



UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
ANNÉE 2025

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCÉE

MENTION : PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISÉES, PRÉVENTION ET
POLYPATHOLOGIES COURANTES EN SOINS PRIMAIRES

L'INFLUENCE DE L'ÂGISME DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
EN EHPAD : la prise en charge de la douleur par les soignants intervenant en EHPAD
sur Bourbourg est-elle influencée par les représentations sociétales de la vieillesse ?

Présenté et soutenu publiquement le 03 juillet 2025 à 10h00 à Lille
(département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Betty BREBANT

MEMBRES DU JURY :

Président du jury : Monsieur le Docteur Eric WIEL

Enseignant infirmier : Madame Gwladys ACOULON

Directrice de mémoire : Madame le Docteur Amandine LEGRAND

Département facultaire de médecin Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59210 LOOS

Remerciements

Je remercie les membres du jury de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail.

Merci à l'université de Lille et à l'équipe pédagogique de la formation menant au Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée pour leurs enseignements et leur investissement.

Merci à Madame Marie-Ève GODEFFROY pour son accompagnement, sa disponibilité et sa bienveillance face à nos nombreux questionnements et nombreuses sollicitations.

Merci aux participants des entretiens d'avoir accepté de contribuer à ce projet et d'avoir su l'enrichir de leurs connaissances et de leurs différentes expériences.

Merci à ma Directrice, Mademoiselle Audrey BERNARD, de m'avoir offert l'opportunité d'intégrer cette formation et de m'avoir accordé sa confiance quant à ce projet.

Je remercie Le Docteur Kamal DIAB pour son accueil chaleureux, sa gentillesse, son encadrement bienveillant et formateur lors de ma venue en stage de première année.

Je remercie Le Docteur Kévin MARTINACHE pour sa transmission de savoirs, sa bienveillance, sa gentillesse et son soutien lors de mon stage de deuxième année et le temps de cette formation.

Je remercie également le Docteur Lucie TRUFFAUT qui, lors de ses passages, a accepté de collaborer, de me transmettre ses connaissances et m'a entouré de toute sa gentillesse.

Merci également aux membres de la MSP des Vliets pour leur accueil chaleureux lors ce stage.

Je remercie mes camarades de promotion du « groupe du Jeudredi ». Nous avons partagé tantôt nos difficultés et nos moments de doute, tantôt nos moments heureux et nos fous rires.

À ma chère amie Sabrina, sans aucun doute ma plus belle rencontre durant ces deux années.
Tu as été d'un soutien sans faille durant ce cursus et je ne peux que t'en remercier.

Merci à ma famille, mais surtout à mon conjoint Benjamin et ma fille Léonie, pour leur précieux soutien, leur bienveillance et leur immense patience durant ces deux années intenses.

Et, pour terminer, je tiens à remercier tout particulièrement et chaleureusement Le Docteur Amandine LEGRAND, qui m'a toujours suivie, soutenue, encouragée depuis notre première rencontre et, sans qui, toute cette aventure n'aurait jamais commencé..

Glossaire

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

IePA : Infirmière étudiante en Pratique Avancée

IASP : International Association for the Study Pain

SFETD : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

EVA : Échelle Visuelle Analogique

EN : Échelle Numérique

EVS : Échelle Verbale Simple

ECPA : Échelle Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériatologie

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

ARS : Agence Régionale de Santé

D.U. : Diplôme Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DPO : Délégué à la Protection des Données

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

RGPD : Règlement Général de la Protection des Données

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

Sommaire

Remerciements	
Glossaire	
Sommaire	
Résumé.....	1
Avant-propos.....	2
I. INTRODUCTION THÉORIQUE.....	4
II. MÉTHODE.....	17
1. Choix du type d'étude.....	17
2. Le recrutement.....	17
3. Démarches administratives.....	18
4. Recueil de données.....	19
III. RÉSULTATS ET ANALYSE.....	23
1. Description de l'échantillon.....	23
2. Résultats.....	24
3. Analyse.....	36
IV. DISCUSSION.....	38
1. Synthèse des principaux résultats.....	38
2. Les forces de l'étude.....	38
3. Les limites de l'étude.....	39
4. Les résultats.....	40
V. CONCLUSION.....	49
Références bibliographiques.....	I
Table des matières.....	IV
Liste des figures.....	VI
Liste des tableaux.....	VII
Annexes.....	VIII
Annexe 1 : Échelle Visuelle Analogique.....	IX
Annexe 2 : Échelle Numérique.....	X
Annexe 3 : Échelle Visuelle Simple.....	XI
Annexe 4 : Échelle Algoplus.....	XII
Annexe 5 : Échelle Doloplus.....	XIII
Annexe 6 : Échelle Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée.....	XIV
Annexe 7 : Mail de diffusion aux professionnels de santé.....	XV
Annexe 8 : Guide d'entretien version 1.....	XVI
Annexe 9 : Guide d'entretien version 2.....	XVII
Annexe 10 : Formulaire de consentement de participation à l'étude et certificat d'anonymat.....	XVIII
Annexe 11 : Verbatim accessible par QR code.....	XIX
Annexe 12 : Codage du Verbatim accessible par adresse URL.....	XX
Annexe 13 : Grille COREQ.....	XXI
Quatrième de couverture.....	XXIV

Résumé

Contexte : Le vieillissement de la population va s'accroître de manière inéluctable, il devient donc un enjeu majeur de santé publique. Il occupe une place et un regard, parfois erronés, importants au sein de la société. Ce vieillissement s'accompagne très souvent de pathologies chroniques, celles-ci pouvant engendrer différents types de douleurs. De plus, de par ce vieillissement, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes connaissent une fréquentation de plus en plus conséquente. Mais il convient de se demander si les soignants des EHPAD sont influencés par la société sur leur prise en charge de la douleur ?

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels, multicentrique, ciblant deux EHPAD sur la commune de Bourbourg (59). Les personnes interrogées sont aide-soignantes, infirmières, infirmière coordinatrice, médecin généraliste, orthophoniste ou encore pédicure-podologue. Ce sont toutes des personnes qui travaillent ou interviennent dans l'un des deux EHPAD de façon régulière. Le codage des treize entretiens a été réalisé par l'enquêteur par regroupement d'idées. (Annexe 12).

Résultats : De manière majoritaire, les soignants relient la définition de la personne âgée à une perte de capacités et d'autonomie et non à un critère d'âge. Concernant le versant de la prise en charge de la douleur, l'impression générale révèle la complexité de la prise en charge de cette douleur qui doit encore faire preuve de progression. Ensuite, plus de la moitié des soignants interrogés se disent être influencés par le regard qu'à la société sur la personne vieillissante douloureuse. Cela toujours sans volonté de non-bienveillance, mais induit par les représentations de la société sur la personne âgée et de son rapport à la douleur. Un tiers des soignants ne ressent pas l'influence de la société dans leur prise en charge de la douleur et l'autre tiers reste mitigé concernant le sujet.

Discussion : La discussion a permis de mettre en corrélation les résultats obtenus suite aux entretiens des différents professionnels avec ce qui est connu et relaté dans la littérature par les scientifiques. La mise en parallèle de ces différents protagonistes a permis de retrouver des points similaires ou se rejoignant sur les différents thèmes évoqués et utilisés.

Conclusion : Les professionnels de santé se sentent influencés par le regard de la société sur la personne âgée. Ils ressentent également le besoin de suivre des formations continues dans le cadre de leur exercice professionnel. Ils désirent prendre en charge la douleur de manière optimale et adaptée de leurs résidents.

Avant-propos

Infirmière en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes depuis août 2019, ma thématique de mémoire s'est naturellement tournée vers un questionnement concernant ce type d'établissement. Mais au-delà de cette volonté, c'est au cours d'une conversation avec mon tuteur durant mon stage de première année du diplôme d'état de pratique avancée, que m'est venue l'envie d'évoquer le phénomène de l'âgisme.

En effet, au cours de ce stage, nous avons évoqué avec mon tuteur, l'écriture du mémoire de fin d'année d'IPA. Je lui ai donc parlé de mon intention d'écrire un sujet en rapport avec les personnes âgées en EHPAD mais que je n'étais pas fixée sur le sujet en soi. Il m'a donc parlé de sa thèse de médecine qui évoquait les personnes âgées dans un service des urgences. Après cela, je me suis donc attelée à lire sa thèse de fin d'études. Mon attention a été particulièrement retenue par le concept « d'âgisme ». Par la suite, au cours de mon exercice professionnel, il est vrai que la prise en charge de la douleur chez la personne âgée reste encore fragile. Les représentations qui y sont associées sont souvent de l'ordre de « la normale » aux yeux de la société.

Néanmoins, au cours de ma première année, les cours évoquant la douleur chez la personne âgée m'ont appris que celle-ci n'est pas « normale » et qu'elle se doit d'être prise en charge de la meilleure manière possible afin de soigner nos aînés dans l'empathie et la bienveillance. Ces différents cours ont changé ma vision de la prise en charge de la douleur et des répercussions qu'elle peut avoir chez la personne âgée. Il nous a été appris que la douleur dépend de la manière dont la personne vieillit. En effet, la population âgée est hétérogène. En fonction du vieillissement de chaque personne, la douleur peut devenir la cause d'entrée dans une cascade gériatrique et avoir des conséquences irréversibles et délétères pour la personne.

C'est pourquoi je me suis posée plusieurs questions telles que : la prise en charge de la douleur dans un EHPAD est-elle influencée par les représentations sociétales de la vieillesse ? Pense-t-on que la douleur est normale chez une personne âgée et donc, sommes-nous influencés quand nous la prenons en charge ? En EHPAD, malgré la conscience de la spécificité de la personne âgée, prenons-nous la douleur en charge comme nous le ferions pour une population plus jeune ? L'IPA en EHPAD, de par ses apports théoriques et sa vision

holistique acquise lors des stages n'a-t-elle pas un rôle non négligeable dans le changement de vision des équipes sur la prise en charge de la douleur ?

De ces questionnements a émané ma question de recherche qui est au coeur de ce travail :

La prise en charge de la douleur par les soignants intervenants en EHPAD sur Bourbourg est-elle influencée par les représentations sociétales de la vieillesse ?

I. INTRODUCTION THÉORIQUE

1. La personne âgée et son rapport au vieillissement

La personne âgée est une population hétérogène et chacune d'elle va vieillir différemment. Néanmoins, comme nous l'a expliqué le Professeur PUISIEUX, Professeur en gériatrie, on distingue trois types de vieillissement. Le premier est le vieillissement réussi dont la population est âgée mais vigoureuse. Ce sont des personnes actives, qui peuvent avoir des pathologies, mais celles-ci sont bien contrôlées et n'ont pas d'impact sur leur dépendance fonctionnelle. Elles n'ont donc pas besoin d'être prises en soin différemment de la population générale.

Le second vieillissement s'apparente à un vieillissement dit normal et sa population est appelée fragile. Les personnes fragiles sont, la plupart du temps, à la maison mais avec des aides au domicile où ils reçoivent parfois l'aide de leur entourage. Ils ont besoin d'accompagnement pour les actes de la vie quotidienne mais ils peuvent encore vivre au sein de leur domicile.

Le dernier type de vieillissement est appelé vieillissement pathologique et donne lieu à une population âgée dépendante. Ils ont besoin d'être accompagnés dans les actes de la vie quotidienne tels que la toilette, les soins ou les courses.

Il existe toutefois un point commun entre ces différents vieillissements : ils peuvent être impactés plus ou moins fortement par un **syndrome gériatrique**. Celui-ci pourrait potentiellement modifier l'état du vieillissement de manière éphémère ou de manière irréversible. Il existe une multitude de syndromes gériatriques tels que les chutes, la confusion, la dénutrition, l'incontinence urinaire...

Ici, nous nous intéresserons au syndrome de la douleur afin de répondre à la question suivante : le phénomène de l'âgisme influence-t-il la prise en charge de la douleur en EHPAD ?

2. La douleur chez la personne âgée, inévitable ?

En premier lieu, nous avons donc travaillé sur la douleur de la personne âgée. L'Association Internationale pour l'étude de la douleur (En anglais : International Association for the Study Pain : IASP), la définit comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes.* »[1].

Il est aussi rapporté par celle-ci que « *L'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un véritable enjeu de santé publique en tant que critère de qualité. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.* »[1].

Hors, la douleur de la personne âgée reste fréquente, encore trop souvent banalisée, et mal prise en charge. Deux causes de ce phénomène ont été soulevées : d'une part l'incapacité de la personne âgée à faire part de sa douleur ou la crainte de l'exprimer ; et d'autre part une difficulté au repérage et à la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé. [2]

3. L'utilisation des échelles de la douleur dans les soins

Afin de faciliter la prise en soin de la personne âgée confrontée à la douleur, il existe des échelles ayant été créées à cet effet, qui peuvent être utilisées à différents moments de la prise en soin. Pour autant, quelles sont-elles ? Dans quel cadre et à quel moment les utiliser ?

Selon la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), les échelles de la douleur sont définies comme : « *des outils pour aider à identifier, à quantifier, à qualifier ou à décrire la douleur.* » . [3]

Il existe deux types d'évaluation de la douleur : l'**auto-évaluation** et l'**hétéro-évaluation**.

A. L'auto-évaluation

L'auto-évaluation correspond à une évaluation de la douleur par l'individu lui-même. Plusieurs échelles d'auto-évaluation sont utilisables afin de permettre à la personne d'exprimer sa douleur selon sa propre perception. De par cette possibilité, les échelles d'auto-évaluation sont à privilégier si la personne est en capacité de la réaliser.

Voici ci-après quelques exemples d'échelles d'auto-évaluation :

- **L'échelle Visuelle Analogique (EVA)** : peut être utilisée à partir de six ans, dans toutes les structures de soins. Elle est utilisable pour une douleur aiguë comme pour une douleur chronique. Elle comporte un score de zéro à dix. Le score de zéro à trois représente une douleur faible et un score compris entre sept et dix représente une douleur extrêmement intense. [4]

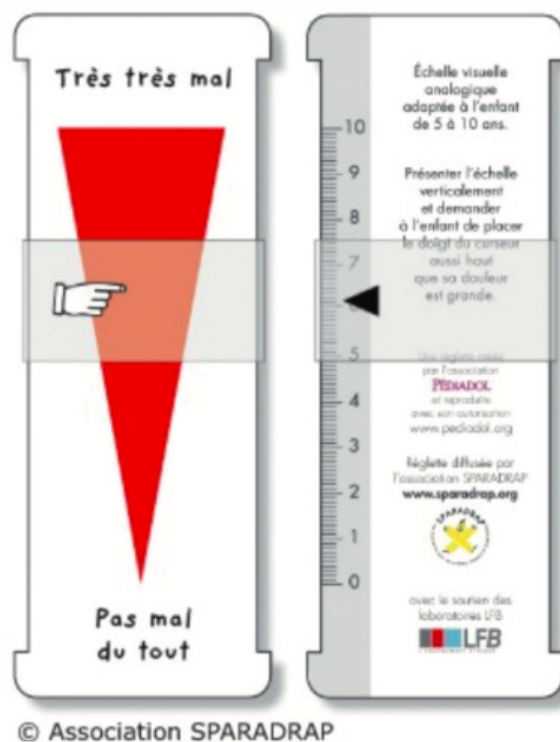


Figure 1 : Échelle Visuelle Analogique (Annexe 1)

- **L'échelle numérique (EN)** : est utilisable pour tout patient adulte et pour tout type de douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique. Le patient doit entourer le chiffre qui correspond le mieux à la douleur ressentie, les chiffres allant de zéro à dix. Zéro correspondant à l'absence de douleur et dix à la douleur maximale imaginable. [5] [6]

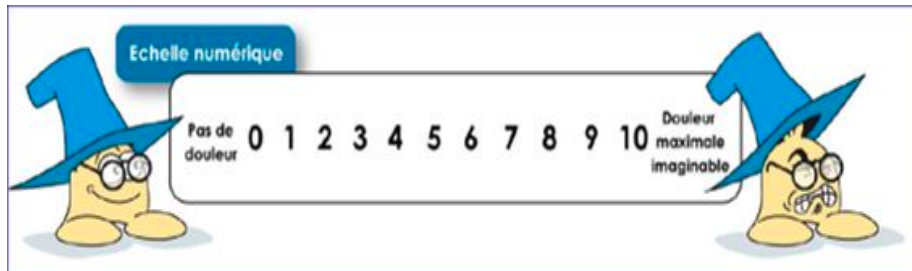


Figure 2 : Échelle Numérique (Annexe 2)

- **L'Échelle Verbale Simple (EVS)** : peut être utilisée pour les personnes adultes, notamment lorsque l'utilisation de l'EVA et de l'EN n'est pas possible. Cette échelle utilise une cotation de zéro à quatre, zéro correspondant à l'absence de douleur et quatre correspondant à une douleur extrêmement intense. Elle est simple à utiliser et rapide à exécuter. [6]

Douleur Au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les huit derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

Figure 3 : Échelle Verbale Simple (Annexe 3)

B. L'hétéro-évaluation

L'hétéro-évaluation correspond, quant à elle, à une évaluation de la douleur par les soignants gravitant autour de la personne douloureuse. Elle est utilisée en second temps lorsque les capacités de la personne en souffrance ne lui permet pas de se servir des échelles d'auto-évaluation. L'hétéro-évaluation repose sur une interprétation en équipe, elle ne doit être faite de manière individuelle afin d'éviter autant que possible une interprétation basée sur sa propre représentation de la douleur.

Il en existe plusieurs types dont voici ci-après des exemples ainsi que leur cadre d'utilisation :

- **L'échelle Algoplus** : s'utilise chez la personne âgée non communicante de plus de soixante-cinq ans. Elle permet d'évaluer des douleurs aiguës, des accès transitoires aigus ou encore des douleurs provoquées par les soins. Elle se base sur le comportement de la personne. Son score va de zéro à cinq et la douleur est considérée comme significative lorsque le score est supérieur ou égal à deux. [7]

date										
heure										
	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 "Aie", "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	
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 :	
La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter «oui» Chaque item coté "oui" est compté 1 point										

Figure 4 : Échelle Algoplus (Annexe 4)

- **L'échelle Doloplus** : est surtout utilisée chez la personne âgée non communicante ou présentant des troubles de la communication. Cette échelle présente dix items, répartis en 3 groupes distincts, puis en sous-groupes. Les items sont cotés de zéro à trois chacun, ramenant le total à trente. Si le score est compris entre cinq et trente, il existe alors la présence d'une douleur. [8] [9]

ECHELLE DOLOPLUS					
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE					
NOM :		Prénom :		DATES	
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1 • Plaintes somatiques		pas de plainte	0	0	0
		plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1
		plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2
		plaintes spontanées continues	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos		pas de position antalgique	0	0	0
		le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1
		position antalgique permanente et efficace	2	2	2
		position antalgique permanente inefficace	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses		pas de protection	0	0	0
		protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1
		protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2
		protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3
4 • Mimique		mimique habituelle	0	0	0
		mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1
		mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2
		mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (alone, figée, regard vide)	3	3	3
5 • Sommeil		sommeil habituel	0	0	0
		difficultés d'endormissement	1	1	1
		réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2
		insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 • Toilette et/ou habillage		possibilités habituelles inchangées	0	0	0
		possibilités habituelles peu diminuées [précautionneux mais complet]	1	1	1
		possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2
		toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3
7 • Mouvements		possibilités habituelles inchangées	0	0	0
		possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1
		possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2
		mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8 • Communication		inchangée	0	0	0
		intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1
		diminuée (la personne s'isole)	2	2	2
		absence ou refus de toute communication	3	3	3
9 • Vie sociale		participation habituelle aux différentes activités (repos, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0
		participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1
		refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2
		refus de toute vie sociale	3	3	3
10 • Troubles du comportement		comportement habituel	0	0	0
		troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1
		troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2
		troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3
SCORE					

Figure 5 : Échelle Doloplus (Annexe 5)

- **L'Échelle Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée (ECPA)** : s'utilise chez les personnes âgées non communicantes ou ayant des difficultés de communication. Elle comporte huit items en rapport au comportement de la personne

CLUD DU CHRU élaborée et validée pour évaluer la douleur
chez une personne âgée ayant des difficultés de communication
Dès le score de 6 sur 32 : c'est le signe d'une forte suspicion de douleur

NB : l'évaluation par cette échelle s'effectue au lit du patient par plusieurs soignants

	JOUR								
	HEURE								
1. OBSERVATION AVANT LES SOINS									
EXPRESSION DU VISAGE : regard et mimique									
0 : visage détendu									
1 : visage soucieux									
2 : le sujet grimace de temps en temps									
3 : regard effaré et/ou visage crispé									
4 : expression complètement figée									
POSITION SPONTANÉE AU REPOS (recherche d'une attitude ou position antalgique)									
0 : aucune position antalgique									
1 : le sujet évite une position									
2 : le sujet choisit une position antalgique									
3 : le sujet recherche sans succès une position antalgique									
4 : le sujet reste immobile comme cloué par la douleur									
MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)									
0 : le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*									
1 : le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements									
2 : lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*									
3 : immobilité contrairement à son habitude*									
4 : absence de mouvements** ou forte agitation contrairement à son habitude*									
* se référer aux jours précédents ** ou prostration NB : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle									
RELATION A AUTRUI (il s'agit de toute relation quelconque 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 : indifférence totale contrairement à l'habitude*									
* se référer aux jours précédents									
2. OBSERVATION PENDANT LES SOINS									
ANTICIPATION ANXIEUSE AUX SOINS									
0 : le sujet ne montre pas d'anxiété									
1 : angoisse du regard, impression de peur									
2 : sujet agité									
3 : sujet agressif									
4 : cris, soupirs, gémissements									
REACTIONS PENDANT LA MOBILISATION									
0 : le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière									
1 : le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins									
2 : le sujet retient de la main ou quide les gestes lors de la mobilisation ou des soins									
3 : le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins									
4 : le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins									
REACTIONS PENDANT LES SOINS DES ZONES DOULOUREUSES									
0 : aucune réaction pendant les soins									
1 : réaction pendant les soins, sans plus									
2 : réaction au TOUCHER des zones douloureuses									
3 : réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses									
4 : approche des zones impossible									
PLAINTES EXPRIMÉES PENDANT LES SOINS									
0 : le sujet ne se plaint pas									
1 : le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui									
2 : le sujet se plaint dès la présence du soignant									
3 : le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée									
4 : le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée									
SCORE TOTAL									

Alors malgré l'existence de ces échelles, pourquoi la douleur chez la personne âgée reste une problématique persistante ?

4. De la fragilité gériatrique à la vulnérabilité

Il conviendra aussi d'aborder ici les représentations sociétales faites autour du vieillissement et de la douleur. En effet, selon les représentations actuelles, malgré les progrès de la médecine, il reste « normal » de ressentir des douleurs à partir d'un certain âge. De ce fait, la douleur est encore trop souvent sous-évaluée et induit des fragilités qui deviennent parfois irréversibles.

La douleur peut devenir un véritable handicap dans le quotidien et donner lieu à des fragilités. On parlera donc de **fragilité gériatrique**, qui est définie selon le Larousse comme « *caractère de ce qui se brise facilement, caractère précaire, vulnérable, faible et instable.* ». [11] Si nous devons lui trouver une définition qui serait plus en adéquation avec une dimension biomédicale nous pourrions évoquer celle répertoriée par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) relatant : « *Sont considérées comme fragiles les personnes âgées vulnérables d'un point de vue médical et social. Ces personnes âgées sont en proie à des risques, dans un avenir plus ou moins proche : celui d'un déclin fonctionnel, de chutes, de fractures ou d'hospitalisations conduisant à la dépendance.* ». [12]

De ces deux définitions ressort une similitude non négligeable : **la vulnérabilité**. C'est donc un point essentiel dans la prise en soin de la fragilité de la personne âgée.

Ainsi, pourquoi la douleur est sous-estimée particulièrement chez la personne âgée ?

5. La population âgée, victime de l'âgisme ?

L'âgisme décrit une attitude biaisée de la société envers des personnes en raison de leur âge. Elle est décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme : « *Lorsque l'âge est utilisé pour catégoriser et diviser les gens d'une façon qui entraîne des préjudices, des désavantages et des injustices. Il peut aussi bien toucher les personnes âgées que les plus jeunes à travers des stéréotypes, des préjugés et des discriminations. [...] L'âgisme a des conséquences importantes sur la santé, notamment des personnes âgées. Il a une influence psychologique, comportementale et physiologique.* ». [13]

L'âgisme a des conséquences non négligeables et peut être délétère pour une personne qui en est victime.

Il convient de se demander quelle est la place des EHPAD à travers tout cela de nos jours ?

6. La place des EHPAD

Les **EHPAD** sont définis comme : « *des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Ils s'adressent à des personnes généralement âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien.* ». [14]

Cette même source indique que les EHPAD ont différentes missions comme par exemple : « *accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.* ». [14]

Les EHPAD sont donc, aujourd'hui et pour les années à venir, une ressource essentielle afin de répondre aux besoins de santé publique liés à la problématique du vieillissement de la population. Ces établissements d'hébergement représentent : « *70 % des structures d'hébergement pour personnes âgées.* ». Et ce sont : « *les structures qui offrent la plus grande capacité moyenne d'accueil* ». [14]. Pour répondre à ces besoins, nous disposons en France, au 31 décembre 2019 de : « *10 600 structures médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées proposent 760 000 places d'accueil* ». [15]

Nous étudierons ici, les EHPAD de la ville de **Bourbourg** (59630). [16]

La commune de Bourbourg recense 7 023 habitants en vigueur en 2021. Les personnes âgées de 60 à 75 ans ou plus sont au nombre de 1 821. Ils représentent donc à eux seuls près de 26 % de la population totale de la ville, soit un peu plus d'un quart de cette dite population. [17]

Âge	2010	%	2015	%	2021	%
Ensemble	6 911	100,0	7 090	100,0	7 023	100,0
0 à 14 ans	1 386	20,1	1 434	20,2	1 315	18,7
15 à 29 ans	1 356	19,6	1 333	18,8	1 362	19,4
30 à 44 ans	1 250	18,1	1 272	17,9	1 237	17,6
45 à 59 ans	1 280	18,5	1 281	18,1	1 289	18,4
60 à 74 ans	998	14,4	1 048	14,8	1 130	16,1
75 ans ou plus	642	9,3	722	10,2	691	9,8

Tableau 1 : Population par grandes tranches d'âge sur la commune de Bourbourg. Source INSEE



Figure 7 : Carte en relief de la commune de Bourbourg

La ville de Bourbourg compte deux EHPAD à son actif. L'EHPAD numéro 1, appelé structure 1 dans ce travail, dispose d'un nombre de soixante-dix-huit places au total. Y sont présents une unité conventionnelle, une unité Alzheimer ainsi qu'un PASA, créé récemment. [18]

L'EHPAD numéro 2, appelé structure numéro 2 dans ce travail, dispose d'un nombre de places total s'élevant à quatre-vingt-quinze. Les services qui y sont proposés sont un PASA et une salle d'activité Snoezelen. [19]

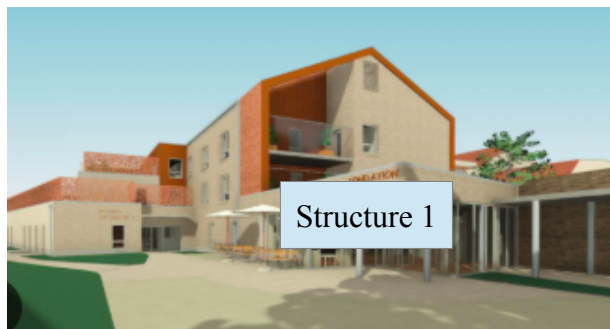


Figure 8 : Interface de la structure numéro 1



Figure 9 : Interface de la structure numéro 2

Afin qu'un EHPAD puisse répondre aux besoins des résidents qui y séjournent, il est nécessaire d'avoir une équipe administrative, logistique mais aussi soignante : *« Le personnel médical en maison de retraite est une équipe pluridisciplinaire dévouée qui joue un rôle crucial dans la prise en charge des personnes âgées. Grâce à une coordination rigoureuse, une formation continue et un soutien psychologique, cette équipe assure des soins de qualité, garantissant ainsi le bien-être et la sécurité des résidents. »*. [20]

Dans les deux EHPAD choisis pour ce travail, les postes de médecin coordonnateur sont vacants. Ce sont donc les médecins traitants des résidents qui gèrent la prise en soin médicale des résidents en totalité. Il y a six médecins intervenants dans ces EHPAD qui sont implantés dans la ville de Bourbourg. De plus, il n'existe que trois pharmacies dans la ville, toutes trois en partenariat avec les EHPAD pour répondre aux besoins médicamenteux de ceux-ci.

Devant cette problématique et pour répondre à cette tranche populationnelle, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a classé cette ville en **Zone d'Action Complémentaire (ZAC)** [21], en 2019. La ZAC détermine une zone sous-dotée de médecins, qui, selon l'ARS sert à : *« Lutter contre la diminution de l'offre médicale et renforcer l'accès aux soins, chaque*

directeur général d'ARS prend un arrêté régional qui détermine les zones sous-denses pour la profession de médecin. Pour cela, l'ARS s'appuie sur une méthodologie nationale, définie par arrêté ministériel. Une fois les zones sous-denses en médecins identifiées, elles sont réparties en 2 catégories :

- *les ZIP (zones d'intervention prioritaire), les plus fragiles*
- *les ZAC (zones d'action complémentaire), fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP. » [22]*

7. Et l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) dans tout cela ?

A. Définition et rôle de l'IPA

Afin de faire face à la situation démographique médicale et de pouvoir répondre aux besoins de la population, qui va indéniablement connaître un accroissement du vieillissement, un nouveau métier émerge en 2018 : la **pratique avancée** chez les infirmiers donnant naissance à l'IPA.

La pratique avancée infirmière est définie par l'ARS comme : « *Les infirmiers en pratique avancée disposeront de compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical. Ils pourront suivre (avec leur accord) des patients confiés par un médecin de l'équipe de soins au sein de laquelle ils exerceront, sur la base d'un protocole d'organisation établi pour préciser les modalités de leur travail en commun.* » [23]

B. L'IPA et la prise en soin de la personne âgée douloureuse

Pendant les études universitaires, l'IePA (Infirmière étudiante en Pratique Avancée) reçoit des apports théoriques lors des cours dispensés par l'université, et des apports pratiques lors de la réalisation des stages professionnels, choisis par l'étudiant lui-même.

Lors des apports théoriques, les thématiques de la **personne âgée** et de la **douleur** sont très fréquemment abordées et travaillées. L'IePA est fortement sensibilisée à être vigilante quant à la douleur de la personne âgée. Il est souvent rapporté dans ces cours que la douleur

de la personne âgée n'est pas normale et nécessite d'être prise en charge, tout comme pour le reste de la population. Les **échelles** sont évoquées, ainsi que le contexte dans lequel les utiliser.

De plus, l'IPA est amenée à adapter des traitements antalgiques en les minorant ou en les majorant en fonction des besoins de la personne soignée : *« les infirmiers en pratique avancée auront la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et pourront prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. »* [23].

Nous pouvons donc en déduire que l'IPA aura un **rôle pivot** dans la prise en charge de la douleur chez la personne vieillissante. Celle-ci pourrait donc avoir une fonction non négligeable dans la prise en soin de la personne âgée et de sa douleur au sein des EHPAD.

8. Hypothèse et objectif principal de l'étude

Pour ce travail, il semble nécessaire d'exposer ici l'**hypothèse** ainsi que l'**objectif principal** qui en émane.

L'hypothèse en sera : les représentations sociétales influencent la prise en charge de la douleur dans les EHPAD par les soignants.

Et l'objectif principal de cette étude sera d'évaluer les représentations des soignants concernant la douleur de la personne âgée au sein des deux EHPAD de la ville de Bourbourg.

Pour répondre à ces différents questionnements, il nous semble judicieux ici de réaliser une étude prospective **qualitative, multicentrique**. Un entretien sera réalisé avec des professionnels intervenants dans deux EHPAD différents jusqu'à **suffisance des données** afin de recueillir les avis de chacun via des questions ouvertes. Les entretiens seront réalisés sur la base du volontariat, avec un recrutement réalisé en amont avec diffusion d'un mail aux professionnels intervenants au sein des deux EHPAD de Bourbourg.

II. MÉTHODE

1. Choix du type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, exploratoire multicentrique menée par des entretiens individuels semi-directifs.

L'utilisation des entretiens individuels paraissait plus adaptée à la thématique de ce travail, permettant ainsi de mieux appréhender le ressenti, les réactions de l'instant et le vécu des soignants interrogés.

Durée de l'étude : sept mois. Démarrage en juillet et terminée en décembre 2024.

2. Le recrutement

Pour définir la taille de l'échantillon, le phénomène de suffisance des données a été respecté.

Il s'agit d'un échantillonnage ciblé.

Critères d'inclusion :

Tout soignant travaillant ou intervenant de manière régulière dans un des deux EHPAD ou dans les deux EHPAD ciblés dans cette étude, soit les deux EHPAD de la ville de Bourbourg.

Critères d'exclusion :

Le seul critère d'exclusion est la non intervention du soignant dans le ou les EHPAD au moment du recrutement de l'étude.

Les personnes recrutées étaient des soignants intervenants dans deux EHPAD différents, localisés sur Bourbourg (59630) afin de réaliser une étude centrée sur cette ville, lieu où l'enquêteur travaille et était intéressé pour effectuer et faire évoluer ce travail. Il pouvait s'agir de soignants dont le lieu de travail est directement au sein de l'EHPAD ou de professionnels de santé libéraux intervenants au sein des EHPAD.

Initialement, le recrutement devait être réalisé par mail diffusé par les cadres des différentes structures. Mais devant le manque de temps de celles-ci, il a finalement été décidé de réaliser le recrutement par un courrier amené directement aux professionnels par l'enquêteur. (Annexe 7)

Les professionnels étaient invités à participer à une étude concernant la prise en charge de la douleur en EHPAD, sans en connaître la question de recherche précise. Le choix leur était laissé de contacter l'enquêteur par mail ou téléphone, sur la base du volontariat, pour convenir d'un rendez-vous. Une plage horaire d'une durée de trente à quarante-cinq minutes avait été initiée.

L'enquêteur est une Infirmière étudiante en Pratique Avancée ayant reçu des apports théoriques concernant la recherche qualitative, au sein de la faculté de médecine de Lille.

3. Démarches administratives

Cette étude ne nécessitait pas la demande d'un accord du Comité de Protection des Personnes (CPP), ni celui de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Une demande au DPO (Délégué à la Protection des Données) a été déposée conformément à la recommandation qui nous a été faite afin de protéger le recueil des données des professionnels interrogés. Les entretiens ayant été démarrés avant cette demande, il n'a pas été possible d'obtenir une déclaration de conformité au RGPD (Règlement Général de la Protection des Données).

Conformément à la réglementation, ce travail sera envoyé pour une analyse anti-plagiat.

4. Recueil de données

4.1. Lieu et matériel

Les entretiens ont été réalisés dans un endroit choisi par les participants. Le but étant que le lieu leur soit familier et qu'ils soient à l'aise pour réaliser l'entretien. Tous les entretiens se sont déroulés en face à face.

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone de marque COCOONISE et ont été retranscrits manuellement par l'enquêteur afin de devenir un verbatim. Ce verbatim a été écrit de la manière la plus fidèle possible aux dires des interrogés sans modifications des mots ou expressions utilisés. De plus, les pauses, représentées par des points de suspension, les rires ou les moments de réflexion ont été relatés.

4.2. Consentement

Un formulaire de consentement de participation et de respect de l'anonymat a été créé. Il a été dûment complété et signé par chaque participant avant le démarrage de l'entretien. (Annexe 10)

4.3. Le guide d'entretien

Le choix des entretiens a été porté vers des entretiens semi-dirigés, menés à bien avec l'aide d'un guide d'entretien. Celui-ci a connu une évolution suite aux quatre premiers entretiens. (Annexes 8 et 9)

Le guide d'entretien final a été composé de neuf questions ouvertes.

Les entretiens débutaient par une phase de présentation de l'enquêteur et d'explication de la thématique choisie. Ensuite, venait une phase de questions fermées afin que l'interrogé puisse se présenter. S'en suivait la mise en place des questions ouvertes relevant de la thématique choisie, avec une première question visant à connaître les représentations des interrogés quant à ce qu'est une personne âgée. Les questions suivantes ont abordé les thèmes

de la prise en charge de la douleur de la personne âgée, l'évaluation de celle-ci et l'utilisation des outils d'évaluation. S'en suivait une comparaison entre la douleur de la personne âgée et celle d'une population plus jeune. L'avant dernière question concernait la formation des professionnels de santé sur la thématique de la douleur.

L'entretien se terminait par une question laissant l'interrogé libre de s'exprimer sur la thématique.

4.4. Déroulés des entretiens

Concernant les EHPAD, l'autorisation des directeurs d'établissement et/ou des cadres de service a été recueilli au préalable.

Les entretiens ont duré entre dix et quarante-deux minutes, avec une durée moyenne de dix-sept minutes.

4.5. Suffisance des données

Dans ce travail, la méthode de la suffisance des données a été utilisée. La suffisance des données correspond au moment où tout nouvel entretien n'apporte plus de nouvelles idées. Ici, le phénomène de suffisance des données a été atteint après douze entretiens. Un treizième a été réalisé pour confirmer l'atteinte de la suffisance des données.

4.6. Qualité de l'étude

La méthodologie respecte les critères de scientificité de la grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Annexe 13).

5. Méthodologie d'analyse

5.1. Le verbatim

Les entretiens ont été retranscrits de façon la plus fidèle possible, mot à mot, marquant les temps de pause ou d'hésitation par trois points de suspension. L'ensemble des entretiens retranscrits se nomme Verbatim. (Annexe 11)

5.2. Les codages

Le codage du travail a été réalisé par l'enquêteur au fur et à mesure des retranscriptions, de façon manuscrite et informatique. Celui-ci a permis de lister les thèmes émergents des entretiens puis de les classer en thèmes et sous-thèmes. (Annexe 12)

5.3. La bibliographie

Une recherche bibliographique a été effectuée sur le thème pendant plusieurs mois, en parallèle des entretiens individuels.

Le moteur de recherche Google Scholar et les bases de données Pépite, Lillocat et PubMed ont été principalement interrogés.

Les mots-clés utilisés seuls ou en parallèle les uns aux autres étaient :

Âgisme
EHPAD
Douleur
Personnes âgées
Évaluation
Échelle
Impact
Formation

La bibliographie a été rédigée à l'aide du logiciel Zotero®. Les sources ont été récupérées au fur et à mesure des recherches afin de ne pas se retrouver en difficulté lors de la création et de l'édition de celle-ci.

III. RÉSULTATS ET ANALYSE

1. Description de l'échantillon

Treize professionnels de santé ont accepté de participer à cette étude. Ils sont cinq aide-soignants, quatre infirmières, une infirmière coordinatrice, une pédicure-podologue, une orthophoniste et un médecin généraliste. Tous travaillent ou interviennent dans une ou dans les deux structures. En voici le tableau permettant la description de l'échantillonnage :

Personnel soignant	Âge	Sexe	Fonction	Structure	Ancienneté	Diplôme en algologie	Temps d'entretien
I1	32	F	Aide-soignante	1	9 ans	Non	42'25
I2	23	F	Infirmière	1	1 an	Non	11'04
I3	25	F	Infirmière	1	2 ^{1/2} ans	Non	18'05
I4	51	F	Aide-soignante	1	10 ans	Non	14'50
I5	53	F	Aide-soignante	1	27 ans	Non	21'04
I6	32	F	Orthophoniste	1	9 ans	Non	14'04
I7	33	F	Pédicure-podologue	1	9 ans	Non	15'10
I8	48	F	Infirmière coordinatrice	1	15 ^{1/2} ans	Non	12'24
I9	38	F	Aide-soignante	2	15 ans	Non	12'47
I10	38	F	Infirmière	2	14 ans	Non	11'53
I11	41	F	Aide-soignante	2	17 ans	Non	19'41
I12	25	F	Infirmière	2	3 ans	Non	14'44
I13	33	M	Médecin généraliste	1 et 2	4 ans	Non	10'05
Enquêteur	35	F	Infirmière étudiante en Pratique Avancée	1	5 ^{1/2} ans	Non	

Tableau 2 : Échantillon interrogé par l'enquêteur

2. Résultats

A. L'âge est en fonction des capacités physiques, motrices et d'une perte d'autonomie de la personne âgée

Dans la société, la représentation de l'âge reste une donnée que chacun interprète en fonction de ses valeurs et de sa perception de l'avancée en âge. Ici, les deux tiers des interrogés associent la notion de l'âge à une perte d'autonomie et de capacités physiques.

I3 : *« Âgé, c'est plutôt en fonction des capacités motrices des résidents [...] mais c'est surtout en fonction des capacités physiques du résident. C'est plutôt âgé par rapport au corps, à la fonctionnalité du corps que par rapport à une limite d'âge. »*

I7 : *« Ce n'est pas que l'âge, c'est aussi la dépendance... La dépendance physique, morale, l'autonomie, enfin la perte d'autonomie. »*

I8 : *« Peut-être plus à des capacités physiques et cognitives. Ouais. Je ne me limiterais pas à un âge. »*

I10 : *« Pour moi vieillir c'est vraiment avoir ces douleurs qui apparaissent, ces problèmes liés à la mobilité, c'est avoir des problèmes liés à tout ce qui est psychique en fait, les oublis de mémoire, tout ça, donc pour moi c'est ça être une personne âgée. »*

I13 : *« Il y a des personnes âgées très... très autonomes, d'autres qui vont être dépendantes à un âge assez jeune. »*
« Et je pense que c'est plus l'âge physiologique qui est à prendre en compte quand on parle de personne âgée »

B. La prise en charge de la douleur chez la personne âgée

La prise en charge de la douleur reste difficile et est dépendante de plusieurs facteurs. En effet, les représentations de l'âge peuvent ici aussi rentrer en compte. De plus, les professionnels ont souligné que la réévaluation des antalgiques n'est pas quelque chose qui est réalisé de façon systématique et reste un point à améliorer dans nos pratiques soignantes.

B.1. Impression générale : la douleur, une prise en charge compliquée... il reste des progrès à faire...

I4 : *« Mais en vrai des fois on est démunis par rapport à ça, des fois on ne sait pas quoi faire. Ma mère parfois je suis complètement démunie. [...] On essaye, on cherche, on tâtonne, on n'est pas au point mais des fois on cherche bien quand même. »*

I6 : *« Ouais je pense que ça manque quand même de prévention, d'information, on passe tout de suite à la solution médicamenteuse. »*

I8 : *« Qu'on n'y prête pas assez attention en fait. Parce que comme la personne âgée, notre public on va dire en général, bah voilà, dès qu'ils ont un petit peu mal ils vont le dire ou des fois à force de le dire bah nous on fait plus attention. On n'écoute pas vraiment la douleur. »*

I11 : *« Je trouve que c'est très très long de soigner la douleur des gens. Personne âgée ou pas. C'est long à prendre en charge et à les soulager. Je trouve que même nous ici, des fois on met en place les évaluations de la douleur très tard. »*

I13 : *« Je pense qu'il y a beaucoup de progrès à faire. »*
« Toujours insister sur le fait que je pense qu'il faut qu'on s'améliore là-dessus »
« Mais oui, il y a des progrès à faire, c'est sûr. »

B.2. La prise en charge de la douleur n'est pas la même selon l'âge de la personne

I2 : *« La prise en charge, je dirais qu'elle n'est pas pareille par rapport à l'âge. »*

I4 : *« Peut-être qu'on minimise la douleur chez les personnes âgées. Je pense qu'elle est pas prise pareille en compte. »*

I8 : *« Non je pense pas, parce que tout de suite bah, la personne âgée, bah elle est étiquetée. On va dire qu'elle se plaint tout le temps. On ne les écoute pas. [...] Alors qu'une personne peut-être plus jeune, on sera peut-être un peu plus sensible, ouais. Bah, dès qu'il y a l'âge en fait, bah, on a plus le même regard je dirais. »*

I12 : *« Nan. Nan je pense pas.[...] Et moi, personnellement, je trouve que, bah, quand je vais chez le médecin et que je dis « J'ai mal là, j'ai mal là. », bah le médecin il s'en fou en fait. Donc, heu, c'est vrai qu'on voit rarement les jeunes prendre du Tramadol®, de l'Exprim®, de l'Izalgi®, des morphiniques, mais, que chez les personnes âgées c'est plus des choses qu'on utilise je trouve. On est moins réticent à monter de paliers chez les personnes âgées. »*

I13 : *« Après de manière différente, oui, oui. »*
« Mais entre une personne âgée et une personne jeune... Oui, je vais les prendre en soin différemment. »

B.3. Il y a la douleur physique, mais aussi la douleur psychologique

I4 : *« si elle se sent vraiment pas bien bah tout est disproportionné parce que ça peut être une douleur physique mais ça peut être aussi une douleur « je vais pas bien dans ma tête »*

« Mais la douleur, elle peut être autant physique que mentale en fait. »

I13 : *« D'avoir mal de façon chronique, ça retentit aussi beaucoup sur l'aspect psychologique et souvent, souvent à risque chez la personne âgée. »*

« [...] la douleur physique mais aussi après la douleur au niveau forcément morale, et ça je pense qu'on le prend pas assez en compte »

B.4. La douleur de la personne âgée est minimisée

I4 : *« Peut-être qu'on minimise la douleur de la personne âgée. Je pense. Tu sais, on se dit « elle est âgée donc bon... peut-être qu'elle en n'a plus pour longtemps... ». Peut-être qu'on minimise la douleur chez les personnes âgées. »*

I5 : *« [...] je ne dis pas qu'il n'y a rien de mis en place, De mon point de vue. Par l'âge, ouais. Je dis pas que c'est pas une fatalité, mais c'est presque normal, ça devient une normalité. »*

« Comme bah je disais chez la personne âgée c'est banalisé »

I8 : *« On va dire qu'elle se plaint tout le temps. On ne les écoute pas »*
« C'est normal d'avoir mal à leur âge, hein, ou la douleur d'arthrose, c'est normal. Bah voilà, heu, ça devient banal, c'est normal, hein. »

I11 : *« Puis ils ne sont pas écoutés de la même manière parce que, ils ont mal parce qu'ils sont vieux. C'est ça, hein. Il faut être honnête, ah bah ils sont vieux donc ils ont forcément de l'arthrose, ils ont forcément des problèmes au niveau des muscles, des os, des machins, mais non. »*

I13 : *« De manière peut-être pas volontaire, on y prête peut-être moins d'attention qu'une douleur chez une personne jeune. Alors, qu'en fait, ça devrait être l'inverse. On devrait faire plus attention. »*

« On se dit « On est vieux, c'est normal d'avoir des douleurs, c'est normal d'avoir des rhumatismes » »

B.5. Le choix des antalgiques chez la personne âgée est essentiel

I13 : « Je pense qu'il faut qu'on évite parfois certains excès d'antalgiques. Heu... notamment tout ce qui est opiacés, morphiniques chez la personne âgée à risque de confusion ou à risque de constipation ou à risque de pas mal de... d'épines irritatives, oui je pense qu'il faut se poser la question entre vraiment ce qu'on attend en bénéfice par rapport au risque »
« [...] c'est des douleurs quand même plutôt chroniques, donc on va essayer d'aller dans des traitements, en effet, où il va y avoir une accoutumance, heu... le moins d'accoutumance au médicament. Après, c'est vrai que chez la personne âgée, si je dois vraiment mettre un palier 2 ou un palier 3, heu, généralement j'y vais un peu plus doucement au niveau de l'initiation du dosage. J'essaie vraiment de trouver la dose minimale, heu, antalgique, heu... Pour dire de pas avoir trop d'effets secondaires derrière quoi. »

B.6. La réévaluation de la douleur n'est pas faite

I1 : « [...] quand vous savez qui a un antidouleur qui est mis en place, vous dites voilà
« les filles y'a un nouvel antidouleur qui est mis en place, pendant plusieurs jours on va faire une feuille Algoplus, sur quinze jours admettons, comme ça on a le suivi de l'antidouleur voir si l'antidouleur fonctionne.[...]Moi c'est la réévaluation, moi c'est ce qui me soule, c'est qu'au final on met quelque chose en place et c'est définitif ! Il n'y a jamais de réévaluation ! » »

I8 : « Parce que, peut-être qu'on donne un antalgique et puis c'est pas le bon. Et on ne réévalue pas forcément. Et il faudrait réévaluer aussi parce que t'as plusieurs paliers et il ne faut pas les assommer non plus »

I13 : « Je pense qu'on ne l'évalue pas suffisamment. »
« [...] montrer au patient ça n'a pas trop d'intérêt parce qu'on a tous un seuil de douleur différent. Par contre, le fait de la réutiliser, heu, là ça peut vraiment nous aider à dire si le traitement antalgique qu'on a mis en place, par exemple, il est efficace, heu... Donc, je pense que ça peut être une bonne... une bonne idée avec certains patients et aussi, mis surtout si on l'utilise de manière chronique. C'est la réévaluation qui pose un petit peu problème. »

C. Les échelles de la douleur par les soignants

Pour évaluer la douleur, il existe différentes échelles telles que l'Algoplus, la Doloplus, l'EVA... Pour autant, à travers les interviews des professionnels de santé, nous pouvons en déduire qu'elles sont très peu utilisées et cela pour plusieurs raisons rapportées. Les motifs évoqués sont que les échelles ne sont pas forcément adaptées, sont trop subjectives, pas assez personnalisées à la personne âgée ou encore à la pathologie.

C.1. Les échelles sont subjectives

I2 : *« parce qu'au final c'est subjectif. Et elles ne sont pas faciles à remplir. »*
« [...] c'est peut-être un peu trop détaillé, plus compliqué encore à trouver les petits points pour dire que la douleur est grande ou moyenne, parce qu'au final c'est subjectif. »

I4 : *« Moi l'échelle j'ai du mal. Pour moi, hein, juste perso, moi j'ai du mal à évaluer ça. Parce que c'est différent d'une personne à une autre parce que c'est subjectif. C'est tellement subjectif d'une personne à l'autre »*

I9 : *« Quand on leur demande « Vous avez mal où ? » etcetera, ils disent mais c'est pas vraiment très précis au niveau du degré et de l'intensité, c'est assez flou quand même. Même si on fait une EVA, donner un chiffre c'est compliqué. Même, des fois, même pour nous c'est compliqué parce que, vous, votre douleur, vous allez la ressentir, pour vous ça va être énorme en fait, et ça va être à 9 alors que moi, ma douleur, la même, peut-être que je vais la ressentir à 4. Donc, c'est vrai que le rapport, en fait, au chiffre et puis à l'intensité des fois c'est pas forcément cohérent. Parce que chacun représente la douleur selon lui, en fait. »*

I12 : *« Moi, je pense pas vraiment parce que c'est vraiment subjectif à une personne. »*

C.2. Elles ne sont pas adaptées et non personnalisées

I2 : « [...] c'est super difficile je trouve à chiffrer »
« Et elles ne sont pas faciles à remplir. [...] Je trouve qu'il n'y a pas d'échelles vraiment nickel, où on est sûrs d'être justes. »
« C'est l'échelle qui n'est pas adaptée du coup on se fie à quelque chose qui n'est pas juste. »

I10 : « Alors, après comme je disais tout à l'heure, je ne suis pas certaine qu'elles soient toujours bien adaptées par rapport à la douleur »

I11 : « Est-ce-qu'elles sont adaptées ? Non. Parce que c'est toujours la même chose mais c'est pas adapté à chaque résident.

C.3. Elles sont utilisées par obligation

I1 : « [...] t'as des feuilles en chambres d'Algoplus, t'as le dossier dans une chemise là, excuse-moi, hein, what the fuck, ça sert à quoi ?

Moi : Parce que du coup, pourquoi tu les utilise alors ?

I1 : Clairement ? Parce qu'on me le demande. »

I11 : « Alors, les outils d'évaluation on les utilise souvent parce que l'une de nous a mis une transmission ou a fait une transmission orale à l'infirmière et que derrière c'est elle qui met une relève comme quoi il y a une échelle de la douleur à remplir. »

C.4. Les soignants utilisent le non-verbal chez une personne âgée non communicante

I2 : « Et après, bah je vois en fonction du faciès, enfin... Si ils sont crispés, tu vois s'ils sont plus détendus c'est qu'ils sont moins douloureux ou si, heu, ils font un mouvement et... Enfin, c'est surtout le geste je pense, l'attitude générale. Pour les personnes âgées, je pense que c'est surtout le faciès je dirais. De moins en moins, comme ils rentrent de plus en plus tard, ils sont de plus en plus grabataires on va dire, maintenant on va plus se fier au faciès »

I4 : « Bah, par exemple, si je vois ma mère en larmes, je sais que là ça va être un 10 tu vois ; elle peut vraiment pas bouger, ou au niveau du visage, enh ! Tu vois son expression ! Tu peux faire vraiment attention à l'expression du visage ; si elle est crispée, si elle est détendue »

I5 : « parce qu'il y a des personnes qui vont peut-être plus crispier le visage par des mimiques, parce qu'une personne âgée qui est normale, quand elle crispe le visage comme ça »

I9 : « c'est vrai qu'on regarde un petit peu selon leur faciès »
« Heu, après, forcément on regarde aussi parce que le physique c'est important, comme je vous disais, au niveau de leur faciès, leur position. »

C.5. Les soignants demandent aux personnes âgées qui peuvent le verbaliser

I4 : « si c'est du genre « ah bah j'ai un peu mal », tu vois. À son intonation de voix, la façon dont elle va te le dire. »

I5 : « La personne peut le verbaliser mais ils en ont pas tous capables. »

I12 : « Quelqu'un qui est tout à fait cohérent et orienté, je vais lui demander verbalement et puis elle va savoir me répondre »

I13 : « Alors, si la personne est entre guillemets apte à... à me renseigner je vais lui poser directement la question, heu, est-ce-que ça lui arrive d'avoir des douleurs ou est-ce-que'elle a mal là actuellement quand je vais la voir. »

D. Le ressenti des soignants quant à la place du médecin traitant dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée

Le médecin traitant est un pivot dans la prise en soin de la personne âgée, notamment dans la prise en charge de la douleur. Nous pouvons voir ici que la démographie actuelle des médecins impacte les soignants qui se sentent parfois impuissants lorsque des besoins se font ressentir pour soulager les résidents. Néanmoins, les soignants restent conscients de la surcharge de travail des médecins traitants.

I1 : *« Mais bon, ça après t'y peux rien parce que, bah, manque de médecins, tout ça et tout. Des fois, tu attends trois mois pour avoir un rendez-vous chez le médecin. »*

« Alors, je sais qu'ils ne peuvent pas toujours se déplacer, mais comment tu peux savoir quel type de douleur c'est, tout ça, si tu viens pas voir le résident ! »

« [...] mais tu es censée évaluer dans ce sens là, mais, ce n'est pas pour vous dénigrer les filles, mais les médecins ils ont quand même des formations et tout ça. T'as des médecins ils ont des D.U. sur la douleur, des D.U. sur les soins pall et ils sont gériatres »

« Bon, après pénurie de médecins tout ça [...] le fait que t'as une surcharge au niveau médecin traitant [...] »

I3 : *« nos résidents, bah si le médecin il lui dit ça, il écoute le médecin en fait. Et puis les familles c'est pareil, elles sont démunies en face de ça, le médecin il a dit ça, bah tant pis le médecin il a dit ça. Le fait que t'as une surcharge au niveau médecin traitant, urgences, bah tu sais que c'est compliqué aussi et qu'en plus de ça c'est polypathologique, heu, que les traitements tu peux pas... Je pense que c'est juste plus compliqué parce que c'est une personne âgée. »*

E. La formation du personnel soignant sur la prise en charge de la douleur

Concernant la formation sur la prise en charge de la douleur, tous les soignants interrogés à ce sujet (dès le cinquième entretien) ont été unanimes : cela serait bénéfique. Trois types de formations sont ressortis des dires des soignants : la formation interne, les jeux de rôles et de mises en situation et la formation sur les techniques non médicamenteuses.

E.1. La formation des professionnels serait bénéfique

I5 : *« Oui. Pour nos résidents et pour le soignant. »*

I12 : *« Ah oui, bien sûr. Bah c'est important de se former. »*

I13 : *« Oui. »*

« [...] et je pense qu'il y a peut-être un manque de formation »

E.2. Formations internes

I1 : *« Mais je pense que il faut qu'on soit formé même si c'est des formations en interne de trois- quatre jours c'est déjà ça. »*

I8 : *« Donc une formation interne où on pourrait s'inscrire et faire tourner l'équipe un maximum. »*

I12 : *« Des formations de quelques jours, quoi, en interne. »*

E.3. Mises en situation

I6 : *« je dirais même des mises en situation parce qu'en fait, je pars du principe que quand on a pas vécu quelque chose, on a du mal à se le transposer. »*

« donc est-ce-qu'une mise en situation de, bah la personne âgée avec ses contraintes de déplacement, une posture peut-être pas adaptée, voilà, est-ce-que ça ça pourrait pas faire un petit électrochoc chez le personnel soignant. »

« Donc, ouais, trouver une espèce de mise en situation où on pourrait... Pas mimer, mais mettre le professionnel en situation de douleur quoi. Ou une mise en situation d'incapacité à faire certaines choses. »

E.4. Techniques non médicamenteuses

I7 : *« Mais après, aujourd'hui, il y a quand même des nouvelles techniques comme par exemple l'hypnose ou des choses comme ça, pourquoi pas y être formée. »*

I11 : *« mais aussi des choses qui pourraient nous aider à soulager plus vite le résident, parce qu'il y a peut-être des choses non médicamenteuses, des approches non médicamenteuses qui pourraient aussi, heu, nous aider nous à le soulager sans pour autant attendre un médecin traitant ou un traitement »*

F. L'influence de la société sur les représentations de la vieillesse pour les soignants

Les soignants se sentent, pour la plupart, influencés par la société à travers différents supports (reportages télé, magazines, la société en général). Très peu d'entre eux estiment ne pas être influencés car connaissent la réalité de terrain. Un tiers d'entre eux sont mitigés sur le sujet, pensent avoir une part d'entre eux influencée, mais l'autre partie d'eux-mêmes pense, ou tout du moins, espère ne pas l'être.

F.1. Les soignants ne sont pas influencés

I9 : *« Bah, non je ne pense pas. Je ne pense pas »*

I11 : « *Par contre, soignant en EHPAD, je pense pas qu'on ait ce regard là, en tout cas je ne l'espère pas parce que ça serait vraiment dommage* »

I12 : « *Moi, personnellement, non. Moi, non* »
« *Et je ne suis pas influencée par les trucs extérieurs, ce qu'on voit à la télé* »

F.2. Les soignants sont influencés

I2 : « *Ah bah ouais ! Complètement !* »
« *Bah si, ça influe complètement ! C'est un tout* »

I4 : « *Ouais, bah probablement, hein. Je pense. Je pense qu'on suit le mouvement en fait. On est dans le moule en fait. Donc, oui, je pense. Je pense qu'elle est influencée, ouais.* »

I8 : « *Bah ouais. Parce que, on fait le 15, ils disent « Quel âge ? », rien que ça, bah ça y est, ils ont déjà l'étiquette. Donc, heu, bah ouais ! Complètement !* »
« *Nan, moi je reste à dire que, qu'on est forcément influencé par la société.* »

I13 : « *Je pense que ça peut être interprété, après peut-être pas par tout le monde, mais je pense qu'on peut être un peu biaisé.* »
« *je pense que oui.* »

F.3. Certains soignants ont un avis mitigés sur ce sujet

I1 : « *Ouais en globalité. Bah, heu, je dirais que oui* »
« *nous en tant que soignants internes on va dire, je pense la société n'a aucun impact* »

I5 : « *Je pense qu'un petit peu mais on essaie de palier quand même, on essaie de se placer en soignant.* »

I7 : « *Bah non, hein. Enfin, oui et non.* »

3. Analyse

Pour cette phase d'analyse, commençons par rappeler la question de recherche qui est « La prise en charge de la douleur par les soignants intervenants en EHPAD sur Bourbourg est-elle influencée par les représentations sociétales de la vieillesse ? ».

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer les représentations des soignants concernant la douleur de la personne âgée au sein des deux EHPAD de la ville de Bourbourg. Suite aux entretiens réalisés, cinq thèmes en ressortent :

1. L'âge est en fonction des capacités physiques, motrices et d'une perte d'autonomie de la personne âgée
2. La prise en charge de la douleur chez la personne âgée
3. Les échelles de la douleur par les soignants
4. Le ressenti des soignants quant à la place du médecin traitant dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée
5. La formation du personnel soignant sur la prise en charge de la douleur

L'hypothèse de départ est : les représentations sociétales influencent la prise en charge de la douleur dans les EHPAD par les soignants.

Suite aux différentes interviews réalisées, nous sommes en mesure de dire que l'hypothèse est validée par la positive par la moitié des interrogés. Vingt-cinq pourcent d'entre eux ont répondu par la négative et l'autre vingt-cinq pourcent d'entre eux avait un avis plutôt mitigé.

Afin de nous rendre compte visuellement de la situation, un graphique a été réalisé. Le voici ci-après :

Répartition de l'avis des professionnels de l'influence sociétale sur le sujet de la vieillesse

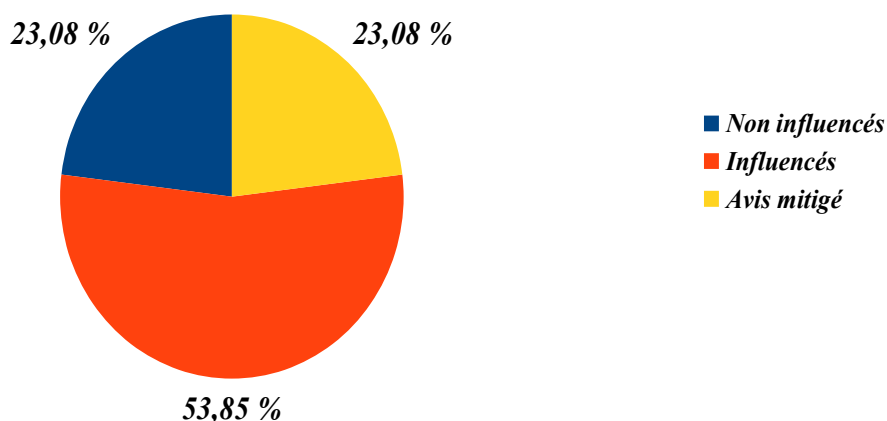


Figure 10: Répartition de l'avis des professionnels sous forme de graphique

Ce graphique nous permet de visualiser que la question de recherche est validée pour un peu plus de la moitié des soignants interrogés. La moitié d'entre eux estime donc être influencés par la société sur la représentation de la personne âgée.

Nous pouvons donc déduire de ces résultats que le concept de l'âgisme, présenté dans l'introduction de ce travail, est positif malgré lui. En effet, les soignants ont rapporté être probablement influencés : « *Ouais, bah probablement, hein. Je pense. Je pense qu'on suit le mouvement en fait. On est dans le moule en fait. Donc, oui, je pense. Je pense qu'elle est influencée, ouais.* » (I4). Les soignants ne font pas de catégorisation d'âge de manière consciente mais semblent malgré tout emportés par ce phénomène sociétal.

Concernant l'utilisation des échelles de la douleur, la plupart des soignants ne les trouvent pas assez personnalisées et adaptées. De plus, beaucoup ont rapporté que celles-ci semblent trop subjectives pour pouvoir être interprétées de manière éclairée.

Si nous nous permettons de reprendre tous ces éléments évoqués par les soignants, nous sommes en mesure de valider partiellement la question de recherche. En effet, près de cinquante-quatre pourcent des soignants ont relaté se sentir influencés par les représentations sociétales de la vieillesse concernant leur prise en charge de la douleur sur la personne vieillissante.

IV. DISCUSSION

1. Synthèse des principaux résultats

La première notion qui émane de ces entretiens concerne la définition de la personne âgée. Ici, nous avons pu voir que la définir n'est pas chose aisée. En effet, cette question a nécessité un temps de réflexion pour chacun des interrogés, voire même une mise en difficulté sur l'instant. Néanmoins, pour la majorité d'entre eux, être une personne âgée se réfère plutôt aux capacités physiques et au maintien ou à la perte de l'autonomie.

Concernant la thématique de la douleur, les soignants relatent que sa prise en charge reste quelque chose de compliqué, avec une subjectivité des échelles de la douleur, que les soignants trouvent non adaptées et non personnalisées. De ce fait, il y a une sous-utilisation de celles-ci ou une utilisation par obligation. De plus, lorsqu'elles sont utilisées, la réévaluation de la douleur n'est, souvent, pas réalisée ensuite et, de ce fait, l'efficacité des antalgiques mis en place n'est pas connue.

Pour terminer la synthèse des résultats, les soignants estiment, pour un peu plus de la moitié d'entre eux, être influencés par la société sur leurs représentations de la personne âgée.

2. Les forces de l'étude

La mise en place d'un guide d'entretien, réajusté après les quatre premiers entretiens pour évoquer le sujet de la formation des professionnels sur le sujet de la douleur, a permis de cibler le discours des interrogés.

Le recrutement des participants de la structure numéro une, s'est fait sur la base du volontariat. Effectivement, les intéressés de la première structure ayant répondu à la suite du courrier diffusé, uniquement les personnes intéressées par le sujet se sont manifestées. De ce fait, celles-ci ont été motivées pour participer à ce travail.

Le choix laissé aux professionnels de santé de la structure numéro une, du lieu des entretiens a permis que ceux-ci se sentent à l'aise dans un lieu qui leur est familier et les fasse se sentir en confiance. Cela a permis que les entretiens soient détendus et que chacun se sente libre d'exprimer pleinement sa pensée.

Pour la structure numéro deux, un bureau a été dédié exclusivement pour la réalisation des entretiens. Ce bureau étant connu des professionnels de la structure, il leur a permis d'être dans un lieu familier, rendant l'exercice moins stressant pour les interrogés.

L'enquêteur étant un membre d'une des deux structures, l'ambiance s'est trouvée détendue tout de suite avec les enquêtés et les intervenants interviewés de la première structure. Concernant la deuxième structure, la mise à disposition d'une salle qui est familière aux interviewés ainsi que la position sociale, la présentation et l'âge de l'enquêteur et des enquêtés a permis une ambiance détendue également.

Lors de la diffusion du courrier aux professionnels, le thème du travail a été annoncé sans en préciser la question de recherche exacte. Ce choix a été fait dans le but de laisser les enquêtés exprimer clairement leur opinion de façon spontanée, sans être influencés par la question de recherche.

3. Les limites de l'étude

Limites imputables à l'enquêteur :

L'enquêteur étant inexpérimenté, certaines données non verbales n'ont pas été retranscrites dans leur totalité.

Les questions ouvertes prévues dans le guide d'entretien permettaient aux interrogés de s'exprimer librement, néanmoins, certaines interventions de l'enquêteur durant les entretiens ont parfois probablement influencé les réponses des enquêtés.

La question de recherche étant assez longue, il a fallu la répéter à plusieurs reprises pour plusieurs interrogés qui perdaient le fil de la question lors de l'énoncé, et, il paraissait, à la première écoute, compliqué d'y répondre.

Le recueil de données, les retranscriptions, l'analyse des données et leur codage ont été réalisés par l'enquêteur dans leur totalité. L'enquêteur a pu interpréter certaines données. Cependant, cette limite a pu être palliée par une triangulation réalisée sur deux entretiens par les enquêteurs Me Sabrina DE BRUYNE et Me Stéphanie LETTREZ.

Limites imputables au recrutement des différents interrogés :

Concernant les interrogés de la structure numéro deux, le recrutement ne s'est pas fait sur la base du volontariat. Après avoir rencontré la personne acceptant de recevoir l'enquêteur, celle-ci a choisi les individus qui participeraient à cette étude. Cela a pu induire une limite dans la sélection.

Malgré ce mode de recrutement, chacun des participants semblait intéressé par le sujet et non réfractaire à participer à ce travail.

Le fait que l'enquêteur soit un salarié de la structure numéro une a pu induire la participation des enquêtés.

Il n'y a qu'un seul médecin généraliste ayant répondu à l'étude, malgré une relance réalisée. La participation de plusieurs médecins généralistes aurait peut-être pu modifier les résultats.

Parmi la catégorie soignante sélectionnée par l'enquêteur, les kinésithérapeutes intervenants dans ces deux EHPAD avaient été sollicités. Malheureusement, aucun d'entre eux n'a trouvé le temps pour participer à ce travail.

Pour terminer, la recherche pour cette étude n'a été portée que sur deux EHPAD faisant partis de la même ville, tout ceci afin de réaliser une étude qui intéressait l'enquêteur pour la faire évoluer au sein de sa future pratique. Pour être vraiment représentatif, ce travail pourrait être réalisé à plus grande échelle, sur les EHPAD et les villes de France, afin de recueillir des données à l'échelle du pays.

4. Les résultats

A. La vision de ce qu'est une personne âgée

Dans notre étude, les professionnels de santé estiment qu'être une personne âgée se réfère surtout aux pertes d'autonomie, de capacités physiques et motrices liée à la vieillesse. Ils considèrent que l'âge dépend avant tout du corps et de ses capacités plutôt qu'à un âge arrêté.

À ce propos, les références scientifiques ont un avis partagé.

Selon l'OMS, « *les personnes sont définies comme « âgées » à partir de l'âge de référence des Nations Unies, c'est-à-dire 60 ans.* ». [24]

Alors que l'HAS ne partage pas la même définition. Pour celle-ci, la définition de la personne âgée dépendra notamment du contexte : « *Le vieillissement est un processus progressif. Ainsi, la fragilité – plus que l'âge de l'état civil – aide à mieux cerner les personnes qui relèvent de la gériatrie* ». Pour autant, l'HAS s'arrête tout de même à donner un âge limite admis à soixante-quinze ans : « *la limite communément admise est 75 ans.* ». [25]

Néanmoins, les autorités, tout comme les soignants, s'accordent à dire que devenir une personne âgée entraîne la survenue d'une perte de capacités. En effet, selon l'OMS : « *Celle-ci (la vieillesse NDLR) entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès.* ». [26]

L'HAS rejoint l'opinion de l'OMS de ce sens-ci : « *Les personnes âgées constituent une population spécifique en raison de la fréquence de polypathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de la prévalence augmentée de fragilité physique, psychique ou socio-économique et du risque de perte d'autonomie et de dépendance* ». [25]

Alors faut-il se limiter à une limite d'âge, aux capacités motrices, physiques et psychologiques présentes ou faut-il prendre ces deux données en compte pour définir la personne âgée ?

Quoiqu'il en soit, tous s'accordent à dire que vieillir reste un processus complexe, dépendant de chaque individu et des pathologies dont il est atteint.

B. La prise en charge de la douleur de la personne âgée et sa complexité

B.1. La douleur de la personne âgée : minimisée ou sous-évaluée ?

Les professionnels de santé rapportent deux faits importants au sujet de la prise en charge de la douleur. La première chose étant que la douleur de la personne âgée serait assez souvent minimisée mais, qu'en plus, elle serait sous-évaluée et surtout non réévaluée. Alors qu'en est-il d'un point de vue scientifique ? Qu'est-il rapporté à ces sujets dans la littérature ?

Dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, G. PICKERING, médecin et professeur de médecine britannique, écrit : « *La prévalence et la complexité de la douleur augmentent chez les personnes âgées. [...] La douleur reste sous-détectée, sous-évaluée et sous-traitée ; les freins doivent être identifiés et des actions mises en œuvre.* » ; « *Elle est complexe et reste sous-détectée, sous-évaluée et sous-traitée : les obstacles doivent être surmontés et des solutions mises en action.* ». [27]

Docteur S. CHAPIRO, gériatre spécialisée dans la médecine de la douleur, écrit dans le magazine Science Direct que : « *Certaines (les personnes âgées, NDLR) ont tendance à être fatalistes vis-à-vis de leurs douleurs, comme s'il était « normal » d'avoir mal quand on est « vieux » et malade.* » [28]. Ici, on peut donc comprendre que même les personnes âgées elles-mêmes sous-estimeraient leur douleur.

Selon les articles sélectionnés ci-dessus, les points de vue scientifiques et celui des professionnels de santé se rejoignent quant à l'avis sur la minimisation et la sous-évaluation de la douleur chez la personne âgée.

Mais sur ce point-ci, l'IPA, de par ses apports théoriques et pratiques, pourrait probablement être une plus-value non négligeable dans la prise en charge de la douleur, notamment chez la personne âgée. En effet, les différents cours abordés lors de la formation nous sensibilisent et nous apprennent à être particulièrement attentifs à la douleur et à la personne âgée. Avoir une IPA au sein des établissements de santé tels que les EHPAD, pourrait améliorer la prise en charge de la douleur de la personne âgée et apporter une aide aux équipes soignantes se sentant parfois dépassées lors de leur pratique quotidienne.

B.2. Les échelles de la douleur sont-elles une aide ou une mise en difficulté ?

Concernant les échelles de la douleur, les enquêtés ont rapporté trois points en particulier. Ils évoquent que ce sont des outils qui restent subjectifs car la douleur elle-même l'est, ils seraient non adaptés et non personnalisés et, pour finir, certains d'entre eux ont même rapporté l'utiliser par obligation. Si l'on confronte ces points de vue à celui de la littérature, qu'en est-il ?

Selon le Docteur S. CHAPIRO : « *L'évaluation de la douleur est une étape indispensable à son soulagement.* » ; « *Faire le diagnostic de la douleur est une étape indispensable à sa prise en charge thérapeutique. Son évaluation au sens large (existence, causes, mécanismes) est donc essentielle.* ». [28]

V. LEGOUT et D. MOYSE quant à eux rapportent que : « *Le caractère subjectif de la douleur pose un problème pour le praticien en raison de la diversité de la plainte, du contexte clinique et des pathologies associées. La douleur doit être évaluée à la fois à un moment donné et au cours de son évolution afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients.* » [29]. Ce document nous rend compte qu'effectivement la douleur ainsi que son évaluation sont subjectives et que cela rend l'exercice parfois compliqué. De plus, il est nécessaire d'après ce qu'écrit précédemment, que l'évaluation soit faite sur un temps donné, à un moment particulier. Ce qui peut être compliqué à réaliser dans la réalité de terrain.

De la société savante pour le traitement de la douleur chez l'enfant, il est dit de la douleur de manière générale que : « *La douleur est une expérience subjective et individuelle. Elle est variable d'un enfant à l'autre comme elle est variable d'un adulte à l'autre. De même que nous sommes plus ou moins frileux, nous sommes inégaux face à la douleur. Cependant des échelles objectives existent qui permettent de quantifier la douleur.* ». [30]

Le point de vue des professionnels de santé diffère quelque peu de celui écrit dans la littérature. En effet, les interrogés disent que la douleur est subjective mais également les outils d'évaluation. Dans la littérature, la douleur est effectivement considérée comme subjective mais les outils d'évaluation de celle-ci sont notés comme objectifs. Qui plus est, les scientifiques estiment que faire l'évaluation de cette douleur est une « *étape indispensable à sa prise en charge thérapeutique* ». [28]

Une enquête à plus grande échelle nous permettrait-elle de faire la lumière sur ce point en particulier ? L'IPA n'aurait-elle pas un rôle à jouer dans la mise en place et l'utilisation de ces outils d'évaluation ? Ou faudrait-il en créer en fonction du type de lieu ou de pathologie afin de faciliter la mise en place et l'utilisation de ceux-ci dans les établissements de soins ?

B.3. L'impact de la douleur sur la personne âgée

Sur cette thématique, les enquêtés se sont accordés pour dire que la douleur physique occasionne un retentissement sur la santé psychologique de la personne âgée. Qu'en pensent les scientifiques ?

Le Docteur S. CHAPIRO évoque quant à elle la qualité de vie de la personne âgée : « *La prévalence de la douleur au cours de la vieillesse est élevée, ce qui peut affecter la qualité de vie des personnes âgées.* » ; « *Pourtant, leur intensité et leur chronicité peuvent avoir des conséquences non négligeables sur la qualité de vie des personnes âgées et sont des facteurs de risques de morbi-mortalité : augmentation du risque de chutes, majoration des troubles cognitifs, etc.* ». [28]

G. PICKERING, quant à lui, relate : « *Elle (la douleur, NDLR) affecte de nombreux aspects de la vie quotidienne, tant au niveau individuel que sociétal.* » ; « *La douleur interfère avec les activités quotidiennes, avec la mobilité et les aspects fonctionnels et elle a un impact délétère sur la cognition et les émotions.* ». [27]

Selon la Société Française de Médecine d'Urgence, la douleur : « *s'accompagne alors d'anxiété, d'insomnie, de perte d'autonomie, de détérioration de la qualité de vie, souvent associés à un sentiment d'abandon et/ou d'insécurité.* ». [31]

De par ces différents propos, et d'après les dires des interrogés, la douleur aurait effectivement un impact non négligeable sur différents aspects de la vie de la personne âgée. Elle aurait en premier lieu, un impact sur la santé psychologique des personnes vieillissantes si l'on se réfère aux professionnels de santé. En second lieu, il est rapporté par les scientifiques qu'elle a des conséquences sur la qualité de vie de la personne et aussi sur les risques de morbi-mortalité, pouvant mener à une cascade gériatrique particulièrement

délétère. Elle empêche les individus de mener leurs activités quotidiennes à bien et entraîne une perte d'autonomie.

Après avoir travaillé sur ces trois points précis, nous pouvons donc en déduire qu'il reste des progrès à faire en matière de prise en charge de la douleur, notamment celle de la personne âgée, afin d'améliorer et de faire évoluer nos prises en soin. L'implantation des IPA dans différents lieux de soin permettrait-elle d'améliorer la prise en charge de la douleur ?

C. La formation du personnel, une des clés de la prise en charge de la douleur de la personne âgée

Les professionnels de santé ont tous répondu favorablement à la question concernant la formation du personnel sur la douleur. Tous pensent que mettre en place des formations, internes, de mises en situation ou d'apprentissage de nouvelles techniques non médicamenteuses, seraient bénéfiques pour prendre en soin un patient souffrant de douleurs. De plus, les interrogés seraient satisfaits de recevoir une formation dans le cadre de leur exercice professionnel. Dans la littérature, qu'est-il évoqué à ce sujet ?

Dans son article, le Docteur S. CHAPIRO évoque quelque peu le sujet en relatant : *« Le recours systématique à des échelles validées, par des soignants sensibilisés et formés, permet d'optimiser son dépistage (celui de la douleur, NDLR) dans des contextes pathologiques ou des soins habituellement pourvoyeurs de douleur ou encore dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle. » ; « Une formation spécifique est utile pour que les soignants s'approprient une échelle et l'utilisent régulièrement . »* [28]. D'après l'auteure, un personnel soignant formé permettrait de repérer les personnes douloureuses, de veiller à une bonne appropriation ainsi qu'à la bonne utilisation des échelles.

Dans la revue littéraire Cairn Info, le personnel sollicité avait répondu favorablement en totalité à la campagne de recherche « Vers un milieu de vie sans douleur ». À ce sujet il est écrit : *« Lors des formations, l'ensemble du personnel soignant a favorablement répondu à notre campagne et a manifesté une écoute nouvelle de la douleur des résidents grâce à l'utilisation des signes cliniques et des échelles d'hétéro évaluation. Ces outils ont été bien*

acceptés par le personnel soignant et ont permis d'instaurer une belle collaboration entre le personnel soignant et les médecins traitants, lesquels ont bien reçu les informations et ce nouveau mode de travail. La dynamique de cette campagne n'a pas seulement touché le personnel soignant, mais également toutes les autres catégories du personnel qui ont apporté, en fonction de leur compétence, leur contribution à la campagne. » [32].

Nous pouvons donc voir qu'après une campagne menée, le personnel soignant fut également volontaire aux formations traitant le sujet de la douleur. Cela a, de plus, permis une collaboration entre les équipes soignantes et les médecins traitants participants à ce projet. La collaboration médecin traitant/IPA présenterait-elle un bénéfice dans les actions à mener pour la prise en charge de la douleur de la personne âgée en EHPAD ?

D. Les perspectives de l'étude

D.1. Les perspectives cliniques

Dans le domaine clinique, ce travail pourrait amener une amélioration de la prise en soin des résidents au sein des EHPAD. En effet, cette étude pourrait permettre une prise de conscience concernant l'enjeu du repérage et de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. Si cela se concrétiserait, les résidents auraient possiblement une meilleure prise en charge de leur douleur et, donc, moins d'effets délétères reliés à celle-ci.

Pour les résidents en capacité de quantifier leur douleur, une mise en place d'ateliers d'ETP pourrait être judicieuse. En effet, ce genre d'ateliers pourrait leur apprendre à remplir les échelles d'auto-évaluation, de comprendre l'enjeu de soulager la douleur pour leur santé physique et psychologique et d'ainsi aider les soignants dans leur propre prise en soin.

D.2. Les perspectives dans les pratiques professionnelles

Pour les professionnels, il semblerait que les échelles d'évaluation de la douleur ne soient pas utilisées ou sont jugées fastidieuses à remplir. Qu'en serait-il de l'utilisation de ces outils si ceux-ci seraient créés par les professionnels de santé eux-mêmes ? Cette création par les soignants permettrait-elle une utilisation régulière ainsi qu'une réévaluation

post-traitement ? Les soignants se sentant sollicités et impliqués dans cet exercice seraient-ils plus réceptifs à l'utilisation de leur échelle ?

Nous pouvons imaginer que les soignants étant les créateurs de leur échelle, ils trouveraient l'exercice de remplissage moins fastidieux qu'il ne semble l'être à ce jour. De ce fait, cela pourrait leur sembler être moins contraignant à réaliser et le suivi de la douleur des résidents serait donc plus simple à mettre en œuvre.

À travers ce travail, nous pouvons voir que les professionnels de santé ressentent un manque de formation concernant le champ de la douleur. Ils semblent être en demande de formations, ne seraient-ce qu'internes, pour appréhender les outils d'évaluation ainsi que leur compréhension et ainsi gagner du temps au moment de leur utilisation.

D.3. Les perspectives pour l'IPA

Concernant la pratique avancée de l'infirmière, l'implantation des IPA dans les EHPAD pourrait probablement être un des leviers dans la problématique de la prise en charge de la douleur au sein des EHPAD. Effectivement, l'IPA de par son champ de compétences acquis, peut évaluer l'état de santé des personnes qui lui sont confiées par le médecin de celles-ci. Elle peut mettre en place des évaluations dans le domaine de la douleur et sa réévaluation. En parallèle, elle peut renouveler et adapter les traitements médicamenteux, y compris les antalgiques.

De plus, sa compétence en leadership clinique lui permet d'accompagner ses équipes soignantes dans la mise en œuvre de certaines pratiques et formations. Elle peut organiser des formations internes dans la structure dans laquelle elle intervient. Cela pourrait donc permettre à celle-ci d'aider les professionnels de santé dans la compréhension et la mise en œuvre des échelles d'évaluation de la douleur et de son repérage.

Son exercice en partenariat avec le cadre de santé, le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur de l'établissement pourrait permettre un relais entre ces différents intervenants. Ceci dans le but d'optimiser les prises en soin des résidents de la structure, de rendre la communication plus facilitatrice et améliorer la collaboration entre les différents personnels prenant en soin les personnes âgées de l'établissement.

L'IPA aurait donc un rôle dans la coordination, permettant une fluidité dans les soins auprès de la population gériatrique des EHPAD.

L'implantation des IPA dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes pourrait représenter un enjeu public dans les années à venir. En effet, le vieillissement de la population s'accroissant au fil des années, nous pourrions imaginer une fréquentation de ces structures en augmentation dans les années à venir. De ce fait, l'IPA aurait une place non négligeable auprès des résidents de ces structures pour améliorer les prises en soin des personnes âgées et auprès des professionnels de santé intervenants afin d'optimiser la coordination entre ces différents acteurs.

D.4. Les perspectives envisageables pour la recherche

Les professionnels de santé semblent penser que les outils d'évaluation de la douleur seraient trop impersonnels et trop subjectifs pour pouvoir être utilisés à bon escient et répondre aux critères de douleur frappant les personnes âgées. Il aurait été pertinent de réaliser une étude multicentrique, à plus grande échelle, sur une durée plus longue. Ceci permettrait d'interroger des professionnels de santé de plusieurs EHPAD afin de recueillir leur avis sur le sujet et de voir si ce ressenti se vérifierait à l'échelle nationale.

De plus, cette étude démontre que l'IPA aurait une place non négligeable dans le secteur de la recherche, et notamment dans la recherche concernant les soins de premiers recours.

Ce travail de recherche pourrait faire l'objet d'une suite si un IePA ou un étudiant en médecine le souhaitait. La reprendre afin de continuer l'investigation de la prise en charge de la douleur sur le terrain à travers la méthode du focus group semblerait être une méthode adaptée. En effet, cela permettrait de recueillir ce que les professionnels de santé trouveraient nécessaire et adapté dans un outil d'évaluation de la douleur.

V. CONCLUSION

L'expérience des soignants faisant partis des EHPAD leur permet d'être soucieux du bien-être de la personne âgée et attentifs à leurs besoins et envies. Pour autant, le regard de la société sur la personne âgée semblerait tout de même avoir une influence dans leur prise en soin pour la moitié d'entre eux.

D'après les interviewés, il semblerait que les professionnels de santé souhaiteraient être accompagnés de formations continues, notamment sur les techniques non médicamenteuses, pour comprendre et soulager, autant que faire se peut, leurs résidents souffrant de douleurs, qu'elles soient aiguës ou chroniques.

En effet, la formation professionnelle continue permettrait aux soignants de connaître les dernières techniques concernant la prise en charge de la douleur et, possiblement, de se sentir moins impuissants face à cette dite prise en charge.

En outre, au vu de l'étude obtenue, il nous semblerait ici judicieux d'étendre la recherche à une échelle plus étendue, départementale, voire régionale afin d'obtenir un échantillon plus représentatif de la communauté soignante. Cela nous permettant probablement de voir si les soignants, en fonction de leur territoire d'activité, partagent les mêmes opinions concernant les besoins de formation et d'accompagnement pour la prise en soin de leurs résidents.

L'implantation des IPA au sein des EHPAD pourrait être une plus-value dans la prise en charge de la douleur. En effet, la formation d'IPA nous amène beaucoup d'apports théoriques concernant la personne âgée et la douleur. Celle-ci nous donne l'occasion d'être plus alerte concernant ces deux thématiques, elle nous permet de comprendre que la douleur de la personne âgée n'est pas chose normale. Elle ne doit donc pas être sous-évaluée et être soulagée.

De plus, le leadership clinique acquis pendant ces deux années d'études pourrait donner lieu à la création d'un protocole de prise en charge de la douleur en collaboration avec les médecins intervenants dans les structures et/ou avec le médecin coordonnateur. La réalisation de micro-formations à l'initiative de l'IPA afin d'aider ses équipes à la compréhension et au remplissage des échelles de la douleur pourrait également être un bénéfice pour appréhender la prise en soin de la personne âgée au sein des EHPAD.

Références bibliographiques

1. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 28 avr 2025]. La douleur : de quoi parle-t-on ? Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur-de-quoi-parle-t-on>
2. CNRD : Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur - 2017 [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.cnrdr.fr/>
3. Échelles douleur [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/echelles-douleur/>
4. echelle-EVA.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Pages/patients-visiteurs/Engagements-du-CHU/CLUD/Echelles/echelle-EVA.pdf>
5. notice_-_echelle_numerique.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/notice_-_echelle_numerique.pdf
6. Les échelles de la douleur -Adulte - Echelles d'auto évaluation | SFAP - site internet [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-auto-evaluation>
7. echelle-algoplus.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Pages/patients-visiteurs/Engagements-du-CHU/CLUD/Echelles/echelle-algoplus.pdf>
8. L'échelle Doloplus - Doloplus [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://doloplus.fr/lechelle-doloplus/>
9. doloplus-fr.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.doloplus.fr/pdf/doloplus-fr.pdf>
10. echelleecpa.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Pages/patients-visiteurs/Engagements-du-CHU/CLUD/Echelles/echelleecpa.pdf>
11. Larousse, É. (s. d.). *Définitions : fragilité - Dictionnaire de français Larousse*. [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fragilit%C3%A9/34950>
12. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) [Internet]. 2018 [cité 28 avr 2025]. Fragilité des personnes âgées : un programme de dépistage inédit dans le monde – SFGG. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/fragilite-des-personnes-agees-un-programme-de-depistage-inedit-dans-le-monde/>

13. L'âgisme, un enjeu mondial de santé publique (OMS et ONU) | l'Observatoire de l'Âgisme [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://agisme.net/l-agisme-un-enjeu-mondial-de-sante-publique-oms-et-onu/>
14. Les EHPAD [Internet]. 2025 [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/undefinedvivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>
15. AAS22-Fiche 18 - Les établissements d'hébergement pour personnes âgées.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS22-Fiche%2018%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.pdf>
16. CARTE BOURBOURG : cartes de Bourbourg 59630 [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.cartesfrance.fr/Bourbourg-59630/carte-Bourbourg.html>
17. Dossier complet – Commune de Bourbourg (59094) | Insee [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-59094&chiffre-cle-1>
18. À Bourbourg, la Fondation Schadet Vercoustre s'agrandit - Nord Info [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://info.lenord.fr/bourbourg--la-fondation-schadet-vercoustre-sagrandit>
19. Maisons de retraite [Internet]. Ville de Bourbourg. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.bourbourg.fr/vivre-a-bourbourg/solidarite-et-social/maisons-de-retraite/>
20. Présentation du personnel médical en maison de retraite : Une équipe au service des seniors - Maisons de Famille [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.maisonsdefamille.com/presentation-du-personnel-medical-en-maison-de-retraite-une-equipe-au-service-des-seniors/>
21. Zonage des médecins généralistes du Nord - ARS Hauts de France. [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2020-01/Nord_ZIP_ZAC_ZAR_0.pdf
22. Les zones sous-denses en médecins – Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>
23. La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier aux compétences élargies | National [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies#%3A~%3Atext%3DLa%20pratique%20avanc%C3%A9e%20infirmi%C3%A8re%2C%20c%2Cde%20la%20prescrire%20d%27embl%C3%A9>

24. WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67758/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf%3Bjsessionid%3D25CD80017DAD3432FEA86315C999F4D6?sequence=1
25. fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf
26. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
27. Pickering G. Spécificités de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 mai 2023;207(5):661-9.
28. Chapiro S. Évaluation de la douleur de la personne âgée. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. 1 juin 2021;22(3):133-9.
29. Legout V, Moyse D. Douleur chronique: Recommandations cliniques et méthodes d'évaluation. Revue. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 1 avr 2006;7(2, Part 1):63-7.
30. Les bases de l'évaluation – Pediadol [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://pediadol.org/les-bases-de-levaluation/>
31. Humeau A, Croguennec Y, Jaffrelot M. La douleur chez la personne âgée.
32. Métrailler A, Vocat A, Epiney A, Mabillard F, Pasche R, Rey L, et al. « Vers un milieu de vie sans douleur ». :Une équipe se mobilise et se donne les moyens de la clinique pour soulager et combattre la douleur des personnes âgées en EMS. InfoKara. 2007;22(3):63-7.

Table des matières

Remerciements	
Glossaire	
Sommaire	
Résumé.....	1
Avant-propos.....	2
I. INTRODUCTION THÉORIQUE.....	4
II. MÉTHODE.....	17
1. Choix du type d'étude.....	17
2. Le recrutement.....	17
3. Démarches administratives.....	18
4. Recueil de données.....	19
III. RÉSULTATS ET ANALYSE.....	23
1. Description de l'échantillon.....	23
2. Résultats.....	24
A. L'âge est en fonction des capacités physiques, motrices et d'une perte d'autonomie de la personne âgée.....	24
B. La prise en charge de la douleur chez la personne âgée.....	25
B.1. Impression générale : la douleur, une prise en charge compliquée... il reste des progrès à faire.....	25
B.2. La prise en charge de la douleur n'est pas la même selon l'âge de la personne.....	26
B.3. Il y a la douleur physique, mais aussi la douleur psychologique.....	26
B.4. La douleur de la personne âgée est minimisée.....	27
B.5. Le choix des antalgiques chez la personne âgée est essentiel.....	28
B.6. La réévaluation de la douleur n'est pas faite.....	28
C. Les échelles de la douleur par les soignants.....	29
C.1. Les échelles sont subjectives.....	29
C.2. Elles ne sont pas adaptées et non personnalisées.....	30
C.3. Elles sont utilisées par obligation.....	30
C.4. Les soignants utilisent le non-verbal chez une personne âgée non communicante.....	30
C.5. Les soignants demandent aux personnes âgées qui peuvent le verbaliser.....	31
D. Le ressenti des soignants quant à la place du médecin traitant dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée.....	32
E. La formation du personnel soignant sur la prise en charge de la douleur.....	33
E.1. La formation des professionnels serait bénéfique.....	33
E.2. Formations internes.....	33
E.3. Mises en situation.....	33
E.4. Techniques non médicamenteuses.....	34
F. L'influence de la société sur les représentations de la vieillesse pour les soignants.....	34
F.1. Les soignants ne sont pas influencés.....	34
F.2. Les soignants sont influencés.....	35
F.3. Certains soignants ont un avis mitigés sur ce sujet.....	35
3. Analyse.....	36
IV. DISCUSSION.....	38
1. Synthèse des principaux résultats.....	38
2. Les forces de l'étude.....	38

3. Les limites de l'étude.....	39
4. Les résultats.....	40
A. La vision de ce qu'est une personne âgée.....	40
B. La prise en charge de la douleur de la personne âgée et sa complexité.....	42
B.1. La douleur de la personne âgée : minimisée ou sous-évaluée ?.....	42
B.2. Les échelles de la douleur sont-elles une aide ou une mise en difficulté ?.....	43
B.3. L'impact de la douleur sur la personne âgée.....	44
C. La formation du personnel, une des clés de la prise en charge de la douleur de la personne âgée.....	45
D. Les perspectives de l'étude.....	46
D.1. Les perspectives cliniques.....	46
D.2. Les perspectives dans les pratiques professionnelles.....	46
D.3. Les perspectives pour l'IPA.....	47
D.4. Les perspectives envisageables pour la recherche.....	48
V. CONCLUSION.....	49
Références bibliographiques.....	I
Table des matières.....	IV
Liste des figures.....	VI
Liste des tableaux.....	VII
Annexes.....	VIII
Annexe 1 : Échelle Visuelle Analogique.....	IX
Annexe 2 : Échelle Numérique.....	X
Annexe 3 : Échelle Visuelle Simple.....	XI
Annexe 4 : Échelle Algoplus.....	XII
Annexe 5 : Échelle Doloplus.....	XIII
Annexe 6 : Échelle Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée.....	XIV
Annexe 7 : Mail de diffusion aux professionnels de santé.....	XV
Annexe 8 : Guide d'entretien version 1.....	XVI
Annexe 9 : Guide d'entretien version 2.....	XVII
Annexe 10 : Formulaire de consentement de participation à l'étude et certificat d'anonymat.....	XVIII
Annexe 11 : Verbatim accessible par QR code.....	XIX
Annexe 12 : Codage du Verbatim accessible par adresse URL.....	XX
Annexe 13 : Grille COREQ.....	XXI
Quatrième de couverture.....	XXIV

Liste des figures

Figure 1 : Échelle Visuelle Analogique (Annexe 1).....	6
Figure 2 : Échelle Numérique (Annexe 2).....	7
Figure 3 : Échelle Verbale Simple (Annexe 3).....	7
Figure 4 : Échelle Algoplus (Annexe 4).....	8
Figure 5 : Échelle Doloplus (Annexe 5).....	9
Figure 6 : Échelle Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée (Annexe 6).....	10
Figure 7 : Carte en relief de la commune de Bourbourg.....	13
Figure 8 : Interface de la structure numéro 1.....	14
Figure 9 : Interface de la structure numéro 2.....	14
Figure 10 : Répartition de l'avis des professionnels sous forme de graphique.....	37

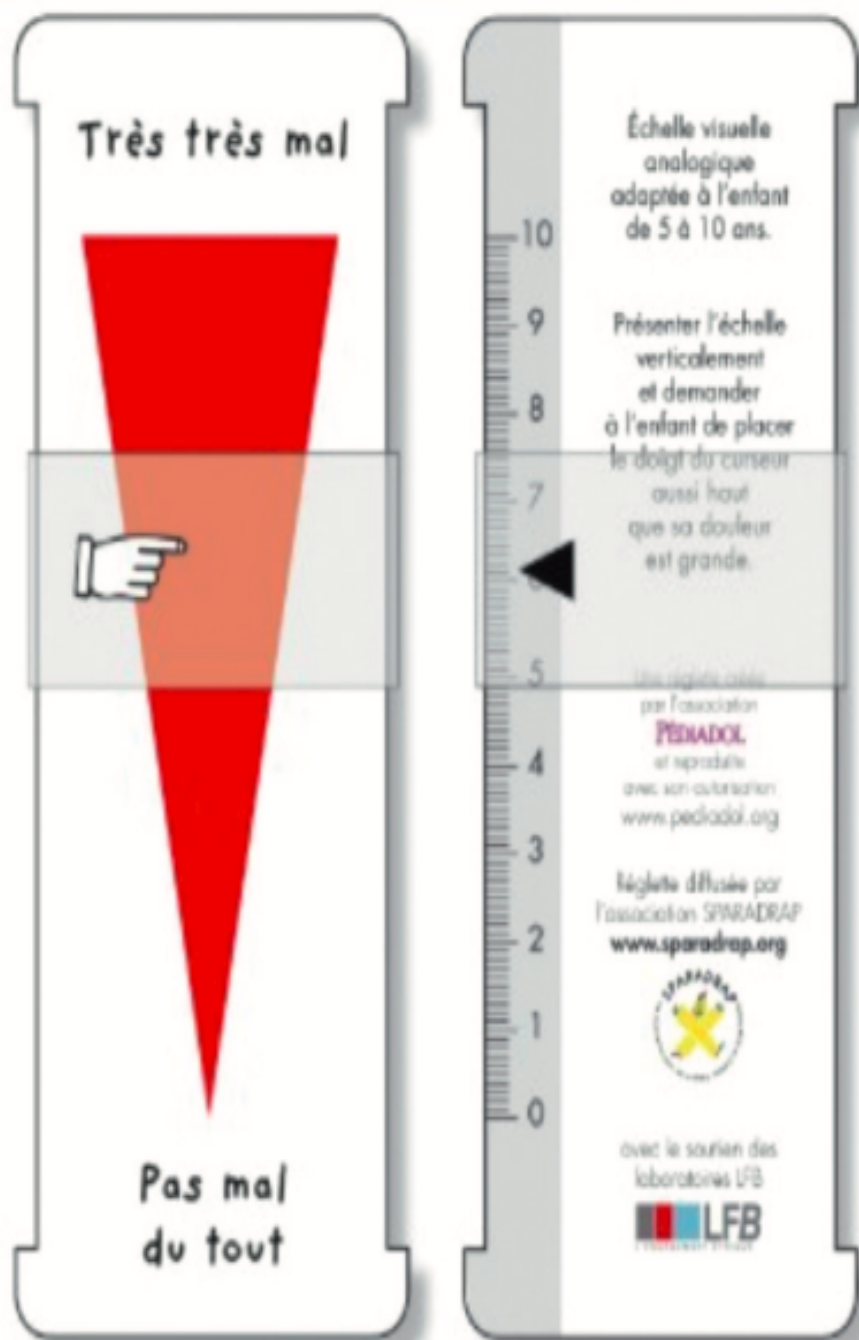
Liste des tableaux

Tableau 1 : Population par grandes tranches d'âge sur la commune de Bourbourg. Source INSEE.....	13
Tableau 2 : Échantillon interrogé par l'enquêteur.....	23

Annexes

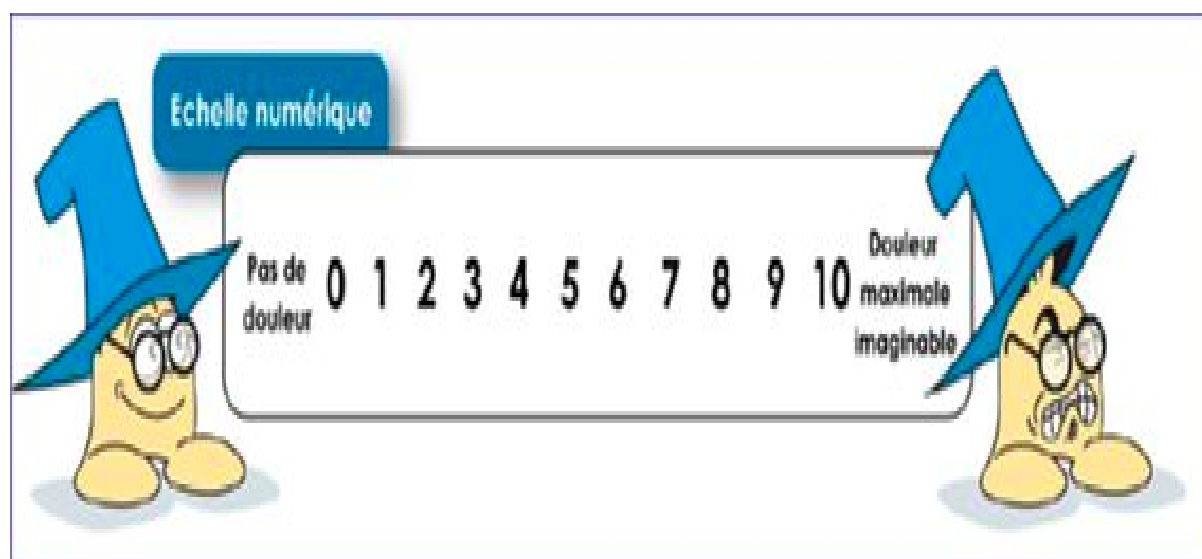
- Annexe 1 : Échelle Visuelle Analogique
- Annexe 2 : Échelle Numérique
- Annexe 3 : Échelle Visuelle Simple
- Annexe 4 : Échelle Algoplus
- Annexe 5 : Échelle Doloplus
- Annexe 6 : L'Échelle Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée
- Annexe 7 : Mail de diffusion aux professionnels de santé
- Annexe 8 : Guide d'entretien version 1
- Annexe 9 : Guide d'entretien version 2
- Annexe 10 : Formulaire de consentement de participation à l'étude et certificat d'anonymat
- Annexe 11 : Verbatim par QR code
- Annexe 12 : Codage du Verbatim accessible par adresse URL
- Annexe 13 : Grille COREQ

Annexe 1 : Échelle Visuelle Analogique



© Association SPARADRAP

Annexe 2 : Échelle Numérique



Annexe 3 : Échelle Visuelle Simple

Douleur Au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les huit derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

Annexe 4 : Échelle Algoplus

date										
heure										
	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 "Aie", "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	
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 :	
La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter «oui » Chaque item coté "oui" est compté 1 point										

Annexe 5 : Échelle Doloplus

ECHELLE DOLOPLUS					
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE					
NOM :		Prénom :		DATES	
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas 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	• pas 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 (atone, 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 motrice)	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 (repas, 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 6 : Échelle Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée

ÉCHELLE COMPORTIMENTALE DE LA DOULEUR élaborée et validée pour évaluer la douleur chez une personne âgée ayant des difficultés de communication Dès le score de 6 sur 32 : c'est le signe d'une forte suspicion de douleur NB : l'évaluation par cette échelle s'effectue au lit du patient par plusieurs soignants									
JOUR									
HEURE									
1. OBSERVATION AVANT LES SOINS									
EXPRESSION DU VISAGE : regard et mimique									
0 : visage détendu									
1 : visage soucieux									
2 : le sujet grimace de temps en temps									
3 : regard effaré et/ou visage crispé									
4 : expression complètement figée									
POSITION SPONTANÉE AU REPOS (recherche d'une attitude ou position antalgique)									
0 : aucune position antalgique									
1 : le sujet évite une position									
2 : le sujet choisit une position antalgique									
3 : le sujet recherche sans succès une position antalgique									
4 : le sujet reste immobile comme cloué par la douleur									
MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)									
0 : le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*									
1 : le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements									
2 : lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*									
3 : immobilité contrairement à son habitude*									
4 : absence de mouvements** ou forte agitation contrairement à son habitude*									
* se référer aux jours précédents ** ou prostration NB : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle									
RELATION A 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 : indifférence totale contrairement à l'habitude*									
* se référer aux jours précédents									
2. OBSERVATION PENDANT LES SOINS									
ANTICIPATION ANXIEUSE AUX SOINS									
0 : le sujet ne montre pas d'anxiété									
1 : angoisse du regard, impression de peur									
2 : sujet agité									
3 : sujet agressif									
4 : cris, soupirs, gémissements									
REACTIONS PENDANT LA MOBILISATION									
0 : le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière									
1 : le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins									
2 : le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins									
3 : le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins									
4 : le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins									
REACTIONS PENDANT LES SOINS DES ZONES DOULOUREUSES									
0 : aucune réaction pendant les soins									
1 : réaction pendant les soins, sans plus									
2 : réaction au TOUCHER des zones douloureuses									
3 : réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses									
4 : approche des zones impossible									
PLAINTES EXPRIMÉES PENDANT LES SOINS									
0 : le sujet ne se plaint pas									
1 : le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui									
2 : le sujet se plaint dès la présence du soignant									
3 : le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée									
4 : le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée									
SCORE TOTAL									

Évaluation et prise en charge de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication - ADAPTS - octobre 2020 - À usage interne pour tous les personnels intervenant auprès des patients

Annexe 7 : Mail de diffusion aux professionnels de santé

Bonjour à toutes et tous,

Je m'appelle Betty BREBANT, je suis infirmière à la Fondation Schadet Vercoustre et je prépare le diplôme d'Infirmière en Pratique Avancée (IPA). Afin de valider la formation, je réalise un travail de recherche au sujet de la prise en charge de la douleur en EHPAD.

Il m'est nécessaire de réaliser des entretiens individuels avec différents professionnels de santé intervenant en EHPAD. Le temps d'un entretien est estimé à 30/45 minutes.

Les entretiens seront, avec votre accord, enregistrés, anonymisés puis détruits à la fin de la soutenance.

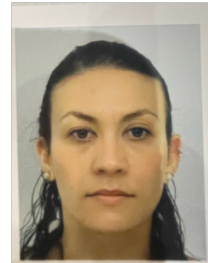
Si vous êtes intéressés pour participer à ce projet, merci de me contacter soit à cette adresse mail : betty.brebant@wanadoo.fr ou sur mon numéro personnel : 06-76-42-67-49.

Si vous désirez connaître les résultats de ce travail, ils pourront vous être transmis.

En vous remerciant par avance de l'intérêt que vous porterez à ce message.

Bien cordialement,

Betty BREBANT



Annexe 8 : Guide d'entretien version 1

Présentation de la thématique

Présentation de l'enquêteur

Présentation de la thématique

Raison du choix de la thématique

Explication de l'étude

Durée de l'entretien

Questions de présentation de l'interrogé

Sexe : Âge : Fonction :

Ancienneté dans l'exercice de sa profession :

Diplômes éventuels dans le domaine de l'algologie :

Questions abordées

1. Que veux dire pour vous être une « personne âgée » ?
2. Que pensez-vous de la façon dont la douleur est prise en charge chez la personne âgée ?
3. Comment faites-vous pour évaluer la douleur de la personne que vous prenez en soins ?
- 4.1. Si réponse abordant des outils d'évaluation : pourquoi les utilisez-vous ? Pensez-vous qu'ils soient suffisants et adaptés ?
- 4.2. Si réponse n'abordant pas les outils d'évaluation : pensez-vous que l'utilisation des échelles de la douleur soit adaptée pour évaluer cette douleur ?
5. Pensez-vous que la prise en charge de la douleur soit la même pour la population âgée que pour la population jeune ?

La question de recherche

Selon vous, pensez-vous que la prise en charge de la douleur par les soignants intervenants en EHPAD est influencée par les représentations sociétales de la vieillesse ?

Question ouverte

Désirez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 9 : Guide d'entretien version 2

Présentation de la thématique

Présentation de l'enquêteur

Présentation de la thématique

Raison du choix de la thématique

Explication de l'étude

Durée de l'entretien

Questions de présentation de l'interrogé

Sexe : Âge : Fonction :

Ancienneté dans l'exercice de sa profession :

Diplômes éventuels dans le domaine de l'algologie :

Questions abordées

1. Que veux dire pour vous être une « personne âgée » ?
2. Que pensez-vous de la façon dont la douleur est prise en charge chez la personne âgée ?
3. Comment faites-vous pour évaluer la douleur de la personne que vous prenez en soins ?
- 4.1. Si réponse abordant des outils d'évaluation : pourquoi les utilisez-vous ? Pensez-vous qu'ils soient suffisants et adaptés ?
- 4.2. Si réponse n'abordant pas les outils d'évaluation : pensez-vous que l'utilisation des échelles de la douleur soit adaptée pour évaluer cette douleur ?
5. Pensez-vous que la prise en charge de la douleur soit la même pour la population âgée que pour la population jeune ?
6. Pensez-vous que la formation des professionnels pourrait-être un avantage pour appréhender la prise en charge de la douleur ?

La question de recherche

Selon vous, pensez-vous que la prise en charge de la douleur par les soignants intervenants en EHPAD est influencée par les représentations sociétales de la vieillesse ?

Question ouverte

Désirez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 10 : Formulaire de consentement de participation à l'étude et certificat d'anonymat

**Formulaire de consentement de participation à l'étude de Melle BREBANT Betty
et certificat d'anonymat**

Je soussigné(e),, accepte de participer à l'entretien individuel mené par Melle BREBANT Betty, et d'être enregistré(e) sous format audio et/ou vidéo pour l'étude sur la prise en charge de la douleur en EHPAD.

Melle BREBANT Betty m'assure l'anonymat de l'entretien et la destruction des données après la soutenance de mémoire.

Le, à

Signature :

Annexe 11 : Verbatim accessible par QR code



Annexe 12 : Codage du Verbatim accessible par adresse URL

<https://drive.google.com/file/d/1Z9YQFhBMz9yswgKuTogB1HfVE-mNtDRb/view>

Annexe 13 : Grille COREQ

Numéro	Item	Guides questions/ Description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
Betty BREBANT	Enquêteur	Quel(s) auteurs a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Validation master 2 IPA	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
Initiation à la recherche	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme
Novice	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
Une partie oui Une partie non	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
Statut au moment de l'interview	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?
IDE en cours de master 2	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
Théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
Sélection des participants		
Échantillonnage aléatoire simple	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?
Treize	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
Zéro	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
Au sein de deux EHPAD différents	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?
Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

Professionnels de santé intervenants en EHPAD	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Recueil de données		
Oui	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
Non	Entretien répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
Audio sur dictaphone	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
Oui	Note de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Entre 11 et 42 minutes	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Oui	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse des résultats		
Analyse des données		
Deux	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
Oui	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
Libre Office	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
Oui	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Rédaction		
Oui Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? chaque citation était-elle identifiée ?
Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Quatrième de couverture

AUTEUR : BREBANT

Betty

Date de soutenance : 03 juillet 2025

Titre du mémoire : L'influence de l'âgisme dans la prise en charge de la douleur en EHPAD

Sous-titre : La prise en charge de la douleur par les soignants intervenant en EHPAD sur Bourbourg est-elle influencée par les représentations sociétales de la vieillesse ?

Mots-clés libres : Âgisme, EHPAD, douleur, personnes âgées, outils d'évaluation, formation

Résumé

Introduction : Le vieillissement de la population a pour conséquence une occupation des EHPAD et une prise en charge de la douleur de plus en plus conséquentes. Les soignants des EHPAD sont-ils influencés par la société sur leur prise en charge de la douleur ?

Méthodologie : Étude qualitative par entretiens individuels, multicentrique, ciblant deux EHPAD sur la commune de Bourbourg

Résultats : L'impression générale sur la prise en charge de la douleur est que cela reste une chose compliquée. Plus de la moitié des soignants interrogés se sentent influencés par le regard qu'a la société sur la personne vieillissante douloureuse.

Discussion : La discussion a permis de mettre en corrélation les résultats obtenus suite aux entretiens des professionnels avec ce qui est connu dans la littérature.

Conclusion : Les professionnels de santé se sentent influencés par le regard de la société sur la personne âgée. Ils ressentent le besoin de suivre des formations continues.

Abstract

Introduction : The aging of the population has result in an increase in the management of pain and in the occupancy of nursing homes. Are nursing homes caregivers influences by society in their management of pain ?

Methodology : Qualitative study by individual interviews, multicentric, targeting two nursing homes in the commune of Bourbourg.

Results : The general impression of pain management is that it is still a complicated task. More than half of caregivers interviewed are under the influence of the way society sees the aging person in pain.

Discussion : Discussion allowed to correlate the results obtained following professional interviews with what is known in the literature.

Conclusion : Health professionals feel influenced by society's view of the elderly. They feel the urge for continuing training.

Composition du jury :

Président du jury : Monsieur le Docteur Eric WIEL

Enseignant infirmier : Madame Gwladys ACOULON

Directrice de mémoire : Madame le Docteur LEGRAND Amandine