



Journée **M**ondiale de lutte contre la **D**ouleur



Dépistage et outils d'évaluation chez le patient en situation de handicap



– DR NATHALIE FOINE –
CHEF DE SERVICE DE LA MAS BÉNÉDICTE LANNOO



– SÉVERINE MIELLET –
IDE DOULEUR, CH TOURCOING

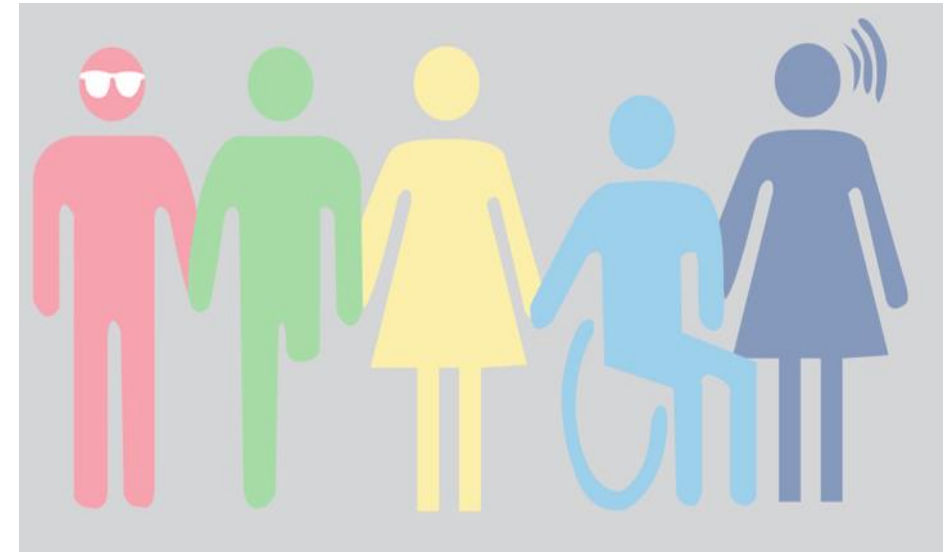


Douleur et handicap

Les patients porteurs de handicap(s) intellectuel(s) du fait de leur difficulté à conceptualiser et à exprimer ce qu'ils ressentent, sont particulièrement exposés et vulnérables à la douleur.

Quelles que soient les causes du handicap, ils sont susceptibles de vivre des moments de douleur physique comme tout à chacun. Des douleurs liées à leur pathologie initiale ou aux pathologies associées, aux actes de la vie quotidienne, ainsi que du fait d'un nombre important d'actes potentiellement douloureux, que ce soit à domicile ou en hospitalisation.

Eu égard à la diversité des modes d'expression de la douleur, ces patients doivent faire l'objet d'une attention particulière dans l'identification, l'évaluation, et la prise en charge de douleurs existantes et/ou induites, mais également dans la prévention.





On m'appelle l'handicapée,
On me regarde avec pitié,
Souvent je passe pour une menteuse
Car ma douleur est silencieuse

L'évaluation n'est pas toujours facile à réaliser du fait des différentes composantes de la douleur et de la nature du handicap.

Le risque dans certains cas de déficits sensitifs partiels ou complets (notamment chez blessés médullaires), est de conclure, à tort, que le patient ne peut pas avoir mal. Certaines lésions ou maladies associées, peuvent engendrer chez ces patients des « épines irritatives », qui vont, par exemple, accentuer leurs contractures ou leurs problèmes de spasticité. Il est donc important que les soignants connaissent bien les pathologies de ces patients, pour mieux repérer et évaluer leurs douleurs.

Pour cela, il est important de communiquer et travailler en synergie avec les familles et les structures d'accueil de ces patients afin de mettre au point ensemble une stratégie de dépistage et de prise en charge optimale de la douleur des patients handicapés.



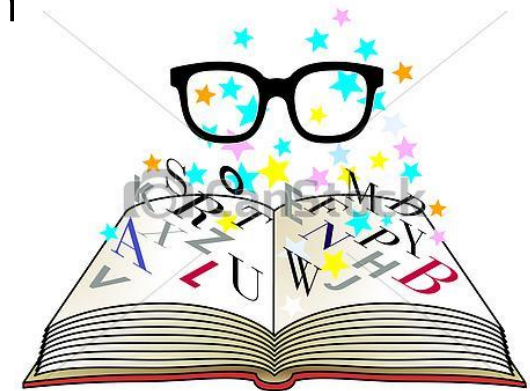
- **Sachant que chaque événement douloureux mémorisé joue un rôle dans l'anticipation anxieuse et le risque de majoration des douleurs des soins suivants, l'enjeu pour les équipes est majeur.**



- **Loi du 28 Mai 1996**
- **Le troisième plan douleur**
- **«les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes qu'ils accueillent .**
- **« Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents et des personnes poly handicapées âgées, et en fin de vie.**

Définitions

- La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a, dans son article 114 défini la notion de handicap :
- « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly handicap ou d'un trouble de santé invalidant. »
- Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), "la douleur est une expérience sensorielle et émotion désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes".
- Et c'est pourquoi la douleur est un handicap comme le handicap est une douleur. D'où la nécessité de l'évaluer pour la soulager.



• Douleur et état de conscience

- La douleur ne nécessite pas une claire conscience, il existe des douleurs sous anesthésie générale (augmentation brusque du pouls, la tension artérielle cédant sous morphine), et l'on ne peut exclure qu'un sujet dans le coma ne puisse ressentir aucune douleur (il peut enregistrer mais ne peut communiquer).

• Douleur et intégrité corticale

- Le déclenchement d'une douleur par un stimulus douloureux ne nécessite pas l'intégration corticale de celui-ci :
- Il en est ainsi du nouveau-né, chez l'enfant cérébrolésé ou poly-handicapé (intégration sous corticale).

	Douleur aiguë (symptôme)	Douleur chronique (syndrome)
Finalité biologique	utile protectrice signal d'alarme	inutile destructrice maladie à part entière
Mécanisme générateur	unifactoriel	plurifactoriel
Réactions somato- végétatives	réactionnelles	habituation ou entretien
Composante affective	anxiété	dépression
Comportement	réactionnel	renforcé
Modèle de compréhension	médical classique	pluridimensionnel « somatopsychosocial »

Le diagnostic de douleur est fondé sur la communication et l'observation car il repose sur le ressenti du patient.

**Dans le cas d'un patient handicapé, cela peut poser des problèmes.
Les soignants éprouvent beaucoup de difficultés à évaluer les patients dys communicants, faute de formation et d'outils adaptés.**

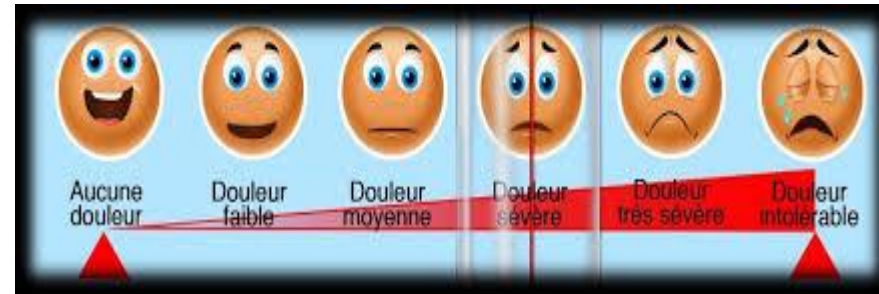
Il est recommandé d'utiliser l'auto-évaluation si cela est possible. Mais dans certains cas de patients ayant des difficultés de communication, nous devons utiliser une échelle d'hétéro-évaluation.

PRESENTATION DE QUELQUES OUTILS...



Les différents outils d'évaluation de la douleur

- EVA
- EN
- EVS
- Échelle visage
- FLACC et FLACC modifiée
- Algoplus
- ECPA
- Échelle de base douleur San Salvador
- Le questionnaire douleur de St Antoine
- Grille d'évaluation douleur pour les déficients intellectuels
- DN4



Le kit de communication

L'arrivée dans un hôpital, que ce soit par les urgences ou directement dans un service de soins n'est jamais simple. A fortiori lorsque l'on est handicapé. Une convention lie le CH Dron à l'association des Papillons blancs et des processus ont été mis en place pour faciliter ces prises en soins.

Ces actions ont permis de faire évoluer le regard de beaucoup de personnels de l'hôpital sur le monde du handicap et inversement.

Il y avait une vraie demande des personnels qui étaient souvent désarmés, devant les handicaps tant visibles qu'invisibles.

Le kit de communication crée à cet effet, permet aussi d'aider à la prise d'autonomie de la personne handicapée sans faire appel au tuteur.

Le kit comprend un abécédaire, une ardoise, une horloge mais surtout le carnet avec pictogrammes.

Il y a une partie avec traduction écrite et de l'autre côté uniquement le dessin.

La douleur n'est retrouvée que si elle est recherchée. Travailler sur la douleur correspond à travailler sur la communication personnalisée avec la personne poly handicapée qui a son code pour nous dire qu'elle souffre physiquement ou psychiquement.

C'est pour cela que l'évaluation de la douleur de l'adulte poly handicapé en structure spécialisée est une action qui doit pouvoir se faire avec la collaboration des professionnels travaillant avec les personnes poly handicapées mais aussi dans la mesure du possible la famille pour un regard extérieur.

Une bonne prise en charge demande donc un bon relationnel tant avec le patient qu'avec son entourage proche et son milieu socio-éducatif.





Pour une bonne évaluation il faut :

- Regarder , observer , examiner .
- Tenir compte des difficultés ou de l'impossibilité de communication verbale .
- Interroger l'entourage.
- Tenir compte du langage corporel diminué .
- Tenir compte du comportement et de la personnalité du patient.

C'est pourquoi en collaboration avec les papillons blancs nous avons crée le dossier de base douleur.

Il permet de faciliter le lien entre le lieu de séjour habituel de la personne handicapée et le lieu d'accueil temporaire en cas d'hospitalisation, d'examen,

DOSSIER DE BASE DOULEUR

EXAMINATEUR :

DATE :

RETENTISSEMENT SOMATIQUE	
1/ Plaintes somatiques	Le résidant s'exprime-t-il par des gémissements ? _____ Si oui, dans quelles circonstances _____ _____ Pleure-t-il parfois ? _____ Si oui, pour quelle raisons ? _____
2/ Positions antalgiques au repos	Quelle est sa position de confort habituelle ? _____ _____ _____
3/ Protection des zones douloureuses	Est-il capable de se protéger avec les mains ? _____ Si oui, a-t-il tendance à le faire quand on le touche ? _____
4/ Mimique	Le résidant semble-t-il habituellement détendu ? _____ Son visage est-il expressif ? _____ A quelles occasions ? _____
5/ Sommeil	Son sommeil est-il habituellement perturbé ? _____ Si oui, par qui ou par quoi ? De quelle manière ? _____
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR	
6/ Toilette ou habillage	Existe-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou le manipule ? _____ Si oui, lesquelles ? (Sursaut, trémulations, agitation, évitement...) _____
7/ Mouvements	Ses raideurs sont-elles gênantes dans la vie quotidienne ? _____ Si oui, dans quelles circonstances ? Donner des exemples _____ _____
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL	
8/ Communication	Est-ce que le résidant communique avec les encadrants, les autres résidants ? _____ Si oui, recherche-t-il le contact ou faut-il le solliciter ? _____
9/ Vie sociale	S'intéresse-t-il à l'environnement ? _____ Si oui, le fait-il spontanément ou doit-il être sollicité ? _____
10/ Troubles du comportement	Le résidant crie-t-il habituellement ? Si oui, dans quelles circonstances ? _____ Est-il agité en permanence ? A des moments précis de la journée ? _____ Est-ce que le résident a tendance à masquer ou sur réagir à la douleur ? si oui, comment ? _____ _____
11/ Particularités-commentaires	_____ _____



CONCLUSION

S 'il ne faut retenir que 5 choses :

- › L'observation est capitale (importance du rôle des aidants)
- › La cause est à rechercher
- › Le traitement préventif est essentiel
- › En première intention privilégier le traitement non médicamenteux
- › Enfin traitement médicamenteux à doses efficaces

**Quelque soit le handicap d'une personne,
c'est à nous d'observer pour détecter et traiter.**

