

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

**GSC** : glasgow coma scale

**MMSE** : mini mental state examination

**NRS** : numerical rating scale

**OFSP** : office fédéral de la santé publique

**OMS** : organisation mondiale de la santé

**SCPD** : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

**VAS** : visual analogic scale

## TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION .....	1
1.1 LA DÉMENCE.....	2
1.2 LA DOULEUR .....	3
1.3 CADRE THÉORIQUE : THÉORIE GESTION DES SYMPTÔMES (HUMPHREYS, AL.) .....	6
2. MÉTHODE .....	9
2.1 QUESTION DE RECHERCHE.....	9
3. RÉSULTATS .....	11
3.1 PRÉSENTATION DES ARTICLES.....	11
<i>Validation of an acute pain-behaviour scale for older persons with inability to         communicate verbally : Algoplus</i> .....	11
<i>Algoplus performance to detect pain in depressed and/or demented old patients</i> .....	12
<i>Comparison of Self-Reported Pain and the PAINAD Scale in Hospitalized Cognitively         Impaired and Intact Older Adults After Hip Fracture Surgery</i> .....	13
<i>Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared         to self assessment of pain in elderly patients</i> .....	14
<i>Are we providing the best possible pain management for our elderly patients in the         acute-care setting ?</i> .....	15
<i>Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia as         evaluated by nursing</i> .....	16
<i>Assessment and managment of acute pain in the older person with cognitive         impairment : a qualitative study</i> .....	17
3.2 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS .....	18
3.2.1 EXPÉRIENCE DES SYMPTÔMES .....	18
3.2.1.1 PERCEPTION DES SYMPTÔMES.....	18
Items de l'échelle .....	18
Difficultés de percevoir les manifestations de la douleur.....	19
3.2.1.2 ÉVALUATION DES SYMPTÔMES.....	19
Corrélation avec NRS.....	19
Mobilité.....	20
Évaluation avant et après le traitement .....	20
Durée d'évaluation.....	21

<b>Difficultés d'évaluation en présence de troubles cognitifs</b> .....	21
<b>Traçabilité des informations de la douleur</b> .....	21
<b>3.2.1.3 RÉPONSE AUX SYMPTÔMES</b> .....	22
<b>3.2.2 STRATÉGIE DE GESTION DES SYMPTÔMES</b> .....	22
<b>3.2.3 EFFETS OBTENUS SUR L'ÉTAT DES SYMPTÔMES</b> .....	23
<b>4. DISCUSSION</b> .....	24
<b>4.1 MISE EN PERSPECTIVE AVEC LA RECENSION DES ÉCRITS DE LA     PROBLÉMATIQUE</b> .....	24
<b>4.2 LIMITES</b> .....	25
<b>4.4 IMPLICATION POUR LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE</b> .....	26
<b>5. CONCLUSION</b> .....	28
<b>LISTE DE RÉFÉRENCES</b> .....	29
<b>ANNEXES</b> .....	32

# 1. INTRODUCTION

Une des grandes préoccupations de notre société pour ces prochaines années est le vieillissement de la population. Selon l'Office Fédéral de la Statistique (OFS, 2007), « le pourcentage de personnes de 65 ans ou plus en Suisse passera de 17% en 2010 à plus de 26% en 2035 ». Il a été également estimé que la population de plus de 79 ans doublera d'ici 2050. Cette situation est due au départ à la retraite de la génération du « baby-boom » et à la baisse de la fécondité. Un autre facteur important du vieillissement de la population est l'amélioration de l'espérance de vie grâce aux progrès médicaux. En 2007, l'OFS estimait qu'en 2050 l'espérance de vie à la naissance sera de 85 ans pour les hommes et de 89,5 ans pour les femmes contre 80,5 pour les hommes et 84,8 pour les femmes en 2003.

Ce changement démographique aura un grand nombre de répercussions, financières notamment sur les assurances sociales, le logement et le système de santé (OFS, 2007). Sommes-nous préparés à prendre en charge correctement ces personnes? Selon l'American Geriatrics Society (AGS, 2002, p. 205), 25% à 50% des personnes âgées ont des douleurs. Mais malheureusement, 45% à 80% de ces douleurs sont sous traitées. Un autre fait désolant est que ces chiffres augmentent d'avantages lorsque les patients sont atteints de démence. Il a été signalé que lors d'une hospitalisation pour une fracture de hanche, les patients atteints de démence recevaient trois fois moins d'analgésiques opioïdes que les patients sans trouble cognitif [Traduction libre] (Bachino, Snow, Kunik, Cody & Wriester, 2001, p. 101). Par conséquent, la prise en charge infirmière<sup>1</sup> doit se concentrer pour améliorer l'évaluation de la douleur chez cette population vulnérable. D'autant plus que le nombre de personnes atteintes de démences va continuer à augmenter avec l'allongement de l'espérance de vie.

Actuellement, en Suisse, le nombre de personnes atteintes de démence s'élève à 119'000 alors que dans le monde, ce nombre s'élève à 47,5 millions (Alzheimer Suisse, 2015 ; OMS, 2015). De nombreuses études estiment que ce nombre va continuer à augmenter pour atteindre 75,6 millions en 2030 et 135,5 millions en 2050 alors qu'en Suisse, il devrait atteindre 300'000 pour 2050 (Association Alzheimer Suisse, 2014 ; OMS, 2015 ; Alzheimers statistics, 2015 ; Ferri et al., 2005).

Grâce à ces statistiques, on se rend compte que l'évaluation correcte de la douleur chez les personnes atteintes de démence va devoir être une priorité de santé publique.

Pour bien comprendre les difficultés d'évaluer la douleur chez les personnes atteintes de démence, il faut définir certains concepts, à savoir la démence et la douleur.

---

<sup>1</sup> Utilisation simultanée du masculin et du féminin dans le travail.

## 1.1 LA DÉMENCE

Selon l'Association Alzheimer Suisse,

Ce qu'on appelle « démence » est un état du cerveau dans lequel plusieurs fonctions cognitives sont perturbées. Outre la mémoire, qui est affectée dans toutes les formes de démence, au moins une autre faculté est également touchée: langage, capacités pratiques, reconnaissance des visages ou des objets, planification et organisation du quotidien. La notion de démence est évoquée lorsque ces perturbations limitent la personne dans les activités de la vie quotidienne (9 mai 2012).

On parlera donc d'une dégradation plus rapide des fonctions cognitives pour des personnes atteintes de démence que pour le vieillissement normal, dit primaire.

D'après plusieurs sources telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou l'Association Alzheimer, on distingue de nombreux types de démence. La démence de type Alzheimer est la plus représentée avec 60%, la démence vasculaire se rencontre dans 20% des cas, alors que les démences dues à d'autres affections médicales générales (chorée de Huntington, maladie de Parkinson,...) et diverses autres démences d'étiologies différentes représentent le reste, soit 20%. Selon l'OMS (2016), la démence est aussi une des principales causes de handicap et de dépendance parmi les personnes dans le monde, elle apporte de nombreuses conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques pour les soignants, les familles et la société.

D'après Brunner et Suddarth (2011), les symptômes de la démence sont insidieux et évoluent lentement et graduellement. La démence est une maladie chronique et dévastatrice. Cette pathologie endommage les cellules du cerveau et altère leur communication entre elles. Les changements observés chez les personnes se manifestent essentiellement au niveau cognitif, fonctionnel, et comportemental. La démence affecte la mémoire, l'orientation, le raisonnement, la compréhension, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement (OMS, 2016). La détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne et précède souvent la déficience cognitive. La démence reste cependant encore méconnue et la physiopathologie reste peu claire avec certaines pathologies spécifiques telles que la maladie d'Alzheimer. Beaucoup d'incompréhensions sont liées aux différents signes et symptômes de la démence et mènent à une stigmatisation et des obstacles liés aux soins (OMS, 2016).

L'OMS classe les signes et symptômes dans trois stades mais ils touchent différemment chaque personne, selon la pathologie et les traits de caractères initiaux de la personne. Le premier stade, initial, passe souvent inaperçu ou comme faisant partie du vieillissement normal de chaque personne. Il s'agit d'une tendance à oublier, de perdre une certaine notion du temps ou de l'espace (se perdre dans des endroits plutôt familiers). Le second stade est dit intermédiaire, les signes et symptômes se précisent et

ils deviennent plus courants, plus visibles. Les personnes se perdent dans la maison, oublient le nom des gens, ont des difficultés pour communiquer, oublient des événements relativement récents, nécessitent de l'aide pour certains gestes des activités de la vie quotidienne tels que les soins d'hygiène. On constate également des changements de comportement tels que l'errance ou des questions identiques répétitives. Le dernier stade de la démence correspond à la dépendance. Il s'agit d'une inactivité presque totale tant les troubles de la mémoire sont importants et que les facultés diminuent. Les personnes ont besoin de suppléance totale pour les soins d'hygiène ou pour se mobiliser. Elles perdent la notion de l'espace, du temps et n'arrivent plus à reconnaître leur proches. Elles présentent des changements de comportement se manifestant essentiellement par une agressivité.

Selon Voyer (2013) et la société canadienne de psychologie (CPA, 2009), durant les différents stades, les personnes atteintes de démence, principalement celle de type Alzheimer, peuvent présenter des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) reliés à des facteurs personnels, environnementaux ou sociaux tels que la fatigue, le stress ou une difficulté à se faire comprendre. Ces différents facteurs peuvent donc amener la personne à présenter les symptômes suivants :

- Des comportements délirants ou hallucinatoires. Ils peuvent avoir l'impression d'être volés se sentir persécutés ou présenter une certaine jalousie envers leur conjoint-e.
- Des symptômes d'anxiété, d'agitation (verbale ou motrice) et même des comportements agressifs.
- Des problèmes affectifs tels que dépression, apathie, détresse psychologique.
- Une labilité émotionnelle.
- Une désinhibition

Les SCPD ne doivent pas être négligés et une infirmière a pour but de comprendre la cause du déclenchement de ceux-ci afin de pouvoir gérer au mieux les comportements. Dans le cadre de ce travail, il est important de savoir que les SCPD peuvent être déclenchés par une douleur que les personnes atteintes d'Alzheimer n'arrivent pas à exprimer au mieux et qui est donc inconnue des soignants. Le concept de la douleur doit de ce fait être compris.

## **1.2 LA DOULEUR**

Selon l'association internationale pour l'Etude de la douleur (IASP, 1979), la douleur se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite comme relevant de telles lésions ».

Il existe quatre types de douleurs différentes qu'il est important de connaître car le traitement et la prise en charge diffère.

La première est la douleur nociceptive qui peut être somatique ou viscérale. Elle est due à une stimulation des récepteurs de la douleur suite à une lésion du tissu périphérique comme une inflammation, une blessure... Cette classe répond très bien aux analgésiques et aux approches non pharmacologiques [Traduction libre] (AGS, 2002, p. 206).

La deuxième est la douleur neuropathique. Elle est « consécutive à des lésions du système nerveux, soit au niveau périphérique, soit au niveau central. Ces douleurs peuvent se manifester en l'absence de tout stimulus ou en réaction à un stimulus habituellement non douloureux, mais dont la perception est exacerbée » (Voyer, 2013, p. 377). Dans ce cas, on a recours aux analgésiques non conventionnels comme les antidépresseurs, les anticonvulsifs et les antiépileptiques [Traduction libre] (AGS, 2002, p. 206).

Le troisième type est la douleur mixte. Dans cette classe, on met les douleurs mixtes ou les douleurs dont on ne connaît pas le mécanisme. Le traitement est divers et demande de combiner plusieurs approches du fait de son caractère imprévisible [Traduction libre] (AGS, 2002, p. 206).

La dernière classe est liée à un trouble psychiatrique qui favorise l'augmentation et la persistance de la douleur. Dans cette situation, il faut favoriser une approche psychiatrique car le traitement analgésique risque d'être inefficace [Traduction libre] (AGS, 2002, p. 206).

Différentes études ont tenté de comprendre les modifications de la douleur liée au vieillissement. Deux pistes ont été trouvées.

La première, identifiée par une étude menée en 2001, tente de démontrer la différence de seuil de la douleur entre les personnes jeunes et âgées lors d'une stimulation thermique. Dans cette situation, le stimulus thermique va activer différentes fibres afférentes à savoir les fibres myélinisées A-delta et fibres C amyélinisées. Les fibres A-delta vont procurer une douleur brève, aiguë et bien localisée tandis que les fibres C vont se manifester par une sensation diffuse de brûlure [Traduction libre] (Edwards & Fillingim, p. 307-308). Le résultat de cette étude montre qu'il y a « une augmentation du seuil de la douleur liée au vieillissement en même temps qu'une diminution de sa tolérance » (Voyer, 2013, p. 379). Ce phénomène est dû à une démyélinisation des fibres delta A myélinisées ce qui engendre une diminution de la vitesse de l'influx nerveux. De plus, on observe une diminution de la densité des fibres myélinisées par rapport aux fibres amyélinisées. Il y a donc une prédominance des fibres-C pour répondre à la douleur [Traduction libre] (Edwards & Fillingim, 2001, p. 307-308). Ce phénomène a comme conséquence que les personnes âgées sont moins sensibles aux douleurs aiguës ou légères ce qui entraîne un risque de potentiel de lésion plus grand (Beauchamp, 2003).

La deuxième se base sur la particularité que « le système endogène de régulation de la douleur perd de son efficacité au cours du vieillissement et la capacité à résister à la douleur diminue avec l'âge » (Voyer, 2013, p. 379).

Cette seconde piste est confirmée par une étude (Beauchamp, 2003), qui a également démontré qu'il y avait une diminution de certains neurotransmetteurs, notamment la sérotonine, ainsi qu'une diminution du nombre de synapses.

Malgré la variété des explications pour tenter de comprendre les raisons des changements physiologiques de la perception de la douleur, un aspect, qui reste immuable, est le fait de prendre en charge cette douleur et de tenter de la soulager rapidement. Selon Voyer (2013), si la douleur n'est pas traitée correctement, elle peut avoir des répercussions sur l'ensemble de la personne biopsychosociale. Les conséquences principales sur le physique sont le manque d'appétit, la diminution de la mobilité, les troubles du sommeil et l'agitation. Cette diminution de l'état général va conduire à une augmentation du risque de chute, à une atrophie musculaire, un défaut de posture et un trouble de la marche.

Les conséquences sur la sphère psychosociale sont également importantes. Elles entraînent une limitation dans les activités quotidiennes, des troubles de l'humeur, un état dépressif ou agressif ainsi qu'un isolement social. Il est donc essentiel de soulager les douleurs pour éviter que la personne ne se replie sur elle et entre dans un cercle vicieux qui l'entraîne vers une dégradation rapide de son état de santé (Voyer, 2013).

Toutefois, il est également essentiel de ne pas surmédiquer ces patients pour éviter les effets de sédation, les risques de chute et la diminution de la participation dans les activités. Il faut trouver le juste équilibre pour diminuer voire éradiquer les douleurs et éviter d'avoir des effets secondaires trop néfastes [Traduction libre] (Bachino et al., 2001, p. 99).

Pour parvenir à trouver le bon traitement pour soulager la douleur, il faut tout d'abord procéder à une évaluation précise et régulière. Toutefois, il existe deux facteurs qui entravent cette évaluation.

Le premier est l'existence d'un certain nombre de préjugés qui demeurent sur la population âgée et qui explique entre autre le manque d'évaluation. En voici quelques exemples tirés de « Comment évaluer la douleur en présence de démence grave » (Savoie, 2008) :

- La douleur est une conséquence du vieillissement
- La douleur est une façon d'expier ses péchés
- La douleur est une façon de mériter son ciel
- La douleur signifie que la mort approche
- La douleur est une façon d'attirer l'attention et de manipuler autrui
- Les personnes âgées sont susceptibles de devenir dépendantes de leurs médicaments
- Les narcotiques ne sont pas recommandés chez les personnes âgées

Le second facteur qui entrave l'évaluation de la douleur est que les personnes atteintes de démence avancée ne parviennent pas à l'exprimer clairement.

Pourtant, il existe divers outils pour évaluer la douleur tels que les échelles d'autoévaluation ou d'hétéroévaluation. Comme la douleur reste une expérience subjective, il est important de favoriser le plus longtemps possible les échelles d'auto-évaluation, d'autant plus que les infirmières ont tendance à sous-évaluer la douleur chez leur patient. Il a été démontré que des patients atteints de démence légère ou moyenne dont le score au mini-examen mental ou MMSE était de 15 ou supérieur, avaient la capacité d'effectuer des auto-évaluation de la douleur comme l'échelle numérique de 0 à 10, l'échelle analogique avec des visages, ou l'échelle verbale de Mc Gill. Toutefois, lorsque les troubles cognitifs sont trop avancés et que le patient ne parvient plus à communiquer ou à utiliser les échelles d'auto-évaluation, les soignants peuvent avoir recours aux hétéroévaluations comme le Doloplus, PACSLAC, PAINAD et Algoplus. Ces échelles se basent sur les modifications des comportements dans la vie de tous les jours (Savoie, 2008). Ces échelles ont toute une spécificité et s'utilisent dans différents contextes.

### **1.3 CADRE THÉORIQUE : THÉORIE GESTION DES SYMPTÔMES (HUMPHREYS, AL.)**

Pour parvenir à cerner les difficultés dans le processus de la gestion de la douleur et plus spécifiquement dans l'évaluation, le choix de la théorie de la gestion des symptômes s'est révélé indispensable pour ce travail. Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl et Python (2013) définissent un symptôme comme « une expérience individuelle reflétant des changements dans le fonctionnement biopsychosocial, les perceptions ou les cognitions d'une personne. Il s'oppose au signe qui se définit comme une manifestation objective de la maladie ». Les signes et les symptômes peuvent être provoqués par exemple par des médicaments, des accidents ou des maladies. Les symptômes aigus amènent souvent la personne à consulter auprès d'un professionnel d'autant plus si leurs stratégies d'intervention personnelles n'ont pas abouti à une amélioration de leur état. Selon Humphreys, Lee, Carrieri-Kohlman, Puntillo, Faucett, Janson et Donesky-Cuenca (2008) [Traduction libre], l'expérience des symptômes est une interaction dynamique comprenant la perception, l'évaluation et la réponse d'un individu à un symptôme. Ceci met donc en évidence les trois concepts clés de la théorie qui sont l'expérience des symptômes, les stratégies de gestion des symptômes et les effets obtenus (*outcomes*). Quand les gens remarquent des sensations inhabituelles, ils évaluent les caractéristiques de leurs symptômes comme la gravité, l'emplacement, la durée, la fréquence, la cause, la curabilité. Par la suite, les personnes essaient de soulager ou de réduire leurs symptômes en développant leurs propres stratégies d'auto-soins. Quand leurs stratégies de gestion des symptômes restent inefficaces, elles ont recours aux professionnels de la santé pour des interventions plus efficaces. Les effets obtenus sont un ensemble de facteurs qui peuvent avoir une influence sur les symptômes et les interventions. Ils doivent être précis et mesurables. Le résultat de la gestion des symptômes, qu'il soit lié à une intervention du soignant ou de la personne elle-même, est le contrôle du symptôme (résolution, atténuation de la sévérité ou de la détresse engendrée) (Sidani, 2011).

L'expérience du symptôme, les stratégies de gestion et les résultats obtenus s'influencent donc mutuellement. Ainsi, une personne modifie sa perception du symptôme lorsqu'elle en prend conscience, qu'elle met en place des stratégies de gestion et qu'elle évalue les résultats obtenus sur l'état du symptôme. Ces résultats doivent être objectivables par une diminution de la fréquence, de l'intensité et de l'impact au niveau de la détresse. Au travers de cette amélioration, on peut constater un meilleur fonctionnement physique ou fonctionnel, mental ou émotionnel, une meilleure qualité de vie et une réduction de la durée d'hospitalisation.

Dans le cadre de ce travail, les postulats les plus pertinents dans la théorie de la gestion des symptômes sont : [Traduction libre] (Dodd, Janson, Facione, Faucett, Humphreys, al., 2001, p. 668-676).

1. « Que le *gold standard* pour l'étude des symptômes est basé sur la perception de la personne expérimentant des symptômes et son auto-évaluation » [Traduction libre] (Dodd & al., 2001, p. 669). Il s'agit ici de dire qu'il faut que l'évaluation des symptômes se fasse selon l'évaluation subjective de la personne. Pour avoir un résultat qui reflète la douleur exacte du patient, il est important d'utiliser une échelle d'auto-évaluation adaptée aux capacités de la personne. Chez les personnes âgées, on rencontre souvent des problèmes de vision, de dextérité ou la difficulté à apprendre à utiliser l'échelle. Selon une étude, il a été démontré que cette population avait plus de difficulté à utiliser EVA (échelle évaluation analogique) que l'EVS (échelle verbale simple) (Michel & Rat, 2011). Toutefois, l'auto-évaluation devient difficile à partir d'un certain stade chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. A ce moment, il est intéressant d'utiliser les échelles d'hétéroévaluation qui permettent soit d'évaluer l'intensité de la douleur, soit de détecter la présence d'un comportement douloureux (Michel & Rat, 2011). Pour information, le gold standard est utilisé en médecine dans le but d'effectuer des études fiables. Cela veut dire que ce test est basé sur ce que les patients ressentent en expérimentant les symptômes et pas uniquement sur des données scientifiques.
2. « Lorsque les personnes ne peuvent pas s'exprimer verbalement, les infirmiers et infirmières tiennent compte de l'interprétation de l'expérience des symptômes proposée par les proches » (Baeriswyl, Delmas, Cohen, Viens Python, Eicher, 2013, p. 56). Il est donc nécessaire de prendre en compte les données observées tous les jours par les proches de la personne ou par les soignants. Les hétéroévaluations permettent une observation structurée des changements de comportement des patients et donc de mieux interpréter l'expérience subjective des symptômes.
3. « Que tous les symptômes incommodants ont besoins d'être gérés » [traduction libre] (Dodd & al., 2001, p. 669). Tout changement de comportement chez les personnes atteintes d'Alzheimer peut être révélateur d'une douleur. Ce postulat définit qu'un symptôme ressentit comme dérangent ou gênant par la personne, doit être soigné et traité. Si la douleur n'est pas prise en charge, le patient peut développer des SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques

de la démence) qui se manifeste par de l'agitation ou de l'agressivité (McCracken, Kagan, Parmar, 2009).

« La gestion des symptômes est un processus dynamique; c'est-à-dire, elle est modifiée par les effets obtenus (*outcomes*) chez la personne et par les influences des dimensions des soins infirmiers que sont la personne, l'environnement ou la santé/maladie » [Traduction libre] (Dodd & al., 2001, p. 669). Toute personne ressent les sensations de manière différente et les interventions agissent différemment chez chaque patient. Il est difficile d'identifier la présence de douleur chez les personnes atteintes de démence. Lorsqu'on perçoit un changement de comportement, on peut penser qu'on est en présence d'une douleur. Toutefois il est difficile de connaître l'intensité, la localisation et le retentissement affectif de celle-ci. Pour les soignants, il est compliqué de trouver le traitement approprié pour soulager ce mal. Il faut trouver le bon équilibre entre la sous et la surmédication. Dans ce contexte, il est essentiel d'évaluer l'évolution de la douleur après une médication ou une intervention non médicamenteuse. Afin de comprendre au mieux cette théorie, un schéma (Figure 1) a été fait initialement en anglais puis il a été traduit par Baeriswyl et al., (2013). Ce schéma met en évidence les trois concepts clés de la théorie que l'on a expliquée ci-dessus mais on peut également mieux comprendre ce processus dynamique qui se modifie selon les interrelations entre la personne, la santé/maladie et l'environnement (Baeriswyl et al., 2013).

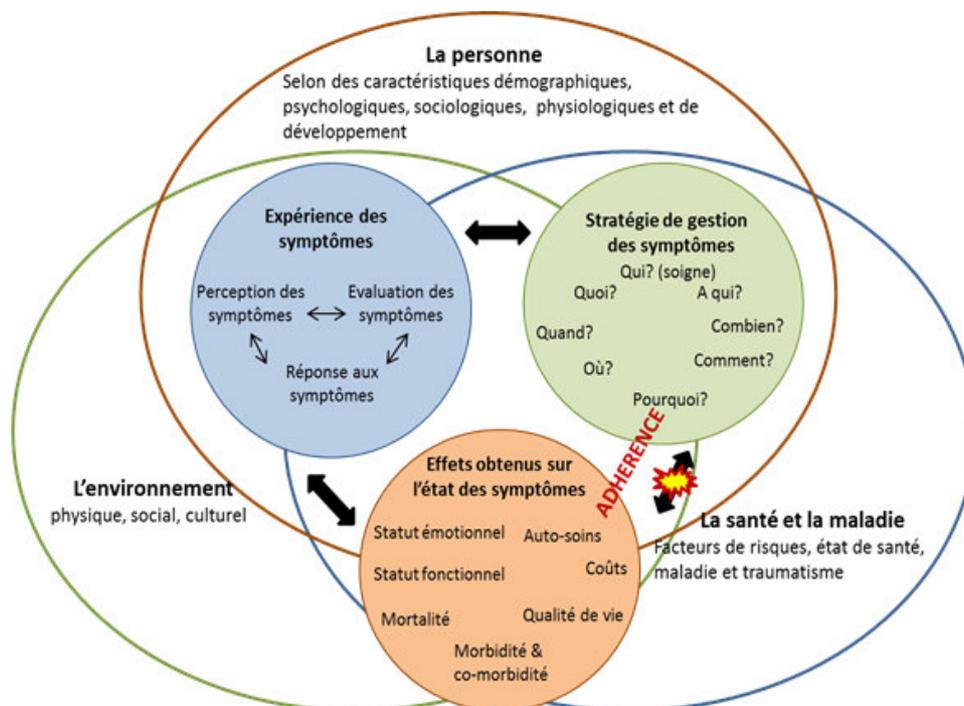


Figure 1 PPT théorie gestion des symptômes, Schenevey Perroulaz Eliane, La Source (avril 2014)

## 2. MÉTHODE

### 2.1 QUESTION DE RECHERCHE

Chez les personnes atteintes de démence et présentant une difficulté à s'exprimer verbalement, quelles sont les échelles d'évaluation de la douleur les plus pertinentes dans un service de soins aigus et qu'elles sont les difficultés rencontrées par les soignants lors de l'évaluation de ces patients ?

La méthode utilisée pour répondre à la question de recherche est une revue de littérature. La recherche d'articles a débuté en septembre 2015 jusqu'en mai 2016 et a permis de retenir sept articles.

Les critères d'inclusion sont les suivants:

- Textes rédigés en français ou en anglais.
- Année de publication des articles entre 2000-2016.
- Articles concernant les démences.
- Tranche d'âge des patients de 65 ans et plus.
- Études menées dans des services de soins aigus.

Les critères d'exclusion comprennent:

- Des services autres que soins aigus (EMS).
- Année de publication des articles plus vieux que 2000.
- Publication dans une langue autre que le français et l'anglais

Les bases de données utilisées pour ce travail sont PUBMED et CINHALL (Cumulative Index to Nursing and allied Health Literature). Tous les articles sélectionnés sont en anglais.

Le tableau ci-dessous reprend les mots-clés et les résultats obtenus pour cette recherche d'articles.

Banque de données	Mots-clés	Résultats	Articles sélectionnés
CINHALL	Dementia AND Pain AND Barriers	43	Barriers to Postoperative Pain Management in Hip Fracture patients with Dementia as Evaluated by Nursing Staff
CINHALL	Dementia AND Pain scale AND Hip fracture	8	Comparison of Self-Reported Pain and the PAINAD Scale in Hospitalized Cognitively Impaired and Intact Older

CINHAL	Dementia AND PAINAD	30	Psychometric Properties of the Pain Assessment in CINHAL advanced dementia scale compared to self-assessment of pain in elderly patients
CINHAL	Cognitive impairment AND Acute pain AND managment	21	Assessment and management of acute pain in the older person with cognitive impairment
PUBMED	Algoplus	10	Algoplus performance to detect pain in depressed and/or demented old patients  Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus
PUBMED	Abbey pain scale AND acute care	2	Are we providing the best possible pain management for our elderly patients in the acute care setting

Les articles ont été sélectionnés d'après le titre. La lecture des résumés des différents articles, a permis de cibler l'échantillon à savoir les personnes âgées atteintes de démence. Grâce à cette sélection, une quarantaine d'articles ont été retenus.

Lors de la lecture de ces études, le second filtrage reposait sur le contexte des soins à savoir les soins aigus. Le contexte a éliminé beaucoup de recherches car la majorité se déroule dans les maisons de retraite.

Afin de récolter des informations supplémentaires sur la démence et la douleur, l'Association Alzheimer et Pro Senectute ont été contactés et ils nous ont fourni un grand nombre d'articles.

## 3. RÉSULTATS

### 3.1 PRÉSENTATION DES ARTICLES

#### *Validation of an acute pain-behaviour scale for older persons with inability to communicate verbally : Algoplus*

**Auteurs :** Patrice Rat, Elisabeth Jouve, Gisèle Pickering, Laurent Donnarel, Louise Nguyen, Micheline Michel, Françoise Capriz-Rivière, Sylvie Lefebvre-Chapiro, Frédérique Gauquelin, Sylvie Bonin-Guillaume.

**Année de publication :** 2010

Cette étude descriptive quantitative [Annexe I] vise le développement d'une nouvelle échelle Algoplus pour évaluer les douleurs aiguës chez les personnes âgées incapables de communiquer verbalement.

L'échantillon de cette étude comprend des personnes âgées de 65 ans ou plus (n=349) avec ou sans douleur aiguë. Une partie des participants sont incapables de communiquer verbalement. Ce groupe comporte des patients atteints de délirium, d'aphasie, de coma, de trouble cognitif moyen à sévère et des personnes avec une mauvaise compréhension du français. Le reste du groupe comprend des patients sans trouble de la communication.

Pour créer l'échelle Algoplus, les auteurs ont procédé en deux étapes à savoir le développement et la validation. Pour le développement, un recueil d'articles a été effectué pour identifier les comportements liés à la douleur et ainsi créer une base de données. Grâce à toutes ces données, ils ont pu restreindre le nombre des comportements en liens avec la douleur et créer une échelle.

La seconde étape de l'étude est la validation de l'échelle. Les patients communicants ont évalué leur douleur avec des échelles d'auto-évaluation (NRS, VAS, VDS). Puis tous les patients ont été évalués avec l'échelle Algoplus.

Les résultats de l'échelle Algoplus démontrent que l'échelle est efficace pour évaluer la douleur aiguë chez les patients incapables de communiquer verbalement.

Cette étude dénombre certaines limites. La première limite est la difficulté de savoir si les patients avec des troubles cognitifs ont une expérience similaire de la douleur aiguë. La deuxième limite questionne sur la nécessité d'avoir une formation pour l'utilisation de l'échelle Algoplus. La troisième limite met en avant le fait que cette étude n'a pas été testée sur des patients diagnostiqués avec une démence. La quatrième difficulté met en doute la capacité de l'échelle de faire la différence entre la douleur versus l'anxiété et la dépression.

### ***Algoplus performance to detect pain in depressed and/or demented old patients***

**Auteurs :** S. Bonin-Guillaume, E. Jouve, R. Lauretta, C. Nalin, R. Truillet, F. Capriz, P. Rat

**Année de publication :** Décembre 2015

Cette étude quantitative descriptive [Annexe II] a été effectuée par la même équipe que le précédent article. Son but est de tester les performances d'Algoplus sur des personnes âgées atteintes de démence, de dépression ou de démence et de dépression.

Chaque patient a été testé avec le MMSE pour évaluer la démence et le GDS-15 pour évaluer la dépression. Puis, selon les résultats, les personnes ont été assignées à un des quatre groupes.

Les infirmières et les médecins utilisaient l'échelle d'auto-évaluation NRS pour évaluer la douleur, puis des experts utilisaient des échelles comportementales (Doloplus or PACSLAC) pour évaluer à leur tour la douleur.

Après avoir reçu une formation, une équipe d'infirmières utilisait l'Algoplus en aveugle pour évaluer la douleur avant et après l'administration d'analgésiques.

L'échelle Algoplus est suffisamment sensible pour évaluer la douleur chez les patients atteints de démence, démence & dépression et dépression. Toutefois il y a une fluctuation des items de l'échelle suivants les groupes.

Il y a un certain nombre de limites à cette étude. La première est que cette étude a été menée uniquement en français. Par conséquent, il faudrait tester sa validité dans des pays non-francophones. Une deuxième limite est d'avoir utilisé l'échelle d'auto-évaluation NRS avec des personnes âgées. Il aurait fallu utiliser une échelle plus adaptée à cette population pour être plus précis. Un troisième biais repose sur le fait que les patients atteints de démence sévères n'ont pas pu participer à cette étude.

***Comparison of Self-Reported Pain and the PAINAD Scale in Hospitalized Cognitively Impaired and Intact Older Adults After Hip Fracture Surgery***

**Auteurs:** Trudy DeWaters, Margaret Faut-Callahan, Judith J. McCann, Judith A. Paice, Lou Fogg, Linda Hollinger-Smith, K. Sikorski et H. Stanaitis

**Année de publication:** Décembre 2008

Cette étude quantitative [Annexe III] a pour but d'évaluer les propriétés de l'échelle PAINAD chez des patients avec des troubles cognitifs dans un service de soins aigus.

L'échantillon comprend 25 personnes âgées de 65 ans ou plus avec une fracture de la hanche. Une partie des participants ont un MMSE inférieur à 23 et ils sont diagnostiqués pour une démence. Le reste de l'échantillon ne possède pas de trouble cognitif.

Les scores de PAINAD ont été obtenus par une observation directe de la douleur lors de la mobilisation des patients et lors du repos. Puis ces résultats ont été mis en lien avec la NRS. Les auteurs ont constaté une corrélation significative entre les scores de la PAINAD et la NRS pour les deux groupes. Les chercheurs ont remarqué que les comportements qui se manifestaient le plus souvent lors de situations douloureuses sont la vocalisation négative, l'expression du visage et l'expression corporelle.

Certaines limites ont été identifiées par les auteurs. La première limite est l'échantillon restreint de 25 personnes. Les chercheurs souhaitent que leur étude soit réalisée avec un échantillon plus grand, une variété ethnique plus vaste et une moyenne d'âge plus élevée. La seconde limite concerne la fluctuation des comportements lorsque les personnes sont observées. Le troisième biais repose sur le manque de recherches quant au type ou au stade de déficience cognitive. Il peut y avoir des différences dans les comportements suivant la pathologie ou le stade du trouble.

***Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients***

**Auteurs:** M. Mosele, E.M. Inelmen, E.D. Toffanello, A. Girardi, A. Coin, G. Sergi et E. Manzato

**Année de publication:** 2012

Cette étude quantitative [Annexe IV] a pour but d'évaluer l'efficacité de PAINAD sur un plus large échantillon de personnes avec des démences de degrés variables. Les chercheurs veulent comparer PAINAD à une échelle analogique (NRS) et fournir une version catégorisée de la PAINAD avec les échelles d'auto-évaluation.

Diverses évaluations ont été faites au préalable afin de catégoriser les sujets de l'étude. Les chercheurs ont évalué l'état fonctionnel selon l'ADL (activity of daily living), l'état cognitif selon le MMSE, les symptômes dépressifs selon la GDS et l'état de santé selon la CIRS. L'évaluation de la douleur a été réalisée par un médecin à l'aide de la NRS et de la PAINAD.

L'étude a démontré que l'échelle PAINAD est fiable et facile d'utilisation. La version avec les catégories du PAINAD utilisant NRS rend l'outil approprié pour décrire l'intensité de la douleur chez le patient. Cet outil reste efficace même lorsqu'on l'utilise avec des facteurs confondants comme la dépression, les troubles cognitifs et l'âge.

Cette étude a également certaines limites. Elle a été réalisée dans un seul hôpital. Par conséquent, la prévalence des douleurs et leur intensité ont peut-être été surévaluées. Un deuxième biais est que les patients avec des délirium ont été exclus de l'étude et que les scores de la PAINAD ne sont pas ajustés pour les dépressions. Les auteurs estiment que les résultats de l'étude étaient limités par le petit échantillon de patients institutionnalisés et par la limite de patients souffrant de douleur sévère.

***Are we providing the best possible pain management for our elderly patients in the acute-care setting ?***

**Auteurs :** Paul McLiesh, Davina Mungall et Rick Wiechula.

**Année de publication :** 2009

Cette étude quantitative [Annexe V] a pour projet d'évaluer la pratique actuelle et mettre en œuvre des changements pour atteindre une meilleure pratique dans la gestion de la douleur chez la personne âgée dans un cadre de soins aigus. L'étude comprend deux audits de 17 et 18 sujets de 65 ans ou plus en phase post-opératoire. Ces patients ont un MMSE inférieur ou égal à 16.

L'équipe de recherche a procédé à une évaluation de la pratique et les connaissances des infirmières. Après une formation sur l'évaluation de la douleur avec l'outil Abbey Pain Scale, les chercheurs ont pu remarquer une amélioration de la pratique en ce qui concerne les connaissances sur les analgésiques, l'évaluation de la douleur et la documentation de la douleur dans le dossier du patient.

Les limites recensées dans l'étude sont les critères d'inclusion qui ne permettent pas de recruter beaucoup de personnes et il a fallu beaucoup de temps pour avoir 17-18 patients. De plus, les contraintes de temps de l'étude ne garantissent pas une implication totale face à ce projet de la part du chef de service. La communication avec les membres de l'équipe n'était pas non plus évidente. Lorsqu'un soignant n'était pas présent aux réunions, pour le maintien du projet, les échanges se faisaient par mail ou téléphone. La pertinence de la comparaison directe entre les deux étapes se pose aussi puisque l'auteur a conscience qu'ils ont finalement essayé l'Abbey Pain Scale dans un seul service au lieu de quatre.

***Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia as evaluated by nursing***

**Auteurs :** M. Rantala, P. Kankkunen, T. Kvist and S. Hartikainen.

**Année de publication:** Août 2012

Cette étude qualitative infirmière [Annexe VI] tente d'identifier les perceptions des infirmières concernant les barrières qui entravent la gestion de la douleur en postopératoire lors d'une fracture de hanche chez les personnes atteintes de démence et d'identifier les attentes et les facilitateurs proposés par leurs employeurs pour surpasser ces barrières. L'étude a été menée en Finlande dans des services de chirurgie.

Pour effectuer leurs recherches, les auteurs ont distribué un questionnaire à des infirmières dans des services de chirurgie. Le questionnaire contenait quatre sections. La première recueillait les caractéristiques des infirmières. La deuxième explorait la perception des infirmières face aux barrières rencontrées dans les soins post-opératoires. La troisième section questionnait sur les attentes pour améliorer la gestion de la douleur. Le dernier point interrogeait sur les facilitateurs offerts par les employeurs pour améliorer la gestion de la douleur.

Une des limites de cette étude est que le questionnaire n'explore qu'une partie restreinte de la problématique. De plus, les chercheurs ont dû créer leur propre questionnaire car il n'en existait pas de valide. Une autre limite était le grand nombre d'items « pas d'accord » dans le questionnaire. Certaines des questions ouvertes n'étaient pas suffisamment développées par les infirmières. Par conséquent, il était difficile pour les chercheurs d'analyser ces réponses. Une dernière limite était la difficulté d'interpréter les résultats à cause de la confusion des soignants pour différencier la démence du délirium lors de la rédaction des questions ouvertes.

***Assessment and management of acute pain in the older person with cognitive impairment : a qualitative study***

**Auteurs:** M. Fry, L. Chenoweth, G. Arendts.

**Année de publication:** Juin 2015

Cette étude qualitative infirmière [annexe VII] veut comprendre la perception des infirmières aux urgences au moment de la gestion de la douleur aiguë chez des personnes âgées avec des troubles cognitifs et présentant une fracture d'un os long.

Pour recueillir les données, les chercheurs ont effectué des interviews semi structurées de 35 à 60 minutes qui contenaient onze items.

Les résultats ont été regroupés sous quatre thèmes à savoir: croyances concernant la gestion de la douleur, le manque d'outils d'évaluation de la douleur chez les patients atteints de troubles cognitifs, la gestion de la douleur face au processus de l'âge et finalement l'administration des analgésiques.

Une des limites de l'étude est que les participantes les plus loquaces mettent plus en avant leur point de vue que les plus timides. La seconde limite est que ces opinions ne correspondent pas forcément à ceux des autres services d'urgence dans d'autres hôpitaux. La spécificité des urgences rend ces observations difficiles à appliquer dans les maisons des retraites ou les soins palliatifs.



## **3.2 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS**

L'analyse des résultats est séparée en deux étapes à savoir: la comparaison des échelles Algoplus et PAINAD et l'énumération des barrières rencontrées par les infirmières lors de l'évaluation de la douleur chez les personnes atteintes de démence.

Ces résultats sont mis en lien avec les trois concepts principaux du cadre de référence de la théorie infirmière de la gestion des symptômes. Ces concepts sont l'expérience des symptômes, la stratégie de gestion des symptômes et les effets obtenus sur l'état des symptômes.

### **3.2.1 EXPÉRIENCE DES SYMPTÔMES**

L'expérience des symptômes met en avant la perception, l'évaluation et la réponse aux symptômes. A partir des articles analysés, différents thèmes et sous-thèmes ont pu être identifiés en lien avec les spécificités des échelles ainsi que les barrières rencontrées par les soignants.

#### **3.2.1.1 PERCEPTION DES SYMPTÔMES**

##### **Items de l'échelle**

Dans les deux échelles Algoplus et PAINAD, il y a une certaine ressemblance dans les items d'évaluation notamment pour les « expressions faciales », « plaintes / vocalisation » et « position / langage corporel ». Dans l'échelle Algoplus, les auteurs mettent l'accent sur le « regard » et les « comportements atypiques ». Tandis que pour l'échelle PAINAD, les items complémentaires sont la « respiration » et la « consolabilité » (Bonin-Guillaume et al., 2016 ; DeWaters et al., 2008 ; Mosele et al., 2012). Les items de « consolabilité » et « respiration » sont les items de l'échelle PAINAD qui selon les auteurs DeWaters et al. (2008), sont les moins référencés.

Les auteurs Bonin-Guillaume et al. (2016), relèvent une différence de fréquence des items selon les groupes (démence, dépression, démence & dépression, contrôle) lorsque l'on compare les patients avec et sans douleur. Pour le groupe des personnes atteintes de démence, tous les items sont significatifs ( $p < 0.033$  à  $0.001$ ). Pour les patients atteints de démence & dépression, l'item des « comportements atypiques » n'est plus significatif ( $p < 0.109$ ). Pour le groupe contrôle, les items significatifs sont « expressions faciales » ( $p < 0.001$ ), « plaintes » ( $p < 0.001$ ) et « position corporelle » ( $p < 0.001$ ). Pour les personnes atteintes de dépression, seules deux items sont significatifs : « expressions faciales » ( $p < 0.001$ ) et « plaintes » ( $p < 0.001$ ). Dans les groupes sans douleur, il y a également une disparité dans la fréquence des items.

D'après les chercheurs Rat et al. (2010), l'item « regard » semble plus fréquent chez les patients incapables de communiquer que chez les patients communicants ( $p < 0.0001$ ).

## **Difficultés de percevoir les manifestations de la douleur**

D'après les auteurs Fry, Chenoweth, Arendts (2015), les infirmières n'utilisent pas systématiquement des échelles d'hétéroévaluation. Parfois, pour les aider dans l'évaluation de la douleur, elles reprennent des échelles destinées à la pédiatrie. Autrement, elles fondent leur évaluation sur l'observation des comportements comme les grimaces, les réactions au toucher, le manque de mouvement et l'agitation. Elles appuient leur jugement également sur les changements physiologiques tels que la fréquence respiratoire, la pression sanguine et la fréquence cardiaque. Les infirmières se basent beaucoup sur leur expérience et leur jugement pour évaluer les douleurs chez les patients. Elles ont des connaissances sur le degré de douleur rencontré en post-opératoire auprès de personnes sans trouble cognitif. A partir de ce savoir, elles transposent leurs idées préconçues sur des patients atteints de troubles cognitifs.

Dans l'étude menée par McLiesh, Mungall et Wiechula (2009), les infirmières ont été questionnées sur les manifestations de la douleur auprès de personnes ayant des difficultés à communiquer. On leur a demandé de citer 6 items. Au début de l'étude, elles sont capables de nommer 3.7 items sur 6. Suite à une formation donnée sur l'échelle de l'Abbey Pain Scale, les infirmières arrivent à citer 4.06 items sur 6. Ce résultat n'est pas réellement significatif, cependant la formation donnée au préalable montre qu'une amélioration des connaissances est possible.

### **3.2.1.2 ÉVALUATION DES SYMPTÔMES**

Pour pouvoir évaluer correctement, les échelles doivent avoir une sensibilité importante aux fluctuations de la douleur et permettre de s'approcher de la douleur réelle du patient au plus juste. Elles doivent être une aide pour les infirmières et pas un outil contraignant.

### **Corrélation avec NRS**

Dans les quatre articles, les chercheurs ont évalué essentiellement les douleurs aiguës. Les échelles d'hétéroévaluation ont été mises en corrélation avec des échelles d'autoévaluation numérique comme par exemple NRS (numerical rating scale) et VAS (visual analog scale). Ainsi, grâce à des groupes contrôles sans trouble cognitif, on peut analyser la douleur subjective qu'ils ressentent et la mettre en corrélation avec les échelles d'hétéroévaluation.

Selon les auteurs Mosele et al. (2012), l'échelle PAINAD a une corrélation hautement significative avec l'échelle d'auto-évaluation NRS ( $p < 0.0001$ ). Ils ont repris les stades de la douleur selon la NRS en 4 groupes afin de mettre en lien avec les scores de l'échelle PAINAD pour déterminer l'intensité de la douleur chez les patients non-communicants.

Selon leurs recherches, ils ont déterminé que :

- Absence de douleur correspond à un score de PAINAD de 0.

- Douleur légère correspond à un score PAINAD entre 1-3
- Douleur modérée correspond à un score PAINAD entre 4-6
- Douleur sévère correspond à un score PAINAD supérieur à 7

D'après les auteurs Rat et al. (2010), l'échelle Algoplus est hautement corrélée avec les échelles d'auto-évaluations NRS, VAS, VDS ( $p < 0.0001$ ). Cette corrélation avec l'échelle NRS a été également démontrée par les auteurs Bonin et al. (2016). Toutefois, les recherches actuelles ne permettent pas de mesurer l'intensité de la douleur.

Les échelles d'hétéroévaluation sont des outils précieux dans la pratique infirmière. Toutefois, il faut utiliser les échelles adaptées à la pathologie et aux types de patients. En effet, on ne peut pas utiliser des échelles de pédiatrie pour des personnes âgées. De plus, les auteurs Fry et al. (2015) recensent que les infirmières dans leur pratique utilisent souvent des échelles d'autoévaluation bien qu'elles ne sont pas adaptées aux personnes atteintes de troubles cognitifs

### **Mobilité**

Dans plusieurs études, les chercheurs ont utilisé des échelles pour comparer les scores durant une mobilisation qui peut engendrer une douleur aiguë et au repos.

DeWaters et al. (2008) ont déterminé que les résultats de la douleur selon PAINAD sont significativement plus élevés lors de la mobilisation qu'au repos ( $p < 0.001$ ). Les scores sont similaires quel que soit le statut cognitif. Les scores sont plus élevés lors des mouvements pour le groupe sans déficit cognitif ( $p < 0.002$ ) que pour le groupe avec un trouble cognitif ( $p < 0.006$ ).

Pour l'évaluation durant le mouvement, le score d'Algoplus est suffisamment sensible pour ne pas révéler de changement significatif pour les patients sans douleur ( $p < 0.13$ ). Le score est significativement plus élevé lors de la mobilisation des patients confrontés à des douleurs aiguës ( $p < 0.0001$ ). Pour les patients souffrant de démence, tous les items: « expressions faciales, regards, plaintes, comportements atypiques » ont été fréquents durant le mouvement, excepté pour l'item « position corporelle ». Les items qui ont la plus grande différence de fréquence entre le repos et la mobilisation sont les « plaintes » et les « comportements atypiques » (Rat et al., 2010).

### **Évaluation avant et après le traitement**

Il a été démontré que les infirmières ont beaucoup de difficulté à évaluer un changement dans l'intensité de la douleur après la prise d'antalgique (Fry et al., 2015). Grâce aux échelles PAINAD et Algoplus, il est possible de mesurer cette évolution.

Dans les deux études menées par Rat et al. (2010) et Bonin-Guillaume et al. (2016) sur l'échelle Algoplus, il est démontré que le score diminue après le traitement antalgique ( $p < 0.0001$ ). Les items « expressions faciales » et « plaintes » sont ceux dont la fréquence a le plus baissé après le traitement.

Selon les chercheurs Bonin-Guillaume et al. (2016), une diminution de la douleur est observée chez tous les groupes de l'étude à savoir: les personnes atteintes de démence, de dépression, de démence & dépression et le groupe contrôle.

Dans les études réalisées par Mosele et al. (2012) et DeWaters et al. (2008) sur l'échelle PAINAD, il n'y a pas eu d'évaluation spécifique de la douleur, avant et après un traitement antalgique. Toutefois, cette échelle est suffisamment pertinente sur la variation de l'intensité de la douleur pour appréhender l'efficacité du traitement.

### **Durée d'évaluation**

Avec l'échelle Algoplus, la durée moyenne d'évaluation est de 60 secondes (Rat et al., 2010). Pour l'échelle PAINAD, il n'y a aucune mention à ce propos. Cependant dans les deux articles, on estime que l'observation et l'évaluation des patients prend moins de 5 minutes (Mosele et al., 2012 et De Waters et al., 2008).

Selon les auteurs Rantala, Kankkunen, Kvist et Hartikainen (2014), une des barrières principales dans la gestion de la douleur est le manque de temps pour l'établissement de ces appréciations. En effet, 52% des infirmières disent ne pas avoir suffisamment de temps pour évaluer les patients atteints de troubles cognitifs.

### **Difficultés d'évaluation en présence de troubles cognitifs**

D'après les chercheurs Rantala et al. (2014), la barrière principale des infirmières dans le processus de gestion de la douleur est la difficulté d'évaluer la douleur chez des personnes avec des troubles cognitifs (86%). La difficulté s'accroît encore lorsque le patient est confronté à d'autres troubles comme les problèmes auditifs (Fry et al., 2015). Pour pallier à ce problème, elles posent au patient des questions fermées. Toutefois, les réponses par oui ou non, ne correspondent pas toujours à la réalité du patient (Rantala et al., 2014).

Par conséquent, de par cette difficulté d'évaluation de la douleur, les auteurs Mosele et al. (2012) constatent une prescription d'analgésiques réduite chez les patients avec une déficience cognitive ( $p < 0.003$ ) en particulier lors de l'utilisation des opioïdes ( $p < 0.04$ )

### **Traçabilité des informations de la douleur**

Après une évaluation, il est important que les infirmières notent leurs observations dans le dossier du patient. Toutefois, dans 83% des cas, la description de la douleur est brève, sans aucune référence à une échelle d'évaluation. Après une formation donnée sur l'Abbey Pain Scale, l'évaluation de la douleur est répertoriée adéquatement avec un score auprès de 75% des patients (McLiesh et al., 2009).

### **3.2.1.3 RÉPONSE AUX SYMPTÔMES**

Il a été démontré que la confusion et la douleur sont bidirectionnelles. La douleur est source de confusion et la confusion peut induire une prise de risque qui engendre une augmentation de la douleur. Les patients peuvent s'exposer à des situations douloureuses comme le fait de vouloir marcher immédiatement après une opération de la hanche. De plus, les patients qui sont atteints de troubles cognitifs ne se souviennent pas toujours des instructions et des recommandations données par les infirmières. Ainsi, ils ne comprennent pas toujours la raison des procédures de soins, ce qui entraîne une résistance de leur part (Rantala et al., 2014).

Les infirmières ont remarqué que les analgésiques diminuent l'agitation. Si la personne est correctement soulagée, elle sera plus collaborante lors des soins prodigués et elle ne sera pas agressive envers les soignants (Fry et al., 2015).

### **3.2.2 STRATÉGIE DE GESTION DES SYMPTÔMES**

Une fois l'évaluation achevée, l'infirmière doit mettre en place un plan pour pallier à la douleur de la personne. Cette étape de gestion est souvent semée d'embûches.

Les infirmières ont à cœur de réduire la souffrance. Cette réduction est perçue comme un droit fondamental pour les patients. Cependant, les professionnels reconnaissent que la population atteinte de troubles cognitifs est souvent insuffisamment médiquée.

La première difficulté est la voie d'administration des médicaments. Les infirmières sont confrontées aux problèmes de déglutition, d'arrachage des cathéters veineux et à la non-compliance à cause de la confusion (Fry et al., 2015 ; Rantala et al, 2014). Plus une personne a mal, plus elle aura tendance à être agitée et à devenir agressive (Fry et al., 2015).

Une seconde difficulté de la gestion de la douleur est la réticence des médecins et des infirmières à donner des analgésiques à cause de la sénescence des organes, de l'efficacité individuelle face aux médicaments, du risque de surmédication et des effets secondaires (confusion et chute). En effet, cette population, du fait de sa démence et de son âge avancé, est souvent sujette à des co-morbidités qui nécessitent une polypharmacie source d'interactions médicamenteuses (Rantala et al., 2014). Suite à la sénescence des organes, l'absorption et élimination des médicaments est perturbée (Fry et al., 2015). Une diminution de l'efficacité des médicaments est constatée chez ces patients confrontés à des douleurs chroniques et bénéficiant régulièrement d'analgésiques (Fry et al., 2015). Finalement, du fait de leurs troubles cognitifs, ces patients oublient s'ils ont pris ou non leur traitement ce qui complique la prise en charge (Fry et al., 2015).

Tous ces facteurs favorisent l'inquiétude des médecins et des infirmières à donner des médicaments (Fry et al., 2015). D'autant plus que ces dernières trouvent qu'il n'y a pas suffisamment d'informations sur les effets en lien avec la démence et les interactions médicamenteuses (Rantala et al., 2014). Pour pallier à ces difficultés, les infirmières ont trouvé un certain nombre de solutions. La première est de donner des doses réduites de médicaments, mais plus fréquemment (Fry et al., 2015). Elles ont également conscience de l'importance de leur rôle autonome dans la prise en charge non pharmacologique de la douleur. Elles utilisent le positionnement, la mobilisation et le réconfort comme compléments pour réduire la douleur (Fry et al., 2015). Finalement, d'après Rantala et al. (2014), en cas de besoin elles n'hésitent pas à prendre conseil auprès des experts de la douleur comme les anesthésistes ou les infirmières spécialisées.

### **3.2.3 EFFETS OBTENUS SUR L'ÉTAT DES SYMPTÔMES**

La douleur a aussi un impact direct sur l'état général du patient en lien avec l'état émotionnel et fonctionnel et sa qualité de vie.

Dans les articles utilisés dans ce travail, les auteurs s'accordent sur le danger lié à une mauvaise gestion de la douleur.

Comme mentionné plus haut, si la douleur n'est pas prise en charge correctement, les patients risquent d'être agressifs, agités et moins compliants aux soins. Pour pallier à cet état, les infirmières recourent parfois à la contention physique ou à des sédatifs. Elles ont conscience que le fait de les attacher est délétère pour le patient et source de détresse émotionnelle. Malheureusement, le manque de temps empêche les infirmières d'opter pour une autre alternative. Malgré le bénéfice à court terme qui en découle, les cris sont mal vécus par les soignants (Rantala et al., 2014) accroissant ainsi le stress professionnel.

## 4. DISCUSSION

### 4.1 MISE EN PERSPECTIVE AVEC LA RECENSION DES ÉCRITS DE LA PROBLÉMATIQUE

D'après les articles sélectionnés, les échelles Algoplus et PAINAD sont les plus adaptées, dans les services de soins aigus, pour évaluer la douleur chez les personnes dyscommunicantes et atteintes de démence. Les nombreux avantages sont cités ci-dessous.

Premièrement, les deux échelles ont une validité interne significative conduisant à des résultats cohérents et reflétant bien la réalité. De plus, ces échelles ont été testées sur des échantillons importants, ce qui assoit leur fiabilité. Puisqu'elles sont pertinentes, elles devraient systématiquement être utilisées dans la pratique courante.

Deuxièmement, la durée d'évaluation est courte, une minute pour l'Algoplus (Rat et al., 2010) et une à trois minutes pour la PAINAD (Misson, Savoie et Verreault, 2012). Dans un des articles, on déplore que les infirmières ne disposent pas suffisamment de temps pour évaluer leurs patients. Cette courte appréciation est donc un avantage considérable (Rantala et al., 2014). Comme la douleur est mieux évaluée, le patient sera plus calme et compliant lors des soins, ce qui à la longue permettra à l'infirmière de gagner du temps (Rantala et al., 2014 ; Fry et al., 2015) .

Troisièmement, les échelles PAINAD et Algoplus sont faciles d'utilisation. Nul n'a besoin de connaître les comportements habituels du patient pour l'évaluer (Michel et Rat, 2011 ; Chatelle et al., 2008). Cet élément est essentiel car, dans les soins aigus, il y a un tournus important du personnel : habituellement les infirmières s'occupent d'un patient pendant trois jours. Par conséquent, elles n'ont pas suffisamment de temps pour connaître ces comportements, contrairement aux infirmières dans les EMS qui connaissent mieux le mode d'expression de leurs patients et peuvent rapidement savoir si ce dernier est confortable ou non.

Quatrièmement, malgré la facilité d'utilisation de ces échelles, il est important que les soignants soient préalablement formés. En effet, suivant les pathologies rencontrées et le degré d'anxiété, les comportements varient et peuvent avoir une influence sur les items de l'échelle. Dans l'étude menée par Bonin-Guillaume et al. (2016), il apparaît que la dépression et le degré de trouble cognitif influencent l'intensité des comportements. Ainsi, les personnes atteintes de dépression ont tendance à avoir les yeux clos et démontrent une mobilité réduite. Ces attitudes non verbales pourraient être interprétées comme de la douleur.

Cinquièmement, l'échelle Algoplus a une sensibilité suffisante pour observer une évolution de la douleur avant et après la prise de traitement antalgique (Bonin-Guillaume et al., 2016). Dès lors, on peut moduler le traitement sur des bases objectives. Ainsi les infirmières disposent d'outil leur permettant d'être plus adéquate sur le dosage des médicaments antidouleurs.

Malgré ces avantages, les infirmières restent souvent réticentes à utiliser ces échelles. Selon les auteurs Dowding et al. (2015), le problème viendrait du fait que les échelles ne prennent pas en considération le jugement et l'intuition des infirmières. Il est dommage de perdre l'intérêt pratique de tels outils face à ces arguments. Pour y pallier, un espace pourrait être créé pour recevoir l'avis de l'infirmière. Ainsi cette appréciation pourrait offrir une pondération lors de la transmission d'informations entre le personnel soignant.

## **4.2 LIMITES**

Avec du recul, la méthodologie de ce travail comporte certaines limites. La première est le manque d'expérience dans l'utilisation des bases de données. La recherche d'articles aurait pu être plus sélective encore. Étant donné l'intérêt porté par les chercheurs à l'amélioration de la gestion de la douleur chez les personnes atteintes de démence, les études ont été nombreuses. Il a fallu faire un tri. Le choix de se concentrer sur les soins aigus a fortement limité le nombre d'articles. En effet, la majorité des études ont été menées dans des maisons de retraite. Il aurait fallu utiliser l'opérateur « NOT » dans les équations de recherche afin d'exclure ce paramètre (maisons de retraite) d'emblée de nos recherches et disposer d'un nombre d'articles plus spécifiques.

Le choix de se restreindre aux soins aigus a eu également comme impact de réduire le nombre d'échelle d'hétéroévaluation. Par conséquent, il a été plus difficile d'avoir des articles variés sur le sujet. La comparaison des échelles était donc très limitée.

Une seconde limite est le regroupement de certains des articles. Deux articles ont été écrits par la même équipe qui a développé l'échelle Algoplus. Ayant le même point de vue sur leur travail, le regard est moins critique. Il aurait fallu avoir une étude menée avec la même échelle par une équipe différente.

Une troisième limite réside dans le choix de l'échantillon. Dans les différents articles, la majorité des patients sélectionnés par les études ont un MMSE qui correspond aux catégories modérées à sévères d'atteintes cognitives. L'évaluation MMSE est utilisée pour quantifier le degré de troubles cognitifs, mais elle ne permet pas de diagnostiquer une démence (Bonin-Guillaume et al., 2016). Dans les recherches menées par Bonin-Guillaume et al. (2016) et DeWaters et al. (2008), les chercheurs ont sélectionné des patients ayant un diagnostic confirmé de démence. Cette procédure confirme la validité des deux échelles PAINAD et Algoplus parmi cette population. A l'inverse dans les articles rédigés par

Rat et al. (2010) et Mosele et al. (2012), ces auteurs ne précisent pas si dans l'échantillon les personnes ont été diagnostiquées pour une démence. Ils spécifient uniquement le degré du trouble cognitif selon le MMSE. Par conséquent, ces articles peuvent créer un biais dans l'évaluation de cette population.

#### **4.3 CARACTÈRES GÉNÉRALISABLES**

Comme démontré dans l'introduction, la population de personnes âgées en Suisse ne fait qu'augmenter ainsi que le nombre de personnes atteintes de démence. Nos voisins sont confrontés au même problème. Le Parlement européen a décidé en 2011 de porter l'accent sur les mesures à mettre en place comme une priorité sanitaire pour toute l'Union Européenne. La Suisse a également mis en place une «Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017 qui pose l'exigence que toutes les personnes atteintes ont, à tous les stades de leur maladie, accès à des offres de haute qualité [...] pour des soins intégrés aux niveaux psychosocial, médical et curatif » (OFSP, 2013, p. 5). Cette stratégie d'amélioration des soins doit impérativement prendre place le plus rapidement possible, car 50'000 personnes atteintes de démence sont hospitalisées par an dans des services de soins aigus en Suisse (OFSP, 2013, p. 15). Cette volonté de garantir à cette population des soins de qualité soulève un grand nombre de questions financières, organisationnelles, sociales,... En 2009 en Suisse, la démence a coûté environ 6,9 milliards de francs (OFSP, 2013, p. 16). Pour assurer une prise en charge de qualité, il faut ainsi que tous les professionnels et les familles se coordonnent.

Pour la profession infirmière, un des problèmes majeurs lors des soins pour les personnes atteintes de démence est la gestion de la douleur. Il est donc essentiel qu'on parvienne à la traiter et à l'évaluer correctement. Les infirmières ont donc une place importante à tenir dans cette démarche.

#### **4.4 IMPLICATION POUR LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE**

Malgré le nombre d'articles importants, il reste encore, sur l'évaluation de la douleur, beaucoup de lacunes à élucider, comme les différences ethniques, de genre, l'impact de certaines pathologies... Certains chercheurs s'interrogent même sur la perception réelle de la douleur chez les personnes atteintes de démence sévère.

Selon une étude menée par Ford, Snow, Herr et Tripp-Reimer (2015), certains des comportements seraient universels comme les expressions faciales et les plaintes. Ce résultat a été également démontré dans l'étude menée par Bonin-Guillaume et al. (2016). D'autres comportements pouvant être variables d'une ethnie à l'autre, il serait primordial d'approfondir les recherches sur le sujet, dès lors que la Suisse est amenée à intégrer un flux de migrants important. De plus, il serait pertinent de tester les différentes échelles auprès de différentes populations pour voir si leur validité est similaire. Il serait également intéressant d'observer les différences de comportements douloureux entre les hommes et les femmes.

Étant donné la longévité supérieure de la population féminine, elles sont habituellement plus représentées dans les études ce qui pourrait créer un biais dans les résultats.

A la lecture des articles sélectionnés, il est possible de dresser certaines recommandations pour améliorer la pratique infirmière.

La formation des infirmières sur la douleur semble un point essentiel pour améliorer le processus de la gestion de la douleur. Dans l'étude menée par Rantala et al. (2014) seulement 6% des infirmières ont participé à un cours sur la gestion de la douleur. Face à ce manque de connaissances, on peut comprendre que certaines infirmières soient démunies face à des patients incapables de communiquer. Pour remédier à ce problème, les cours doivent comprendre un certain nombre de sujets. Dans un premier temps, les cours proposeraient un enseignement sur l'utilisation d'échelles adaptées aux patients atteints de démence. Si l'infirmière identifie rapidement que la personne souffre, elle peut réduire la survenue de SCPD. De plus, elle est plus à même de comprendre que le traitement adéquat face aux SCPD n'est pas forcément un sédatif.

Ces cours permettraient également d'améliorer les connaissances sur les opioïdes, les effets secondaires et la problématique des polypharmacies. Grâce à cet enseignement, les infirmières auront moins de craintes à donner des médicaments et elles pourront agir plus rapidement.

La mise en place d'une formation sur la douleur peut sembler un coût financier important. Toutefois, il y a beaucoup de bénéfices à tirer de cet enseignement. Dans un premier temps, l'amélioration de la prise en charge de la douleur permettra aux patients d'avoir moins mal et donc ils seront plus calmes et compliants durant les soins. Cette compliance permettra de donner des soins adaptés et réduira la durée d'hospitalisation tout en augmentant la performance des soignants.

Deuxièmement, on voit dans l'étude menée par Fry et al. (2015), que les infirmières mettent un point d'honneur à gérer la douleur chez leurs patients. Si elles voient qu'elles sont compétentes dans le domaine, elles auront un sentiment de satisfaction plus grand vis-à-vis de leur travail. Elles auront du plaisir à venir travailler ce qui réduit le risque de burnout et d'absentéisme.

Une autre recommandation tirée de ce travail est l'importance de documenter correctement la douleur. Une fois la douleur évaluée avec une échelle d'hétéroévaluation, il est important que l'infirmière écrive toutes ses observations. Cela permet de valoriser son travail et d'effectuer un suivi précis de la douleur du patient.

## 5. CONCLUSION

Il est anormal de constater en 2016 que 45 à 80% des patients atteints de démence ne reçoivent pas de traitement analgésique adéquat pour traiter leurs douleurs. Ce constat est appuyé par le code déontologique des infirmières qui stipule que “les infirmières ont quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance” (Conseil International des infirmières [ICN], 2012). De plus, la douleur est considérée comme le cinquième signe vital (UPSA, 2011). Il est donc du devoir infirmier d'évaluer la douleur systématiquement et avec des outils adaptés.

A l'heure actuelle, les connaissances sont nombreuses pour pouvoir gérer la douleur de manière adaptée. Toutefois, au quotidien, les infirmières sont confrontées à un grand nombre de barrières comme le manque de temps, la confusion extrême des patients, l'insuffisance de connaissances et d'outils qui aboutit à extrapoler des méthodologies de patients sans trouble cognitif à une telle population. Cette procédure est rapidement mise en échec, source de beaucoup de stress pour le patient et aussi pour l'infirmière. La tension ne fait qu'augmenter, ainsi que la douleur. On arrive à un point de rupture dans la relation thérapeutique. De plus, ce déséquilibre engendre un coût financier important pour l'institution. Ces études proposent des solutions concrètes pour la pratique quotidienne. Les échelles d'évaluation de la douleur PAINAD et Algoplus sont des outils qui permettent repousser ces barrières. Grâce à ces éléments, il ne fait aucun doute que des répercussions favorables seront perçues par le patient, les proches, les soignants, l'établissement et la société.

La souffrance de patients atteints de démence a assurément un impact émotionnel fort sur les soignants. Malgré la bonne volonté des infirmières, une résistance surgit habituellement sur le terrain car la notion de questionnaire est perçue comme une charge administrative supplémentaire au lieu d'être une aide décisionnelle. Il serait intéressant dans le futur de s'interroger pourquoi il est si difficile pour les soignants d'intégrer ces pratiques évolutives dans les soins quotidiens. Est-ce un manque de formation continue proposé par les institutions? Ou encore un manque d'intérêt des infirmières ou une incapacité méthodologique des procédures de recherches ? Probablement, il serait intéressant d'étudier si les formations Bachelor en Soins Infirmiers permettraient de mieux intégrer ces nouvelles pratiques dans les services. En effet, durant leur formation, les étudiants ont été sensibilisés aux outils de recherches et ont aiguisé leur esprit critique. Ainsi, ils peuvent s'interroger sur les pratiques et les remettre en question.

## LISTE DE RÉFÉRENCES

- American Geriatrics Society (2002). *Pharmacological management of persistent pain in older persons*. New York, USA.
- Association Alzheimer Suisse (2014). *Alzheimer et autres formes de démences : Diagnostic, traitement et prise en charge* [Brochure]. Yverdon-les-Bains, Suisse : Auteur.
- Association Alzheimer Suisse (2014). *116'000 personnes atteintes de démence en Suisse* [Brochure]. Yverdon-les-Bains, Suisse.
- Association Alzheimer Suisse (2014). *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : Conseils utiles pour les proches et les soignants* [Brochure]. Yverdon-les-Bains, Suisse : Auteur.
- Bachino, C., Snow, A.L., Kunik, M.E., Cody, M., & Wristler, K. (2001). Principles of pain assessment and treatment in non communicative demented patient. *Clinical Gerontologist*, 23 (3/4), 97-115.
- Baeriswyl, C., Delmas, P., Cohen, C., Viens Python, N., & Eicher, M. (2013). La gestion des symptômes : théorie, recherches et applications. Gros Plan sur l'expérience du patient. *Soins Infirmiers*, 56-60.
- Beauchamp, Y. (2003). *Gérialgie et pharmacothérapie: un survol*. Le Clinicien. Université de Sherbrooke, 83-90.
- Bonin-Guillaume, S., Jouve, E., Lauretta, R., Nalin, C., Truillet, R., Capriz, F., Rat, P. (2015). Algoplus performance to detect pain in depressed and/or demented old patients. *European Journal of Pain*, 20(7), 1185-1193.
- Canadian Psychological Association (CPA). (2009). *Personnes âgées atteintes de démence*. Repéré à <http://www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/personnesageesatteintesdedemence/>
- Chatelle, C., Vanhauenhuyse, A., Mergam, A.N., De Val, M., Majerus, S., Boly, M., ... Schnakers, C. (2008). Mesurer la douleur chez le patient non communicant. *Revue médicale de Liège*, 63(5-6), 429-437.
- Comité Central de Lutte contre la Douleur et Soins palliatifs. (2011). *Livret douleur* [Brochure]. Paris, France : Hôpitaux de Paris.
- Conseil international des infirmières. (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève, Suisse : Auteur.
- DeWaters, T., Faut-Callahan, M., J. McCann, J., A. Paice, J., Fogg, L., Hollinger-Smith, L., ... , Stanaitis, H. (2008). Comparison of Self-Reported Pain and the PAINAD Scale in Hospitalized Cognitively Impaired and Intact Older Adults After Hip Fracture Surgery. *Orthopaedic Nursing*, 27(1), 21-28.
- Douglas, institut universitaire en santé mentale. (2014). *Maladie d'Alzheimer : causes, symptômes et évolution*. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/info/alzheimer>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, ES., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

- Dowding, D., Lichtner, V., Allcock, N., Briggs, M., James, K., Keady, J., ... José Closs, S. (2016). Using sense-making theory to aid understanding of the recognition, assessment and management of pain in patients with dementia in acute hospital settings. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 152-162.
- Edwards, R.R & Fillingim, R.B. (2001). Effects of age on temporal summation and habitues of thermal pain: clinical relevance in healthy older and younger adults. *The Journal of Pain*, 2(6), 307-317.
- Fry, M., Chenoweth, L., Arendts, G. (2015). Assessment and management of acute pain in the older person with cognitive impairment : a qualitative study. *International emergency nursing*, 24, 54-60.
- Ford, B., Snow, AL., Herr, K., & Tripp-Reimer, T. (2015). Ethnic Differences in Nonverbal Pain Behaviors Observed in Older Adults with Dementia. *Pain Management Nursing*, 16(5), 692-700.
- Gagné, C., & Voyer, P. (2013). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : Qu'en savons-nous ? *Perspective infirmière*, 10(4), 36-39.
- McCracken, P., Kagan, L., & Parmar, J., (2009). Reconnaître et traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, 4-8.
- McLiesh, P., Mungall, D., Wiechula, R. (2009). Are we providing the best possible pain management for our elderly patients in the acute-care setting?. *Int J Evid Based Healthc*, 7(3), 173-180.
- Misson, L., Savoie, ML., & Verreault, R. (2012). La douleur chez les aînés : La douleur est fréquente chez les personnes âgées. Comment sélectionner le bon outil de dépistage et d'évaluation ?. *Perspective infirmière*, 9(6), 39-44.
- Mosele, M., Inelmen, E.M., Toffanello, E.D., Girardi, A., Coin, A., ... , Manzato, E. (2012). Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 34(1), 38-43.
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). (2013). *Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017* [Brochure]. Berne, Suisse : Auteur.
- Office Fédéral de la Statistique (OFS). (2007). *Bulletin d'information démographie : vieillissement démographique et adaptation sociales*, 4, 1-30 : Auteur.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016). *La démence*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
- Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T., Hartikainen, S. (2012). Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia as evaluated by nursing. *Pain Management Nursing*, 15(1), 208-219.
- Rat, P., Jouve, E., Pickering, G., Donnarel, L., Nguyen, L., Michel, M., ... , Bonin-Guillaume, S. (2010). Validation of an acute pain-behaviour scale for older persons with inability to communicate verbally : Algoplus. *European Journal of Pain*, 15(2), 198.e1-198.e10.

- Savoie, M. (2008). Comment évaluer la douleur en présence de démence grave. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, 21-25.
- Scheen, A. (2012). *Les maladies chroniques complexes. Un gigantesque défi sociétal*. Planète santé. Repéré à : <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sante-au-quotidien/Les-maladies-chroniques-complexes.-Un-gigantesque-defi-societal>
- Schenevey Perroulaz, E. (2014). *La théorie de gestion des symptômes : Module Soins Palliatifs* [présentation Powerpoint]. Repéré à : <http://www.slideserve.com/rane/la-th-orie-de-gestion-des-sympt-mes>
- Société Alzheimer. (2014). *La maladie d'Alzheimer*. Repéré à <http://www.alzheimer.ca/fr/hautrichelieu/About-dementia/Alzheimer-s-disease>
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2ème éd.). Montréal, Canada: Pearson/ERPI.

# ANNEXES

## Grilles des articles recensés dans le travail :

- I. Validation of an acute pain-behaviour scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus.
- II. Algoplus performance to detect pain in depressed and/or demented old patients.
- III. Comparison of Self-Reported Pain and the PAINAD Scale in Hospitalized Cognitively Impaired and Intact Older Adults After Hip Fracture Surgery.
- IV. Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients
- V. Are we providing the best possible pain management for our elderly patients in the acute-care setting?
- VI. Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia as evaluated by nursing
- VII. Assessment and management of acute pain in the older person with cognitive impairment : a qualitative study

## ANNEXE I

### *Validation of an acute pain-behaviour scale for older persons with inability to communicate verbally : Algoplus*

**Auteurs :** Patrice Rat, Elisabeth Jouve, Gisèle Pickering, Laurent Donnarel, Louise Nguyen, Micheline Michel, Françoise Capriz-Ribière, Sylvie Lefebvre-Chapiro, Frédérique Gauquelin, Sylvie Bomin-Guillaume.

**Année de publication :** 2010

Lieu	Population cible	Méthode	Résultats
Urgences, Gériatrie, Soins aigus, Réhabilitation En France	349 patients 65 ans ou plus Patients douleur aiguë Patients incapables de communiquer verbalement (délirium, aphasie, GSC 4-13, mauvaise compréhension du français, MMSE <15)	<p><b>Développement :</b> Recensement d'écrits Interviews Evaluation d'enregistrements Questionnaires Entretiens</p> <p><b>Validation :</b> Evaluation avec NRS, VAS, VDS, Algoplus</p>	Durée 60 sec. Echelle significative pour évaluer la douleur Corrélation avec les échelles d'auto-évaluation Sensibilité de l'échelle significative entre avant/après le ttt antalgique

## ANNEXE II

### *Algoplus performance to detect pain in depressed and/or demented old patients*

**Auteurs :** S. Bonin-Guillaume, E. Jouve, R. Lauretta, C. Nalin, R. Truillet, F. Capriz, P. Rat

**Année de publication :** Décembre 2015

<b>Lieu</b>	<b>Population cible</b>	<b>Méthode</b>	<b>Résultats</b>
Soins aigus, Réhabilitation En France	176 patients 65 ans ou plus NVOP (acute pain non-verbal old patients)  Pts ac/ss douleur aigue/chronique Pts ac/ss dépression Pts ac/ss démence modérée	Evaluation avec NRS, Doloplus, Algoplus, PACSLAC	Score de Algoplus sont significatif pour évaluer la douleur  Certains items sont spécifiques à certains groupes  Corrélation des scores entre : Algoplus- NRS, Algoplus- Doloplus et Algoplus – PACLSAC  Sensibilité de l'échelle significative entre avant/après le ttt antalgique

## ANNEXE III

<p><i>Comparison of Self-Reported Pain and the PAINAD Scale in Hospitalized Cognitively Impaired and Intact Older Adults After Hip Fracture Surgery</i></p> <p><b>Auteurs:</b> Trudy DeWaters, Margaret Faut-Callahan, Judith J. McCann, Judith A. Paice, Lou Fogg, Linda Hollinger-Smith, K. Sikorski et H. Stanaitis</p> <p><b>Année de publication:</b> 2008</p>			
<b>Lieu</b>	<b>Population cible</b>	<b>Méthode</b>	<b>Résultats</b>
<p>Unité orthopédique. Midwestern metropolitan hospital (Kansas City, USA)</p>	<p><b>Echantillon :</b> 25 sujets 12 avec déficience cognitive et 13 cognitivement intacts</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b> 65 ans et plus Fracture de hanche sur un trauma Parle anglais Capable d'utiliser NRS MMSE &lt;23 et diagnostiqué pour démence et confusion</p>	<p>Vignettes, vignette de formation sur vidéo et simulations.</p> <p>Evaluation simultanée de NRS et PAINAD lors du repos et de la mobilisation.</p>	<p>Corrélation entre les 2 échelles significative</p> <p>Validité de la PAINAD : scores PAINAD sont significativement plus élevés lors des douleurs probables que peu probables, les scores sont identiques par rapport aux statuts cognitifs.</p> <p>Les scores sont plus hauts durant les périodes de douleurs probables pour le groupe cognitivement intact que pour le groupe avec déficience cognitive.</p> <p>L'échelle PAINAD est valide pour l'auteur.</p>

## ANNEXE IV

### *Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients*

**Auteurs:** M. Mosele, E.M. Inelmen, E.D. Toffanello, A. Girardi, A. Coin, G. Sergi et E. Manzato

**Année de publication:** 2012

<b>Lieu</b>	<b>Population cible</b>	<b>Méthode</b>	<b>Résultats</b>
Section aiguë de gériatrie dans le département de médecine de l'université à Padua (Italie)	<b>Echantillon :</b> 600 patients retenus MMSE 6-24 Moyenne d'âge 83.2 ans	Evaluation avec PAINAD et NRS	Prévalence significativement plus élevée chez les patients souffrant de troubles cognitifs. Les scores de PAINAD étaient plus hauts chez les personnes avec des troubles cognitifs. Les analgésiques moins prescrits chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. PAINAD a une cohérence interne qui est suffisante (0.90 et 0.94 selon le groupe).

## ANNEXE V

*Are we providing the best possible pain management for our elderly patients in the acute-care setting ?*

**Auteurs :** Paul McLiesh, Davina Mungall et Rick Wiechula.

**Année de publication :** 2009

<b>Lieu</b>	<b>Population cible</b>	<b>Méthode</b>	<b>Résultats</b>
Australie. Un service vasculaire et 3 services orthopédiques. Audit de 2 mois. Essai de l'échelle sur 4 mois dans 1 service/3.	<b>Echantillon :</b> 18 sujets pour 1 <sup>er</sup> audit. 17 sujets pour le second.  <b>Critères d'inclusion :</b> 65 ans et plus. Phase post-opératoire. MMSE $\leq$ 16.	Évaluation des pratiques puis formation des infirmières selon données actuelles.  <b>4 phases :</b> Describing Measuring. Taking action Review  <b>Validation :</b> résultat encourageant. Echelle acceptée avec facilité.	1 <sup>er</sup> audit : Impact analgésique chez PA -> 2.5/6. Signalement de la douleur par les PA dyscommunicants -> 2.5/6. Pas de référence d'échelle d'évaluation. 62% des patients n'ont pas d'antalgique avant mobilisation ou réfection de pansement. 33% bénéficiaient d'une évaluation de l'effet des antalgiques 1h post-administration 2 <sup>ème</sup> audit : Impact analgésique chez PA -> 2.5/6. Signalement de la douleur par les PA dyscommunicants -> 2.5/6. 75% des inf. documentent avec l'échelle APS. Total : Amélioration de 0.55 et 0.36 items sur 6. Documentation passée de 0% à 75% avec utilisation d'une échelle.

## ANNEXE VI

<p><i>Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia as evaluated by nursing</i></p> <p><b>Auteurs :</b> M. Rantala, P. Kankkunen, T. Kvist and S. Hartikainen.</p> <p><b>Année de publication :</b> Août 2012</p>			
<b>Lieu</b>	<b>Population cible</b>	<b>Méthode</b>	<b>Résultats</b>
Service orthopédique en Finlande	331 questionnaires Infirmières travaillant en orthopédie	Questionnaires avec des questions fermées et ouvertes	<p><b>Barrières :</b></p> <p>Troubles cognitifs</p> <p>Temps</p> <p>Information sur les analgésiques</p> <p>Comorbidité et polypharmacie</p> <p><b>Facilitateurs :</b></p> <p>Formation</p> <p>Collaboration</p>

## ANNEXE VII

*Assessment and management of acute pain in the older person with cognitive impairment : a qualitative study*

**Auteurs :** M. Fry, L. Chenoweth, G. Arendts.

**Année de publication :** Juin 2015

<b>Lieu</b>	<b>Population cible</b>	<b>Méthode</b>	<b>Résultats</b>
Urgences à Sydney en Australie	Participation de 80 infirmières Au moins une année d'expérience aux urgences Avoir au minimum un Bachelor de soins infirmiers	Interviews semi-structurés	Croyances concernant la gestion de la douleur  Manque d'outils d'évaluation de la douleur chez les patients atteints de troubles cognitifs  Gestion de la douleur face au processus de l'âge  Administration des analgésiques