée a été celle décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Bases méthodologiques pour leur réalisation en France » publié par l'ANAES en 1999.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D<sup>r</sup> Patrice DOSQUET, chef de projet, sous la responsabilité du P<sup>r</sup> Alain DUROCHER, chef du service des recommandations et références professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M<sup>me</sup> Christine DEVAUX, documentaliste dans le service de documentation, avec l'aide de M<sup>me</sup> Nathalie HASLIN.

Le secrétariat a été assuré par M<sup>me</sup> Laurence THIPHAGNE et M<sup>lle</sup> Sabine FARNIER.

L'ANAES tient à remercier l'ensemble des membres du comité d'organisation, du groupe de travail, du groupe de lecture et de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

---

## COMITÉ D'ORGANISATION

---

D<sup>f</sup> Jean-Pierre AQUINO, interniste gériatre, VERSAILLES

D<sup>f</sup> Patrick MÉTAIS, gériatre, METZ

D<sup>f</sup> Jacques MEYNADIER, algologue, LILLE

P<sup>f</sup> Robert MOULIAS, gériatre, IVRY-SUR-SEINE

D<sup>f</sup> Richard VANDENDRIES, gériatre, VERSAILLES

D<sup>f</sup> Emmanuel VASSEUR, gériatre, ANGERS

---

## GROUPE DE TRAVAIL

---

P<sup>f</sup> Robert MOULIAS, gériatre, IVRY-SUR-SEINE, président du groupe de travail

D<sup>f</sup> Bernard WARY, gériatre et palliatologue, THIONVILLE, chargé de projet

D<sup>f</sup> Patrice DOSQUET, chef de projet, service des recommandations et références professionnelles de l'ANAES, PARIS

D<sup>f</sup> Michel ALIX, gériatre, CAEN

P<sup>f</sup> Bernard BANNWARTH, rhumatologue, BORDEAUX

D<sup>f</sup> Jean-Louis BENSOUSSAN, généraliste, CASTEL-MAUROU

Mme Françoise BRUERE, infirmière, MONTS

D<sup>f</sup> Jean BRUXELLE, algologue, PARIS

D<sup>f</sup> Yvon CLAUDEL, généraliste, BORT-LES-ORGUES

Mme Magalie DELHOMME, infirmière, POITIERS

D<sup>f</sup> Catherine DENIS, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, SAINT-DENIS

D<sup>f</sup> Marilène FILBET, gériatre, ALIX

D<sup>f</sup> Philippe GRANATO, psychiatre, VALENCIENNES

D<sup>f</sup> Nathalie HOOG-LABOURET, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, SAINT-DENIS

M. Pascal MACREZ, aide soignant, PARIS

D<sup>f</sup> Nadine MEMRAN, algologue, NICE

D<sup>f</sup> Jérôme PELLERIN, psychiatre, IVRY-SUR-SEINE

D<sup>f</sup> Agnès SAINT-RAYMOND, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, SAINT-DENIS

M. Saïd SERBOUTI, biostatisticien, LILLE

M. Patrick THEVENET, kinésithérapeute, PLOUESCAT

D<sup>f</sup> Richard VANDENDRIES, gériatre, VERSAILLES

---

## GROUPE DE LECTURE

---

D<sup>f</sup> Jean-Pierre AQUINO, interniste gériatre, VERSAILLES

D<sup>f</sup> Élisabeth BALDO, psychiatre, AIX-EN-PROVENCE

P<sup>f</sup> Philippe BERTIN, rhumatologue, LIMOGES

P<sup>f</sup> François BLANCHARD, gériatre, REIMS

D<sup>f</sup> Daniel BRENOT, généraliste, VOUGEOT

D<sup>f</sup> Anne-Marie BUSSONE, gériatre, ÉTAMPES

Mme Marie-Aimée CHAMBE, psychologue, IVRY-SUR-SEINE

D<sup>f</sup> Hélène CHAPOULARD, gynécologue, BORDEAUX

Mme Caroline DISCHLER, aide soignante, TURCKHEIM

P<sup>f</sup> Jean DOUCET, interniste gériatre, ROUEN

D<sup>f</sup> Pierre DOURNOVO, interniste, MONTMORENCY

D<sup>f</sup> Joël DUBERNET, généraliste, CASTILLON-LA-BATAILLE

P<sup>f</sup> Jacques FERMANIAN, biostatisticien, PARIS

P<sup>f</sup> Bernard GAY, généraliste, RIONS

D<sup>f</sup> Marie-Pierre HERVY, gériatre, LE KREMLIN-BICÊTRE

D<sup>f</sup> Rose-Marie JAVIER, rhumatologue, STRASBOURG

D<sup>f</sup> Alain JEAN, gériatre, PARIS

P<sup>f</sup> Francis KUNTZMANN, gériatre, STRASBOURG

Mme Martine MARZAIS, cadre infirmier, IVRY-SUR-SEINE

D<sup>f</sup> Patrick MÉTAIS, gériatre, METZ

D<sup>f</sup> Jacques MEYNADIER, algologue, LILLE

D<sup>f</sup> Micheline MICHEL, gériatre, RENNES

P<sup>f</sup> Richard TRÈVES, rhumatologue, LIMOGES

D<sup>f</sup> Annick SACHET, gériatre, IVRY-SUR-SEINE

D<sup>f</sup> Renée SEBAG-LANOË, gériatre, VILLEJUIF

D<sup>f</sup> Dominique SELLIN-PERES, gériatre, BOHARS

D<sup>f</sup> Jean-Michel WATWAT, gériatre, COURBEVOIE

P<sup>f</sup> Gérard ZIEGLER, rhumatologue, NICE

---

## **RECOMMANDATIONS**

---

### **I. PRÉAMBULE**

#### **I.1. Thème des recommandations**

Les présentes recommandations concernent l'évaluation et le traitement de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. L'absence de communication n'existe que très rarement. Les personnes âgées dites non communicantes sont des personnes âgées non verbalisantes, non comprenantes ou non participantes et par définition des personnes âgées ne pouvant pas s'auto-évaluer.

Les recommandations concernant le traitement ne sont pas spécifiques des personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

#### **I.2. Cible professionnelle des recommandations**

Les recommandations sont destinées à tout médecin amené à prendre en charge des personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, en établissement de soins ou au domicile.

#### **I.3. Niveau de preuve des recommandations**

Du fait de la rareté des études réalisées spécifiquement chez les personnes âgées de plus de 75 ans et de l'absence d'étude réalisée chez celles qui ont des troubles de la communication verbale, les recommandations reposent sur un accord professionnel.

### **II. PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES**

Le vieillissement différentiel, la polypathologie, la polymédication, la situation socio-familiale, l'état d'autonomie, la culture et la spiritualité doivent conduire à considérer chaque personne âgée de façon individuelle.

Plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente. La proportion des personnes âgées ayant des douleurs chroniques est d'environ 60 %, dont un tiers des douleurs sévères ; en fin de vie, la prévalence de la douleur peut atteindre 80 %. La forte prévalence de la douleur chez les personnes âgées et ses répercussions sur l'autonomie, le psychisme et le devenir sociofamilial imposent de rechercher et traiter ce symptôme.

Le soulagement efficace de la douleur nécessite une médecine globale centrée sur la personne, en ayant toujours le souci de préserver l'autonomie maximale et la qualité de vie du patient âgé.

Le traitement de la douleur chez la personne âgée ne se limite pas à la rédaction et à l'exécution d'une prescription. Il implique de la part de tous les intervenants d'apporter au patient qui souffre un soin relationnel attentif.

Toute personne âgée qui souffre a droit à une prise en charge au même titre qu'un patient plus jeune, les principes fondamentaux de celle-ci restant les mêmes, à condition de respecter les modifications pharmacologiques dues à l'âge.

### **III. ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE**

Les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale souffrent autant que les autres et requièrent comme les autres une évaluation et une prise en charge adaptées de la douleur.

En particulier, tout changement de comportement, spontané ou survenant pendant un soin, chez une personne âgée ayant des troubles de la communication verbale doit faire évoquer la possibilité d'un état douloureux et le faire rechercher.

Une évaluation correcte de la douleur associe une échelle d'hétéro-évaluation et une analyse séméiologique et étiologique. Des échelles d'hétéro-évaluation en langue française sont en cours de validation ; elles sont décrites en annexe des recommandations.

L'hétéro-évaluation concerne tous les acteurs de soins. Elle doit être répétée. La cinétique des scores doit être suivie régulièrement et consignée sur la feuille de soins ou le cahier de liaison au domicile.

Il est recommandé que l'identification, l'évaluation et le traitement de la douleur physique s'accompagnent d'une prise en compte de la souffrance morale du patient. Il est recommandé d'évaluer simultanément les aspects organiques et psychologiques de la douleur sans attendre d'avoir éliminé toutes les causes organiques. Les douleurs psychogènes ne devraient pas être un diagnostic d'élimination.

### **IV. TRAITEMENT DE LA DOULEUR**

Du fait de la rareté des essais thérapeutiques chez les personnes âgées de plus de 75 ans, les règles de prescription sont extrapolées à partir des études disponibles chez l'adulte plus jeune et sont corrigées par les données de la pharmacovigilance.

Le traitement antalgique impose une démarche diagnostique et ne se substitue jamais au traitement étiologique.

Les modifications pharmacologiques liées au vieillissement, la polypathologie habituelle chez le sujet âgé et les interactions médicamenteuses conduisent à prendre en compte le risque accru d'effets secondaires et de surdosage, et leurs répercussions sur les fonctions cognitives, l'autonomie et l'équilibre sociofamilial.

Pour chaque médicament, il est conseillé :

- d'utiliser la posologie minimale efficace pour calmer la douleur ;

- d'adapter les intervalles de prise et la dose unitaire selon les résultats de la réévaluation de la douleur, en tenant compte de la durée d'efficacité du médicament et de l'évolution nyctémérale de la douleur ;
- d'augmenter progressivement la posologie ;
- d'utiliser des médicaments à élimination rapide.

Le paracétamol est l'antalgique le moins toxique. Dans les douleurs faibles à modérées par excès de nociception, il doit être prescrit en première intention à une posologie de 500 mg toutes les 4 à 6 heures.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être utilisés en tenant compte de leur toxicité digestive et rénale accrue chez les sujets âgés. La prévention des accidents gastriques des AINS fait partie des indications retenues pour l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du misoprostol et de l'oméprazole 20 mg. La moindre toxicité digestive des AINS inhibiteurs sélectifs de la COX-2 doit être confirmée dans la population très âgée.

Les opioïdes dont la morphine peuvent être prescrits en première intention pour les douleurs intenses nociceptives à la posologie initiale orale de 2,5 mg de chlorhydrate de morphine toutes les 4 heures, avec un ajustement progressif toutes les 24 heures. Le relais par une forme à libération prolongée pourra être pris une fois déterminée la dose quotidienne efficace.

Un supplément d'antalgie peut être nécessaire pour prévenir les douleurs induites, en particulier par la mobilisation et les soins. Un opioïde à libération immédiate peut être alors associé aux opioïdes à libération prolongée, et ce au moins 45 minutes avant la mobilisation ou le soin douloureux.

Pour les opioïdes et la morphine en particulier, la surveillance des effets secondaires chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale doit se focaliser sur les effets respiratoires et neuropsychiques. Parmi les autres effets secondaires, la constipation doit être précocement et systématiquement prévenue et la rétention d'urines recherchée.

Les douleurs neuropathiques peuvent nécessiter le recours à un traitement par antidépresseurs tricycliques ou antiépileptiques. Chez les personnes âgées, une grande attention doit être portée aux contre-indications et aux risques de syndrome confusionnel, de sédation, d'hypotension et de rétention d'urines. Les médicaments de ces classes ayant une indication dans la douleur selon l'AMM sont : l'amitriptyline et l'imipramine (algies rebelles), la carbamazépine et la phénytoïne (algies de la face).

Les traitements locaux et les thérapies non médicamenteuses peuvent permettre de limiter les posologies d'antalgiques ou le recours aux AINS.

Les *tableaux 1 et 2* résument les paramètres principaux concernant la prescription des médicaments les plus utilisés dans le traitement de la douleur chez les personnes âgées. Ils sont issus de l'expérience clinique des prescripteurs.

**Tableau 1.** Principaux antalgiques utilisés pour le traitement de la douleur chez la personne âgée.

Médicament	Posologie initiale par 24 heures	Intervalle de prise	Posologie maximale par 24 heures recommandée	Effets secondaires à souligner	Précautions d'emploi
Paracétamol	4 x 500 mg	4 à 6 heures	4 000 mg (3 000 mg en France)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hépatotoxicité aux posologies élevées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Éviter de dépasser les posologies maximales recommandées</li> </ul>
Aspirine	4 x 500 mg	4 à 6 heures	4 000 mg (2 000 mg en France)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gastrotoxicité</li> <li>▪ Néphrotoxicité</li> <li>▪ Antiagrégant plaquettaire</li> <li>▪ Rares hépatotoxicité et thrombopénie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Éviter l'utilisation prolongée à fortes doses</li> </ul>
Ibuprofène	4 x 200 mg	4 à 6 heures	2 400 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gastrotoxicité</li> <li>▪ Néphrotoxicité</li> <li>▪ Antiagrégant plaquettaire</li> <li>▪ Rares hépatotoxicité et thrombopénie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Éviter l'utilisation prolongée à fortes doses</li> <li>▪ Constipation, confusion et céphalées fréquentes, à surveiller</li> </ul>
Codéine*	4 x 30 mg	4 à 6 heures	180 mg		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévention précoce de la constipation</li> </ul>
Dihydrocodéine*	2 x 60 mg	8 à 12 heures	180 mg		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévention précoce de la constipation</li> </ul>
Dextropropoxyphène	4 x 65 mg	6 heures	325 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risque d'hypoglycémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Association fréquente au paracétamol</li> <li>▪ Prévention précoce de la constipation</li> </ul>
Tramadol Libération immédiate	4 x 50 mg	4 à 6 heures	400 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminution du seuil épileptogène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires (constipation, nausées, vomissements, vertiges)</li> </ul>
Tramadol Libération prolongée	2 x 100 mg	12 heures	400 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminution du seuil épileptogène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires (constipation, nausées, vomissements, vertiges)</li> </ul>

\* L'association au paracétamol et aux AINS permet de diminuer les posologies



**Tableau 1 (suite).** Principaux antalgiques utilisés pour le traitement de la douleur chez la personne âgée.

Médicament	Posologie initiale par 24 heures	Intervalle de prise	Posologie maximale par 24 heures recommandée	Effets secondaires à souligner	Précautions d'emploi
Chlorhydrate de morphine	15 à 30 mg	4 heures	Pas de plafond	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augmentation de la concentration plasmatique par rapport au sujet jeune</li> <li>▪ Risque d'accumulation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Titration : 2,5 à 5mg toutes les 4 heures en début de traitement</li> <li>▪ Prévention précoce de la constipation</li> <li>▪ Risque de surdosage et d'effets secondaires</li> <li>▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires</li> </ul>
Sulfate de morphine à libération prolongée	20 mg	12 heures pour Moscontin <sup>®</sup> et Skenan <sup>®</sup> 24 heures pour Kapanol <sup>®</sup> Le recours à des prises plus fréquentes que recommandées est rare chez la personne âgée	Pas de plafond	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idem chlorhydrate de morphine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Progression lente et prudente des posologies</li> <li>▪ Prévention précoce de la constipation</li> <li>▪ Risque de surdosage et d'effets secondaires</li> <li>▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires</li> </ul>
Fentanyl (patch de Durogesic <sup>®</sup> )	25 µg/heure	72 heures	Pas de plafond	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durée d'action souvent augmentée chez la personne âgée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Association prudente à des antalgiques à libération immédiate en début de traitement</li> <li>▪ La fièvre accélère l'absorption</li> </ul>

**Tableau 2.** Principaux antalgiques utilisés pour le traitement des douleurs neuropathiques chez la personne âgée.

Médicament	Posologie initiale par 24 heures	Effets secondaires à souligner	Précautions d'emploi
<b>Antidépresseurs</b>			
Amitriptyline Desipramine Imipramine	10 mg	Sensibilité accrue aux effets secondaires, en particulier anticholinergiques	Surveillance prudente des effets anticholinergiques, semblant moindres pour la desipramine ; débiter à la dose minimale efficace et augmenter progressivement de 10 mg tous les 3 à 5 jours
<b>Anticonvulsivants</b>			
Clonazéпам	0,25 à 0,5 mg	Somnolence et baisse de la vigilance	Privilégier les prises vespérales
Carbamazépine	100 mg	Somnolence, ataxie, vertiges, leucopénie, thrombocytopénie	Débiter à des posologies basses, puis augmenter de 100 mg par jour ; la dose efficace est atteinte en 2 à 8 semaines
Gabapentine	100 mg	Semble avoir des effets secondaires moins importants que la carbamazépine	Titration lentement progressive en fonction de l'efficacité et de la tolérance

## V. ACTIONS FUTURES

Des essais devraient être systématiquement réalisés chez les personnes âgées pour chaque médicament utilisé dans le traitement de la douleur.

Des études méthodologiquement correctes sont nécessaires pour évaluer l'intérêt et la place des thérapeutiques non médicamenteuses chez le patient âgé ayant des troubles de la communication verbale.

## VI. ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations devront être actualisées en fonction des publications des études en cours visant à valider les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur (soit dans un délai de 2 ans environ) et des essais thérapeutiques à venir.

---

## **ANNEXES : ÉCHELLES FRANÇAISES D'HÉTÉRO-ÉVALUATION EN COURS DE VALIDATION**

---

### **I. ÉCHELLE DOLOPLUS-2<sup>â</sup>**

#### **I.1. Présentation de l'échelle**

L'échelle comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux). Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux). L'utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire. En cas d'item inadapté (exemple : item 7 pour un malade grabataire en position fœtale), il faut coter 0. La réévaluation doit être quotidienne et une courbe des scores peut être utile. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

#### **I.2. Lexique**

Un lexique est fourni avec l'échelle afin d'écartier les éventuelles incompréhensions de vocabulaire.

##### **Plaintes somatiques**

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris, pleurs, gémissements.

##### **Positions antalgiques**

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

##### **Protection de zones douloureuses**

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

##### **Mimique**

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

##### **Sollicitation**

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.)

##### **Toilette / Habillage**

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

##### **Mouvements**

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position, transferts, marche, seul ou avec aide.

### **Communication**

Verbale ou non verbale

### **Vie sociale**

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

### **Troubles du comportement**

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

## **I.3. Conseils d'utilisation**

### **L'utilisation nécessite un apprentissage**

Comme pour n'importe quel outil nouveau, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Le temps de cotation de l'échelle diminue également avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque cela est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

### **Coter en équipe pluridisciplinaire**

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants est préférable (médecin, infirmière, aide-soignante...). À domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade.

L'échelle est à intégrer dans le dossier de soins ou le cahier de liaison.

### **Ne rien coter en cas d'item inadapté**

Il n'est pas nécessaire d'avoir une réponse à tous les items de l'échelle, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. En cas de coma, la cotation repose essentiellement sur les items somatiques.

### **Établir une cinétique des scores**

La réévaluation est biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs, puis s'espace ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) est un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

### **Ne pas comparer les scores de patients différents**

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné est intéressante.

**En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test pharmacologique à visée antalgique adapté**

On admet aujourd'hui qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Cependant, pour les scores avoisinant ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur est donc incriminée.

**L'échelle cote la douleur et non pas la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives**

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

**Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS-2<sup>â</sup>**

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Lorsque la douleur est évidente, il est plus urgent de la calmer que de l'évaluer. Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évite la sous-estimation de la douleur.

**ÉVALUATION COMPORTEMENTALE  
DE LA DOULEUR  
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

**Échelle DOLOPLUS-2<sup>â</sup>**

NOM :  
Prénom :  
Service :

<i>Observation Comportementale</i>		dates			
<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>					
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 motrice).....	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil.....	3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>					
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
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>					
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 itératifs.....	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents.....	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation).....	3	3	3	3
COPYRIGHT	SCORE				

## **II. ÉCHELLE ECPA**

### **II.1. Présentation de l'échelle ECPA**

Tous les mots de l'échelle sont issus du vocabulaire des soignants sans intervention de médecins.

L'échelle comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4. Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

### **II.2. Conseils d'utilisation**

Les études statistiques de l'ECPA autorisent la cotation douloureuse du patient par une seule personne.

Le vocabulaire de l'échelle n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée. Le temps de cotation varie selon l'entraînement du cotateur, mais oscille entre 1 et 5 minutes.

La seule mais indispensable précaution est de coter la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la deuxième dimension sur la première.

La cotation douloureuse n'a pas de cadre restrictif : on peut coter à n'importe quel moment et répéter *ad libitum*.



**ECPA : Échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante**

**Score total de l'échelle :**

<b>I - Observation avant les soins</b>	<b>II - Observation pendant les soins</b>															
<p><b>1/ Expression du visage : REGARD et MIMIQUE</b>                      0 : Visage détendu                      1 : Visage soucieux                      2 : Le sujet grimace de temps en temps                      3 : Regard effrayé et/ou visage crispé                      4 : Expression complètement figée</p> <p><b>2/ POSITION SPONTANÉE au repos</b> (recherche d'une attitude ou position antalgique)                      0 : Aucune position antalgique                      1 : Le sujet évite une position                      2 : Le sujet choisit une position antalgique                      3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique                      4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p><b>3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT</b> (hors et/ou dans le lit)                      0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*                      1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements                      2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*                      3 : Immobilité contrairement à son habitude*                      4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*                      * se référer au(x) jour(s) précédent(s)                      ** ou prostration                      N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p> <p><b>4/ RELATION À AUTRUI</b>                      Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...                      0 : Même type de contact que d'habitude*                      1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude*                      2 : Évite la relation contrairement à l'habitude*                      3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude*                      4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*                      * se référer au(x) jour(s) précédent(s)</p>	<p><b>5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins</b>                      0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété                      1 : Angoisse du regard, impression de peur                      2 : Sujet agité                      3 : Sujet agressif                      4 : Cris, soupirs, gémissements</p> <p><b>6/ Réactions pendant la MOBILISATION</b>                      0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière                      1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins                      2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins                      3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins                      4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p><b>7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES</b>                      0 : Aucune réaction pendant les soins                      1 : Réaction pendant les soins, sans plus                      2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses                      3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses                      4 : L'approche des zones est impossible</p> <p><b>8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin</b>                      0 : Le sujet ne se plaint pas                      1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui                      2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant                      3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée                      4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: left; padding: 5px;"><b>PATIENT</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Nom :</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Prénom :</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Sexe :</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Âge (ans) :</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Date :</td> <td colspan="2">Heure :</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Service :</td> <td colspan="2">Nom du cotuteur :</td> </tr> </table>		<b>PATIENT</b>			Nom :	Prénom :	Sexe :	Âge (ans) :			Date :	Heure :		Service :	Nom du cotuteur :	
<b>PATIENT</b>																
Nom :	Prénom :	Sexe :														
Âge (ans) :																
Date :	Heure :															
Service :	Nom du cotuteur :															

