



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Année 2013

N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Séverine CLEMENT

Le 11 Décembre 2013

**Intérêt de l'hétéro-évaluation systématique de la douleur lors de séjour en
Unité Cognitivo-Comportementale**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Xavier DUCROCQ

M. le Professeur Athanase BENETOS

M. le Professeur Francis GUILLEMIN

Mme le Docteur Catherine LAMOUILLE-CHEVALIER

Mme le Docteur Alina POP

Président

Juge

Juge

Directrice

Co-directrice

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie »	:	Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain »	:	Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances »	:	Professeur Marc BRAUN

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND
Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
Pierre BEY - Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN
Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT
Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ
Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD
Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT
Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY
Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ
Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER - Professeur Didier QUILLIOT

Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER - Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER - Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ - Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL - Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN - Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT - Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER - Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE - Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteur Thierry HAUMONT - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI - Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL - Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie - Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE - Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ;*)

addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Pascal REBOUL - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS

Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER

Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Xavier Ducrocq

Professeur de neurologie,

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

A Monsieur le Professeur Athanase Bénéto,

Professeur de médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Professeur Francis Guillemin,

Professeur d'épidémiologie, économie de la sante et prévention,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Catherine Lamouille-Chevalier,

Docteur en médecine,

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accordé ta confiance. Je te témoigne ma profonde reconnaissance, merci de ta disponibilité, de tes conseils, de ton soutien et de tes mails de motivation !

Tu m'as apporté beaucoup, pour ce travail de thèse, mais aussi pour mon métier de médecin généraliste. Travailler à tes côtés a été des plus enrichissants, d'un point de vue professionnel mais aussi personnel. Merci

Au Docteur Alina Pop,

Docteur en médecine,

Merci d'avoir co-dirigé cette thèse. Tu m'as été d'une grande aide et sans toi l'étude n'aurait jamais vu le jour ! Ta rigueur, tes conseils et ton soutien m'ont été indispensables à ce travail.

Merci pour ton implication !

A mes parents,

Voilà, le grand jour est enfin arrivé, je suis Docteur ! Du fond du cœur, merci ! Sans vous, je n'y serais jamais arrivée ! Merci pour votre soutien, votre patience, votre présence et votre amour inconditionnel ... Je suis très fière de vous et des valeurs que vous m'avez transmises. J'ai tellement de chance d'avoir des parents aussi exceptionnels ! Je vous aime très fort

A mes fistons Emeric et Aurélien, avec un petit clin d'œil à nos années coloc' !

Merci d'être toujours là pour moi, je suis très fière de vous !

Emé, pour ton soutien et ta disponibilité, tu as toujours été à mes côtés pour les grands moments de ma vie et pour cela, un grand merci... et bien sûr merci aussi pour ton humour un peu décalé !

Merci Aurèl pour l'incroyable leçon de courage et de force que tu me donnes au quotidien, tu es plus loin mais tu es toujours près de moi dans mon cœur !

J'ai de la chance d'avoir des frères comme vous !

Un bisou à Marine et Pupuce, je vous aime tous très fort

A Alexandre, mon mari. Ton côté classique mais non académique me rassure, tu es ma moitié... « J'trouve pas d'refrain à notre histoire, tous les mots qui m'viennent sont dérisoires, je sais qu'on l'dit jamais trop, alors j't'l'dis encore : Je t'Aime »

A Marc, mon bébé. Tu es ma plus belle réussite et ma plus grande fierté. Je t'Aime plus que tout

A Andréa, avec qui je partage des moments privilégiés. Et n'oublie pas que je t'aime pour deux.

A Laurence, mon microbe. Malgré les kilomètres, notre complicité et notre « amitié » restent intactes. Tu es mon microbe, avec tout ce que cela implique... ma valeur sûre. Je t'aime

A Hélène, ma meilleure amie. Que de moments et d'émotions partagés, des rires, des larmes, du fromage... tu es comme ma sœur. Je t'aime

A mes p'tites gonz : Agathe, Chloé, Florence, Julie et Séverine (la grande !). Plus que des amies, c'est une deuxième famille que j'ai trouvée auprès de vous, de vos moitiés et de nos mini nous. Je vous aime mes poulettes

A mes beaux-parents Maddy et Papy Jean : merci de m'avoir accueillie dans votre famille, et de m'avoir hébergée pendant 4 mois au cours desquels j'ai pris pas mal de rondeur ...

A Evelyne et Daniel, pour leur soutien et leur aide au cours d'un stage particulièrement difficile... D'inconnus vous êtes devenus des personnes chères à mon cœur.

Aux belles rencontres de l'internat : Julie, Senem, Mélanie, Marianne, Léa, Luiza, Aline...

A Edithe, pour son aide et son investissement dans ce travail !

Au Docteur Cédric Baumann, pour son aide « statistique » !

Aux médecins qui m'ont appris et fait aimer la médecine : Dr Bajolle, Dr Lamouille, Dr Kennel.

Au personnel de l'UCC qui a aidé à la mise en place de l'étude. Merci pour votre aide

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	8
SERMENT	15
SOMMAIRE	16
LISTE DES ABREVIATIONS	18
INTRODUCTION.....	19
1 DOULEUR CHEZ LE SUJET AGE.....	20
1.1 Définition.....	20
1.2 Les différents mécanismes de la douleur.....	20
1.2.1 Douleurs chroniques/aiguës.....	20
1.2.2 Douleurs nociceptives/neuropathiques/idiopathiques	21
1.3 Epidémiologie de la douleur chez le sujet âgé	22
1.3.1 Prévalence de la douleur.....	22
1.3.2 Les causes de douleur chez le sujet âgé : spécificités.....	23
1.4 Douleur et pathologie démentielle.....	26
1.4.1 Spécificités d’expression de la douleur	26
1.4.2 Spécificités d’évaluation de la douleur.....	28
1.4.3 Recommandations à propos de l’évaluation de la douleur	32
2 COMPORTEMENTS DOULOUREUX ET COMPORTEMENTS LIES A LA PATHOLOGIE DEMENTIELLE	33
2.1 Douleur et dépression.....	33
2.2 Dépression et pathologie démentielle.....	33
2.3 Aspects organisationnels des prises en charge	34
2.3.1 Plan douleur (60).....	34
2.3.2 Plan Alzheimer (61)	35
3 ETUDE.....	37
3.1 Matériel et méthodes	37

3.1.1	Hypothèse de travail	37
3.1.2	Notre étude	37
3.1.3	Matériel	38
3.2	Résultats	40
3.2.1	Etude rétrospective	40
3.2.2	Etude prospective	43
3.2.3	Comparaison des caractéristiques des échantillons avec et sans DOLOPLUS	51
3.3	Discussion	53
3.3.1	Impact de l'hétéro évaluation systématique de la douleur sur la prise en charge thérapeutique du patient	53
3.3.2	Amélioration des SPCD avec une adaptation des traitements antalgiques.....	56
CONCLUSION		59
ANNEXES		61
Annexe 1 - DOLOPLUS - 2		62
Annexe 3 - ECPA		64
Annexe 4 - MMSE		66
Annexe 5 - NPI-ES		68
Annexe 6 - DN4		84
Annexe 7 - Echelle d'agitation de Cohen-Mansfield		85
Annexe 8 - Tableau 1. Comparaison des deux échantillons		86
BIBLIOGRAPHIE		87

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMRR : Centre Mémoire de Ressources et Recherche

DN4 : Douleur Neuropathique (en 4 questions)

ECPA : Echelle Comportementale pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogue

EVS : Echelle Visuelle Simple

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : HyperTension Artérielle

IASP : International Association for the Study of Pain

IMC : Indice de Masse Corporelle

MMSE : Mini Mental State Examination

NPI-ES : Inventaire NeuroPsychiatrique, version pour Equipe Soignante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SPCD : Symptômes Psychologiques et Comportementaux de la Démence

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

UCC : Unité Cognitivo Comportementale

INTRODUCTION

Au temps de Balzac, « La douleur est comme cette tige de fer que les sculpteurs mettent au sein de leur glaise, elle soutient, c'est une force »

Aujourd'hui, « Toute douleur qui n'aide personne est absurde » André Malraux.

On pourrait penser qu'avec les avancées de la médecine, la douleur n'existe plus. Or, la prévalence de la douleur dans la population générale et plus particulièrement chez les personnes de plus de 65 ans reste importante.

Chez le malade atteint de démence d'Alzheimer ou de troubles apparentés, cette douleur, qui ne peut être exprimée verbalement par le patient, se manifeste par des troubles du comportement. Les dernières recommandations HAS (1-2) en terme de prescriptions médicamenteuses chez le sujet atteint de pathologie démentielle mettent en évidence la sur prescription inappropriée de neuroleptique, souvent délétère, au détriment de traitement antalgique plus bénéfique.

Après un rappel sur la douleur et les comportements démentiels du sujet âgé, nous nous proposons d'étudier à travers une étude prospective en deux temps, les troubles du comportement chez 60 patients accueillis en unité cognitivo- comportementale et d'analyser les différents changements de thérapeutiques tant antalgiques que psychotropes.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'impact de l'hétéro évaluation systématique de la douleur lors de séjour en unité cognitivo-comportementale sur la prise en charge thérapeutique du patient.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence l'amélioration des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence avec une adaptation des traitements antalgiques.

1 DOULEUR CHEZ LE SUJET AGE

1.1 Définition

La douleur (3) est définie par l'association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage. La douleur est toujours subjective. C'est indiscutablement une sensation ressentie dans une ou des parties du corps, toujours désagréable et qui de ce fait est une expérience émotionnelle».

La douleur a un retentissement important, à la fois somatique, psychologique et comportemental et nécessite donc une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire.

1.2 Les différents mécanismes de la douleur

1.2.1 Douleurs chroniques/aiguës

La douleur aiguë est considérée comme un symptôme, un signal d'alarme qui protège l'organisme. De début souvent brutal et d'intensité variable, la douleur aiguë a des caractéristiques bien précises : intensité, localisation, type de douleur, souvent accompagnée de manifestations neurovégétatives. Elle est due à une cause précise, connue ou non, et elle disparaît après traitement de la cause qu'il faut donc s'efforcer de rechercher.

Elle est utile, protectrice mais il est nécessaire d'instaurer rapidement un traitement antalgique efficace afin que cette douleur aiguë ne se chronicise pas. En effet, plus une douleur dure, plus elle risque de s'installer et de devenir permanente. On parle alors de douleur chronique.

Il faut cependant se méfier car la douleur aiguë peut être atypique ou absente chez la personne âgée (4).

Certains auteurs ont évoqué une presbyalgie, mais ce concept est fortement discuté dans la littérature (5).

D'un point de vue physiologique, on observe au niveau du système nerveux de la personne âgée des altérations importantes de la structure, de la neurochimie et de la fonction du système nerveux central et périphérique. Par conséquent, des changements du traitement des signaux nociceptifs peuvent se produire.

Une méta analyse (6) de plus d'une cinquantaine d'études du seuil de la douleur démontre une augmentation significative globale du seuil de la douleur chez les adultes plus âgés. Cela peut

donc indiquer un certain déficit de la fonction d'alerte précoce de la douleur, et contribuer à un risque plus élevé de diagnostic tardif d'une maladie ou d'un traumatisme (7).

En effet, les douleurs aiguës atypiques sont fréquentes chez les personnes âgées, par exemple les infarctus du myocarde silencieux (8-9). Les adultes de plus de 70 ans mettent trois fois plus de temps à rapporter une douleur thoracique. De plus, la sévérité rapportée de la douleur est moindre, même après contrôle de l'étendue des lésions ischémiques.

Il en va de même pour des pathologies abdominales telles qu'une péritonite, un ulcère peptique où les symptômes cliniques sont plus discrets par rapport à l'adulte jeune.

La douleur chronique ou « syndrome douloureux chronique » évolue depuis au moins trois mois, malgré un traitement antalgique adapté. La complexité vient de son retentissement. Elle ne joue plus le rôle de signal d'alarme. Cette douleur est destructrice, tant sur le plan physique, que psychologique et social pouvant aller d'un syndrome anxiodépressif à un risque suicidaire réel. C'est une maladie à part entière, nécessitant une prise en charge organisée et spécifique (10).

Les conséquences de la douleur chronique sont autant organiques que psychiques ou sociaux (perte d'emploi, désocialisation..).

Chez les personnes âgées, la prévalence de la douleur chronique peut atteindre 60 %. Il s'agit donc d'un problème de santé publique à prendre très au sérieux.

1.2.2 Douleurs nociceptives/neuropathiques/idiopathiques

○ Douleur par excès de nociception (11)

La douleur par excès de nociception est liée à l'activation normale des voies neuro physiologiques de la douleur, en réponse à des stimuli douloureux lésionnels, inflammatoires, ischémiques ou par des stimulations mécaniques importantes. Ces stimuli douloureux activent de façon excessive des récepteurs périphériques, les nocicepteurs, qui envoient un message de douleur au cerveau. La douleur est alors normale et souhaitable, puisqu'elle constitue alors un signal d'alarme et permet à l'organisme de se défendre contre une agression.

Elle répond aux différents antalgiques des 3 paliers de l'OMS.

○ Douleur neuropathique (11)

Ce sont des douleurs secondaires à des lésions ou agressions des voies nerveuses, périphériques ou centrales.

Les manifestations douloureuses sont diverses, et l'expression de la douleur variée : sensation de brûlures, de décharge électrique, de paresthésie, de sensation froid douloureux.

Les douleurs post zostériennes, les douleurs du diabétique, les lombosciatalgies, les douleurs du membre fantôme après une amputation sont des exemples de douleur neuropathique.

Le questionnaire DN4 (annexe 6) peut être utilisé pour aider au diagnostic d'une douleur neuropathique.

Elle ne répond pas aux traitements antalgiques classiques et nécessite l'utilisation de traitement spécifique tels que les antidépresseurs, les antiépileptiques.

- **Douleur idiopathique**

Il s'agit d'une douleur qui existe en absence de lésion décelable (12). C'est une douleur réelle, ressentie par le malade.

Nous pouvons citer comme exemple la fibromyalgie, ou la colopathie fonctionnelle.

- **Douleur psychogène**

Il s'agit d'une douleur dont les caractéristiques (siège, irradiation) n'ont aucun support organique, et qui est en rapport avec des désordres d'ordre psychologique ou psychiatrique. (12)

1.3 Epidémiologie de la douleur chez le sujet âgé

1.3.1 Prévalence de la douleur

Selon l'HAS (13), la prévalence de la douleur varie de 30 à 80% selon les situations. La proportion des personnes âgées ayant des douleurs chroniques est d'environ 60 %, dont un tiers a des douleurs sévères. En fin de vie, la prévalence de la douleur peut atteindre 80%.

L'étude PAQUID (14) est une étude de prévalence de la douleur menée chez 2 792 sujets représentatifs des plus de 65 ans vivant hors institution en Gironde. Parmi ces sujets, 74,4% se plaignent de douleurs diverses. Pour 32,9 %, la douleur était persistante au-delà de six mois.

En institution, cette prévalence augmente encore jusque 83 % (15) et les auteurs suggèrent une sous-évaluation de la prévalence, de l'intensité et des conséquences de la douleur dans cette population avec probablement une sous-évaluation de la douleur.

L'étude MOBID-2 (16) sur la douleur chez les personnes atteintes de pathologie démentielle sévère retrouve une prévalence de la douleur qui varie entre 49 et 83 % selon la méthode utilisée.

Il faut aussi rappeler les idées reçues chez les personnes âgées, qui peuvent banaliser/sous-estimer/masquer leur douleur : la douleur est synonyme de vieillesse, il est normal d'avoir des rhumatismes en vieillissant, la douleur peut encore faire peur, ou être honteuse.

Dans la littérature, les résultats s'accordent sur le fait que la prévalence de la douleur augmente tout au long de la vie jusqu'à la septième décennie pour atteindre une phase de plateau puis décroît peu à peu au quatrième âge. (4-17)

1.3.2 Les causes de douleur chez le sujet âgé : spécificités

Si l'on examine la douleur par site anatomique spécifique, la prévalence des douleurs articulaires fait plus que doubler chez les adultes âgés de plus de 65 ans (18-19). A l'inverse, les prévalences des céphalées (20), des douleurs abdominales (21) et des douleurs thoraciques (20) présentent toutes un pic vers 45-55 ans, puis diminuent par la suite.

○ Les douleurs ostéo-articulaires

Il s'agit de la cause la plus fréquente des douleurs (plus de 50 % des causes de douleur). Parmi ces douleurs, nous retiendrons les douleurs de l'arthrose, d'allure mécanique, qui gênent la mobilisation et la marche, les douleurs d'origine inflammatoire (chondrocalcinose, polyarthrite rhumatoïde, pseudo-polyarthrite rhizomélique), et les douleurs osseuses dominées par les fractures ostéoporotiques et la maladie osseuse de Paget.

Ces douleurs sont souvent sources de handicap et associées à des syndromes anxio-dépressifs.

○ Les douleurs en lien avec des atteintes du système nerveux

Les atteintes du système nerveux périphérique (neuropathies) : La neuropathie diabétique est une des causes les plus fréquentes de douleurs neuropathiques du sujet âgé. Les autres causes sont les polynévrites toxiques ou carencielles liées en grande partie aux médicaments ou à l'alcool, les douleurs liées à une pathologie maligne et les neuropathies infectieuses avec la névralgie post zostérienne (22)

Les atteintes du système nerveux central : Les atteintes les plus fréquentes sont liées aux séquelles d'accidents vasculaires cérébraux. Les lésions médullaires sont dominées par les atteintes spinothalamiques de la sclérose en plaques. (22)

Les névralgies faciales : Sa fréquence est plus élevée chez les femmes (3 femmes pour 2 hommes) et après 50 ans dans les $\frac{3}{4}$ des cas. (23). Sa fréquence augmente avec l'âge (24)

Les céphalées : Rares chez les personnes âgées, il faut cependant citer la maladie de Horton qui est une urgence diagnostique et thérapeutique.

○ **Les douleurs cancéreuses**

Tous sexes confondus, près d'un tiers des cancers sont diagnostiqués après l'âge de 75 ans (17,8 % d'hommes et 14 % de femmes). (25)

Chez les hommes, sur 207 000 nouveaux cas de cancers estimés en 2011, près de 50 000 surviennent chez les 75-84 ans et environ 15 360 chez les plus de 85 ans.

Chez les femmes, sur 158 500 cas incidents estimés en 2011, 33 400 apparaissent dans la classe d'âge 75-84 ans et près de 18 360 après 85 ans.

On retrouve, en matière d'incidence, la même répartition des types de cancers chez les 75-84 ans que dans la population tous âges confondus. Les cancers les plus fréquents sont, chez les hommes, le cancer de la prostate (18 000), le cancer colorectal (6 300) et le cancer du poumon (5 575) et, chez les femmes, le cancer du sein (7 550), le cancer colorectal (5 990) et le cancer du poumon (2 230).

Tous sexes confondus, le cancer de la prostate et le cancer colorectal sont les deux cancers les plus fréquents et représentent respectivement 21,6 % et 14,7 % de l'ensemble des cancers affectant les personnes âgées de 75-84 ans. Ces deux cancers sont également les plus fréquents chez les personnes de plus de 85 ans (18,7 % des cancers liés à cette tranche d'âge sont des cancers colorectaux et 13,7 % sont des cancers de la prostate).

L'incidence des cancers chez les 75-84 ans présente quelques particularités pour certaines localisations. Un tiers des nouveaux cas de cancers de la vessie sont diagnostiqués dans cette tranche d'âge. Le myélome multiple (32% des nouveaux cas de myélome multiple survenant chez les 75-84 ans), les cancers de l'estomac (30,9 %) et du côlon-rectum (30,3 %), la leucémie lymphoïde chronique (30,6%) sont des localisations cancéreuses que l'on rencontre également souvent dans cette tranche d'âge.

Paradoxalement, le nombre de patients atteints de cancer augmente avec l'âge alors que le nombre de patients traités par chimiothérapie décroît. Par exemple pour le cancer colorectal, en 2001-2002, 82 % des patients de moins de 60 ans étaient traités alors qu'ils ne représentaient plus que 39 % après 80 ans (26). L'efficacité des chimiothérapies ne semble pourtant pas différente de celle observée chez les patients plus jeunes en termes de taux de

réponse ou de survie (27). On retrouve en revanche une toxicité plus importante de certaines chimiothérapies avec des effets secondaires plus importants (mucite sévère, neutropénie) (28-29)

La proportion de patients non traités augmente donc avec l'âge, et ces patients peuvent être sujets à des douleurs invalidantes du fait de l'évolution de la maladie.

Les douleurs cancéreuses sont liées soit à l'évolution loco-régionale de la pathologie néoplasique en elle-même, soit à son envahissement métastatique, soit encore secondaires au traitement (chimiothérapie et neuropathie, vessie et intestin radiques...)

En parallèle des douleurs liées au cancer lui-même, il faut parler des douleurs causées par les différentes investigations réalisées (biopsie, prise de sang, etc...) pour faire le diagnostic de cancer, ou de son extension, ainsi que les traitements proposés

La balance bénéfice/effets secondaires néfastes est encore plus à prendre en compte chez les personnes âgées. Au lieu de considérer une personne en fonction de son âge, il vaut mieux prendre en considération l'état de santé individuel et plus particulièrement les facteurs de comorbidités pour décider ou non d'entreprendre des traitements lourds.

Il faut également évoquer la souffrance morale qu'implique le diagnostic de cancer, avec son retentissement sur la vie du patient et de son entourage. La peur du cancer, de souffrir, de mourir, la colère, le déni sont autant d'aspects à prendre en compte. Un soutien psychologique doit être proposé, mais les personnes âgées sont souvent réticentes à ce genre de prise en charge. (22)

○ **Les douleurs induites**

Ce sont les douleurs provoquées par les soins, la toilette, les transferts, les examens. Le personnel soignant doit y être sensible et essayer de prévenir au maximum ce genre de douleurs (organisation du temps de travail par rapport à la prise d'antalgique, limiter au maximum les gestes invasifs, etc...) (22-30)

○ **Les douleurs liées à l'immobilisation**

En France, la prévalence moyenne de l'escarre chez les patients hospitalisés est de 8,5 % et de 6,5 % dans les EPHAD (31). L'âge moyen des porteurs d'escarres est de 74 ans. (32).

Les escarres sont une grande source de douleur. Ils se constituent très rapidement, et d'autant plus chez une personne fragilisée. Les facteurs de risque d'escarres sont : l'alitement prolongé, la dénutrition, l'incontinence urinaire et fécale, les troubles neurologiques, l'état psychique du patient et son degré de compréhension, le vieillissement physiologique artériel

et cutané. De ce fait, la personne âgée ayant des troubles démentiels est un patient particulièrement à risque de développer des escarres.

D'autres pathologies douloureuses liées à l'immobilisation sont à citer comme la constipation ou la rétention aigüe d'urine. Ces pathologies peuvent également être iatrogènes (prise de morphiniques par exemple) et être prévenues par une attention particulière des équipes soignantes.

1.4 Douleur et pathologie démentielle

1.4.1 Spécificités d'expression de la douleur

Les patients atteints de pathologie démentielle peuvent présenter, souvent dans les formes modérées à sévères de la maladie, des troubles de la communication verbale (aphasie, manque de mot, paraphasies..), ils ne peuvent donc pas exprimer clairement leur douleur. La douleur peut être exprimée alors de différentes manières, au travers de comportements inhabituels et notamment sous forme de troubles du comportement perturbateurs : cris, agitation (33-34), agressivité, déambulation, repli sur soi.

Ces troubles du comportement perturbateur, encore appelés symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD), sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés y compris en dehors de tout phénomène douloureux. Ils marquent une rupture avec l'état antérieur et nécessitent souvent une prise en charge spécifique hospitalière.

Quelque fois, la douleur n'apparaît que dans certaines circonstances : la toilette, au cours des mobilisations, etc. L'entourage et le soignant doivent donc être vigilants à tout changement de comportement dans ce contexte.

En 1996, l'Association Psychogériatrique Internationale donne la définition suivante pour les signes et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : signes et les symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements.

Ce sont des symptômes différents dans leur nature mais qui ont des caractéristiques communes :

- ils sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées
- ils signalent le plus souvent une rupture par rapport au fonctionnement antérieur du patient

- ils sont souvent fluctuants en intensité ou épisodiques
- ils sont interdépendants, souvent associés ;
- ils peuvent être précédés par des changements minimes de comportement.

Ils peuvent avoir des conséquences importantes en termes de :

- qualité de vie et adaptation des patients à leur environnement ;
- qualité de la prise en charge, exposant au risque de maltraitance ou de négligence ;
- pronostic fonctionnel de la maladie ;
- prescription médicamenteuse inappropriée ;
- risque accru d'hospitalisation et d'entrée en institution ;
- qualité de vie et état de santé physique et psychique des aidants.

L'évaluation de ces SPCD peut se faire en milieu hospitalier par le NPI-ES. Il s'agit d'une grille permettant de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte. Le score final est obtenu en additionnant les 12 sous scores des domaines : fréquence x gravité. Tout sous score supérieur à 2 est considéré comme pathologique pour le domaine respectif. (35-14).

La prise en charge des SPCD a fait l'objet de recommandations de l'HAS (1).

Ces recommandations mettent en garde contre la prescription inappropriée de neuroleptiques chez les malades atteints de démence d'Alzheimer ou apparentés. Ces neuroleptiques ont des effets indésirables importants, qui peuvent être délétères : sédation diurne excessive, troubles de la marche avec risque de chutes (+ 8%), survenue d'accident vasculaire cérébral (+ 1.8%), survenue de décès (+1%)

En cas d'agitation, l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (annexe 7) qui évalue plus particulièrement des comportements tels que l'agressivité physique, les déambulations et les cris, peut être utilisée en complément du NPI.

En cas de doute sur une pathologie douloureuse, un test thérapeutique peut être réalisé.

1.4.2 Spécificités d'évaluation de la douleur

○ Douleur sous-évaluée et sous traitée

Chez les personnes âgées atteintes de pathologie démentielle ou non communicantes, la prévalence de la douleur varie de 49 à 83 % selon les méthodes utilisées (16) et il semblerait que cette douleur soit sous-estimée (36-15)

De même, la prescription d'antalgique est plus faible chez les patients ayant une altération des fonctions cognitives plus importante (37-38). : par exemple, à pathologie identique (fracture du col du fémur), les patients avec une déficience cognitive ont moins de traitement antalgique que les patients non déments.

○ L'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur nécessite une observation du patient par les équipes soignantes et une démarche diagnostic rigoureuse. La grande difficulté est de ne pas porter de jugement de valeur ni de remettre en cause la parole du patient. La plainte doit être entendue et non interprétée à travers le vécu du soignant. C'est pourquoi il est nécessaire d'utiliser des outils d'évaluation de la douleur validée. (22)

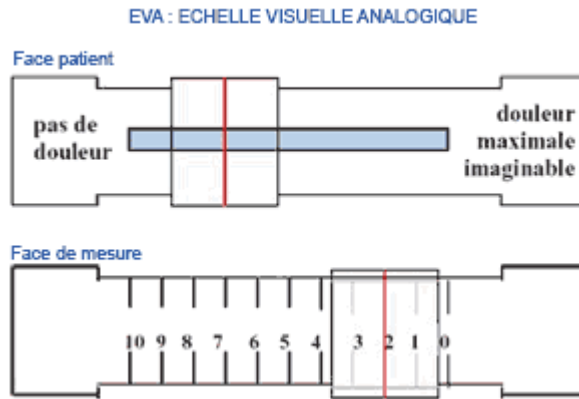
Auto évaluation

Il existe différents moyens d'évaluation de la douleur chez la personne âgée, et l'autoévaluation est toujours à privilégier (13-39) lorsque l'atteinte cognitive est légère (MMS entre 30 et 21) ou modérée (MMS entre 20 et 11) (40). L'évaluation concerne : la localisation, les irradiations, la description, le mode évolutif, les facteurs déclenchants et apaisants et l'intensité de la douleur.

▪ Echelle visuelle analogique EVA

Il s'agit d'une règle munie d'un curseur que la personne met à l'endroit compris entre « absence de douleur » et « douleurs insupportables ». Cette échelle permet d'avoir une idée de l'intensité de la douleur, mais ne permet pas d'évaluer le retentissement sur la qualité de vie du patient.

L'utilisation de l'EVA n'est pas possible dans un grand nombre de cas, en particulier chez les personnes présentant des handicaps rhumatologiques (ankylose des doigts empêchant l'utilisation du curseur), des troubles visuels (mais il existe des EVA en relief pour malvoyant), des troubles cognitifs limitant la compréhension des consignes.



▪ Echelle verbale simple EVS

Cette échelle de vocabulaire comporte 5 points permettant au patient d'indiquer son niveau de douleur :

- 0 : absence de douleur
- 1 : douleur faible
- 2 : douleur modérée
- 3 : douleur intense
- 4 : douleur extrêmement intense

Elle permet au patient de quantifier sa douleur avec des mots familiers.

▪ Echelle numérique EN

Cette échelle permet au patient de coter sa douleur de 0 à 100 en fonction de l'intensité.

Elle peut être utilisée sous forme orale en demandant au patient de noter sa douleur ou à l'aide d'un support visuel (le patient désigne ou montre alors le chiffre correspondant à l'intensité de sa douleur).

La note 0 est définie par « douleur absente » et la note maximale 10 (ou 100) par « douleur maximale imaginable »



Les outils d'auto-évaluation sont bien diffusés aujourd'hui, mais leurs limites d'utilisation chez la personne âgée sont nombreuses, d'autant plus qu'une personne âgée sur deux ne peut s'autoévaluer (41) :

- Surestimation des facultés d'abstraction : La personne âgée a du mal à comprendre ce concept d'évaluation (auto-évaluation du ressenti douloureux). « Quel est le rapport entre une réglette, un curseur et la douleur ? ».
- Troubles de la mémoire.
- Manque de sensibilité : Il y a souvent sous-évaluation par crainte de déranger ou par préjugé (tant de la part des patients que des soignants).
- Manque de spécificité : La personne âgée a tendance à évaluer les conséquences de la douleur (gène, handicap) plutôt que l'intensité douloureuse. Il lui arrive aussi de se servir de l'outil pour localiser la douleur. Enfin, il peut y avoir un risque de surévaluation en cas d'anxiété, d'hypochondrie ou d'hystérie.
- Les défauts de compréhension, de participation et de communication (troubles sensoriels, coma, aphasie, démences, troubles caractériels,...) rendent ces outils d'auto-évaluation souvent inutilisables.

Chez la personne âgée, le dépistage de la douleur est donc très important et il faut souvent recourir à l'hétéro-évaluation de la douleur lorsque l'auto-évaluation n'est pas possible

Hétéro évaluation

Ces échelles sont fondées sur l'observation du comportement de la personne âgée non communicante. Toute modification du comportement peut être le reflet indirect d'une douleur.

▪ DOLOPLUS-2 (annexe 1)

Le collectif DOLOPLUS a créé en 1992 une première échelle DOLOPLUS, qui sera modifiée et améliorée en 1994 pour être officiellement validée en 1999.

DOLOPLUS 2 se présente sous la forme d'une fiche d'observation comportant dix items répartis en trois sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (cinq items somatiques, deux items psychomoteurs et trois items psychosociaux).

Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à quatre niveaux exclusifs et progressifs), ce qui amène à un score global compris entre 0 et 30. La douleur est clairement affirmée pour un score supérieur ou égal à 5 sur 30.

Cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation en équipe pluridisciplinaire.

Elle se fonde sur le retentissement comportemental de la douleur pour déterminer si celle-ci est présente. Elle permet également un suivi dans le temps de la douleur par le suivi de la cinétique des scores.

Il s'agit de l'échelle la plus appropriée pour évaluer la douleur chronique chez les patients âgés atteints de troubles de la communication verbale (39-42)

- ALGOPLUS (annexe 2)

L'échelle ALGOPLUS a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé pour tous les cas où une auto évaluation fiable n'est pas praticable.

L'utilisation d'ALGOPLUS est ainsi particulièrement recommandée pour le dépistage et l'évaluation des pathologies douloureuses aiguës (ex : fractures, post-op, ischémie, lumbago, zona, rétentions urinaires...), des accès douloureux transitoires (ex : névralgies faciales, poussées douloureuses sur cancer...) et des douleurs provoquées par les soins ou les actes médicaux diagnostiques. (43-44-45).

L'échelle comporte cinq items (domaines d'observation). La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter «oui » l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa pré existence. En pratique, pour remplir la grille, il faut observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général.

Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq. Un score supérieur ou égal à deux permet d'évoquer la présence d'une douleur avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 80% et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique. Il est ensuite nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations. La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

La société française de gériatrie et gérontologie préconise lorsque l'échelle Algoplus est positive de faire une hétéro évaluation de la douleur par une échelle DOLOPLUS ou une échelle ECPA (46)

- ECPA (annexe 3)

L'échelle ECPA (Echelle Comportementale pour Personnes Âgées) est utilisée en gériatrie pour des personnes communicantes et suspectes de douleurs liées aux soins de manière récurrente. Cette échelle comporte huit items comprenant chacune cinq possibilités, cotées de 0 à 4. Le score total est compris entre 0 et 32 et va d'une absence de douleur à une douleur totale. L'observation du patient par le soignant, qui aboutira à la cotation, se réalise en deux

temps. La première partie a lieu cinq minutes minimum avant le soin, la seconde a lieu pendant le soin. Le temps de cotation est de 1 à 5min. Il est impératif de remplir la première partie avant le soin et de ne pas le faire de mémoire à la fin de celui-ci.

1.4.3 Recommandations à propos de l'évaluation de la douleur

L'ANAES en octobre 2000 (13) a élaboré des recommandations concernant l'évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

Ils définissent les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, ou encore dites non communicantes, comme des personnes âgées non verbalisantes, non comprenantes ou non participantes et par définition des personnes âgées ne pouvant pas s'auto-évaluer (l'absence totale de communication n'existe que très rarement).

Plusieurs principes dans ces recommandations, dont :

- Une personne âgée qui souffre a droit à une prise en charge au même titre qu'un patient plus jeune
- 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 doit se faire à l'aide d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur. L'hétéro-évaluation concerne tous les acteurs de soins. Elle doit être répétée et la cinétique des scores doit être suivie régulièrement.

- 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.

2 COMPORTEMENTS DOULOUREUX ET COMPORTEMENTS LIES A LA PATHOLOGIE DEMENTIELLE

2.1 Douleur et dépression

Si la forte association entre douleurs et dépression est bien établie, la question de lien de causalité entre ces deux maladies reste très débattue (47). De par la définition même de la douleur faite par l'IASP, le concept de douleur évoque une dimension psychologique et émotionnelle.

Selon la plupart des études, 25 à 60 % des patients douloureux chroniques présentent un épisode dépressif majeur, et ce quel que soit l'âge (48-49). Chez les personnes âgées, cette prévalence doit encore être augmentée du fait de la banalisation des symptômes dépressifs dans cette population, et ce d'autant plus que douleur chronique et dépression ont des symptômes communs rendant difficile leur différenciation : fatigue, trouble du sommeil, manque d'énergie, ralentissement psychomoteur.

Le concept de dépression secondaire à la douleur est fondé sur l'idée que la dépression est la conséquence émotionnelle des douleurs chroniques. Il faut d'autant plus se méfier de l'émergence d'idées suicidaires ou de comportement régressif aigu chez la personne vieillissante. On estime que l'appauvrissement de l'estime de soi engendré par la douleur chronique peut entraîner un véritable désinvestissement du moi et le passage à l'acte chez le sujet âgé est souvent considéré comme la seule solution pour ne plus souffrir.

A l'inverse, la douleur peut être un signe de dépression. Une importante revue de la littérature effectuée en 2003 (50) met en évidence que les patients souffrant de dépression présentent des plaintes douloureuses plus nombreuses, plus intenses et de plus longue durée par rapport aux patients ne souffrant pas de dépression.

On parle de dépression masquée lorsque les plaintes somatiques occultent la symptomatologie affective de la dépression. D'ailleurs, lorsqu'un patient âgé présente une dépression il faut rechercher un épisode douloureux. (15)

2.2 Dépression et pathologie démentielle

La dépression et les pathologies démentielles sont les deux pathologies psychiatriques les plus fréquentes chez le sujet âgé. Et elles sont souvent associées (51) mais le diagnostic de dépression est souvent difficile dans le contexte de démence. Elles présentent des symptômes

communs tels que troubles mnésiques, apathie, troubles émotionnels, symptômes dépressifs, troubles anxieux, labilité émotionnelle.

La prévalence de la dépression chez les sujets déments institutionnalisés varie selon les études (52-53-54) de 14,1 à 85.6%

Elles sont liées de manière complexe et plusieurs hypothèses subsistent (55) : la dépression peut être un prodrome précoce de la démence, la dépression met en évidence la manifestation clinique des maladies démentielles, ou la dépression entraîne des dommages hippocampiques pouvant conduire à des troubles démentiels (56)

L'épreuve thérapeutique par antidépresseur peut aider au diagnostic différentiel avec une démence débutante, sans éliminer définitivement un risque d'évolution démentielle ultérieure (57).

Il existe également un concept de dépression vasculaire (58-59), en parallèle des démences vasculaires, liées à des lésions cérébrales ischémiques. D'ailleurs la dépression est un des items du score ischémique de Hashinski permettant de différencier les démences vasculaire, dégénérative ou mixte.

Cliniquement, ces dépressions vasculaires se différencient des dépressions primaires par l'absence d'antécédents familiaux de troubles affectifs, la présence de facteurs de risque cardiovasculaires (diabète, hyperlipidémie, HTA), les anomalies de l'imagerie cérébrale sans traduction neurologique faisant évoquer des AVC silencieux. L'inhibition psychomotrice, l'apathie, l'anhédonie et les troubles cognitifs de type préfrontal y sont plus sévères. Au contraire, les sentiments de culpabilité et d'indignité y sont plus discrets.

Mais ce concept réducteur implique qu'on élimine les facteurs génétiques, psychosociaux et biologiques des troubles de l'humeur.

2.3 Aspects organisationnels des prises en charge

2.3.1 Plan douleur (60)

Depuis 1998, l'amélioration de la prise en charge de la douleur a fait l'objet de trois plans gouvernementaux. Le 1er plan de lutte contre la douleur (1998-2000) a eu comme objectif principal de mettre la douleur au centre des préoccupations des professionnels de santé. Le second (2002-2005) a retenu comme priorité l'amélioration de la douleur chronique. La douleur de la personne âgée, qui a fait l'objet de plusieurs publications et, en 2000, de recommandations de l'ANAES, est une des priorités du 3e plan 2006-2010. Deux des

objectifs principaux de ce plan sont d'améliorer le repérage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement de la douleur des personnes âgées et de favoriser la qualité de vie des personnes âgées en diminuant le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades reconnaît le droit fondamental de toute personne à être soulagée de ses douleurs.

Selon l'article L 1110-5 du Code de santé publique : « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur et celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

Ainsi le gouvernement prend acte d'une priorité constante du monde médical : le contrôle de la douleur.

2.3.2 Plan Alzheimer (61)

La maladie d'Alzheimer est la première cause de démence. En 2012, 860 000 personnes étaient atteintes avec 225 000 nouveaux cas par an. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique.

L'objectif principal de ce plan Alzheimer est d'améliorer la qualité de vie des malades et des aidants.

Plusieurs axes d'action sont mis en place dans ce plan Alzheimer :

- Mise en place d'un dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement durant la maladie pour le patient et les aidants,
- Faciliter le maintien à domicile grâce à un coordonnateur,
- Renforcer les structures d'accueil et d'accompagnement,
- En cas de crise ou de troubles du comportement sévères, création d'unité spécialisée appelée Unité Cognitivo-Comportementale UCC (61-62).

L'unité cognitivo-comportementale est une unité spécialisée au sein des services hospitaliers de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), polyvalent ou gériatrique, ayant pour but de gérer ces crises et de permettre le retour à domicile. Il répond à la problématique de prise en charge en phase aiguë des troubles du comportement chez le patient dément.

Pouvant accueillir entre 10 et 12 patients en fonction des structures, leurs missions principales sont :

- accueillir des patients déments en état de crise psycho comportementale ne pouvant être gérée en ambulatoire,

- les protéger du risque encouru pendant cette période au sein d'un environnement gériatrique sécurisé et apaisant,
- évaluer leur déficience,
- réaliser une évaluation médicale standardisée,
- prendre soin, traiter ce qui peut l'être, particulièrement la souffrance psychique,
- maintenir et améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne en proposant des ateliers, prise en charge multidisciplinaire (psychomotricienne, ergothérapie, orthophonie...),
- réduire le recours au traitement médicamenteux et à la contention,
- accompagner les aidants et travailler en partenariat avec eux,
- et enfin organiser le devenir et le suivi après la sortie du service.

Il ne s'agit pas d'une unité d'hébergement. La durée de séjour prévue est de 30 jours comme pour les autres unités de SSR.

Les patients admis sont des patients domiciliés dans le bassin de vie, souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, valides (mobilité conservée), présentant un état de « crise » avec troubles du comportement imposant une prise en charge spécifique en unité sécurisée. Ils n'accueillent pas les sujets dépendants ni ceux dont les troubles nécessitent une hospitalisation en service psychiatrique.

Ils peuvent être adressés par des médecins hospitaliers après un passage à l'hôpital, par les médecins généralistes, par l'EHPAD, par l'équipe mobile de gériatrie.

L'admission permet le traitement de la crise, l'évaluation et un répit pour l'entourage.

Nous avons voulu avec notre étude évaluer la douleur chez les patients admis en UCC et observer le retentissement à la fois sur la prise en charge thérapeutique et sur l'évolution des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence au cours de l'hospitalisation.

3 ETUDE

3.1 Matériel et méthodes

3.1.1 Hypothèse de travail

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de l'hétéro évaluation systématique de la douleur en UCC sur la prise en charge thérapeutique du patient et sur les troubles du comportement perturbateur.

Nos hypothèses sont les suivantes :

- L'hétéro évaluation systématique de la douleur permet de diminuer la prescription de neuroleptique/psychotique
- L'adaptation du traitement antalgique permet d'améliorer les troubles du comportement perturbateur

3.1.2 Notre étude

Elle comporte deux temps successifs.

○ Etude rétrospective

Une étude rétrospective des trente derniers dossiers de patients admis en UCC. Pour chaque patient ont été recueillis les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, lieu de vie), l'IMC, l'origine du patient, le type de démence, sa durée et son stade d'évolution, l'état cognitif évalué par le Mini Mental State Examination (MMSE®) de Folstein (annexe 4), la présence ou non de trouble du comportement (score NPI) (annexe 5), le traitement antalgique et psychotrope, la présence d'événements intercurrents au cours de l'hospitalisation.

○ Etude prospective

Une étude prospective avec analyse de trente dossiers : Pour chaque patient ont été recueillis les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, lieu de vie), l'IMC, l'origine du patient, le type de démence, sa durée et son stade d'évolution, l'état cognitif évalué par le Mini Mental State Examination (MMSE®) de Folstein, la présence d'événements intercurrents au cours de l'hospitalisation.

Chaque semaine, nous avons réalisé pour chaque patient une hétéro-évaluation de la douleur par l'échelle DOLOPLUS-2, permettant ainsi une évaluation fiable de ce paramètre même en présence de troubles cognitifs (39-42). En parallèle, nous avons recherché la présence ou non de trouble du comportement (score NPI) et relevé les traitements du patient au début et à la sortie de son hospitalisation.

3.1.3 Matériel

○ Analyse statistique

Les variables catégorielles ont été décrites par des pourcentages et les variables continues par la moyenne +/- écart-type, dans chaque échantillon (sans et avec DOLOPLUS). Les comparaisons des caractéristiques (moyennes et fréquences) des 2 échantillons ont été effectuées par le test T de Student (ou de Man et Withney si absence de normalité et hétéroscédasticité) et le test du Chi2. Les changements de prescriptions médicamenteuses entre l'entrée et la sortie ont été testés par les tests de Mac Nemar et T de Student sur séries appariées. Le risque alpha a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été réalisées sous SAS v9.3 avec l'aide du service d'épidémiologie et évaluation cliniques du CHU de Nancy.

○ MMSE (annexe 4)

Il s'agit d'un test cognitif global, composé d'une série de 11 questions explorant la mémoire, l'attention et le calcul, le langage et les praxies. Le score maximum est de 30 points. On caractérise plusieurs stades de la maladie en fonction de ce score : une démence légère correspond à un MMSE supérieur à 20, une démence modérée à un MMSE entre 20 et 11 ; une démence sévère à un MMSE inférieur à 11.

○ NPI-ES (annexe 5)

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte. Le score final est obtenu en additionnant les 12 sous scores des domaines : fréquence x gravité. Tout sous score supérieur à 2 est considéré comme pathologique pour le domaine respectif. (14-35)

○ DOLOPLUS-2

Les troubles du comportement qui se prolongent peuvent être en lien avec des phénomènes douloureux chroniques, et l'échelle DOLOPLUS est alors la plus adaptée pour rechercher ce type de douleur.

○ Logiciel PHARMA

Nous avons récupéré les historiques des traitements des patients sur le logiciel PHARMA.

- **Dossier patient**

Pour chaque patient, nous avons utilisé le dossier de soin partagé pour récupérer les données nécessaires à notre étude.

3.2 Résultats

3.2.1 Etude rétrospective

○ Caractéristiques de la population

Nous avons inclus 30 sujets, 12 hommes et 18 femmes. L'âge moyen était de 80,2 ans (+/- 7,9).

Ils provenaient pour moitié du domicile et pour moitié d'un EHPAD.

L'IMC moyen était de 23 (+/- 3,5).

La majorité était atteinte d'une maladie d'Alzheimer (43,3 %), 33,3 % d'une démence mixte, 6,7 % d'une démence vasculaire, 13,3 % d'une démence à corps de Lewy et 3,3 % d'une démence autre.

Le MMSE moyen était de 11,8 (+/- 7,5) avec 4 malades au stade léger de démence, 12 malades au stade modéré et 14 au stade sévère.

La durée moyenne d'évolution de la démence était de 4,9 ans (+/- 3,2).

Dans 40 % des cas, un évènement intercurrent douloureux était survenu au cours du séjour en UCC (chute, hémorragie digestive, fracture).

○ Traitements de la population

A l'entrée, 14 patients soit **46,7 % avaient un traitement antalgique** dont 12 avaient un traitement antalgique du 1^{er} palier, 4 un traitement antalgique de palier 2 et 1 un traitement antalgique de palier 3.

A la sortie, 23 patients soit **76,7 % avaient un traitement antalgique** dont 23 avaient un traitement antalgique du 1^{er} palier, 3 un traitement antalgique de palier 2 et 1 un traitement antalgique de palier 3.

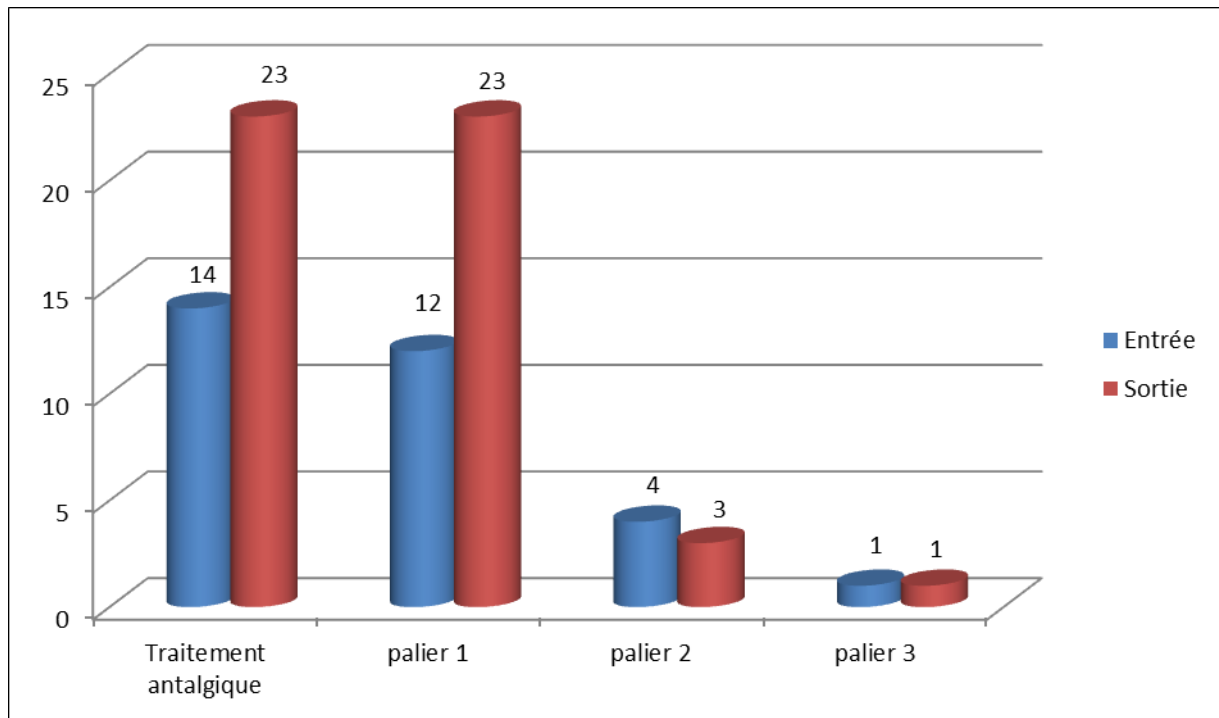


Figure 1. Traitement antalgique de l'échantillon

Concernant le traitement antalgique, il n'y a pas eu de modification chez 7 patients.

Le traitement a été diminué chez 4 patients et augmenté chez 19 patients.

L'augmentation du traitement antalgique entre l'entrée et la sortie est statistiquement significative ($p = 0,0126$).

Pour les autres traitements, 21 patients avaient un traitement neuroleptique à l'entrée contre 16 à la sortie, 16 patients avaient un traitement benzodiazépines à l'entrée contre 18 à la sortie, 13 avaient un traitement antidépresseur à l'entrée contre 17 à la sortie, 9 patients avaient un traitement psychotrope autre à l'entrée contre 13 à la sortie et 11 patients avaient un traitement spécifique de la démence à l'entrée contre 17 à la sortie.

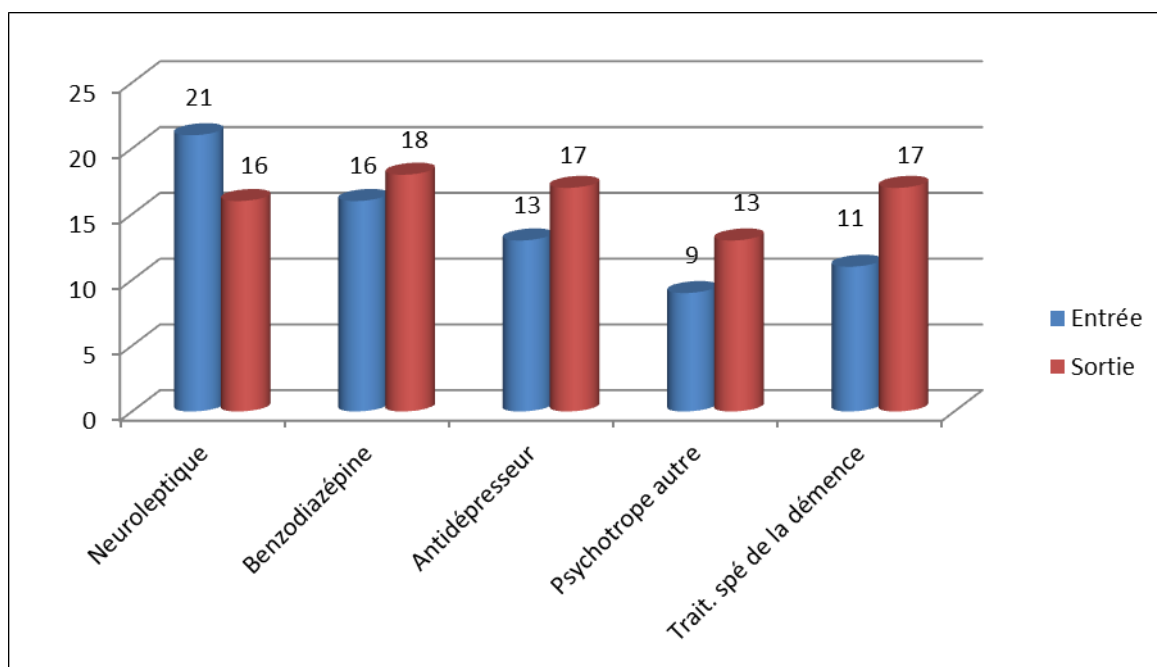


Figure 2. Autres traitements de l'échantillon

Concernant les neuroleptiques, le traitement a été inchangé chez 4 patients, diminué chez 13 patients et augmenté chez 13 patients.

La baisse du traitement par neuroleptique est non significative ($p = 0,1655$)

Concernant les benzodiazépines, le traitement n'a pas été modifié chez 9 patients, a été diminué chez 9 patients et augmenté chez 10 patients.

L'augmentation du traitement benzodiazépine est non significative ($p = 0,5638$).

○ **SPCD de la population**

Le NPI total moyen à l'entrée était de 40,1 et de 18,4 à la sortie. Cette diminution est significative ($p < 0,0001$)

A l'entrée, les SPCD les plus intenses et les plus fréquemment retrouvés étaient l'irritabilité/instabilité de l'humeur, l'agitation et les comportements moteurs aberrants. A la sortie, on retrouve les mêmes SPCD mais avec une intensité et une fréquence moindre.

Les items idées délirantes ($p = 0,0019$), hallucinations ($p = 0,0061$), agitation ($p = 0,0008$), anxiété ($p = 0,0189$), apathie ($p = 0,0053$), irritabilité/instabilité de l'humeur ($p = 0,0003$), comportement moteur aberrant ($p = 0,0466$) et appétit ($p = 0,0190$) ont statistiquement significativement diminué en terme d'intensité.

En terme de fréquence, les items idées délirantes ($p = 0,0339$), hallucinations ($p = 0,0455$), agitation ($p = 0,0348$), apathie ($p = 0,0196$) et appétit ($p = 0,0082$) ont significativement baissé entre l'entrée et la sortie.

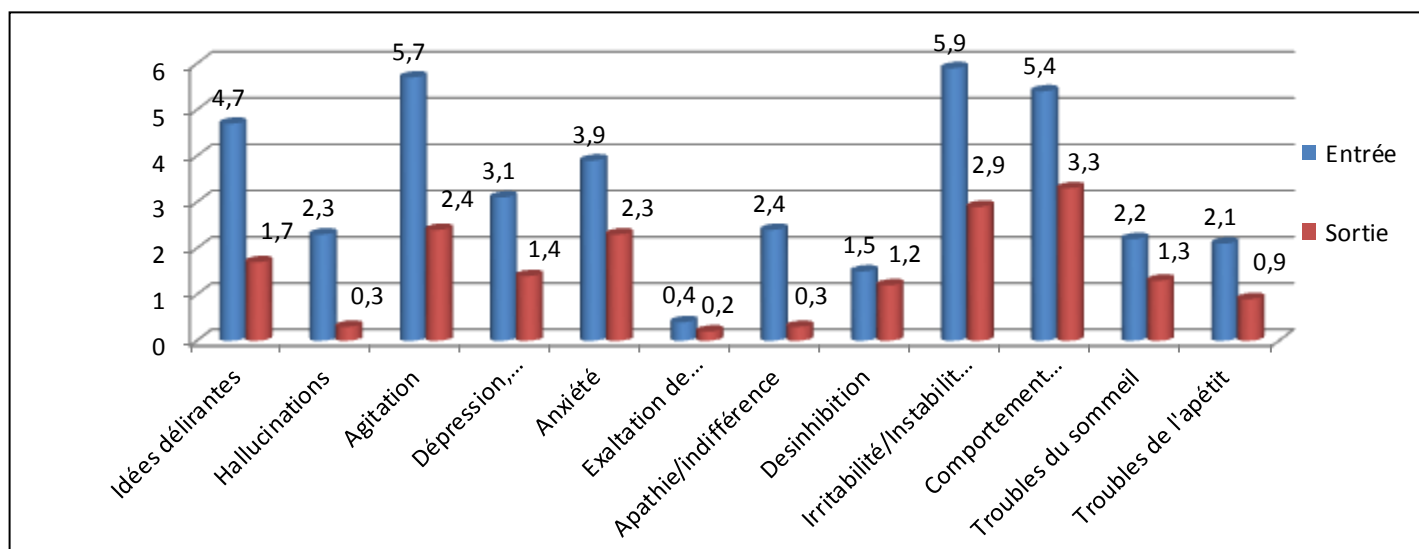


Figure 3. Intensité des SPCD de l'échantillon

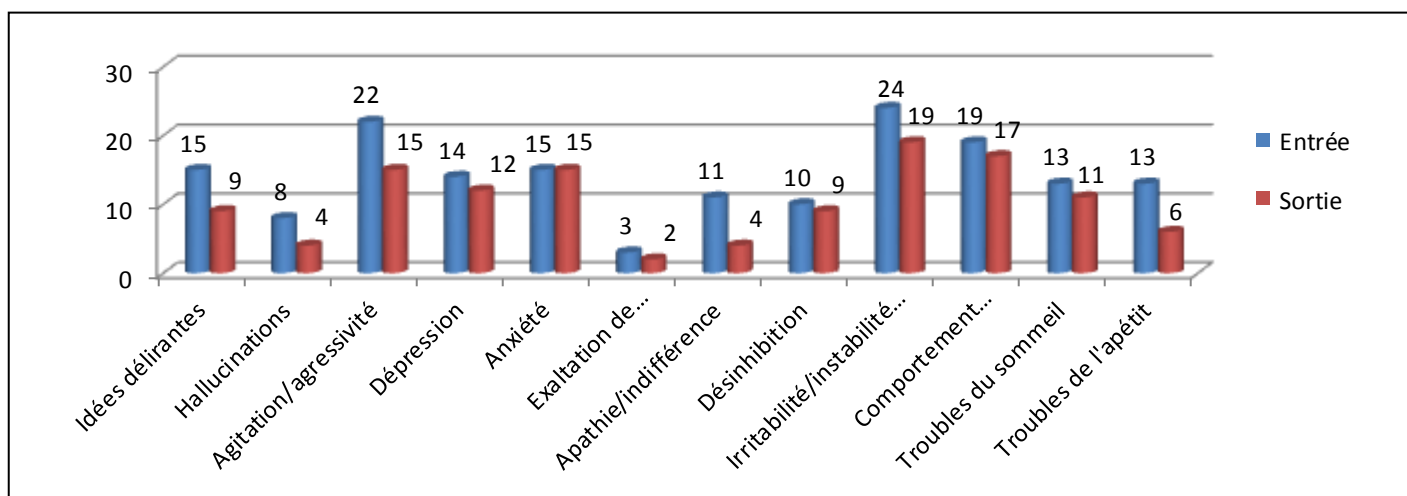


Figure 4. Fréquence des SPCD

3.2.2 Etude prospective

○ Caractéristiques de la population

Nous avons inclus 30 sujets, 14 hommes et 16 femmes. L'âge moyen était de 81,5 ans (+/- 8,6).

Ils provenaient pour moitié du domicile et pour moitié d'un EHPAD.

L'IMC moyen était de 22,8 (+/- 4,5).

La majorité était atteinte d'une maladie d'Alzheimer (50 %), 39,3 % d'une démence mixte et 10,7 % d'une démence à corps de Lewy.

Le MMSE moyen était de 10,4 (+/- 6,2) avec 1 malade au stade léger de démence, 10 malades au stade modéré et 19 au stade sévère.

La durée moyenne d'évolution de la démence était de 5 ans (+/- 2,7).

Dans 43,3 % des cas, un évènement intercurrent douloureux était survenu au cours du séjour en UCC (chute, rétention aigue d'urine, tassement vertébral)

○ Traitements de la population

A l'entrée, **33 % des patients avaient un traitement antalgique** dont 10 avaient un traitement antalgique de palier 1, un patient avait un traitement antalgique de palier 2 et aucun n'avait de traitement antalgique de palier 3.

A la sortie, **86,7 % avaient un traitement antalgique** dont 23 avaient un traitement antalgique de palier 1, cinq avaient un traitement antalgique de palier 2 et aucun n'avait de traitement antalgique de palier 3.

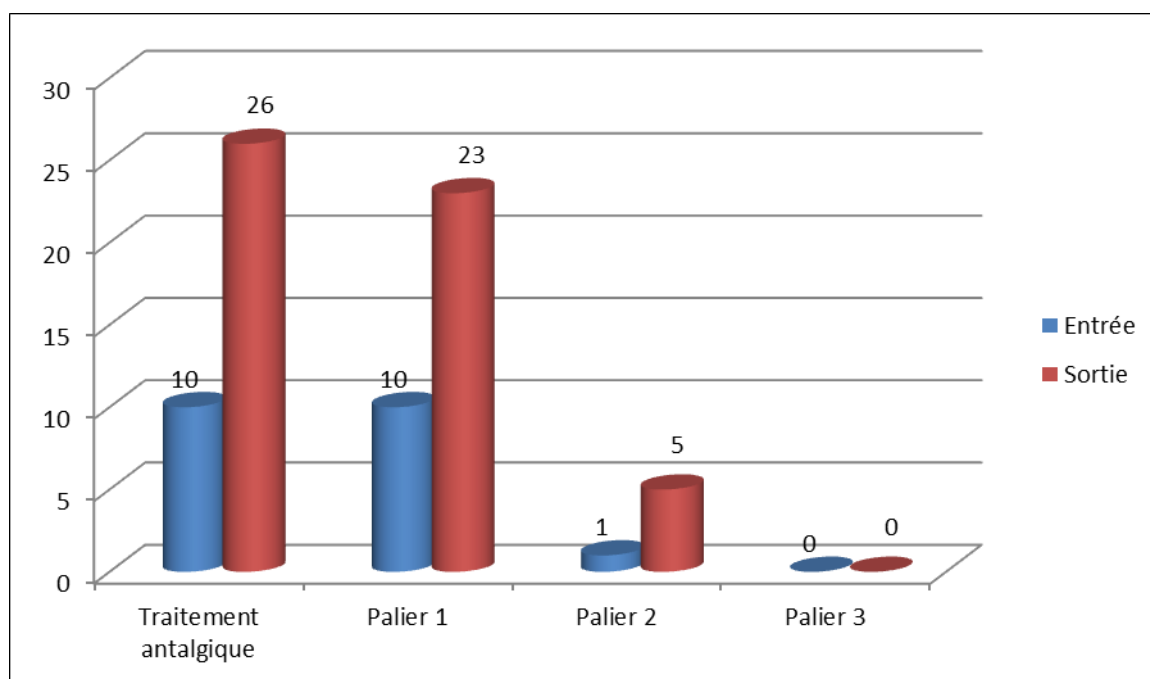


Figure 5. Traitement antalgique de l'échantillon

Concernant le traitement antalgique, il n'y a pas eu de modification chez 10 patients.

Le traitement n'a été diminué chez aucun patient et a augmenté chez 20 patients. Cette augmentation de traitement antalgique est statistiquement significative ($p < 0,001$)

Pour les autres traitements, 17 patients avaient un traitement neuroleptique à l'entrée contre 10 à la sortie, 7 patients avaient un traitement benzodiazépine à l'entrée contre 14 à la sortie, 12 avaient un traitement antidépresseur à l'entrée contre 17 à la sortie, 6 patients avaient un traitement psychotrope autre à l'entrée contre 10 à la sortie et 9 patients avaient un traitement spécifique de la démence à l'entrée contre 18 à la sortie.

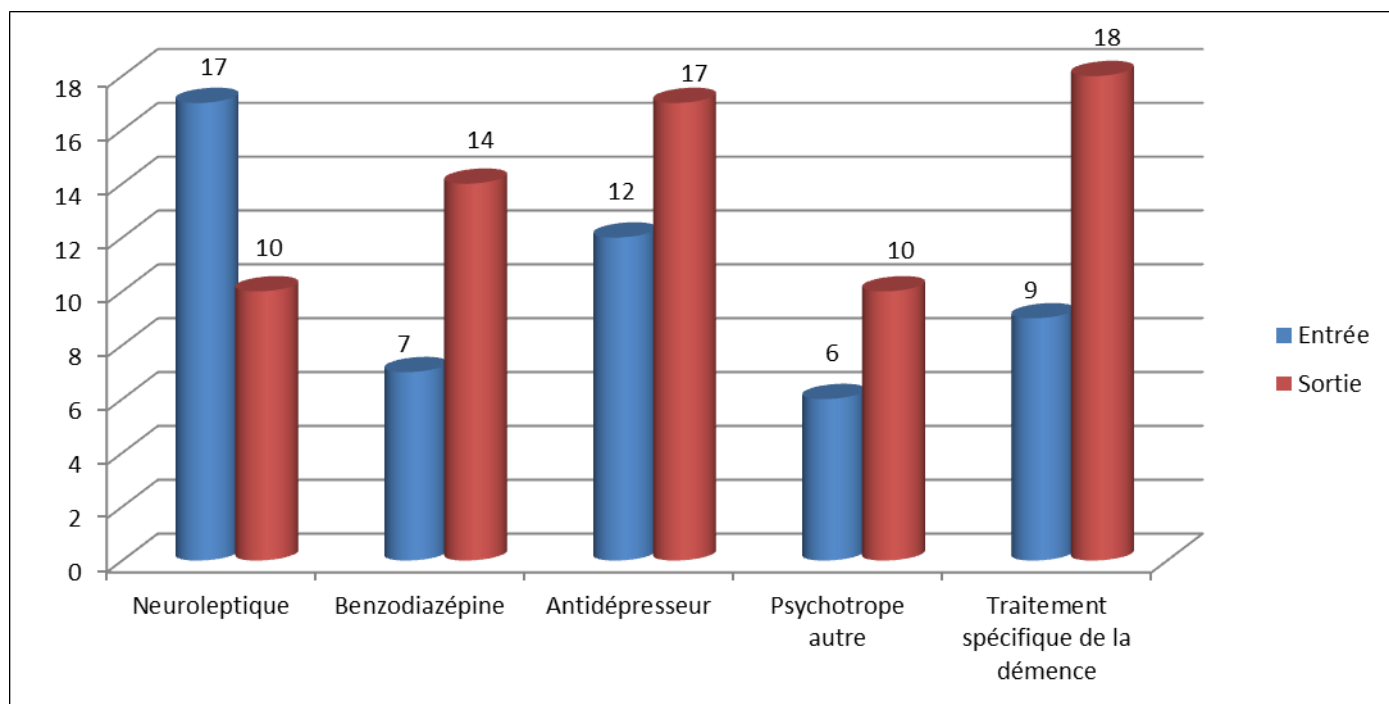


Figure 6. Autres traitements de l'échantillon

Concernant les neuroleptiques, le traitement a été inchangé chez 9 patients, diminué chez 11 patients et augmenté chez 10 patients.

La baisse du traitement par neuroleptique est significative ($p = 0.0348$)

Concernant les benzodiazépines, le traitement n'a pas été modifié chez 12 patients, a été diminué chez 8 patients et augmenté chez 10 patients.

L'augmentation du traitement benzodiazépine est non significative ($p = 0,0706$).

○ **Evaluation de la douleur**

DOLOPLUS

L'hétéro évaluation de la douleur par l'échelle DOLOPLUS montre, à l'admission, un score moyen à 5,5 (+/-4,7).

A la sortie, le score moyen DOLOPLUS est à 4,4 (+/- 3,9).

Il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des DOLOPLUS entre l'entrée et la sortie ($p= 0,3573$).

La moyenne des scores DOLOPLUS chez les patients douloureux à l'entrée est de 9,5. Elle baisse à 4,78 à la sortie. Cette diminution est statistiquement significative ($p < 0,001$).

Nous avons 14 patients douloureux et sur ces 14 patients 11 ont un score DOLOPLUS strictement supérieur à 5.

Les items positifs les plus fréquents à l'entrée et à la sortie sont les plaintes somatiques, la mimique, la toilette et/ou habillage et les items psychosociaux.

Seuls les patients ayant un score DOLOPLUS strictement supérieur à 5 ont les items « sommeil », « protection des zones douloureuses » et « comportement » positifs.

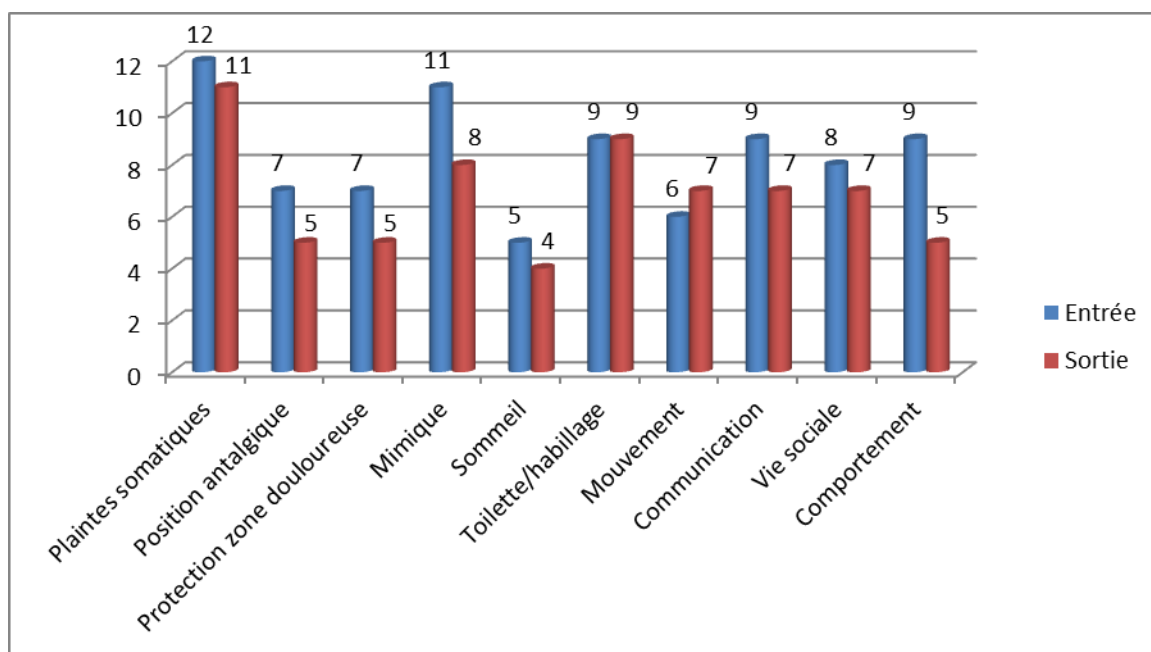


Figure 7. Fréquence des items DOLOPLUS chez les patients douloureux

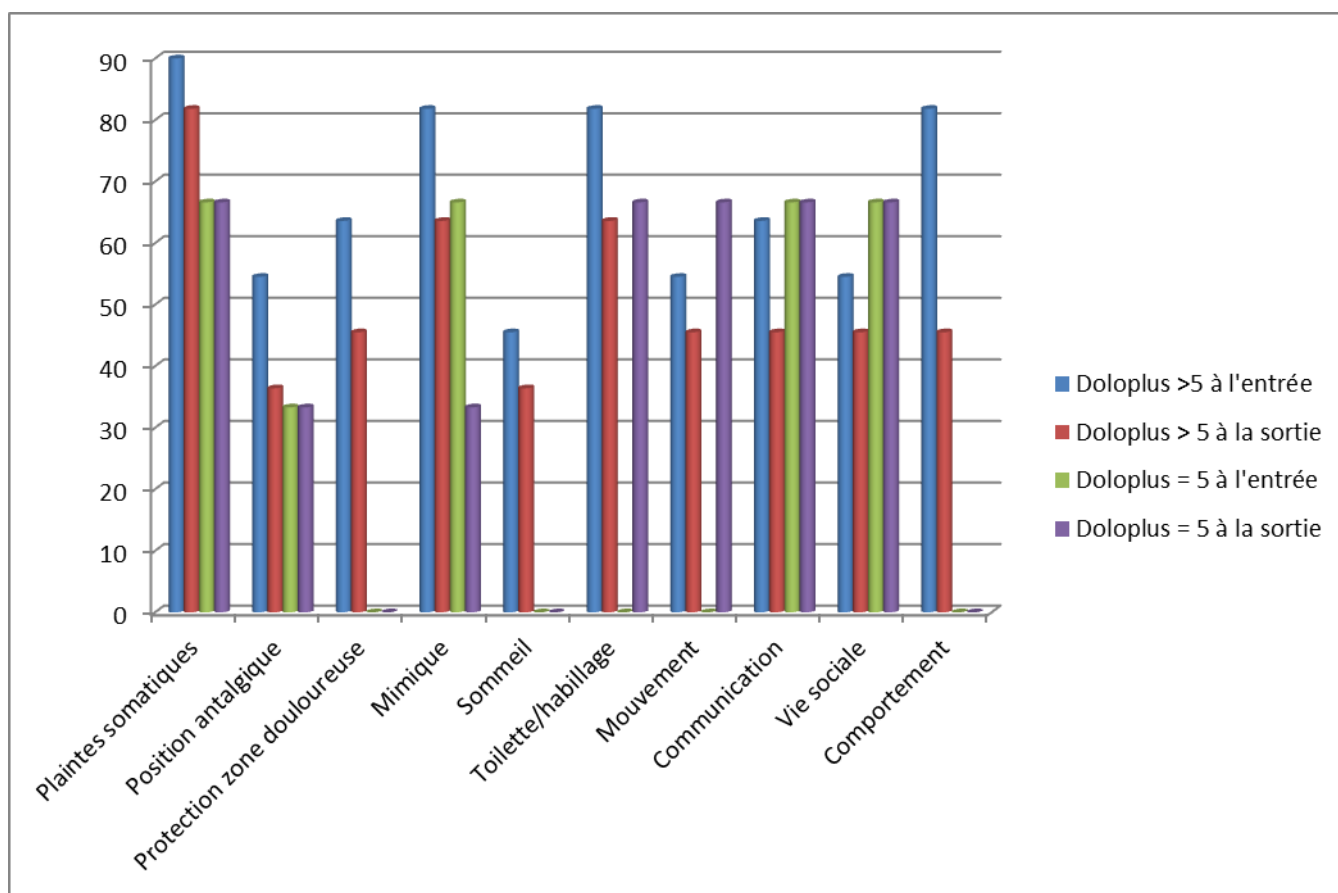


Figure 8. Fréquence(%) des items DOLOPLUS en fonction du score DOLOPLUS chez les patients douloureux

La moyenne des scores DOLOPLUS chez les patients non douloureux est de 1,93 à l'entrée. Elle augmente à 4,12 à la sortie.

Sur 16 patients non douloureux, 9 ont un score DOLOPLUS égal ou augmenté à la sortie par rapport à l'entrée. Sur ces 9 patients, 6 patients soit 66,6 % ont présenté un événement intercurrent douloureux au cours de l'hospitalisation. Cette augmentation du score DOLOPLUS est due à la positivité des items :

- 4 « Plaintes somatiques »
- 2 « Sommeil »
- 10 « Vie sociale »
- 7 « Trouble du comportement »

○ **Douleur et traitement antalgique**

A l'entrée, 14 patients soit **46,7 % sont douloureux**. Parmi eux, 11 soit 78 % des patients douloureux ont un score DOLOPLUS >5 et 3 soit 22 % des patients douloureux ont un score =5.

A la sortie, 12 patients soit 40% sont douloureux. Parmi eux, 9 soit 75 % des patients douloureux ont un score DOLOPLUS > 5 et 3 soit 25 % des patients douloureux ont un score =5.

Parmi les 14 patients ayant un syndrome douloureux à l'admission, seuls **6 patients soit 43 % avaient un traitement antalgique et donc 57 % des patients douloureux n'avaient pas de traitement antalgique.**

Parmi les 30 patients à l'entrée, 16 ont été détectés comme non douloureux et 4, soit 25 %, avaient un traitement antalgique.

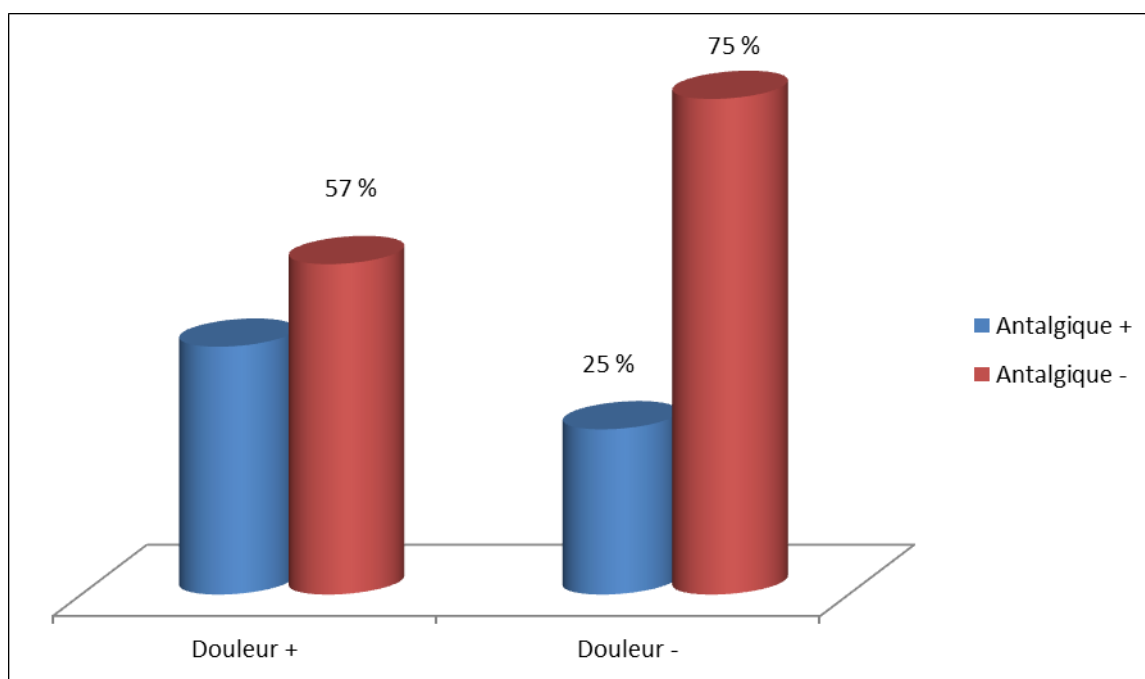


Figure 9. Répartition des sujets douloureux ou non douloureux en fonction de la présence d'un traitement antalgique, à l'entrée

Parmi les 30 patients à la sortie, **12 ont été détectés comme ayant un syndrome douloureux, et 11 soit 91,7 % avaient un traitement antalgique. Parmi les 12 patients douloureux, 6 patients soit 50 % ont présenté un évènement intercurrent douloureux au cours de leur séjour à l'UCC.**

Parmi les 30 patients, 18 ont été détectés comme non douloureux, et sur ces 18 patients, 15 soit 83,3 % avaient un traitement antalgique.

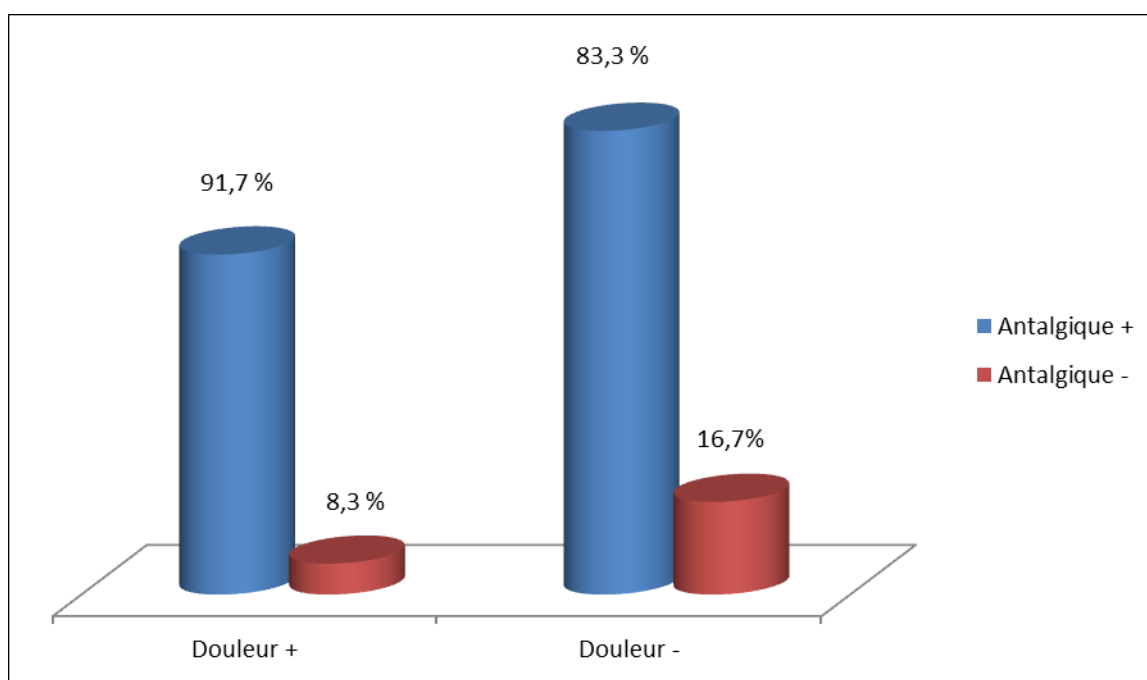


Figure 10. Répartition des sujets douloureux ou non douloureux en fonction de la présence d'un traitement antalgique, à la sortie

A l'admission, nous avons 8 patients douloureux sans antalgique. A la sortie, nous avons 1 seul patient douloureux sans antalgique.

○ **Douleur et NPI**

La somme des scores de chaque domaine du NPI donne un score global pour chaque sujet.

Le NPI total moyen à l'entrée était de 38,1, et de 22,9 à la sortie. Cette baisse est statistiquement significative ($p=0,0032$).

A l'entrée, les sujets douloureux avaient un score moyen plus important de 44,93 contre 32,25 chez les non douloureux. La différence de NPI n'est pas significative ($p = 0,0785$).

A la sortie, les sujets douloureux avaient un score global moyen du NPI plus important (25,58) que les non douloureux (21,78). La différence de NPI n'est pas significative ($p = 0,4504$).

De manière générale, tous les SPCD ont diminué en termes d'intensité au cours du séjour à l'UCC. Les plus intenses à l'admission étaient « comportement moteur aberrant », « anxiété » « agitation/agressivité » et « irritabilité/instabilité de l'humeur ». A la sortie, nous retrouvons les mêmes SPCD, avec une intensité moindre

En terme d'intensité et de fréquence, les items apathie (respectivement $p=0,0380$ et $p=0,0125$) et sommeil (respectivement $p=0,0167$ et $p=0,0325$) ont significativement diminué.

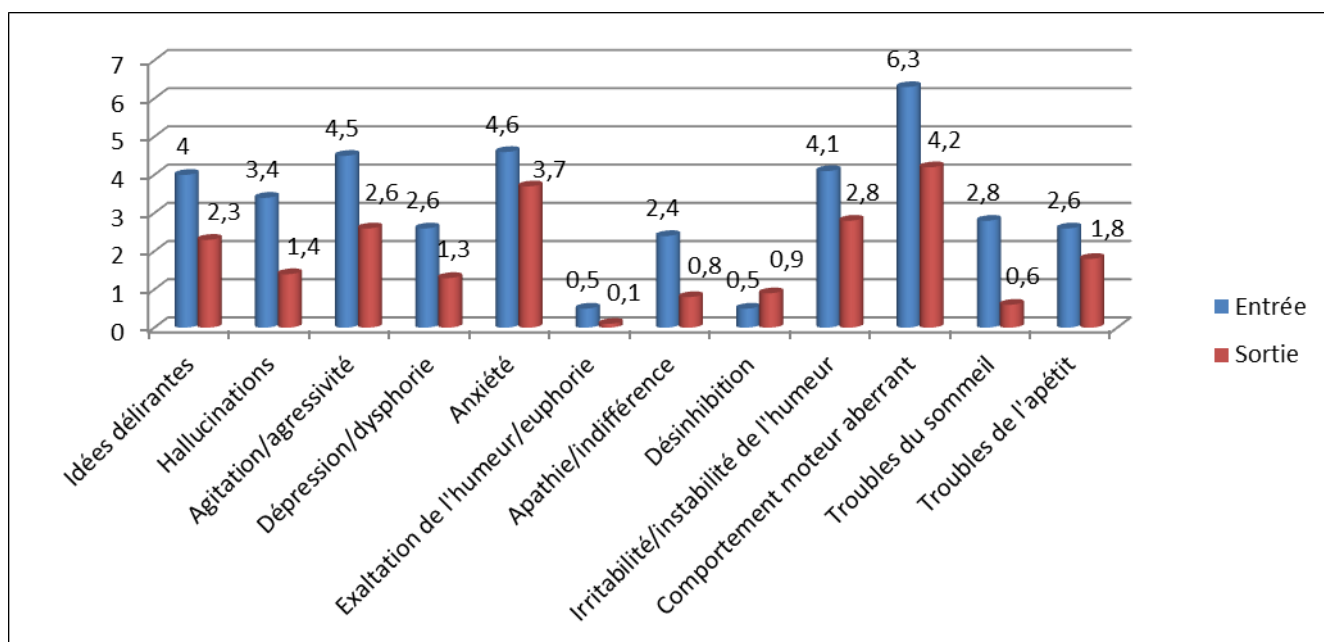


Figure 11. Intensité des SPCD

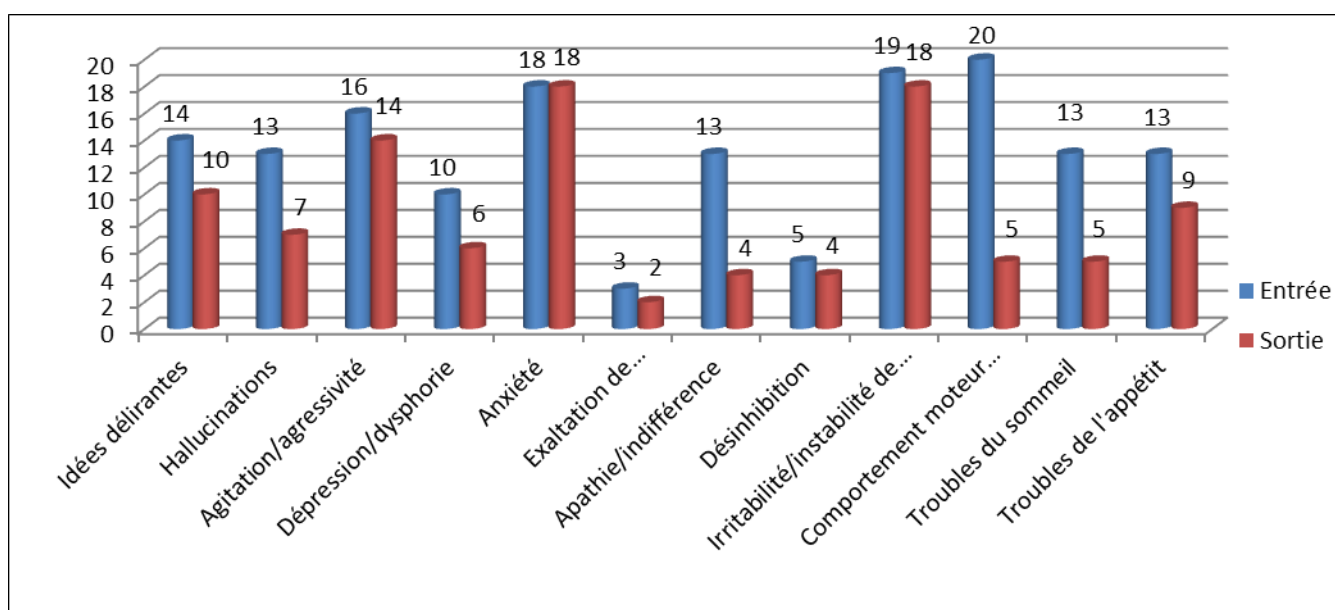


Figure 12. Fréquence des SPCD

De manière générale à l'admission, les SPCD sont plus intenses chez les patients douloureux, sauf pour « irritabilité/instabilité de l'humeur », « exaltation de l'humeur/euphorie » et « désinhibition »

A la sortie, les SPCD ont tous diminué en intensité dans chaque sous-groupe, sauf pour « trouble de l'appétit » qui a augmenté dans le sous-groupe douloureux à la sortie

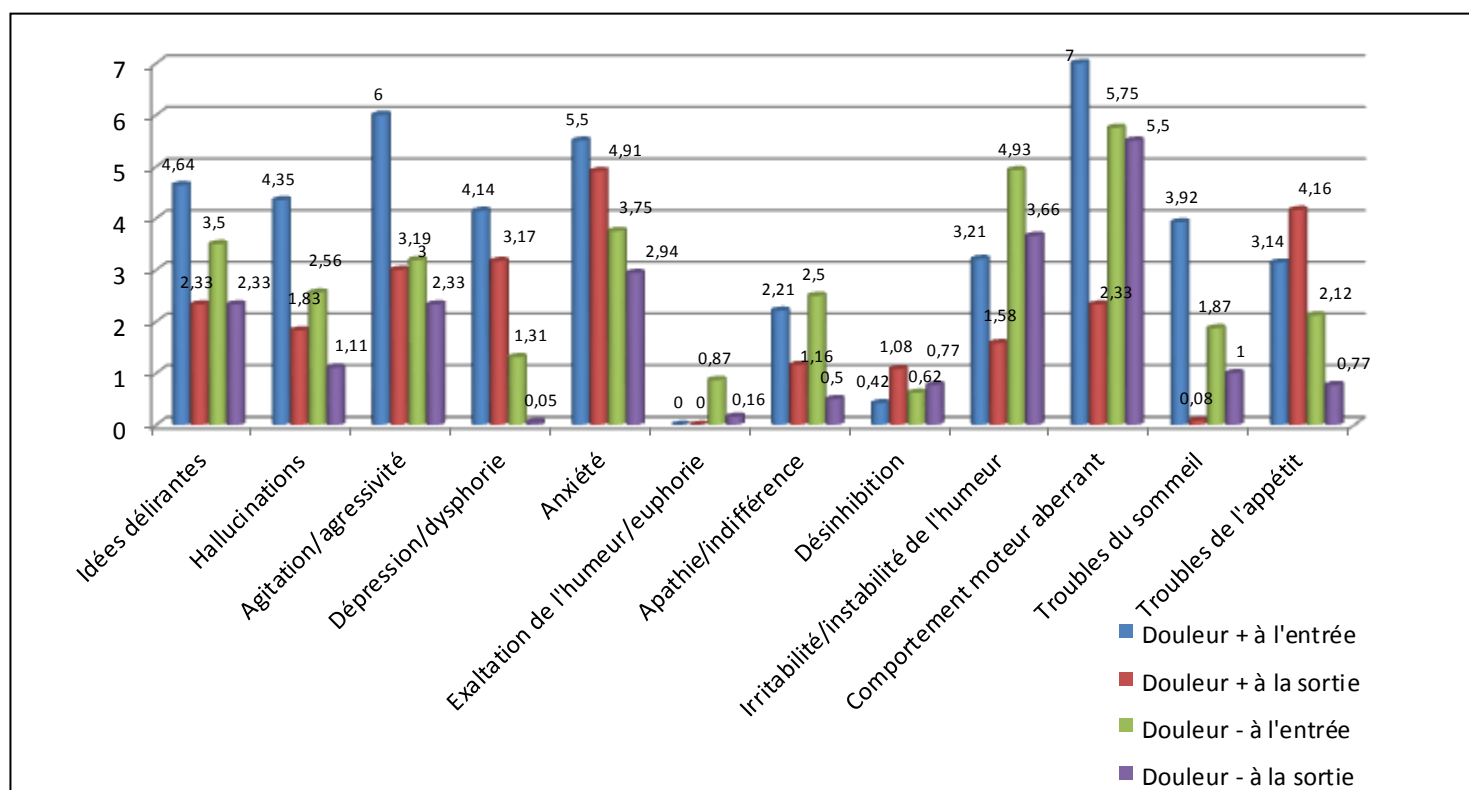


Figure 13. Intensité des SPCD en fonction de la douleur

Nous n'avons pas pu mettre en évidence un lien significatif entre certains SPCD et la douleur car l'effectif des sous-groupes n'est pas assez important.

3.2.3 Comparaison des caractéristiques des échantillons avec et sans DOLOPLUS

○ La population

Nous ne retrouvons aucune différence significative entre les deux groupes sur les variables utilisées (voir annexe 8).

○ Les traitements

Concernant les antalgiques à l'entrée ou à la sortie, il n'y a pas de différence significative de prescription entre les deux groupes ($p = 0,2918$ à l'entrée et $p = 0,3169$).

L'augmentation du traitement antalgique est significative ($p = 0,0126$ pour le groupe sans DOLOPLUS et $p < 0,001$ pour le groupe avec DOLOPLUS) dans les deux groupes mais on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,1025$).

Concernant les neuroleptiques à l'entrée ou à la sortie, il n'y a pas de différence significative de prescription entre les deux groupes ($p = 0,2839$ et $p = 0,1180$).

On remarque cependant que le nombre de patients sous neuroleptique est moins important (17 soit 33 % contre 21 soit 53 %) dans le groupe « avec DOLOPLUS ».

La **baisse du traitement par neuroleptique est significative dans le groupe « avec DOLOPLUS »** ($p = 0,0348$).

Concernant les benzodiazépines, il y a une prescription significativement plus importante dans le groupe « sans DOLOPLUS » à l'entrée ($p = 0,0169$).

A la sortie, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,3006$) mais on remarque que le nombre de patients sous benzodiazépines est moins important (14 contre 18) dans le groupe avec « DOLOPLUS ».

L'augmentation du traitement par benzodiazépines est non significative dans les deux groupes.

Concernant les antidépresseurs, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,7934$) à l'entrée et à la sortie on compte le même nombre de patients (17) sous antidépresseurs dans les deux groupes. L'augmentation du traitement par antidépresseur est non significative dans les deux groupes.

Concernant les autres psychotropes, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes à l'entrée ($p = 0,3711$) ou à la sortie ($p = 0,4257$).

Concernant les traitements spécifiques de la démence, il n'y a pas de différence significative dans les deux groupes que ce soit à l'entrée ($p = 0,5839$) ou à la sortie ($p = 0,7934$).

On remarque cependant que l'augmentation de prescription des traitements spécifiques de démence est significative ($p = 0,0026$) dans le groupe avec DOLOPLUS.

○ **NPI**

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,7548$) entre les NPI d'entrée des deux groupes.

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,2347$) entre les NPI de sortie des deux groupes.

On ne retrouve pas non plus de différence significative entre les différents items du NPI entre les deux groupes, que ce soit à l'entrée ou à la sortie.

En revanche, les scores NPI totaux ont significativement diminué dans les deux groupes entre l'entrée et la sortie ($p < 0,001$ pour l'étude rétrospective et $p = 0,0032$ pour l'étude prospective)

3.3 Discussion

Le but de notre travail était d'évaluer dans un premier temps l'impact de l'hétéro évaluation systématique de la douleur sur la prise en charge thérapeutique du patient et dans un second temps de rechercher si l'adaptation des traitements antalgiques améliorerait des SPCD.

3.3.1 Impact de l'hétéro évaluation systématique de la douleur sur la prise en charge thérapeutique du patient

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative concernant les caractéristiques socio démographiques, le stade ou la durée d'évolution de la démence dans nos deux groupes. Les caractéristiques des populations sont semblables : plutôt féminine, âgée, atteinte d'une pathologie démentielle majoritairement dégénérative au stade avancé.

Nous pouvons donc considérer que les deux populations sont identiques, même si seule une étude randomisée aurait permis de l'affirmer.

Nous avons retrouvé une prévalence de la douleur de 47 % à l'admission dans le groupe « DOLOPLUS ». Parmi les patients douloureux, 57 % n'avaient pas de traitement antalgique. A la sortie, nous avons encore 12 patients douloureux (9 patients avaient un score DOLOPLUS strictement supérieur à 5 et 3 patients avaient un score DOLOPLUS égal à 5), et 1 seul patient douloureux sans antalgique. Et 50 % de ces patients douloureux ont présenté au cours de leur séjour un évènement intercurrent douloureux.

Dans notre étude, nous avons relevé un score DOLOPLUS hebdomadaire pour chaque patient et on pourrait s'attendre à une fréquence plus grande de la douleur avec la meilleure connaissance du comportement des patients en cours d'hospitalisation et donc à une meilleure antalgie avec le temps. Seulement, sur les conseils du service d'épidémiologie, nous n'avons étudié que les données entrée/sortie et il existe un biais de ne comparer que les données à l'entrée et à la sortie.

Ces chiffres de prévalence de la douleur sont en accord avec les données de la littérature (63) et le sous diagnostic/sous traitement de la douleur chez la personne âgée démente.

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ce phénomène comme par exemple la peur de la iatrogénie des soignants ou la difficulté d'évaluer la douleur de ces patients.

La moyenne des scores DOLOPLUS chez les patients douloureux à l'entrée est de 9,5. Elle baisse à 4,78 à la sortie (baisse significative, $p < 0,001$), ce qui veut dire que la prise en charge antalgique a été active.

En revanche, notre prévalence de douleur est dans les limites inférieures retrouvée dans la littérature : l'étude MOBID-2 (16) sur la douleur chez les personnes atteintes de pathologie démentielle sévère retrouve une prévalence de la douleur qui varie entre 49 et 83 % selon la méthode utilisée (12 échelles d'hétéro évaluation de la douleur ont été testées et donnent des résultats différents).

Nous pensons avoir pu sous-estimer le nombre de patients douloureux à l'entrée. En effet, les patients sont admis à l'UCC pour gérer une crise aiguë de troubles du comportement liés à la démence et de ce fait, on aurait pu s'attendre à avoir une prévalence de la douleur beaucoup plus importante. Nous pensons que la réalisation de l'échelle DOLOPLUS à l'entrée n'est pas toujours facile dans la mesure où le personnel soignant ne connaît pas encore le patient. L'idéal aurait été d'avoir une échelle DOLOPLUS réalisée au préalable en EHPAD pour les patients institutionnalisés. En parallèle de DOLOPLUS, nous pensons que réaliser une ALGOPLUS à chaque fois que survient une modification du comportement pourrait nous aider à éliminer une crise douloureuse s'exprimant ainsi ou une majoration transitoire d'une douleur chronique qui sera mise en évidence elle, par une évaluation au long cours par une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur chronique.

L'étude CoPAIN (64), réalisée en 2010 dans le Nord Ouest de la France sur la prévalence de la douleur du sujet âgé ayant des SPCD, a utilisé pour la détection de la douleur les 3 échelles EVS, ALGOPLUS et DOLOPLUS. Sur les 78 patients douloureux de leur étude, 13 avaient une EVS positive. L'échelle DOLOPLUS seule a détecté 32 sujets, l'ALGOPLUS seule 5 sujets et 28 avaient ces deux échelles positives. Ainsi la DOLOPLUS est l'échelle qui a permis de faire le plus de diagnostics de douleur. Mais le fait de ne réaliser que la DOLOPLUS aurait méconnu 5 sujets des 78 patients douloureux.

Concernant les traitements :

- Dans le groupe sans DOLOPLUS, 47 % des patients avaient un traitement antalgique à l'admission versus 77 % à la sortie soit 23 patients. Dans le groupe avec DOLOPLUS, 33 % avaient un traitement antalgique à l'entrée contre 87 % à la sortie, soit 26 patients. Il n'y a pas

de différence significative pour les prescriptions d'antalgique entre les groupes et l'augmentation d'antalgique est significative dans les deux groupes.

En revanche, on observe toutefois que l'augmentation du traitement antalgique est plus importante dans le groupe avec DOLOPLUS (16 patients contre 11 dans le groupe sans DOLOPLUS).

- La seule différence significative retrouvée entre les deux groupes pour les autres traitements à l'entrée est le nombre de sujets sous benzodiazépine dans le groupe sans DOLOPLUS qui est plus importante que dans le groupe avec DOLOPLUS ($p = 0,0169$).

A la sortie, la diminution de prescription des neuroleptiques est significative ($p = 0,0348$) dans le groupe avec DOLOPLUS mais on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes.

On ne retrouve pas de différence significative concernant les autres prescriptions mais on remarque que le nombre de patients sous neuroleptiques, benzodiazépines et psychotropes autres est moins important dans le groupe avec DOLOPLUS (respectivement 10-14-10 versus 16-18-13)

Le fait que nous n'ayons pas été en mesure de mettre en évidence une différence significative entre les deux groupes peut être le reflet de la réalité, ou bien lié au manque de puissance de notre étude qui n'a pas permis de mettre en évidence cette différence.

Et même s'il n'y a pas de différence significative entre les groupes, il y a des changements entre l'entrée et la sortie des patients : ces changements laissent supposer que réaliser une hétéro évaluation de la douleur pourrait avoir un impact sur la prise en charge thérapeutique des patients en permettant en particulier de rapporter des comportements à des phénomènes douloureux et non à des troubles liés à la démence, mais seule une étude randomisée à plus grande échelle pourrait le confirmer.

Le fait d'avoir identifié les patients douloureux nous conduit à une prise en charge thérapeutique différente avec une diminution significative de prescription de neuroleptique, conformément aux recommandations actuelles sur le mésusage des psychotropes dans les traitements symptomatiques des SPCD chez les personnes âgées (1-2).

Il nous paraît important de rappeler que 2/3 des patients douloureux sans antalgique étaient sous psychotropes (50% sous neuroleptique). Il pourrait donc être intéressant de mener une étude identique dans les unités Alzheimer des EHPAD.

3.3.2 Amélioration des SPCD avec une adaptation des traitements antalgiques.

Les SPCD les plus intenses à l'admission dans les deux groupes sont sensiblement les mêmes avec irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant, agitation, anxiété, agressivité et idées délirantes.

Ce sont les mêmes à la sortie mais avec une intensité moindre.

Il n'y a pas de différence entre les scores NPI d'entrée et de sortie entre les deux groupes.

Dans le groupe avec DOLOPLUS, on observe un score NPI plus important chez les patients douloureux à l'entrée (44,93 versus 32,25) et douloureux à la sortie (25,58 versus 21,78). Nous pouvons supposer que les phénomènes douloureux aggravent les SPCD ou que la douleur s'exprime sous forme de SPCD.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence un lien statistique entre certains SPCD et la douleur car notre effectif était trop faible.

Les SPCD les plus intenses chez les douloureux par rapport aux non douloureux, dans le groupe avec DOLOPLUS sont l'anxiété, la dépression, l'agitation (intensité deux fois plus importante), les idées délirantes, le comportement moteur aberrant, les hallucinations.

- Concernant l'anxiété, il est admis que celle-ci est souvent consécutive à une douleur aiguë (65) et qu'elle majore la perception douloureuse dans les douleurs chroniques
- Concernant la dépression : selon la plupart des études cliniques, 25 à 60 % des patients douloureux chroniques présentent un épisode dépressif majeur, indépendamment de l'âge (48-49)
- Concernant l'agitation : en 2011, Husebo et al (66) ont publié une étude permettant d'établir un lien de causalité entre douleur et agitation chez le patient dément. Les résultats suggèrent que la douleur peut être la cause d'une agitation et que le meilleur traitement de ce SPCD est l'optimisation du traitement antalgique d'où l'intérêt d'une évaluation ALGOPLUS en cas de changement de comportement.

- Concernant le comportement moteur aberrant : devant une déambulation inhabituelle, la douleur doit toujours être recherchée (67). Ce SPCD peut être plus important dans notre étude que dans la littérature, mais pour être admissible à l'UCC il faut que le patient soit valide et donc capable de déambulation.

- Concernant les hallucinations : l'étude CoPain (64) a mis en évidence une relation significative entre la douleur et l'intensité des hallucinations.

Nos résultats sont donc en accord avec les données de la littérature selon lesquelles la douleur peut être responsable de SPCD et que le premier traitement à envisager est un traitement antalgique.

L'anxiété est un SPCD important, tant en intensité qu'en fréquence, dans les deux groupes. Une exploration plus précise de ce symptôme, par l'échelle d'anxiété d'Hamilton par exemple, pourrait aider à préciser la part de l'anxiété dans les manifestations comportementales liées à la douleur.

Si on regarde plus précisément les patients douloureux : sur 14 patients, nous en avons 11 qui ont un score DOLOPLUS strictement supérieur à 5.

Nous avons comparé les SPCD chez les patients douloureux ayant un score > 5 et les patients ayant un score =5. Seuls les patients ayant un score > 5 ont les items « protection des zones douloureuses », « sommeil » et « comportement » positifs (soit deux items somatiques, et un item psychosocial).

La moyenne des scores DOLOPLUS chez les patients non douloureux passe de 1,93 à l'entrée à 4,12 à la sortie. Cette hausse est due en majorité à la positivité des items psychosociaux. Donc soit l'évolution a permis de mieux connaître le patient et donc de dépister les comportements psycho sociaux en lien avec une réelle douleur, soit le fait d'être soignant dans une équipe UCC augmente la « sensibilité » à dépister des troubles psycho-sociaux et sur-évalue la douleur en les rattachant à des comportements douloureux. On voit bien la nécessité d'évaluer de manière globale le patient en étudiant aussi la répartition des items dans la DOLOPLUS (des items somatiques négatifs et psycho-sociaux positifs sont peu en faveur d'une douleur)

Ces résultats appuient notre hypothèse de départ, à savoir que les SPCD peuvent être liées à la douleur, et que l'une des prises en charges initiales des SPCD est l'adaptation du traitement antalgique.

Nous rappelons que les recommandations préconisent de réaliser un traitement antalgique d'épreuve devant toute suspicion de douleur et il est important de se souvenir que tout changement de comportement 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 étude de plus large ampleur en terme d'effectif pourrait permettre de rechercher des corrélations éventuelles entre les items du NPI et ceux de l'échelle DOLOPLUS : quel mode d'expression comportementale est le plus relié à la douleur chez les personnes atteintes d'un syndrome démentiel ? Les différents syndromes démentiels ont-ils des expressions différentes de la douleur ?

De manière générale, les SPCD s'améliorent entre l'entrée et la sortie et le NPI de chaque patient diminue. Certains SPCD diminuent de manière significative, surtout dans la population de l'étude rétrospective.

Nous ne retrouvons pas cependant de critère significativement différent entre les deux groupes et les NPI d'entrée et de sortie changent. Ces changements sont probablement liés à la prise en charge globale du patient et pas uniquement à la prise en charge médicamenteuse. De plus, les patients bénéficient dans une UCC d'une prise en charge spécifique et multidisciplinaire ayant pour objectif de limiter les troubles du comportement dans le cadre d'un programme de soins privilégiant les thérapies non médicamenteuses, en essayant ainsi de diminuer les psychotropes sédatifs et le recours à la contention mécanique.

Et on sait également que la prise en charge de la douleur, et en particulier la douleur chronique, passe par des thérapies non médicamenteuses comme la relaxation, le soutien psychologique, la musicothérapie, etc...

L'augmentation des prescriptions de traitement spécifique de la démence suit les recommandations de la Fédération Nationale des CMRR et pourrait être expliquée par le nombre de nouveaux diagnostics de pathologies démentiels réalisés en UCC.

CONCLUSION

Notre étude confirme l'importance d'une évaluation régulière de la douleur avec un outil adapté chez tout patient présentant un trouble démentiel et une majoration des troubles du comportement.

Nos résultats sont en accord avec les données de la littérature concernant le sous diagnostic et le sous traitement de la douleur. En effet, dans notre population, l'incidence de la douleur est de près de la moitié des patients, et plus de la moitié des patients douloureux n'avaient pas de traitement antalgique. Elle démontre bien que devant tout SPCD, la douleur est une étiologie à rechercher en priorité.

L'échelle d'hétéro évaluation de la douleur DOLOPLUS permet la détection de douleur chez des patients présentant des troubles du comportement, mais la réalisation d'une échelle ALGOPLUS en cas d'évènements intercurrents aigus, permettrait de nous aider à détecter certains patients douloureux.

L'étude à la fois du NPI-ES, de la DOLOPLUS et des traitements nous a permis de mettre en évidence une augmentation significative de prescription de traitement antalgique et une baisse des traitements neuroleptiques, en parallèle de l'amélioration des troubles du comportement. Ces résultats vont dans le sens des recommandations de l'HAS sur le mésusage des neuroleptiques chez les malades atteints d'Alzheimer ou maladies apparentées.

L'amélioration à la sortie de l'UCC des SPCD semble cependant être plurifactorielle, à la fois liée aux thérapeutiques médicamenteuses et à la prise en charge spécifique réalisée en UCC.

Notre étude réalisée sur un échantillon restreint ne permet pas de mettre en évidence une différence significative de prise en charge thérapeutique entre les deux groupes, mais une étude de plus grande ampleur devrait permettre de préciser la contribution de l'amélioration du traitement antalgique sur les différents SPCD chez ce type de patients. Et même si nous n'avons pas pu mettre en évidence une amélioration des SPCD en rapport avec l'adaptation du traitement antalgique, le personnel soignant déclare être plus vigilant et attentif à une éventuelle douleur. La réalisation d'une hétéro évaluation de la douleur dans le service fait maintenant partie de la prise en charge systématique du patient.

Il serait intéressant de réaliser la même étude dans les unités Alzheimer des EHPAD et de sensibiliser le personnel soignant travaillant dans ces unités au dépistage et à la prise en charge de la douleur.

De même, nous ne pouvons mettre en évidence que des liens statistiquement significatifs. Seule une étude interventionnelle pourrait établir un lien de causalité entre douleur et certains SPCD.

ANNEXES

1. DOLOPLUS-2
2. ALGOPLUS
3. ECPA
4. MMSE
5. NPI-ES
6. DN4
7. ECHELLE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD
8. TABLEAU 1. COMPARAISON DES DEUX ECHANTILLONS

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :		Prénom :		DATES			
Service :							
Observation comportementale							
RETENTISSEMENT SOMATIQUE							
1• Plaintes somatiques	• peu de plainte	0	0	0	0		
	• plainte uniquement à la sollicitation	1	1	1	1		
	• plainte spontanée occasionnelle	2	2	2	2		
	• plainte spontanée continue	3	3	3	3		
2• Positions antalgiques au repos	• peu 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	• peu 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 (stone, 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 nocturne)	2	2	2	2		
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3		
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR							
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0		
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1		
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2		
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3		
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0		
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1		
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2		
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3		
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL							
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0		
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1		
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2		
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3		
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repos, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0		
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1		
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2		
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3		
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0		
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1		
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2		
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3		
				SCORE			

COPYRIGHT

Annexe 2 - ALGOPLUS



Evaluation de la douleur

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

Identification du patient

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

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude ^a	0
Le sujet bouge comme d'habitude ^a mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude ^a	2
Immobilité contrairement à son habitude ^a	3
Absence de mouvement ^{a,b} ou forte agitation contrairement à son habitude ^a	4

^a se référer au(x) jour(s) précédent(s) ^b ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

Même type de contact que d'habitude ^a	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude ^a	1
Évite la relation contrairement à l'habitude ^a	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude ^a	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude ^a	4

^a se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupîrs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet résiste de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : Prénom : Sexe : Âge :

Date :
Heure :

Service :
Nom du Cotateur :

SCORE

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)**.

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 coteur, 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.

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)**Orientation**

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ? ☐2. En quelle saison ? ☐3. En quel mois ? ☐4. Quel jour du mois ? ☐5. Quel jour de la semaine ? ☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* ☐7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ☐8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** ☐9. Dans quelle province ou région est située ce département ? ☐10. A quel étage sommes-nous ? ☐**Apprentissage**

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare

Citron

Fauteuil

12. Fleur ou

Clé

ou

Tulipe

13. Porte

Ballon

Canard

Répéter les 3 mots. ☐**Attention et calcul**

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14.

93 ☐

15.

86 ☐

16.

79 ☐

17.

72 ☐

18.

65 ☐

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

11. Cigare

Citron

Fauteuil

12. Fleur ou

Clé

ou

Tulipe

13. Porte

Ballon

Canard ☐**Langage**

/ 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?* ☐

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?** ☐24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** ☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, ☐26. Pliez-la en deux, ☐27. Et jetez-la par terre. »**** ☐

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ». ☐

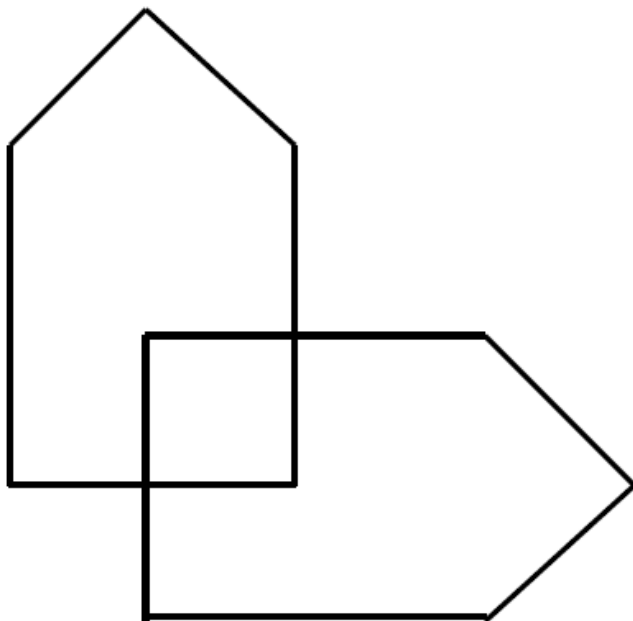
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »***** ☐**Praxies constructives**

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? » ☐

« FERMEZ LES YEUX »



INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE

Version pour Equipe Soignante

NPI-ES

Instructions

BUT

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence. Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants:

Le but de l'interview

Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres période bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)

Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par "oui" ou "non".

Il est important de:

- Déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement; quel est son rôle auprès du patient; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES?

- Recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient

QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez "NON" et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer "OUI" et poser les sous questions.

SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est "OUI", il faut alors poser les sous questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu

“ OUI ” à la question de sélection. S’il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse “ OUI ” de départ est une erreur, et qu’aucune réponse aux sous questions ne confirme l’existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en “ NON ”.

NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté “ NA ” (Non Applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n’est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter “ NA ”.

FREQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

“ Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous questions). Diriez-vous qu’ils se produisent moins d’une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ? ”.

1. Quelquefois : moins d’une fois par semaine
2. Assez souvent : environ une fois par semaine
3. Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITE

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

“ Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement. A quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient? Diriez-vous qu’ils sont légers, moyens ou importants? ”.

1. Léger : changements peu perturbants pour le patient
2. Moyen : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l’intervention du soignant
3. Important : changements très perturbants et insensibles à l’intervention du soignant

Le score du domaine est déterminé comme suit :

score du domaine = fréquence x gravité

RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au :

retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

Pour se faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points:

0. pas du tout
1. perturbation minimum:
presque aucun changement dans les activités de routine.
2. Légèrement:
quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
3. Modérément:
désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
4. assez sévèrement:
désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
5. très sévèrement ou extrêmement:
très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Pour chaque domaine, il y a donc 4 scores possibles :

Fréquence, Gravité, (fréquence x gravité), Retentissement sur les activités professionnelles.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux dix premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

INTERPRETATION DES RESULTATS

En recherche clinique il existe plusieurs scores (cut off) possible.

En pratique clinique les éléments les plus pertinents à retenir sont :

- le score fréquence x Gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique)

REFERENCES

Sisco.F., Taurel.M., Lafont.V., Bertogliati.C., Baudu.C., Giordana.J.Y., Braccini.T., Robert.P.H. Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes, L'Année Gerontologique, 14 ; 151-171, 2000

Copyrights : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - C.H.U de NICE.

Email : massa.i@chu-nice.fr

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE

NPI/ES

Nom: _____ Age: _____ Date de l'évaluation: _____

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Score total 10						
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Score total 12						

A. IDEES DÉLIRANTES

(NA)

“ Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu’elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ou de l’équipe soignante ne sont pas les personnes qu’ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe? Le patient a-t-il d’autres croyances inhabituelles?

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ou lui ont fait du mal par le passé ?	☐	☐
2. Le patient/ patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?	☐	☐
3. Le patient/la croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille, de l'équipe soignante ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?	☐	☐
5. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans la pièce ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)	☐	☐
6. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger: les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	1
Moyen: les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente.	2
Important: les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement	3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

B. HALLUCINATIONS

(NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? A-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? ” (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s'il s'agit bien d'une hallucination). Le patient s'adresse-t-il à des personnes qui ne sont pas là ?

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes des animaux des lumières, etc...) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente dit-il/elle ou se comporte-t-il comme si il/elle avait des goûts dans la bouche qui ne sont pas présents ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger: les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	1
Moyen: les hallucinations sont éprouvantes et stessantes pour le patient/la patiente et provoquent des comportements inhabituels et étranges.	2
Important: les hallucinations sont très stressantes et éprouvantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l'administration d'un traitement occasionnel peut se révéler nécessaire pour les maîtriser)	3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légerement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

C. AGITATION / AGRESSIVITÉ

(NA)

“ Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l'aide des autres ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? Est-il/elle bruyant et refuse-t-il/elle de coopérer ? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres ? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle bruyant ou jure-t-il/elle avec colère ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	☐	☐
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant.	1
Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler.	2
Important : l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

D. DEPRESSION / DYSPHORE

(NA)

" Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?"

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?	☐	☐
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est déprimée?	☐	☐
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	☐	☐
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant.	1
Moyen : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager.	2
Important : l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

E. ANXIETE

(NA)

“ Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou est-t-il/elle incapables de se détendre ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille ?	☐	☐
2. Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?	☐	☐
3. Y a t il des période pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le coeur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	☐	☐
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e))	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger : l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant.	1
Moyen : l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la et difficile à soulager.	2
Important : l'état d'anxiété est très stressant et perturbant et difficile voire impossible à soulager.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

(NA)

“ Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas d'une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se)?	☐	☐
2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?	☐	☐
5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur / euphorie

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse.	1
Moyen: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse et cela provoque des comportements étranges quelquefois.	2
Important: Le patient/la patiente semble presque toujours trop heureuse et pratiquement tout l'amuse.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

G. APATHIE / INDIFFERENCE

(NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l’entoure ? N’a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d’engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe ?

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l’intérêt pour le monde qui l’entoure ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ? (ne coter que si la conversation est possible)	☐	☐
3. Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s’attendre (joie lors de la visite d’un ami ou d’un membre de la famille, intérêt pour l’actualité ou le sport, etc) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d’intérêt habituels ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d’autres signes indiquant qu’aucune activité nouvelle ne l’intéresse ?	☐	☐

Commentaires :

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie / indifférence.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d’une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITÉ

Léger: Le patient/la patiente manifeste parfois une perte d’intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités.	1
Moyen: Le patient/la patiente manifeste une perte d’intérêt pour les choses qui ne s’atténue qu’à l’occasion d’événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille.	2
Important: Le patient/la patiente manifeste une complète perte d’intérêt et de motivation.	3

RETENTISSEMENT:

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

H. DESINHIBITION

(NA)

“ Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres ? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente caresse, touche ou étreint-il/elle les gens d'une façon désadaptée ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger : Le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier.	1
Moyen : Le patient/la patiente est très impulsif et son comportement est difficile à modifier.	2
Important : Le patient/la patiente est toujours impulsif et son comportement est à peu près impossible à modifier.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

(NA)

" Le patient/la patiente est-il/elle facilement irritable ou perturbé? Est-il/elle d'humeur très changeante? Se montre-t-il/elle extrêmement impatient(e)? "

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle " sort de ses gonds " facilement pour des petits riens ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?	☐	☐
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité / instabilité de l'humeur

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger : Le patient/la patiente est parfois irritable mais cela n'est pas difficile à modifier.	1
Moyen : Le patient/la patiente est très irritable et son comportement est difficile à modifier.	2
Important : Le patient/la patiente est presque toujours irritable et son comportement est quasi impossible à modifier.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

"Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu'il reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle? (ne pas inclure les tremblements simples ou les mouvements de la langue)"

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond sans but apparent ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives comme boutonner et déboutonner, tripoter, envelopper, changer les draps, etc?	☐	☐
5. Y-a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger : Le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n'entrave pas les activités quotidiennes.	1
Moyen : les comportements répétitifs sont flagrants mais peuvent être maîtrisés avec l'aide du soignant.	2
Important : les comportements répétitifs sont flagrants et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossible à contrôler par le soignant.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

K. SOMMEIL

(NA)

Cette partie du questionnaire devrait s'adresser uniquement aux membres de l'équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistent aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant interviewé ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez " NA ".

"Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou pénètre dans d'autres chambres? "

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?	☐	☐
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?	☐	☐
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?	☐	☐
4. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?	☐	☐
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients)?	☐	☐
6. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres troubles dont nous n'avons pas parlé ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger : les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente.	1
Moyen : les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents	2
Important : les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient durant la nuit.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

(NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit démesuré ou très peu d'appétit, y-a-t-il eu des changements dans son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?	☐	☐
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?	☐	☐
3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?	☐	☐
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?	☐	☐
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme par exemple de mettre trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?	☐	☐
6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par ex trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?	☐	☐
7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?	☐	☐
8. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger

FREQUENCE

“ Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... ”

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants.	1
Moyen : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids.	2
Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents, entraînent des fluctuations de poids, sont anormaux et d'une manière générale perturbent le patient.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. *Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.

Annexe 7 - Echelle d'agitation de Cohen-Mansfield

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule								
2 - S'habille, se déshabille								
3 - Crache (y compris au cours des repas)								
4 -Jure, parle grossièrement								
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide								
6 - Répète des questions, des phrases								
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)								
8 - Donne des coups de pied								
9 - Cherche à saisir								
10 - Bouscule								
11 - Lance des objets								
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)								
13 - Pousse des hurlements								
14 - Mord								
15 - Griffes								
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)								
17 - Tombe volontairement								
18 - Se plaint								
19 - Est opposant								
20 - Mange/boit des produits non comestibles								
21 - Se blesse ou blesse les autres								
22 - Manipulation non conforme des objets								
23 - Cache les objets								
24 - Amasse les objets								
25 - Déchire les affaires								
26 - Attitude répétitives								
27- Fait des avances sexuelles verbales								
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques								
29 - Agitation généralisé								
<i>Sous score</i>								
TOTAL								

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

0 - non évaluable

1 - jamais

2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour

3 - une à deux fois par semaine

4 - quelquefois au cours de la semaine

5 - une à deux fois par jour

6 - plusieurs fois par jour

7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

Annexe 8 - Tableau 1. Comparaison des deux échantillons

	Etude sans			Etude avec			
	DOLOPLUS			DOLOPLUS			
	N=30 (50,0%)			N=30 (50,0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Sexe du patient							0,6023
Masculin	12	40,0		14	46,7		
Féminin	18	60,0		16	53,3		
AGE	30	80,2	7,9	30	81,5	8,6	0,5451
Alzheimer	13	43,3		14	50,0		
Vasculaire	2	6,7		0	0,0		
Mixte	10	33,3		11	39,3		
Parkinson	4	13,3		3	10,7		
DUREE EVO	30	4,9	3,2	29	5,0	2,7	0,8954
PATHO INTER							0,7934
Non	18	60,0		17	56,7		
Oui	12	40,0		13	43,3		
ORIGINE							1,0000
Domicile	15	50,0		15	50,0		
EHPAD	15	50,0		15	50,0		
IMC	30	23,3	3,5	30	22,8	4,5	0,6048
MMS	26	11,8	7,5	26	10,4	6,2	0,4722
SEVERITE							0,2337
Légère	4	14,3		1	3,3		
Modérée	11	39,3		10	33,3		
Sévère	13	46,4		19	63,3		

BIBLIOGRAPHIE

1. HAUTE AUTORITE DE SANTE
Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : prise en charge des troubles du comportement perturbateur. Mai 2009 (en ligne)
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/alzheimer_troubles_comportement_perturbateurs_synthese.pdf
(consulté le 25/06/2013)
2. HAUTE AUTORITE DE SANTE
Alerte et maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. Mai 2009 (en ligne)
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891528/fr/programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer
(consulté le 25/06/2013)
3. CUDENNEC T, ROGEZ E
L'évaluation de la douleur chez la personne âgée
Soins gériatriques n°63 janvier/février 2007
4. HELME RD, GIBSON SJ
The epidemiology of pain in elderly people
Clin Geriatr Med. 2001 Aug ; 17 (3) : 417-31
5. TREMBLAY N, ALLARD N, VEILLETTE Y.
Effect of age on pain perception ; preliminary results.
International association for the study of pain, 1993
6. GIBSON, S.J, J.O. DOSTROVSKY, D.B CARR, AND M. KOLTZENBURG, (EDS).
Pain and ageing. (2003)
Proceedings of 10th World Congress on Pain, IASP Press, Seattle, WA. Pp. 767-790
7. GIBSON SJ, FARRELL M.
A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain.
Clin J Pain. 2004 Jul-Aug;20(4):227-39.
8. AMBEPITIYA GB, IYENGAR EN, ROBERTS ME
Review: silent exertional myocardial ischaemia and perception of angina in elderly people.
University of Manchester Department of Geriatric Medicine, Hope Hospital, Salford.
Age Ageing. 1993 Jul;22(4):302-7.
9. AMBEPITIYA G, ROBERTS M, RANJADAYALAN K, TALLIS R.
Silent exertional myocardial ischemia in the elderly: a quantitative analysis of anginal perceptual threshold and the influence of autonomic function.
J Am Geriatr Soc. 1994 Jul;42(7):732-7.

10. HAUTE AUTORITE DE SANTE
Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Décembre 2008 (en ligne)
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
consulté le 24/06/2013
11. PASCAL CINTAS ET NATHALIE CANTAGREL
Les douleurs neuropathiques sémiologie et stratégie d'évaluation (en ligne)
http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_06.pdf
Consulté le 23/09/2013
12. http://www.antalvite.fr/glossaire_d.php
Consulté le 3/09/2013
13. HAUTE AUTORITE DE SANTE
Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Octobre 2000 (en ligne)
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulpersag.pdf>
consulté le 14/05/13
14. ROBERT PH, MEDECIN I, VINCENT S ET AL.
L'inventaire neuropsychiatrique: validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez le sujet dément.
Vol. 5, L'année gériatrique 1998
15. ROY R, THOMAS M.
A survey of chronic pain in an elderly population.
Can Fam Physician 1986;32:513-6
16. HUSEBO BS, STRAND LI, MOE-NILSEN R, HUSEBO SB, LJUNGGREN AE.
Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting.
Scand J Caring Sci. 2010 Jun;24(2):380-91
17. MCBETH J, JONES K
Epidemiology of chronic musculoskeletal pain.
Best Pract Res Clin Rheumatol. 2007 ; 21 (3) : 403-25
18. BERGMAN S, HERRSTROM P, HOGSTROM K, PETERSSON IF, SVENSSON B, JACOBSSON LT (2001)
Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study.
Journal of Rheumatology, 28, 1369-77
19. VON KORFF M, DWORKIN S.F, LE RESCHE L (1990)
Graded chronic pain status : an epidemiologic evaluation.
Pain, 40, 279-291

20. ANDERSSON H.I, EJLERTSSON G, LEDEN I, ROSENBERG C, (1993)
Chronic pain in a geographically defined general population : studies of differences in age, gender, social class, and pain localization.
Clinical Journal of Pain, 9, 174-182
21. KAY L, JORGENSEN T, SCHULTZ-LARSEN K (1992)
Abdominal pain in a 70-year old Danish population. Journal clinical Epidemiology, 45, 1377-1382
22. R.SEBAG-LANOE, B.WARY, D. MISCHLICH
La douleur des femmes et des hommes âgés
2002, MASSON
23. MAUGUIERE F
La névralgie « essentielle » du trijumeau
Dicomed/neurologie
24. KATUSIC S, WILLIAMS DB, BEARD CM, BERGSTRALH EJ, KURLAND LT.
Epidemiology and clinical features of idiopathic trigeminal neuralgia and glossopharyngeal neuralgia: similarities and differences, Rochester, Minnesota, 1945-1984
Neuroepidemiology. 1991;10(5-6):276-81.
25. <http://www.e-cancer.fr/soins/prises-en-charge-specifiques/oncogeriatric/epidemiologie>
Consulté le 05/09/2013
26. JESSUP JM, STEWART A, GREENE FL, ET AL.
Adjuvant chemotherapy for stage III colon cancer.
JAMA 2005 ; 294 : 2703-11.
27. ALDUNTAG O, STEWART DJ, FOSELLA FV, ET AL.
Many patient 80 years or older with advanced non small cell lung cancer can tolerate chemotherapy.
J Thorac Oncol 2007 ; 2 : 141-6.
28. JACOBSON SD, CHA S, SARGENT DJ, ET AL.
Tolerability, dose intensity, and benefit of 5FU based chemotherapy for advanced colorectal cancer in the elderly. A North Central Cancer Treatment Group study.
Proc Am Soc Clin Oncol 2001 ; 20 : 587 ; (abstr).
29. FOLPRECHT G, ROUGIER P, SALTZ L, ET AL.
Irinotecan in first line therapy of elderly and non elderly patients with metastatic colorectal cancer : meta-analysis of four trials investigating 5FU and irinotecan.
J Clin Oncol 2006 ; 24 : 165s ; (abstr 3578).
30. http://www.cnr.fr/IMG/pdf/DI_causes_personnesagees.pdf
Consulté le 05/09/2013

31. CLEMENT F. ; COUSIN J. ; MOREAU E. ; MORILLE H.
Épidémiologie des escarres : résultats de l'enquête sur la prévalence des escarres des résidents des EHPAD du centre d'action sociale de la ville de paris
Congrès National Infirmier des Soins à la Personne Âgée N°7, Paris , FRANCE
(30/03/2008)
2008, vol. XV, n° 148
32. <http://www.escarre.fr/plaie/physio-pathologie/prevalence.php>
Consulté le 09/09/13
33. JOST BC, GROSSBERG GT.
The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease : a natural history study.
J Am Geriatr Soc. 1996 ; 44 (9) : 1078-81
34. PRADINES V, PRADINES B
L'agitation chez le dément non verbalisant : penser à la douleur.
Psychol Neuropsychiatr Vieil 2004 ; 2(4) : 271-4
35. CUMMINGS JL, MEGA M, GRAY K ET AL.
The neuropsychiatric inventory : comprehensive assessment of psychopathology in demencia.
Vol. 14, Neurology 1994
36. BELIN C , GATT MT
Douleur et démence.
Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2006 ; 4(4) : 247-254
37. CORNALI C, FRANZONI S, GATTI S, TRABUCCHI M.
Diagnosis of chronic pain caused by osteoarthritis and prescription of analgesics in patients with cognitive impairment.
J Am Med Dir Assoc. 2006 Jan;7(1):1-5. Epub 2005 Oct 21.
38. MORRISON RS, SIU AL.
A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture.
J Pain Symptom Manage. 2000 Apr;19(4):240-8.
39. MICHELE AUBIN, ANIK GIGUERE, THOMAS HADJISTAVROPOULOS, RENE VERREAULT
L'évaluation systématique des instruments pour mesurer la douleur chez les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer
Pain Res Manag. 2007 Autumn; 12(3): 195–203.
40. <http://www.alzheimer-adna.com/Clinic/Demences.html>
consulté le 24/05/13
41. WARY B ET AL.
L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs.
La revue du généraliste et de la gériatrie. 2000 ; 64 : 162-168

42. ZWAKHALEN SM, HAMERS JP, ABU-SAAD HH, BERGER MP
Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools.
BMC Geriatr. 2006 Jan 27;6:3.
43. P. SCHINDELHOTZ ; C. PUGET
Douleur chez la personne âgée non communicante. Expérience de mise en place de l'échelle Algoplus en USLD.
44. RAT P, JOUVE E, BONIN-GULLIAUME S, DOLOPLUS C.
The Algoplus scale for the assessment of induced pain behavior
Soins. 2010 Oct;(749):50-1
45. RAT P, JOUVE E, PICKERING G, DONNAREL L, NGUYEN L, MICHEL M, CAPRIZ-RIBIÈRE F, LEFEBVRE-CHAPIRO S, GAUQUELIN F, BONIN-GUILLAUME S.
Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus.
Eur J Pain. 2011 Feb;15(2):198.e1-198.e10. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.06.012. Epub 2010 Jul 17.
46. REGO-LOPES M.
Evaluer les douleurs des personnes âgées.
La Revue de Gériatrie, Tome 30, Supplément C au N°6 JUIN 2005, pages10 à12
47. GARCIA-CEBRIAN A, GANDHI P, DEMYTTENAERE K ET AL.
The association of depression and painful physical symptoms- a review of european literature.
Eur Psychiatry 2006; 21 : 379-88
48. DEMYTTENAERE K, BONNEWYN A, BRUFFAERTS R, BRUGHA T, DE GRAAF R, ALONSO J.
Comorbid painful physical symptoms and depression: Prevalence, work loss, and help seeking
Journal of Affective Disorders Volume 92, Issue 2 , Pages 185-193, June 2006
49. GEERLINGS SW, TWISK JW, BEEKMAN AT, DEEG DJ, VAN TILBURG W.
Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002 Jan;37(1):23-30.
50. BAIR MJ, ROBINSON RL, KATON W, KROENKE K.
Depression and pain comorbidity.
Arch Intern Med 2003 ; 163 : 2433-45
51. VINKERS D, GUSSEKLOO J, STEK M, WESTENDORP R, VAN DER MAST R.
Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study
BMJ 2004;329:881

52. MENON AS, GRUBER-BALDINI AL, HEBEL JR, ET AL.
Relationship between aggressive behaviours and depression among nursing home residents with dementia.
Int J Geriatr Psychiatry, 2001; 16: 139-146.
53. ARBUS C, ANDRIEU S, AMOUYAL-BARKATE K, NOURHASHÉMI F, SCHMITT L, VELLAS B.
Depressive symptoms in Alzheimer's disease: preliminary results of the REAL.FR study
Rev Med Interne. 2003 Oct;24 Suppl 3:325s-332s
54. HEEREN O, BORIN L, RASKIN A, ET AL.
Association of depression with agitation in elderly nursing homes residents.
J Geriatr Psychiatry Neurol, 2003; 16(1): 4-7.
55. JORM AF.
History of depression as a risk factor for dementia: an updated- review.
Aust N Z J Psychiatry. 2001 Dec;35(6):776-81.
56. FOSSATI P., BELIN C., ERGIS AM., MOREAUD O.,
Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques,
p.657-668, Solal, 2006.
57. JORM AF.
Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? A review.
Gerontology, 2000; 46(4): 219-227
58. ALEXOPOULOS GS, MEYERS BS, YOUNG RC, KAKUMA T, SILBERSWEIG D, CHARLSON M
Clinically Defined Vascular Depression.
Am J Psychiatry. 1997 Apr;154(4):562-5.
59. DEVANAND DP, ADORNO E, CHENG J, ET AL.
Late onset dysthymic disorder and major depression differ from early onset dysthymic disorder and major depression in elderly outpatients.
J Affect Disord, 2004;78(3): 259-267.
60. Le site santé du ministère des affaires sociales et de la santé (en ligne)
<http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html>
Consulté le 14/06/2013
61. Plan Alzheimer 2008-2012 (en ligne)
www.plan-alzheimer.gouv.fr/
Consulté le 14/06/2013
62. P.METAIS, M-P. PANCRAZI
L'unité cognitivo-comportementale : lieu de soin privilégié de la crise dans la maladie d'Alzheimer

63. PROCTOR HD, HIRDES JP.
Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada.
Pain Res Manag. 2001 ; 19 (4) : 240-8
64. COTTEBRUNE AS, PAIN G
Prévalence de la douleur du sujet âgé institutionnalisé ayant des symptômes
psychologiques et comportementaux de la démence. 2012
65. PRADINES V, PRADINES B.
L'agitation chez les déments non verbalisant : penser à la douleur.
Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2004 ; 2(4) : 271-4
66. HUSEBO BS, BALLARD C, SANDVIK R, NILSEN OB, AARSLAND D.
Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing
homes with dementia : cluster randomized clinical trial.
BMJ 2011 ; 343 : 4065
67. STRUBEL D, CORTI M.
La déambulation chez les patients déments.
Psychol NeuroPsychiatr Vieill. 2008 6 (4)

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La douleur chez la personne âgée atteinte de pathologie démentielle reste à ce jour encore sous diagnostiquée et sous traitée. La douleur peut être responsable chez ces patients de l'exacerbation ou de l'apparition de troubles du comportement.

Notre étude, réalisée en deux temps, avait pour objectif d'évaluer l'impact de l'hétéro évaluation systématique de la douleur sur la prise en charge thérapeutique du patient et de mettre en évidence une amélioration des SPCD avec une adaptation des traitements antalgiques dans une unité cognitivo-comportementale en comparant deux groupes : un sans hétéro évaluation de la douleur et un avec hétéro évaluation systématique de la douleur.

Résultats : 47 % des patients étaient douloureux à l'entrée, avec 53 % de patients douloureux sans traitement antalgique. Nous observons une augmentation significative de prescription de traitement antalgique dans les deux groupes et une baisse significative de prescription de neuroleptique dans le groupe avec hétéro évaluation de la douleur. Les SPCD se sont améliorés entre l'entrée et la sortie, sans différence entre les deux groupes.

Discussion : le fait d'identifier la douleur conduit à une prise en charge différente avec une diminution de prescription de neuroleptique. L'amélioration des SPCD ne peut être uniquement assimilée à ces changements de thérapeutique, mais également à la prise en charge globale spécialisée du patient.

Conclusion : il faut rechercher la douleur chez le patient souffrant de pathologie démentielle, d'autant plus devant des SPCD, et la traiter.

TITRE EN ANGLAIS :

Impact of systematic hetero-assessment of pain during stay in Cognitive Behavioral Unit

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2013

MOTS CLEFS :

- Douleur
- Personne âgée
- Démence
- DOLOPLUS
- UCC
- Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
