



COMMENT REPÉRER LA DOULEUR

chez une personne
déficiente intellectuelle dyscommunicante

Repérer la douleur

chez une personne
déficiente intellectuelle
dyscommunicante



Nous avons choisi de travailler cette thématique, car l'expression de la douleur peut être différente d'une personne à l'autre ; elle peut être inexistante ou difficile à interpréter et en conséquence sous-estimée par les équipes.

La capacité d'une personne à localiser ou à désigner la localisation de sa douleur, peut s'avérer inégale.

Une douleur mal ou non évaluée peut entraîner des conséquences sur la santé physique ou le comportement de la personne.

Elle peut créer des sur-handicaps, des maladies chroniques, des comportements problèmes ou se chroniciser. Elle peut également avoir un retentissement sur la qualité de vie au quotidien.

A l'inverse, traiter la douleur et /ou un problème somatique peut améliorer le problème psychiatrique (si celui-ci est existant) ou réduire les comportements problèmes.

Le seuil de tolérance à la douleur (élevé ou faible) varie d'une personne à une autre et peut être lié à des traitements, tels que les antiépileptiques ou anti spastiques. De même, l'expression de la douleur diffère selon les personnes et se présente souvent, chez les personnes en situation de handicap, sous des formes atypiques. La douleur peut ainsi s'exprimer sous forme de "comportements-problèmes". Pour ces personnes, l'absence de prise en compte de ces manifestations représente une réelle discrimination avec un impact néfaste pour elles, leurs proches et la société en général.

Plus particulièrement, le handicap peut provoquer des lésions physiques et/ou psychologiques ainsi que des douleurs qu'il convient de prendre en compte.

Les causes peuvent être multiples (otites, lésions dentaires, etc.) et doivent être recherchées.

Parmi ces causes, les douleurs induites par les soins (soins d'hygiène de vie, soins quotidiens, soins demandant à la personne des efforts physiques) sont importantes à prendre en considération. En effet, elles peuvent générer une appréhension vis-à-vis des soins, une anxiété, un renforcement des difficultés d'accès aux soins et entraîner des « comportements-problèmes ». La prise en charge de la douleur reste encore insuffisante chez les personnes qui ont des difficultés à l'exprimer et à la communiquer, à savoir les personnes ayant un trouble du spectre autistique, une déficience intellectuelle et/ou un polyhandicap.

La nécessité que chacun des intervenants soient alertés et formés à la réception des signaux équivalents à "nos mots pour signaler leurs maux". Dans la mesure du possible s'appuyer sur la connaissance des parents ou des proches, qui connaissent les comportements habituels de leur enfant et sont les mieux placés pour détecter des modifications comportementales et une éventuelle présence de douleur.

Nous souhaitons au travers de ce guide améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap dans une démarche globale qui consiste à :

- Détecter précocement les problèmes somatiques et en particulier les phénomènes douloureux (personnes déficientes intellectuelles dyscommunicantes et/ou polyhandicapées).



- Prévenir les comportements problématiques qu'utilisent ces personnes pour manifester leur douleur ; l'expression de la douleur chez les personnes en situation de handicap est souvent difficile et peut s'exprimer de manière non verbale par des troubles du comportement.
- Apporter aux personnes, aux proches et aux professionnels des éléments et des outils pour mieux repérer les signes et douleurs éventuelles liées à un problème somatique ; en comprendre les modes de communication, les objectiver et les transmettre afin de ne pas confondre avec les spécificités du handicap et du fonctionnement.
- Accroître les capacités d'autonomie en santé de la personne par la mise en place d'actions de promotion et d'éducation à la santé.

Selon le Code de la santé publique (article L.1110-5) : "Toute personne [...] a le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées."

La loi précise que : "Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent" (article L.1112-4 al.1 du CSP). Elle prévoit que la formation des personnels prend en compte cet objectif (article L.1112-4 al.2 du CSP), et rappelle que ces obligations s'appliquent aux établissements accueillant des mineurs, des majeurs protégés par la loi.



sommaire

Chapitres

1 / Définitions et classification	p 4
2 / Epidémiologie	p 5
3 / Prise en compte de la douleur chez les personnes dyscommunicantes . . .	p 6
4 / Repérage des signes d'alerte et les modes de communication	p 8
5 / Schéma d'identification des principales causes	p 15
de douleur chez une personne en situation de handicap	
4 / Traitement	p 16
Conclusion	p 17

Annexes

1 / Cas concrets	p 18
2 / Grilles APHP –fiche urgence	p 22
3 / Les échelles d'évaluation	p 24

Définitions et classification

L'Association Internationale d'Etude de la Douleur (IASP) définit la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en relation avec une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion.

L'IASP a clarifié cette définition en reconnaissant « que l'incapacité de communiquer verbalement ne nie d'aucune façon la possibilité qu'un individu éprouve de la douleur et qu'il ait besoin d'un traitement approprié pour soulager sa douleur ».

On distingue habituellement 3 types de douleurs :

- **Douleur aiguë** est liée à une atteinte tissulaire brutale
- **Douleur chronique** est caractérisée par la persistance ou récurrence ainsi que par une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles ou relationnelles dans les activités de la vie quotidienne (la douleur est supérieure ou égale à 3 mois)
- **Douleur procédurale** est induite par les soins

3 étiologies

- **Douleur nociceptive** : lorsqu'il y a destruction, compression ou inflammation des tissus ; des capteurs de la douleur (les nocicepteurs) envoient des messages de douleur au cerveau le long des nerfs périphériques et de la moelle épinière
- **Douleur neuropathique** : par lésion du système nerveux périphérique et central
- **Douleur idiopathique** (sans cause retrouvée) et psychogène (d'origine psychologique)

2 grands types d'évaluation de la douleur

Les méthodes d'évaluation ont été testées scientifiquement et validées.

• Auto-évaluation par le patient

Elles mesurent une ou plusieurs caractéristiques de la douleur : intensité, mots pour la décrire, croyances et interprétations ou conséquences au quotidien.

• Hétéro-évaluation par des tierces personnes

Lorsque le patient ne peut verbaliser ou exprimer sa douleur, on utilise des échelles basées sur l'observation de la personne pour quantifier sa douleur.



Epidémiologie

Sur la prise en compte des besoins et des souhaits de la personne :

12 études de cas font état d'une prise en compte insuffisante des observations rapportées par la personne elle-même ou par ses aidants.

Sur le repérage et l'évaluation des problèmes somatiques et de la douleur :

20 études de cas rapportent une réponse psychiatrique ou psychologique en première intention à un problème qui s'est avéré d'origine somatique ;

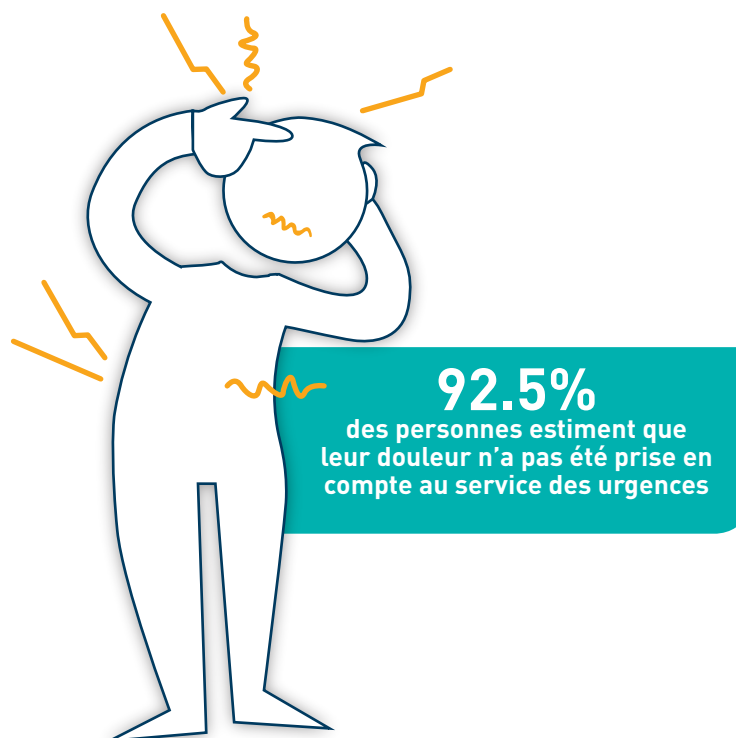
29 études de cas font état d'une absence d'évaluation de la douleur de la personne face à des Comportements Problèmes ou à l'observation de changements de comportement ;

30 études de cas mettent en évidence l'inexistence ou l'insuffisance d'une évaluation somatique face à des Comportements Problèmes ou à l'observation de changements de comportement ;

20 études de cas mettent en évidence un manque de coordination entre acteurs intervenant auprès de la personne (y compris les aidants) ou entre les dispositifs ;

15 études de cas témoignent de délais très (trop?) importants entre l'apparition des signes et la prise en charge thérapeutique.

Une récente enquête HANDIFACTION (mars 2018) souligne que 92.5% des personnes en situation de handicap ayant consultées le service des urgences, estiment que leur douleur n'a pas été prise en compte.



Prise en compte de la douleur chez les personnes dyscommunicantes



PRINCIPAUX SIGNES directs d'appels ou d'alertes	AUTRES SIGNES directs d'appels
Modification du comportement habituel	Pleurs sans cris et/ou sans paroles
Personne figée ou agitée (même en période nocturne)	Ne mange plus ou ne boit plus
Regard différent	Rictus modifiant le peu de compréhensibilité de la verbalisation
Expression différente du visage (le plus souvent tristesse ou fermeture)	Communication altérée avec les autres enfants
Retrait de la personne à l'appel de son nom	Parfois cyanose traduisant un arrêt volontaire de la respiration
Gestuelle différente	Voix différente
Agressivité "naturelle" augmentée soit envers les autres soit envers lui-même (automutilation ou se frappe)	Recherche de la position allongée ou d'une position particulière
Agressivité nouvelle (mord le personnel)	Pâleur inhabituelle avec comme particularité pour les plus grandes : celle traduisant une dysménorrhée souvent associée à une agitation



Le dossier de base caractérise l'enfant ou l'adulte polyhandicapé, en dehors de toute situation douloureuse.

- **Il sera rempli en équipe multidisciplinaire** (parents, soignants, éducateurs, kinésithérapeutes, médecins). Il sera le reflet, le plus fidèle et le plus précis, dans les différentes situations de la vie quotidienne, des modes de communication, des modes de réaction, des potentialités cognitives, mais aussi motrices de l'usager.
- Ce dossier de base et la fiche de liaison APHP (à destination des urgences) **suivront toujours l'enfant ou l'adulte polyhandicapé**, en particulier s'il doit être admis dans un établissement ou un service hospitalier dans lequel il est inconnu.

“Les personnes en situation de handicap ne ressentent pas la douleur”, c'est une idée fausse.

L'absence de plainte n'est pas toujours synonyme d'absence de la douleur.

La douleur n'est pas toujours exprimée, visible et peut être souvent atypique.

Les personnes déficientes intellectuelles sont souvent considérées comme hyposensibles à la douleur, voire insensibles. La douleur est souvent sous-estimée par le personnel et de ce fait sous-traitée.

La douleur a parfois entraîné chez les soignants l'idée d'une relative insensibilité de certaines personnes à la douleur. Leur ressenti subjectif peut entraîner une sous-évaluation de la douleur et de ce fait ils ne procèdent pas à une évaluation objective de la douleur grâce aux outils communs mis à disposition.

Idée fausse “seuls les professionnels de santé comme les infirmières ont la compétence du repérage de la douleur” ; il est capital de s'appuyer sur l'entourage familial, éducatif et proche qui a une connaissance du comportement habituel de la personne en situation de handicap.

Ces personnes sont confrontées quotidiennement à des situations douloureuses du fait de leur grande dépendance, de leurs pathologies multiples et complexes, de la restriction des possibilités de perception, de relation, d'expression (difficultés à identifier sa douleur, l'analyser, à réagir à sa douleur et à se faire comprendre). La prise en charge de la douleur reste à ce jour encore insuffisante pour les personnes en situation de handicap malgré les recommandations.

Repérage des signes d'alerte et les modes de communication

Manifestations :

L'expression de la douleur chez les personnes en situation de handicap est **souvent difficile et peut se manifester de manière non verbale**, par des troubles du comportement (hétéro ou auto agressivité).

Un changement de comportement peut être l'un des signes révélateur d'une douleur (troubles du sommeil, dépression/anxiété, confusion, anorexie et troubles de l'appétit, isolement social, repli sur soi et régression).

Le repérage et l'évaluation de la douleur sont **le rôle de chacun dans l'équipe et dans l'entourage** d'une personne handicapée.

Même chez les sujets communicants, il est difficile d'évaluer la douleur.

Cela relève d'un apprentissage et implique de fonctionner avec des outils communs.

Même si une douleur est identifiée, l'évaluation de la douleur chez une personne reste difficile à réaliser et nécessite une connaissance, une observation fine et une posture d'écoute.

Il est nécessaire de prendre le temps de questionner la personne et son entourage afin d'obtenir une information complète.

Si une douleur est détectée, l'interrogatoire n'est pas suffisant ; une évaluation de la douleur doit être réalisée à l'aide d'outils adaptés.

La bonne connaissance du résident avec un dossier détaillant son état de base (réactualisé chaque année) et caractérisant la personne (diversité des handicaps, leur expressivité, les modalités d'expressions et de relation).

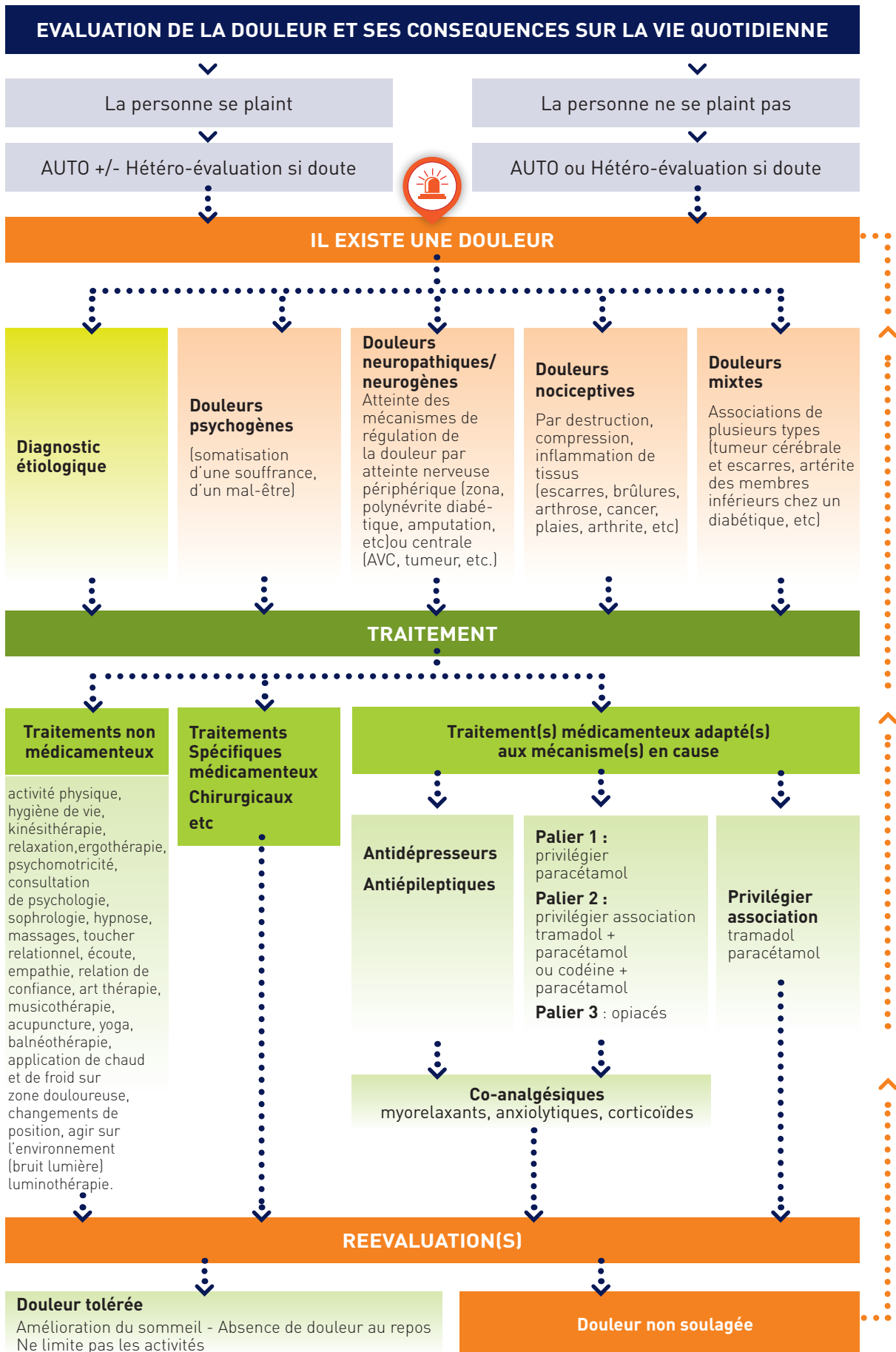
Il ne faut pas oublier de procéder à un examen clinique complet avec une observation, une inspection, une palpation et une auscultation et une percussion. Il est dommage qu'à ce jour l'examen médical clinique de base reste encore insuffisant et trop rapide.



TOUTE MODIFICATION DE L'ETAT DE BASE D'UNE PERSONNE DOIT FAIRE SUSPECTER UNE DOULEUR.

CECI DOIT ETRE SIGNALÉ ET ANALYSÉ POUR UNE PRISE EN COMPTE DU PHÉNOMÈNE DOULOUREUX.

Rechercher systématiquement l'existence d'une douleur



Les 9 commandements de l'ANESM



1 Porter une attention particulière aux changements de comportements, d'attitudes de la personne dans son quotidien et dans ses différents environnements, pouvant indiquer une gêne, un mal-être ou une douleur.

2 Porter une attention particulière aux manifestations d'un problème somatique. Plus particulièrement au cours de la toilette, observer les « points clés » faciles à repérer (ongles incarnés, zone rouge, ventre gonflé, piqûres d'insecte, etc.).

3 Face à un changement de comportement ou à un comportement inhabituel de la part d'une personne, **rechercher, en première intention, une cause somatique et/ou une douleur et signaler tout traitement récemment introduit.**

4 Poser systématiquement **la question d'une éventuelle douleur, gêne ou sensation particulière**, à la personne de manière adaptée à ses capacités de compréhension et son handicap.

5 Prendre en compte les observations et les ressentis de l'entourage (professionnels, aidants non professionnels, proches, autres personnes accompagnées, etc.), notamment au retour des visites, week-ends ou vacances : ils sont généralement à même de bien repérer les changements de comportements à la place de la personne qui n'est pas en mesure de les exprimer ; leurs hypothèses peuvent aussi corriger une mauvaise interprétation de certains problèmes ; ces éléments doivent impérativement être tracés par écrit et pris en compte. Ils contribuent à l'évaluation des situations et la mise en place d'interventions ; l'utilisation d'outils communs de repérage et de liaison renforce la pertinence et la légitimité de ces informations.

6 Dès qu'un changement de comportement est repéré, **transmettre par écrit cette information à l'ensemble de l'équipe**, dans le respect de la réglementation applicable en matière de secret professionnel. Doubler la transmission écrite d'une transmission orale.

7 Informer l'usager et son représentant légal le cas échéant de l'intérêt de partager ce constat avec ses proches et l'accompagner dans cette démarche s'il le désire.

8 Si possible **croiser les observations des proches et des professionnels** concernant ces changements.

9 Intégrer dans le dossier de la personne les informations évoquant un éventuel problème somatique ou une douleur.

Exemple d'outil pour observer, alerter et transmettre

L'utilisation de l'outil de repérage doit se faire dans le respect de la dignité, de la vie privée et de l'intimité de la personne, et dans le respect de la confidentialité des informations.

La personne concernée est informée de l'existence de cet outil avant l'accompagnement par la structure ou le service.

Elle est informée, avant chaque transmission, des données renseignées sur l'outil. Son accord est par ailleurs requis pour toute transmission d'informations à ses proches.

L'outil n'a pas vocation à évaluer la douleur ou à poser un diagnostic.

Il permet de centraliser des observations et des informations concernant un changement intervenu chez la personne et au sein de ses différents environnements.

Il a pour objectif de proposer aux professionnels, proches, personnes intervenants auprès de la personne un processus permettant de croiser et de mettre en commun les éléments observés, en vue de repérer une douleur ou un problème somatique.

Cet outil a pour destinataires principaux les professionnels et la famille.

Lorsque les observations nécessitent une investigation somatique (examen clinique, évaluation de la douleur), il peut être transmis aux professionnels de santé.

Il est conseillé d'intégrer l'outil de repérage au dossier de la personne afin de garantir la traçabilité de l'information et des actions mises en œuvre.

Le processus de transmission et de prise en compte des informations doit être défini précisément en amont.



GRILLE D'OBSERVATION / Outil de repérage

Les changements observés :

La liste des attitudes et manifestations n'est pas exhaustive et est à enrichir.

Les attitudes

j'ai remarqué un changement de comportement :

- regard fixe et immobile ;
- mimiques, grimaces, froncement des sourcils, crispations du visage, pincements ;
- crispations, raideurs ;
- grince des dents ;
- se frotte les yeux ;
- met des éléments ou ses mains à la bouche ;
- ingestion permanente de nourriture ;
- apparition ou exacerbation des comportements d'automutilation ;
- apparition ou exacerbation des comportements d'hétéro agressivité et de destruction de l'environnement ;
- agitation : sauts, piétinements, gestes anormaux, mouvements nouveaux, déambulation balancements ;
- plaintes, pleurs, cris, gémissements anormaux en durée et en intensité ;
- mots ou propos incohérents ;
- récurrence des plaintes ; rumine ses inquiétudes ;
- refus de la communication ;
- repli sur soi ;
- apathie, perte d'énergie ;
- désintérêt, absence de volonté ;
- ne prend plus, ou de manière irrégulière, ses traitements (observance de traitement) ;
- porte ses mains au visage / se couvre les oreilles avec ses mains ;
- augmentation des TOCS, stéréotypies, rituels ;
- trouble de l'humeur ;
- refus de toute sollicitation : repli, inaccessible à la communication, prostré, fuite, recherche d'isolement ;
- recherche le contact/refuse le contact ;
- mange moins/s'hydrate moins ;
- mange plus/s'hydrate plus ;
- ingestion ou déglutition fréquente (« manger de l'air ») ;
- conduites addictives : consomme plus de cigarettes, d'alcool ;
- comportement sexuel modifié ;
- modification brutale des relations affectives ou sexuelles ;
- autres...



Description des changements (méthode Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi - QQQQCP) :

QUI est avec la personne ? Qui est absent dans la structure ou au domicile ?

QUELLE situation est associée au comportement ? L'environnement habituel de la personne a-t-il été modifié (changement de lit ; changement de prestataire pour la lessive ; changement de chaussures ; changement d'intervenant ; changement de rythme des activités ou de rééducation ; acte médical douloureux ou opération ; isolement social ; plus de déplacement du médecin traitant sur le lieu de résidence ; visite de la famille et proches ; etc.) ?

OÙ et dans quelle situation avez-vous remarqué ce changement ?

Les manifestations

j'ai remarqué que la personne :

- est pâle ;
- a des sueurs ;
- a des vertiges ;
- a de la fièvre ;
- refuse de s'alimenter ;
- sélectionne les aliments, changement d'appétit ou des préférences ;
- a pris du poids ;
- a perdu du poids ;
- a une toux/une respiration différente ;
- parle plus ou moins fort ;
- a des selles anormales (constipation, diarrhée, anomalies de fréquence) ;
- ne va pas aux toilettes ou va très souvent aux toilettes (incontinence urinaire) ;
- survenue d'une incontinence nocturne ou diurne ;
- a des rougeurs ou des lésions (zone rouge ou gonflée) sur la peau ;
- se gratte ;
- a une piqûre d'insecte ;
- a un ongle incarné ;
- a le ventre gonflé ;
- a des difficultés d'endormissement ;
- augmentation de la durée du sommeil ;
- se réveille fréquemment ;
- a des problèmes pour marcher, marche sur la pointe des pieds ;
- a une position différente par rapport à d'habitude (anomalies posturales) ;
- a un état dentaire détérioré (dent cassée, dent noircie, etc.) ;
- mastique différemment ; a une mauvaise haleine ;
- ne réagit pas au bruit ou a une hypersensibilité aux bruits (doutes sur les capacités de la personne à entendre) ;
- souffre d'une fatigue intense ;
- somnole ;
- chute/a chuté/a du mal à tenir en équilibre ;
- a des tremblements ;
- se déplace moins ou à des difficultés pour se déplacer ;
- est confuse, désorientée dans le temps ou l'espace ;
- souffre de nausées ;
- souffre d'une hypersalivation/hyposalivation ;
- diminution des capacités acquises ;
- se cogne fréquemment ;
- autre...

Transmission et suites données :

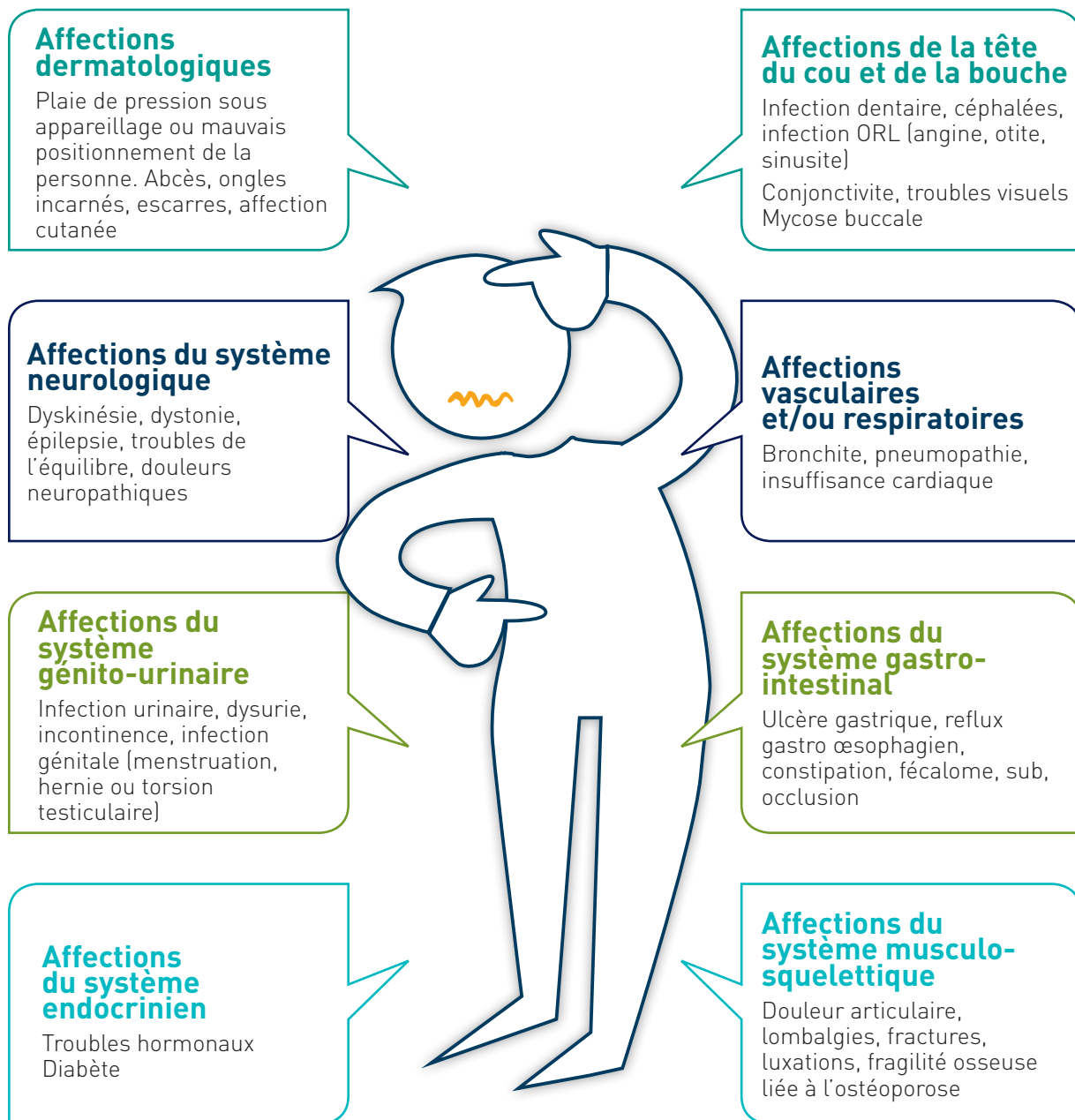
OUTIL TRANSMIS-LE ?

PAR ?

À ?

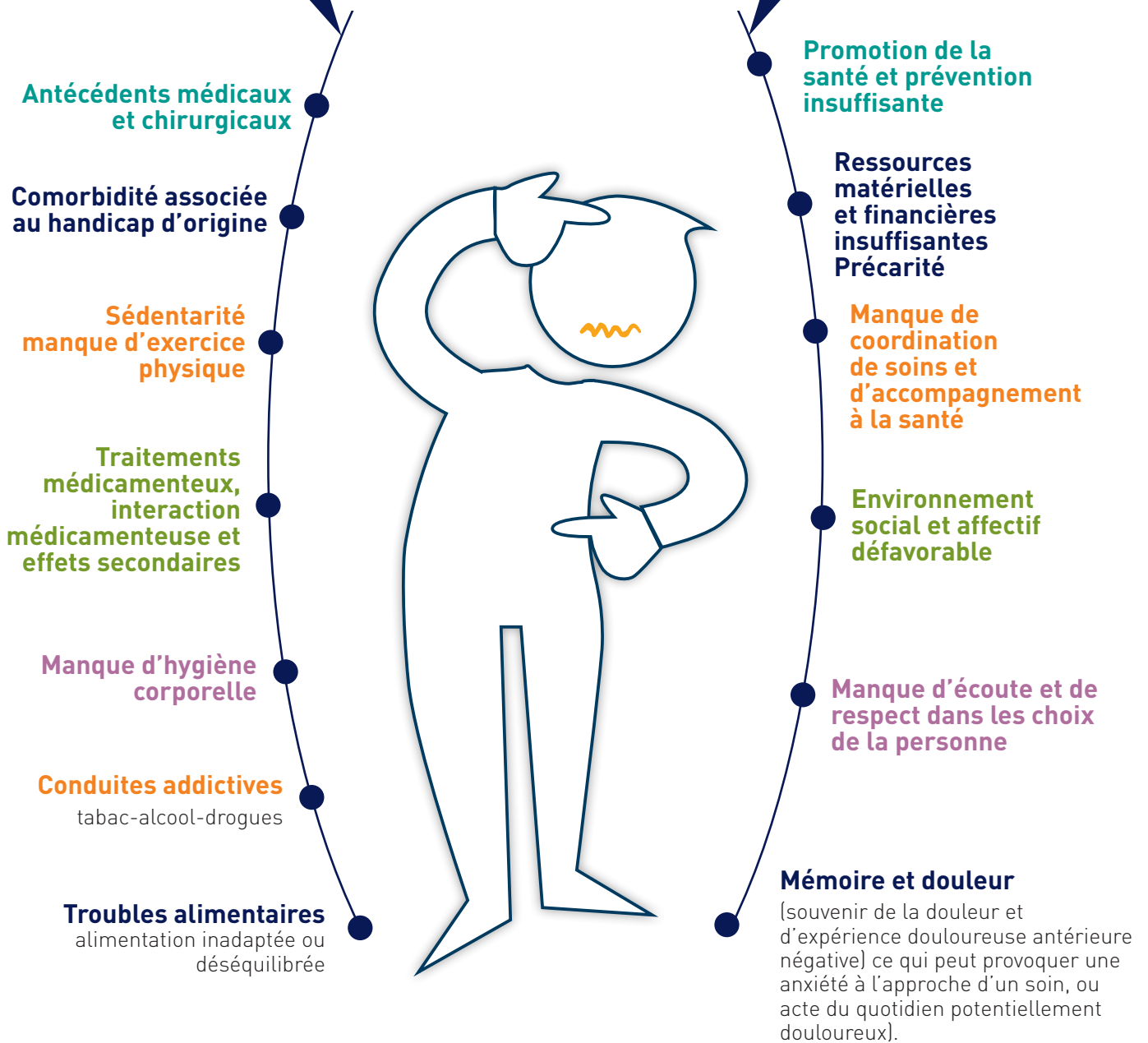
SUITES DONNÉES (partie réservée au cadre et remplie en équipe pluridisciplinaire) ?

Schéma d'identification des principales causes de douleur chez une personne en situation de handicap



FACTEURS PERSONNELS

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX



Traitement

Traitement pharmacologique :

Le médecin est en première ligne pour décider du traitement pharmacologique associé au traitement non pharmacologique.

Et ce n'est pas que la douleur que l'on traite mais le patient avec sa douleur.

Le médecin n'agit pas seul mais avec une équipe.

En fonction du type de douleur et de son intensité il choisira la catégorie médicamenteuse et le palier d'action adapté à la douleur évaluée.

Il définira un traitement simple ou en association.

D'autres alternatives existent : phytothérapie, aromathérapie, homéopathie, luminothérapie...

Traitement médicamenteux selon OMS

Palier 1 : Antalgique non opioïde (paracétamol)

Palier 2 : antalgique opioïde faible (codéine)

Palier 3 : antalgique opioïde fort (morphine)

Soins sous MEOPA (Mélange Équimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote)

Penser à l'application de patch EMLA.

Prévention et alternatives non médicamenteuses

- Ecoute-empathie-instauration d'une relation de confiance
- Relaxation-Salle SNOEZELLEN-sophrologie-massages-toucher relationnel
- Art Thérapie-Musicothérapie
- Acupuncture
- Kinésithérapie-ostéopathie
- Ergothérapie ou psychomotricité
- Balnéothérapie
- Application de chaud ou de froid sur la zone douloureuse
- **Changement de position**



conclusion



L'amélioration de la prise en compte de la douleur chez les personnes déficientes intellectuelles dyscommunicantes et/ou polyhandicapées constitue un objectif majeur de santé publique.

C'est aussi une démarche plus générale de bienveillance dont l'objectif est l'amélioration de la qualité de vie de ces personnes.

Parce que soulager la douleur des plus fragiles est un devoir éthique de chacun.

Il ne faut pas oublier que la douleur peut faire perdre goût à la vie voire donner l'envie de mourir.

Les répercussions en cascade d'une douleur non repérée, non traitée peuvent être dramatique.

Ce guide accompagné d'une formation spécifique au repérage de la douleur chez les personnes déficientes intellectuelles dyscommunicantes doit permettre :

- Améliorer le repérage et l'évaluation de la douleur
- Identifier les causes et les mécanismes de la douleur
- Permettre la mise en place d'un traitement médicamenteux ou non médicamenteux adapté
- Favoriser l'évaluation de la douleur à l'aide d'outils et de formations

La prise en charge de la douleur ne peut se faire de façon efficace sans une évaluation précise et fine de la sensation douloureuse, d'où l'importance de s'appuyer à la fois sur les éléments apportés par les parents, les observations des professionnels qui suivent l'utilisateur et des outils tels que des grilles d'observation du comportement.

Mises en commun, ces différentes sources d'observation peuvent permettre de formuler des hypothèses sur l'origine de la douleur et, par conséquent, de proposer des traitements ou des adaptations de l'environnement afin de la soulager.



Cas concrets - Situation N°1

Ana, âgée de 6 ans 10 mois, est accueillie tous les jours à l'accueil de jour sur le lieu de vie des petits depuis 3 ans et demi.

Ana est porteuse d'une anomalie génétique qui se caractérise par une dysmorphie cranio-faciale, des troubles psychomoteurs (retard de la marche, absence de langage oral, ataxie), un déficit intellectuel, des troubles visuels, une constipation chronique, un reflux gastro-œsophagien, des stéréotypies associés à des troubles du comportement (frustration au manque de communication).

Ana est une petite fille souriante qui apprécie les échanges et les interactions aussi bien avec les adultes qu'avec les enfants. Elle montre un réel plaisir à s'exprimer oralement par des vocalises, des sons, des mimiques ou des gestes. Les variations d'intonation, la musicalité des phrases rendent ses discours très parlants. Son «non» peut être défensif, réponse à l'approche de l'adulte. Possédant une bonne mémoire, Ana est capable d'anticiper certaines situations comme la présence de certains enfants.

Pour lui parler, l'adulte doit veiller à se mettre à sa hauteur et près d'elle car Ana ne voit pas bien de loin (myope avec un petit astigmatisme et un strabisme).

Pour l'instant elle ne supporte pas le port de verres correcteurs. Ana se montre aussi très sensible aux bruits et se bouche parfois les oreilles avec ses doigts quand un autre enfant crie ou pleure.

Son traitement médicamenteux se compose d'un inhibiteur de la pompe à proton et d'un laxatif osmotique. La journée, Ana est installée soit dans une chaise INA, soit au sol sur un tapis, soit dans une poussette évolutive. Elle porte des coques talonnières mises dans des chaussures thérapeutiques. Ana est capable de marcher en étant tenue par les mains. Installée dans un appareil de déambulation type Dynamico sans soutien fessier, elle se déplace dans les couloirs. Elle possède un tricycle à la maison.

Depuis mai 2016, Ana présente des épisodes de mal être, d'agitation ou de colère qui la bouleversent et qu'elle ne peut gérer seule. Ces épisodes sont plus ou moins fréquents et plus ou moins intenses. Plusieurs facteurs déclenchant ont été pointés: frustration, attente, pleurs ou cris d'autres enfants, ambiances sonores trop bruyantes, fatigue et état douloureux (constipation, RGO, hyperthermie, pathologies ORL).

Dans ces moments, Ana crie, pleure et peut avoir des mouvements d'extension en arrière de la tête et du haut du corps. Elle peut parfois chercher à se mordre ou à mordre tout ce qui est à sa portée, essayer d'attraper tout objet pour le jeter aussitôt, tenter de se griffer le visage ou de se taper la tête violemment au sol.

Inconsolable, Ana peut retrouver son calme soit dans les bras de l'adulte soit installée sur le ventre dans les poufs du tapis de sol, recouverte par une couverture lestée et en écoutant des comptines. Depuis septembre 2016, un traitement par neuroleptique (TERCIAN) a été prescrit devant la fréquence et l'aggravation des troubles du comportement.

Le vendredi 10 novembre 2017, à son arrivée, Ana présente des signes de mal être qui se caractérisent par des cris et des pleurs avec de grosses larmes. Prise dans les bras, elle est difficilement consolable, tient ses deux mains contre son ventre et bloque sa respiration. Sa température rectale est à 38°2. Son transit est régulier. Elle ne tousse pas et n'a pas le nez qui coule.

Une grille d'évaluation de la douleur GED-DI est réalisée avec l'équipe. Le score s'élève à 36 (total au-dessus de 11: douleur modérée ou sévère).

Suivant la prescription médicale, une dose-poids de DOLIPRANE 2,4% lui est donné. Ana est installée confortablement sur le tapis au sol, recouverte d'une couverture lestée avec des comptines.

Progressivement Ana s'apaise. Mais lors du repas de midi, elle refuse de manger son plat principal et refuse de boire son verre d'eau. Ce jour-là Ana quitte l'établissement à 13h30. Contacté téléphoniquement pour lui expliquer la situation, le papa d'Ana explique que son traitement vient d'être modifié par le neuropédiatre consulté le 7 novembre 2017 avec l'introduction d'un nouveau neuroleptique, RISPERDAL (traitement débuté la veille).



COMPORTEMENT HABITUEL	COMPORTEMENT OBSERVE
<ul style="list-style-type: none"> • Souriante, apprécie les échanges et les interactions avec les adultes • Plaisir à s'exprimer oralement • Vocalises, sons, mimiques du visage, gestes • Bonne mémoire • Peut dire non • Très sensible aux bruits • Se bouche les oreilles • Traitement neuroleptique • Constipation chronique • Troubles psychomoteurs • Troubles visuels • RGO 	<ul style="list-style-type: none"> • Cris, pleurs, grosses larmes • Difficilement consolable • Modification du comportement habituel • Mord, jette les objets, crie, pleure, se tape la tête au sol • Pas de modification du regard • Hypertonie, extension du haut du corps tête en arrière • Tient ses deux mains contre son ventre • Bloque sa respiration • Ne tousse pas, pas de nez qui coule • Température : 38°2C • Vérification du transit effectué • Score de la grille GED-DI : 36 • Pas de mouvements stéréotypés répétitifs inhabituels

Analyse situation N°1

Psychologiques

- Troubles de l'humeur et de la parole . **oui**
- Troubles du sommeil
- Médicaments psychotropes **oui**

Système neurologique

- Dystonie
- Spasticité/ hypertonicité **oui**
- Epilepsie
- Douleurs neuropathiques

Système génito-urinaire non

- Dysurie/infection du tractus urinaire
- Menstruation ou ménorragie et autres problèmes gynécologiques
- Hernie
- Torsion testiculaire

Peau non

- Plaie de pression
- Infection (sous une attelle par exemple)

Tête et cou non

- Abrasion de la cornée
- Otite moyenne/ externe
- Sinusite
- Infection/abcès

Système cardio-respiratoire oui

- Pneumonie
- Insuffisance cardiaque congestive

Système gastro-intestinal

- Gastrite **oui**
- Oesophagite (RGO, ulcère gastrique) **oui**
- Constipation chronique **oui**

Système musculo-squelettique . . non

- Fracture et luxation
- Risques causés par l'ostéopathie/ostéoporose

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Situation N°2

Mr X, adulte âgé de 30ans.

L'équipe de vie quotidienne, m'appelle et me dit que Mr X a eu une crise d'épilepsie.

Mr X, est bien présent, il est assis sur une chaise, il me parle. Les paramètres vitaux sont bons. Pas de perte des urines, pas de morsure de langue, l'équipe l'a retrouvé dans la salle de bain, allongé au sol l'air un peu perdu, ne sait pas s'il y a eu perte de connaissance, quand elles sont arrivées, il se relevait et elles avaient entendu un boum juste avant... il se lève de la chaise et déambule et parle en même temps, ne semble pas gêné au niveau des membres inférieurs, pas d'hématome ni de rougeur au niveau du visage et de la tête, rien au niveau des mains à part une petite rougeur sur le dessus de la main droite. Je lui manipule les deux mains, il peut les bouger de lui-même, j'appuie sur chaque doigt, au centre de chaque mains et Mr X se laisse faire, ne manifeste aucun signe de douleur. A la question de la douleur : ne répond pas. Je mets un peu d'arnica gel sur la rougeur du dessus de la main et je donne des granules d'arnica. En échangeant avec les équipes : elles ont entendues comme si quelqu'un tapait dans une armoire puis elles ont retrouvées Mr X allongé au sol un peu ralenti...perte de connaissance ? Crise épilepsie ? Alors qu'il est stabilisé depuis de nombreuses années... ou perte de connaissance suite à un coup donné dans l'étagère... ?

Une heure plus tard l'équipe m'appelle à nouveau, un hématome apparait au niveau du dessus de la main droite, à nouveau j'appuie fortement sur sa main, il le manipule facilement sans rien manifester, se laisse faire, pas de grimace, pas de mimique facial qui change pas de bruitage...je remets du gel d'arnica un bandage et je préviens la famille que dans une heure si l'hématome progresse encore, j'évaluerais à nouveau la douleur, et je le conduirais si besoin aux urgences de Bar-sur-Aube avec leur accord.

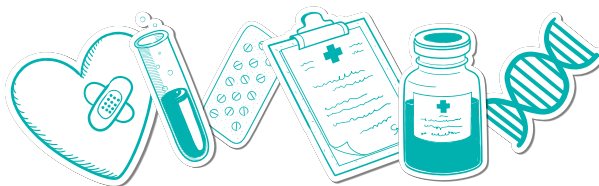
Une heure après hématome s'est encore accentué, toujours pas de manifestation douloureuse malgré la manipulation de la main, je préviens la famille, je préviens l'urgence de Bar sur Aube de notre arrivée et le motif.

Dans le véhicule comportement habituel de Mr X, parle, réclame la musique, me demande de l'emmener au magasin de tracteur, je lui dis que je l'emmènerais après être passée aux urgences.

Mr X se laisse ausculter par le médecin, aucune réaction douloureuse...je demande tout de même un radio de la main. Mr X est calme pendant la radio, très coopérant pour l'examen.

Finalement : fracture du métacarpe, attelle et antalgiques prescrit.

Le médecin était très étonné qu'il n'est pas de réaction douloureuse lorsque qu'il appuyait au centre de la main.





COMPORTEMENT HABITUEL	COMPORTEMENT OBSERVE
<ul style="list-style-type: none"> • Gai, aime rire, calme • Fais des bêtises • Fais de bisous, des câlins • S'exprime verbalement • Peut-être grossier • Déambule • Va facilement vers les autres • Porte un intérêt particulier au domaine agricole • Capacités à réaliser des puzzles ou encastremets • Est conscient de ses actes 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de pleurs, ni de cris • Pas de perte des urines • Pas de morsure de la langue • Pas de modification du comportement habituel (parle, déambule, présent) • Agitation plus importante que d'habitude ? (se lève de sa chaise, déambule et parle en même temps) • Retrouvé au sol, allongé, un peu perdu • Pas de gêne apparente dans sa motricité • Pas de changement du visage, pas de rougeurs, ni de suées • Petite rougeur observée sur le dessus de la main droite • Pas de réaction au toucher de la zone • Paramètres vitaux contrôlés et bons • Apparition d'un hématome important sur la main droite • Pas de réaction au toucher de la zone radio qui signale une fracture

Analyse situation N°2

Psychologiques non

- Troubles de l'humeur et de la parole
- Troubles du sommeil
- Médicaments psychotropes

Système neurologique

- Dystonie non
- Spasticité/ hypertonicité non
- Epilepsie. **oui ANTÉCÉDENTS**
- Douleurs neuropathiques non

Système génito-urinaire non

- Dysurie/infection du tractus urinaire
- Menstruation ou ménorragie et autres problèmes gynécologiques
- Hernie
- Torsion testiculaire

Peau non

- Plaie de pression
- Infection (sous une attelle par exemple)

Tête et cou non

- Abrasion de la cornée
- Otite moyenne/ externe
- Sinusite
- Infection/abcès

Système cardio-respiratoire non

- Pneumonie
- Insuffisance cardiaque congestive

Système gastro-intestinal non

- Gastrite
- Oesophagite (RGO, ulcère gastrique)
- Constipation chronique

Système musculo-squelettique . . non

- Fracture et luxation
- Risques causés par l'ostéopathie/ostéoporose

Importance de connaitre le comportement habituel détaille de la personne et des éventuelles douleurs liées à la pathologie

Importance de recueillir auprès de l'entourage familial les observations et/ou modifications du comportement

Importance des observations croisées de différents professionnels

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
1
2
3
4
5
6
7

GED-DI

Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle

Nom: _____

Date : _____ (jj/mm/aa)

INSTRUCTIONS

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a montré les comportements suivants. Veuillez encercler le chiffre correspondant à chacun des comportements.

- | | |
|---|--|
| 0 = Ne se présente pas du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ». | 2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue. |
| 1 = Est vu ou entend rarement (à peine), mais présent. | 3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un observateur noterait facilement l'action. |
| | NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action. |

	0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: crie, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex.: fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
À le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Total:	0 +				0 =

Évaluation : Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.

Version 01.2011 © 2011 Zaballa M., Breau L.M., Wood C., Lévêque C., Hennequin M., Villeneuve E., Fall E., Vallet L., Grégoire M.-C. Et Breau G. (2011) Validation francophone de la grille d'évaluation de la douleur - déficience intellectuelle - version post-opératoire. Canadian Journal of Anesthesia / Journal canadien d'anesthésie, published online 2 september 2011. DOI 10.1007/s12830-011-9582-7

Fiche téléchargeable
https://www.pediadol.org/IMG/pdf/GEDDI_2011.pdf

ESDDA

Echelle Simplifiée d'évaluation de la Douleur
chez les personnes Dyscommunicantes
avec troubles du spectre de l'Autisme

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EVALUEE

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Date de l'évaluation/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heure	.....h.....		.....h.....		.....h.....		.....h.....		.....h.....		.....h.....		.....h.....	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1. Comportement <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
2. Mimiques et expressions du visage <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
3. Plaintes (cris, gémissements...) <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
4. Sommeil <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
5. Opposition lors de soins														
6. Zone douloureuse identifiée à l'examen														
TOTAL DE OUI	/6		/6		/6		/6		/6		/6		/6	
Complétée par														

FICHES DE LIAISON POUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT ET L'ADULTE HANDICAPES DEPENDANTS

A FICHE VIE QUOTIDIENNE

À remplir par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant
À remettre à l'équipe soignante (si possible avant l'hospitalisation)

Date

Remplie par
Nom
Fonction

Photo
facultative

POURQUOI ?

Ces fiches de liaison ont pour objectif de faciliter l'hospitalisation et d'améliorer la prise en charge de la personne handicapée ainsi que son retour, par une continuité de l'information. Elles seront envoyées avant l'hospitalisation ou remises lors de l'admission dans le service.

Elles devront être insérées dans le dossier de soins et restituées à la sortie du patient.

Ces fiches de liaison comprennent :

- La **fiche vie quotidienne** (A-4 pages) qui accompagne la personne lors des différents séjours hospitaliers. Elle est remplie et ne peut être modifiée que par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant. Elle permet à l'équipe hospitalière de bien connaître les besoins spécifiques du patient pour anticiper les moyens techniques ou humains nécessaires à sa bonne prise en charge et d'identifier les différents acteurs ou référents.

- La **fiche retour** (B-2 pages) qui doit être remplie à chaque sortie d'hospitalisation par l'équipe soignante du service hospitalier responsable du patient. Elle a pour objectif de faciliter le retour d'hospitalisation du patient par une continuité de l'information.

Fiche de vie quotidienne et fiche retour seront insérées dans le dossier de sortie du patient



Mission Handicap-DPM 01.40.27.31.88
mission.handicap@sap.aphp.fr

Fiches de liaison réalisées en collaboration avec l'Inter-associations Multihandicap Île-de-France, APETREIMC, APF/HANDAS, CESAP, FEHAP, GPF, UNAPEI

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM
Prénom
Date de naissance
Adresse
Code postal Ville
Etablissement

Représentant légal de la personne
 Famille Tuteur Curateur
Nom
Prénom
Adresse
Code postal Ville
Téléphone Mobile

Personne à contacter
Nom
Prénom
Adresse
Code postal Ville
Téléphone Mobile

Environnement familial en cas d'hospitalisation
Présence souhaitée par la famille
Jour OUI NON Nuit OUI NON
Participation souhaitée par la famille ou repas
Midi OUI NON Soir OUI NON

Référents (coordonnées)
Médecin traitant

- Médecin du service hospitalier
- Médecin de l'établissement ou du service adresseur
- Référent du projet personnalisé au sein de l'institution/domicile

Traitements : Joindre les prescriptions
• Allergie
• Autres contre indications

Fiche téléchargeable www.aphp.fr/handicap et remplissable électroniquement

MISSION HANDICAP-DPM - OCTOBRE 2012 - FICHES VIE QUOTIDIENNE - PAGE 1

Fiches téléchargeables
www.aphp.fr/handicap

QUOTIDIENNE - MISSION HANDICAP-DPM - OCTOBRE 2012

Fiche téléchargeable et remplissable électroniquement

**ÉCHELLE D'ÉVALUATION
COMPORTEMENTALE
DE LA DOULEUR AIGÜE** chez la personne
âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Échelle ALGOPLUS®

Nom du patient : _____
Prénom : _____
Âge : _____ Sexe : _____

Date de l'évaluation de la douleur / / / / /					
Heure	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h					
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 - VISAGE										
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - REGARD										
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - PLAINTES										
"Aie", "Ouille", "J'ai mal", gémissements, cris.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - CORPS										
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - COMPORTEMENTS										
Agitation ou agressivité, agrippement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL OUI
PROFESSEUR
AYANT RÉALISÉ

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

Échelle ECPA®

Date : _____ Heure : _____ Service : _____ Nom du cotuteur : _____

Nom du patient : _____
Prénom : _____
Âge : _____ Sexe : _____

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*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lentement, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilisé contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer aux (jour(s) précédent(s)) ou au pronostic.
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...	0
Même type de contact que d'habitude*	1
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	2
Évite la relation contrairement à l'habitude*	3
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	4

* se référer aux (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, soupirs, 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 retient 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

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

Échelle DOLOPLUS®

Nom du patient : _____
Prénom : _____
Âge : _____ Sexe : _____ Service : _____

Dates

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1. PLAINTES SOMATIQUES	0	1	2	3	4
plaintes uniquement à la sollicitation	0	1	2	3	4
plaintes spontanées occasionnelles	1	2	3	4	
plaintes spontanées continues	2	3	4		
pas de position antalgique	3	4			
le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	0	1	2	3	4
position antalgique permanente et efficace	1	2	3	4	
position antalgique permanente inefficace	2	3	4		
pas de protection	3	4			
protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	0	1	2	3	4
protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	1	2	3	4	
protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	2	3	4		
mimique habituelle	0	1	2	3	4
mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	2	3	4	
mimique semblant exprimer la douleur	2	3	4		
absence de toute sollicitation	2	3	4		
vue inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (figée, regard vide)	3	4			
œil habituel	0	1	2	3	4
fréquent d'endormissement	1	2	3	4	
fréquent (agitation motrice)	2	3	4		
rien avec retentissement sur les phases d'éveil	3	4			

OMOTEUR

littés habituelles inchangées	0	1	2	3	4
littés habituelles peu diminuées (unionneux mais complet)	1	2	3	4	
littés habituelles très diminuées, toilette	2	3	4		
habillage étant difficiles et partiels	3	4			
le ou/ou habillage impossibles, le malade niant son opposition à toute tentative	0	1	2	3	4
littés habituelles inchangées	0	1	2	3	4
littés habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	2	3	4	
littés habituelles actives et passives limitées (le malade diminue ses mouvements)	2	3	4		
littés habituelles actives et passives limitées (le malade diminue ses mouvements) et impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	4			

HOSOCIAL


littés habituelles inchangées	0	1	2	3	4
littés habituelles peu diminuées (unionneux mais complet)	1	2	3	4	
littés habituelles très diminuées, toilette	2	3	4		
habillage étant difficiles et partiels	3	4			
le ou/ou habillage impossibles, le malade niant son opposition à toute tentative	0	1	2	3	4
littés habituelles inchangées	0	1	2	3	4
littés habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	2	3	4	
littés habituelles actives et passives limitées (le malade diminue ses mouvements)	2	3	4		
littés habituelles actives et passives limitées (le malade diminue ses mouvements) et impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	4			

SCORE

Fiches téléchargeables
www.doloplus.fr/evaluation-de-la-douleur

SCORE


BLOC AUTO-ÉVALUATION



PROMOTION DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual

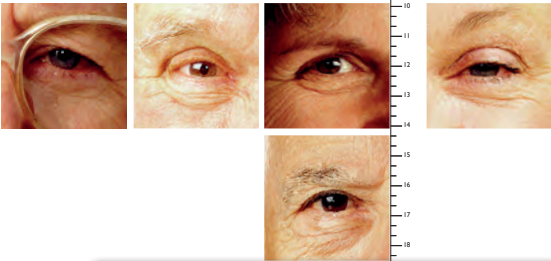
MobiQual

Programme initié dans le cadre du plan douleur 2006-2010 et des mesures en faveur de la bientraitance des personnes âgées en établissement.
Mise en œuvre : Société Française de Gériatrie et Gériatologie, avec le soutien de la Classe Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.



en collaboration avec SFETD


BLOC HÉTÉRO-ÉVALUATION



BLOC HÉTÉRO-ÉVALUATION

Nom du patient : _____ ÉCHELLE : _____
Prénom : _____ Service : _____

SCORE	Date : _____ Évaluateur : _____ TRAITEMENT : _____ _____
SCORE	Date : _____ Évaluateur : _____ TRAITEMENT : _____ _____
SCORE	Date : _____ Évaluateur : _____ TRAITEMENT : _____ _____
SCORE	Date : _____ Évaluateur : _____ TRAITEMENT : _____ _____
SCORE	Date : _____ Évaluateur : _____ TRAITEMENT : _____ _____



BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

- Guide éditions 2018 de France Assos Santé « **connaissez et faites valoir vos droits** », destiné aux usagers et à leur entourage
- **Code santé publique**, (Articles L1110-5-L1112-4)
- **Loi du 02 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale
- **Loi du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- **3^{ème} Plan douleur HAS 2006-2010**
- **Charte Romain Jacob** pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en France, signée le 16 décembre 2014 <http://www.handidactique.org/wp-content/uploads/2015/03/Handidactique-charteRomainJacob-Nationale.pdf>
- **AZEMA B.**, « La douleur des personnes handicapées par suite d'une déficience intellectuelle : la repérer, l'évaluer, la traiter ». Bulletin d'information du CREA Bourgogne. n°279. Mars 2008
- **INSERM**. Déficiences intellectuelles - expertise collective, synthèse et recommandations. 2016
- **SARAVANE, D.** « **Handicap psychique et suivi somatique** ». Santé mentale. n°193. 2014
- Livre blanc UNAPEI « **Pour une santé accessible aux personnes handicapées mentales** »
- Livre blanc de l'UNAPEI « **Polyhandicap et citoyenneté, un défi pour tous** : garantir et développer un accompagnement adapté aux personnes polyhandicapées »
- « **Des mots pour leurs maux** » UNAPEI 30, Dr BRET et Me RATTAZ, 2016
- **Livre Blanc de la Douleur 2017**, société française d'étude de la douleur
- Guide des recommandations de bonnes pratiques de l'**ANESM 2010** et guide des recommandations des bonnes pratiques en **MAS-FAM (ANESM 2013)**
- **Guide des recommandations** : Les comportements-problèmes au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses- Avril 2017-ANESM
- **Exemples de kits de communication** : <http://medipicto.aphp.fr/> ou fiches BD www.sparadrap.org ou <http://www.coactis-sante.fr/santebd> ou www.pedialol.org
- **Cnrd.fr**
- www.cnrd.fr - **Centre National de Ressources de Lutte contre la Douleur**
- www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_douleur_en_questions-2.pdf
- http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/H_GPF_LE_POLYHANDICAP.pdf

COMPOSITION GROUPE DE TRAVAIL

Tiphaine AUBERT : chef de service, MAS LE VILLAGE

Peggy BOZZETTI : chef de projet, cadre de santé Plateau médical

Armelle CASAL : infirmière, PARPAILLOLS

Christine DE LA BARRE : infirmière coordinatrice MAS LE VILLAGE

Didier JOSSELIN : membre commission santé et administrateur

Odile LE FAOU : membre commission santé et administrateur

Nathalie THEVENIN : infirmière L'ADRET



N'hésitez pas à nous contacter

APEI de l'Aube

29 bis, av. des Martyrs de la Résistance 10000 TROYES

Tél. **03 25 70 44 00** e.mail : siege.adm@apei-aube.com

www.apei-aube.com