



Fiche d'information N° . 3

## Evaluation de la douleur au cours de la démence

Les personnes présentant une démence sont à risque particulier d'un sous-traitement de la douleur car leur capacité à reconnaître, évaluer, et communiquer verbalement leur douleur diminue tout au long de la démence [3,4]. En conséquence, des voies alternatives pour évaluer la douleur - qui ne tiennent pas compte de la capacité à auto-évaluer la douleur - sont nécessaires pour ce groupe toujours croissant de personnes vulnérables afin de s'assurer que la douleur peut être évaluée précisément dans un temps opportun.

### Evaluation de la douleur dans la démence : auto-évaluation

Même si la validité des scores d'auto-évaluation de la douleur diminue tout au long de la démence, l'auto-évaluation peut encore être une méthode appropriée pour l'évaluation de la douleur aux stades précoces de la démence, lorsque le patient est encore capable de reconnaître et évaluer une douleur [10]. Toutefois, lors de l'auto-évaluation d'une douleur au cours d'une démence, certaines précautions sont à prendre, comme utiliser des échelles simples (e.g. échelles verbales simples), répéter la question et les instructions sur la façon d'utiliser l'échelle, et laisser un temps adéquat pour répondre [10]. De plus, une approche plus individualisée devrait être utilisée qui prend en compte les déficits neuropsychologiques spécifiques de la personne (e.g. déficits mnésiques, aphasie) autant que ses possibilités cognitives. Cela peut être réalisé par un dépistage neuropsychologie rapide. Lorsque la démence progresse à des stades modérés à sévères, l'auto-évaluation de la douleur est souvent absente [7]. Les cliniciens doivent être attentifs à cela et une absence d'évaluation de la douleur par une personne présentant des troubles cognitifs sévères comme un indicateur d'absence de douleur.

### Evaluation de la douleur dans la démence : échelles observationnelles de douleur

Sur les deux dernières décades, un nombre considérable d'échelles d'évaluation observationnelles comportementales de la douleur pour les personnes démentes ont été

développées (e.g. PACSLAC [2], PAIC [1], MOBID2 [6], DOLO-Plus [9], PAINAD [11]). Ces échelles incluent habituellement des éléments observationnels liés aux expressions faciales, à la vocalisation, et aux mouvements corporels (voir [5] et [12] pour des revues récentes sur les échelles observationnelles de douleur). Les échelles observationnelles sont remplies lorsque le patient est au repos (après quelques minutes d'observation) ou lorsque le patient réalise des activités quotidiennes (AQ). Étant donné que l'observation du patient au repos ne révèle pas forcément la douleur, particulièrement dans les pathologies douloureuses chroniques, il est maintenant recommandé d'observer les patients pendant les mouvements ou les transferts [6].

Malgré un grand nombre d'échelles qui ont été développées, ces échelles ne sont souvent pas vraiment mises en oeuvre en pratique clinique. Les barrières à la mise en oeuvre sont le manque de motivation, le manque de temps, la difficulté à observer les comportements douloureux des patients tout en réalisant simultanément le soin, l'incertitude sur la façon de coter, autant que l'incertitude sur la façon d'interpréter les scores. Ainsi, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour dépasser ces freins et s'assurer que l'utilisation de telles échelles observationnelles de douleur deviennent les pratiques habituelles lors des soins aux personnes démentes.

### **Evaluation de la douleur dans la démence : évaluation automatique de la douleur avec des systèmes vidéo**

De nouveaux développements dans les systèmes de détection automatique de la douleur promettent que de tels systèmes pourraient être utilisés comme outil complémentaire afin d'aider les professionnels de santé. La plupart des tentatives pour développer des systèmes de détection automatique de la douleur se sont focalisés sur l'analyse automatique des expressions faciales [8]. Malgré le fait que les progrès dans le développement de système de détection automatique de la douleur sont très impressionnants, il existe encore plusieurs obstacles qui doivent être surmontés de façon à utiliser ces systèmes en pratique clinique. Quoiqu'il en soit, étant donné le développement rapide de ce secteur, on peut s'attendre à ce que de tels systèmes soient disponibles au cours de la prochaine décennie.

### **Conclusion**

- L'évaluation de la douleur chez la personne démente devrait toujours être une combinaison d'auto-évaluation et d'évaluation observationnelle de la douleur. Avec l'aggravation de la démence, les professionnels de santé peuvent avoir besoin de s'appuyer plus sur des indicateurs comportementaux de douleur. Le dépistage neuropsychologique peut guider dans le choix de l'évaluation adéquate de la douleur et permettre des approches évaluatives plus individualisées.
- L'évaluation observationnelle de la douleur devrait être réalisée au repos et au cours de situations de transfert (ou autres activités de la vie quotidienne) en utilisant des échelles d'évaluation comportementale de la douleur.
- Une mise en oeuvre parfaite des concepts pour l'évaluation de la douleur au cours de la démence devrait être développée pour s'assurer que l'utilisation de telles échelles observationnelles de douleur deviennent la norme au cours des soins pour les personnes démentes et pour garantir un usage courant.
- A l'avenir, la détection automatique de la douleur pourrait être utilisée comme instrument complémentaire d'aide à l'évaluation de la douleur par le professionnel de santé.

### **REFERENCES**

[1] Corbett A, Achterberg W, Husebo B, Lobbezoo F, de Vet H, Kunz M, Strand L, Constantinou M, Tudose C, Kappesser

J, de

Waal M, Lautenbacher S; EU-COST action td 1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia

Collaborators: <http://www.cost-td1005.net/>. An international road map to improve pain assessment in people with impaired

cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol.* 2014 Dec 10;14:229.

doi: 10.1186/s12883-014-0229-5.

[2] Fuchs-Lacelle S1, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors

with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs.* 2004 Mar;5(1):37-49.

[3] Gibson SJ, Lautenbacher S: Pain Perception and Report in Persons with Dementia. In: Lautenbacher S, Gibson SJ (eds): Pain

in Dementia. Wolters Kluwer and IASP Press, 2017. pp 43-54.

[4] Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, Smith JH. Pain assessment in elderly adults with

dementia. *The Lancet Neurology* 2014, 13(12), 1216-1227.

[5] Herr K, Zwakhalen S, Swafford K. Observation of pain in dementia. *Current Alzheimer Research* 2017, 14(5), 486-500.

[6] Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen 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, 24(2):380- 391.

[7] Kaasalainen S, Crook J. An exploration of seniors' ability to report pain. *Clinical nursing research* 2004, 13(3), 199-215.

[8] Kunz M, Seuss D, Hassan T, Garbas JU, Siebers M, Schmid U, Lautenbacher S. Problems of video-based pain detection in

patients with dementia: a road map to an interdisciplinary solution. *BMC geriatrics* 2017, 17(1), 33.

[9] Lefebvre-Chapiro S. The DOLOPLUS 2 scale - evaluating pain in the elderly. *European Journal Of Palliative Care.* 2001;8:191-

194.

[10] Pautex S, Lautenbacher S: Methods of Assessing Pain and Associated Conditions in Dementia: Self-report Pain Scales. In:

Lautenbacher S, Gibson SJ (eds): Wolters Kluwer and IASP Press, 2017. pp. 119-132.

[11] Warden V, Hurley AC, Volicer L: Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia

(PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003, 4(1):9-15.

[12] Zwakhalen S, Herr K, Swafford K. Observational pain tools. In *Pain in Dementia*, ed. Stephen J Gibson and Stefan Lautenbacher, Wolters Kluwer and IASP Press, 2017

## AUTEURS

Miriam Kunz, PhD

Co-Chair, Global Year Task Force

Department of Medical Psychology and Sociology

University of Augsburg

Augsburg, Germany

Stefan Lautenbacher, PhD  
Department of Physiological Psychology  
University of Bamberg  
Bamberg, Germany