

COMMUNICATIONS ORALES

Ateliers Thématiques Spécifiques

Évaluation et prise en charge de la douleur chez les personnes âgées avec troubles de la communication

ATS2 PRÉSENTATION DE L'ÉCHELLE DE LA DOULEUR AIGÜE POUR PERSONNES AGÉES : ALGOPLUS

P. Rat^(1, 2), E. Jouve⁽³⁾, S. Bonin-Guillaume⁽²⁾, L. Donnarell⁽²⁾, M. Michel^(1, 4), F. Capriz^(1, 5), S. Chapiro^(1, 6), F. Gauquelin^(1, 7), G. Firmin⁽⁸⁾, L. Di Vico⁽⁹⁾, AS. Drouot⁽¹⁰⁾, JL. Piechnick⁽¹¹⁾, S. El Aouadi⁽¹²⁾, et le Collectif DOLOPLUS⁽¹⁾

1. Collectif DOLOPLUS, Centre de soins palliatifs CHR Metz-Thionville, Thionville.
2. Service de médecine interne, AP-HM, CHU Nord, Marseille.
3. CPCET, AP-HM, CHU Timone, Marseille.
4. Service de médecine des personnes âgées, CH Rennes, Rennes.
5. Service de médecine gériatrique, Hôpital de Cimiez, Nice.
6. Service de gériatrie, AP-HP, Hôpital Paul Brousse, Paris.
7. Équipe mobile de soins palliatifs, CH Blois, Blois.
8. Équipe mobile Douleur et Soins Palliatifs Hôpital Saint-Joseph, Marseille.
9. SAU CH Arles, Arles.
10. Service de gériatrie, CH Grasse, Grasse.
11. Pôle de gériatrie et de gériatrie, Hôpital de Sarralbe, CH, Béziers.
12. SAU CH Béziers, Béziers.

Introduction : Les patients âgés douloureux ne sont plus capables d'utiliser de façon fiable les échelles d'auto-évaluation lorsqu'ils sont atteints de troubles cognitifs sévères (en général lorsque le Score obtenu par le MMSE [1] est inférieur à 18). Dans ces conditions la capacité des soignants à repérer puis à évaluer l'intensité de la douleur subie par leurs patients est très aléatoire (sur ou sous estimation) et il y a alors un risque important de prise en charge inadéquate [2]. Depuis plus de 10 ans les chercheurs ont développé et partiellement validé des outils d'hétéro évaluation (ex l'échelle DOLOPLUS [3]) afin de mettre en évidence la présence de douleur en utilisant les modifications comportementales entraînées par celle-ci [4]. Cependant aucune de ces échelles n'est vraiment utilisable en pratique quotidienne pour évaluer la douleur aiguë chez le sujet âgé peu communicant. Le collectif DOLOPLUS a donc décidé de développer une échelle comportementale spécifique à l'évaluation de la douleur aiguë chez les patients âgés présentant des troubles de la communication verbale : ALGOPLUS. Faisant suite à une réflexion sur les difficultés méthodologiques soulevées par la validation d'une échelle comportementale au sein d'une population non communicante, les premières phases du programme de développement ont permis la construction d'une échelle à 5 items [5, 6]. L'évaluation des qualités psychométriques d'AlgoPlus fait l'objet de cette présentation.

Méthodes : Afin d'évaluer la validité apparente (« Face Validity »), 252 questionnaires portant sur la compréhension instinctive des

mots et/ou des comportements présentés dans la grille ont été adressés à un ensemble de soignants. Un groupe interdisciplinaire comportant des médecins, des infirmières, des aides-soignantes travaillant dans des structures privées ou publiques a analysé les résultats de cette enquête et a adapté en conséquence la formulation des items. Au cours de la même réflexion, le groupe a entériné à l'unanimité une procédure de cotation de type : Présent/Absent. Les qualités psychométriques de l'échelle AlgoPlus ont ensuite été évaluées dans une population de sujets âgés de 65 ans ou plus admis dans des Services d'accueil des Urgences ou hospitalisés en courts séjours gériatriques.

AlgoPlus a ainsi pu être testée sur le plan de :

- 1) La validité concourante :
 - par comparaison dans un groupe de patients communicants avec les résultats obtenus par des échelles d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur (EVA, EVN, EVS) ;
 - par comparaison dans une population de patients ayant des troubles de la communication verbale avec les résultats obtenus à l'aide d'échelles d'hétéro évaluation de la douleur validées en langue française (DOLOPLUS [2], ECPA [7], PACSLAC [8]).
- 2) La sensibilité :
 - par comparaison des scores obtenus avec AlgoPlus selon que les patients sont douloureux ou non ;
 - par comparaison des scores obtenus avec AlgoPlus avant puis après prise en charge antalgique ;
 - par comparaison des scores obtenus avec AlgoPlus avant puis pendant des soins potentiellement algiques.
- 3) La fiabilité inter-juge.

Résultats

1) Caractéristiques de la population étudiée (n = 202) :

Âge moyen : 83 ans (65 - 100)

Sexe Féminin : 123 (61 %)

Patients ayant des troubles de la communication verbale : 139 (69 %)

Patients Communicants : 63 (31 %)

Patients présentant des douleurs aiguës : 107 (53 %), dont (= plus de 10 % des patients) :

– traumatismes : 38 (36 %)

– douleur abdominale : 18 (17 %)

– douleur provoquée par les soins : 16 (15 %)

– douleurs en rapport avec des atteintes cutanées (escarres...) : 14 (13 %)

Patients non douloureux : 95 (47 %), dont :

– patients présentant des troubles cognitifs mais sans pathologie douloureuse et/ou sans changement comportemental récent : 32 (34 %)

– décompensation d'organe : 17 (18 %)

2) Score d'AlgoPlus :

Patients douloureux : 3,3 ± 1,2

Patients non douloureux : 0,8 ± 0,8

Mann-Whitney test P < 0,001

3) Score d'Algoplus en réponse à la prise en charge antalgique :

Avant traitement : $3,7 \pm 0,9$

Après traitement : $2,0 \pm 1,2$

Wilcoxon Signed Rank test $P < 0,001$

4) Score d'Algoplus en réponse à une situation potentiellement douloureuse :

Au repos : $1,9 \pm 1,6$

Pendant les soins : $2,7 \pm 1,8$

Wilcoxon Signed Rank test $P < 0,001$

5) Validité concurrente :

Patients communicants *versus* EVA :

– patients douloureux (Score EVA) : $5,8 \pm 3,3$; $0,0 \pm 0,0$

– patients non douloureux (Score EVA) : $0,0 \pm 0,0$

– coefficient de Pearson : $r = 0,91$

Patients non communicants *versus* Doloplus :

– patients douloureux (Score Doloplus) : $12,9 \pm 6,1$

– patients non douloureux (Score Doloplus) : $0,6 \pm 1,3$

– coefficient de Pearson : $r = 0,85$

6) Validité inter juges excellente : ICC = 0,86.

Conclusion : Cette étude a permis de démontrer que l'échelle comportementale Algoplus présente de robustes qualités psychométriques. La dernière étape consistera à vérifier la validité de l'échelle dans différentes situations (Douleurs post-opératoires, douleurs provoquées par les soins en court et en longs séjours gériatriques, douleur à domicile...) et aussi sa capacité à discriminer les modifications comportementales entraînées par la douleur de celles entraînées par des situations cliniques non douloureuses (Stress, dépression...).

RÉFÉRENCES

1. Folstein ML, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
2. Lefebvre-Chapiro S and the Doloplus Group. The Doloplus 2 scale-evaluating pain in the elderly. *Eur J Palliat Care* 2001;8:191-4.
3. Heer KA. Pain assessment in the older adult with verbal communication skills; *Progress in Pain Research and Management*. 2005;35:111-33. IASP Press, Seattle.
4. Heer KA, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:170-92.
5. Rat P, Jouve E, Gauquelin F *et al*. Development of an acute pain behavioral assessment scale for elderly with limited communication ability: Algoplus. 11th IASP World Congress on Pain. Sydney. August 2005. Abstracts 228-P205 p.85 IASP Press Seattle.
6. Rat P, Jouve E, Nguyen L. Development of an acute pain behavioral assessment scale for Elderly with limited communication ability: Algoplus. Abstract 5th EFIC congress. Free presentations. *Eur J Pain* 2006; 10:S232.
7. Morello R, Jean A, Alix M, Sellin-Peres D, Fermanian J. A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: The EPCA-2 Study of its psychometric properties. *Pain* 2007, In press.
8. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs* 2004;5:37-49.

Pédiatrie et douleurs neuropathiques

ATS3-1 ÉLÉMENTS DE RECHERCHE POUR LA DÉTECTION ET LE DIAGNOSTIC DES DOULEURS NEUROPATHIQUES CHEZ LES JEUNES ENFANTS MULTI-HANDICAPÉS

E. Pichard⁽¹⁾, M. De Fornel⁽²⁾, M. Lantin-Mallet⁽²⁾, M. Verdier⁽²⁾

1. Pouponnière de la Fondation Paul Parquet, Neuilly.

2. EHESS, Paris.

Cette communication présente une analyse des procédures diagnostiques d'évaluation de la douleur neuropathique et de sa différenciation avec la douleur nociceptive chez les jeunes enfants poly-handicapés et non parlants lors de l'examen clinique. Elle s'inscrit dans le cadre d'une recherche sur les consultations sur la douleur qui a associé le laboratoire CELITH-EHESS et la Fondation Paul Parquet, et présente la caractéristique de s'appuyer sur l'étude des enregistrements vidéos d'un corpus de consultations sur la douleur. On montrera dans un premier temps les difficultés inhérentes à une telle évaluation, qui tiennent en particulier à la variabilité de l'état de base et à la nécessité d'identifier les modes expressifs infra-verbaux de l'enfant. Le repérage des douleurs neuropathique et nociceptive suppose l'identification des schèmes comportementaux (mécontentement, quête affective, souffrance) qui sont au principe des modes d'interaction de l'enfant avec son entourage. Ces schèmes évolutifs ne sont pas exclusifs et peuvent coexister à des degrés divers mais il est essentiel, suite à la modification de l'état de base de l'enfant qui a incité les parents ou le personnel médical à demander une consultation, de rechercher si l'un de ces schèmes est à l'origine de cette modification, ou s'il s'agit d'une expression de douleur, dont il faudra alors cerner le type et son intensité. On s'intéressera aux modalités d'examen qui permettent de distinguer entre, d'une part, douleur neuropathique et douleur nociceptive et d'autre part, douleur neuropathique et souffrance. À partir de l'analyse de séquences vidéos de plusieurs consultations, on s'intéressera à la façon dont les procédures cliniques de manipulation progressive des diverses parties du corps peuvent contribuer à surmonter la plurivocité des signes d'expression.

Dans un second temps, on examinera le problème posé par le fait que la recherche est souvent de type exploratoire (notamment par des caresses et effleurements, par opposition à la manipulation en profondeur), en l'absence d'indices fournis par l'entourage (à la différence de la douleur nociceptive, souvent bien repérée). On décrira plusieurs procédures permettant la découverte de douleurs neuropathiques et on proposera une analyse de la corrélation signes d'expression/réactions. On s'interrogera enfin sur l'usage de la vidéo comme outil de validation du calibrage des signes de douleur neuropathique dans certains cas problématiques. La possibilité d'examiner de façon répétée un segment d'examen comportant une manifestation de douleur neuropathique s'est avérée essentielle et a contribué à préciser le dispositif interprétatif à l'œuvre dans l'examen clinique.

On contrastera en particulier deux exemples. Le premier est celui d'une enfant présentant une hyperprolinémie détectée précocement. Cette maladie associe une épilepsie traitée au moyen de plusieurs anticonvulsifs. L'entourage a signalé plusieurs faits