

Est-ce que mon patient risque d'avoir de la douleur? Une étude descriptive des habitudes de vie des aînés atteints d'un trouble neurocognitif majeur

Laroche S, M. erg^{1,2}, Lagueux E, erg, PhD^{1,3}, Boissy P, PhD^{2,3} et Léonard G, pht, PhD^{1,2}
¹Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc, Canada
²Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Sherbrooke, Qc, Canada
³Centre de recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Qc, Canada

INTRODUCTION

La démence, désormais appelée « **trouble neurocognitif majeur** » par la cinquième édition du *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*¹ est considérée comme étant une priorité de santé publique mondiale depuis 2012².

Le trouble neurocognitif majeur a un impact important sur la capacité d'une personne à **réaliser ses occupations quotidiennes**³. Cette situation est d'autant plus problématique pour les **personnes atteintes de douleur**, qui est souvent sous-évaluée et sous-traitée^{4,5}. L'apparition de **difficultés à communiquer verbalement** avec l'avancement de la maladie et la présence de fausses croyances liées à la douleur des aînés pourraient expliquer cette situation⁵⁻⁷.

Cette douleur non soulagée entraîne de nombreuses conséquences pour le quotidien de la personne, dont une diminution de la mobilité, une diminution de l'autonomie, l'apparition de dépression, d'anxiété et de troubles de comportement, une diminution de sa qualité de vie ainsi que de son bien-être^{5,8,9}.

L'**ergothérapeute** est un professionnel de choix à solliciter dans cette situation, compte tenu de sa vision biopsychosociale et de son expertise en lien avec les **habitudes de vie**¹⁰. Étonnamment, aucune étude n'a encore tenté de déterminer quelles habitudes de vie du quotidien de ces personnes sont susceptibles d'occasionner de la douleur.

OBJECTIF ET HYPOTHÈSES

Déterminer quelles habitudes de vie génèrent de la douleur chez les aînés atteints d'un trouble neurocognitif majeur et de difficultés à communiquer verbalement.



HYPOTHÈSES :
 ➤ Nécessitant un effort physique
 ➤ Liées aux soins personnels

MÉTHODOLOGIE

DEVIS QUANTITATIF DESCRIPTIF

ÉCHANTILLON (n=34)

Critères d'inclusion

- ✓ Être âgé de 65 ans et plus
- ✓ Diagnostic de trouble neurocognitif majeur ou de démence
- ✓ Score de -2 ou de -3 au dernier item de la section « Communication » du Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)
- ✓ Être admis à l'unité de soins depuis plus d'un mois

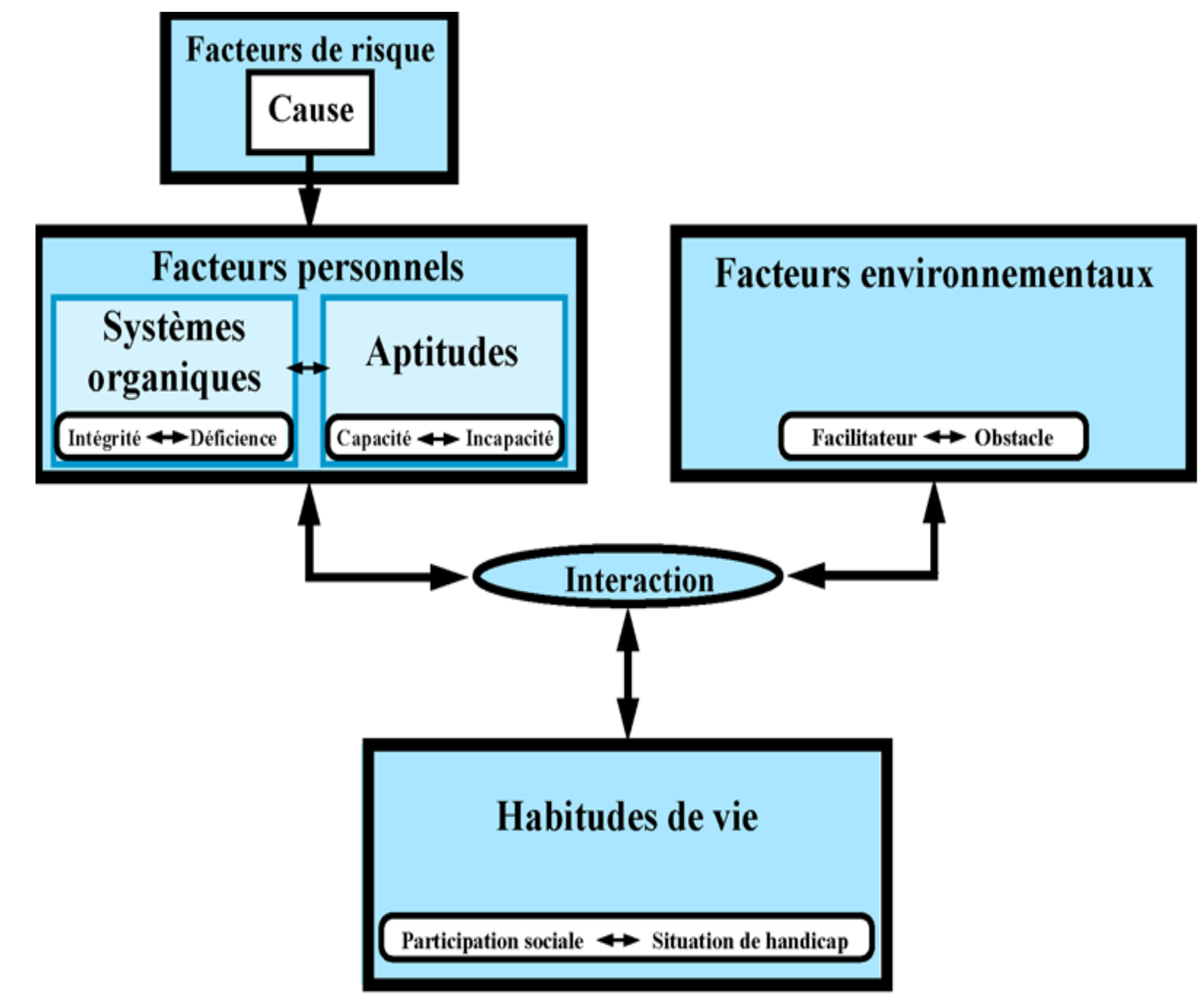
Critères d'exclusion

- X Délirium
- X Raisons de sécurité

*Recrutement au CHSLD – Pavillon Argyll de Sherbrooke et au CHSLD de Granby

VARIABLES DÉPENDANTES

Sélectionnées selon le **Processus de production du handicap**¹¹



Habitude de vie : « activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel [...]. Les habitudes de vie assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. »¹¹

#	Habitudes de vie	Catégorie de l'habitude de vie selon le PPH
1	Prise des repas	Nutrition
2	Repos (sieste ou sommeil)	Condition corporelle
3	Hygiène partielle au lit	Soins personnels
4	Hygiène complète au bain	
5	Habillage	
6	Prise de médicaments	
7	Pansements	
8	Hygiène excrétrice	Déplacements
9	Déplacements	
10	Transferts	
11	Loisir sédentaire	Loisirs
12	Autre loisir	

Procédure de collecte des données

2 évaluateurs indépendants :

- Attribution aléatoire d'un outil de mesure
- Observation d'une habitude de vie d'un participant
- Cotation de l'outil de mesure
- Répétition des procédures pour chacune des habitudes de vie ciblées et pour chaque participant

RÉFÉRENCES

(1) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. (2) World Health Organization. Dementia: a public health priority. *Dementia*. 2012;112. (3) Canadian Association of Occupational Therapists. *Living at Home with Alzheimer Disease*. ON: CAOT Publications ACE; 1998. (4) Barkin RL et al. *Clin Geriatr Med*. 2005;21(3 SPEC. ISS.):465-490. (5) Björk S et al. *BMC Geriatr*. 2016;16:154. (6) Scherder E et al. *Pain*. 2009;145(3):276-278. (7) Parmelee P et al. *J Am Geriatr Soc*. 1993;41(5):517-522. (8) Scudds R et al. *Disabil Rehabil*. 2001;23(15):654-664. (9) Hadjstavropoulos T et al. *Lancet Neurol*. 2014;13(12):1216-1227. (10) Brown C. *Br J Occup Ther*. 2009;72(8):371-375. (11) Fougere P et al. *Classification Québécoise : Processus de Production Du Handicap*; 2010. (12) Rat P et al. *Eur J Pain*. 2011;15(2). (13) Dualé C et al. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(6):890-899. (14) Bonin-Guillaume S et al. *Eur J Pain (United Kingdom)*. 2016;20(7):1185-1193. (15) Chan S et al. *Clin J Pain*. 2014;30(9):816-824. (16) Ruest M et al. *Pain Manag Nurs*. (en révision). (17) Ellis-Smith C et al. *BMC Med*. 2016;14:38-49.

VARIABLES INDÉPENDANTES

➤ Douleur comportementale

Agloplus¹²⁻¹⁴

- Permet d'évaluer la présence de douleur aiguë chez des aînés ayant des difficultés à communiquer verbalement ;
- Score ≥ 2 indiquant la présence de douleur ;
- Temps d'administration de 60 secondes ;
- Valide, fidèle et sensible au changement.

ANALYSES

Statistiques descriptives :

- Décrire les caractéristiques générales de l'échantillon (âge, sexe, étiologie du trouble neurocognitif majeur, conditions de santé associées, scores à l'item « Communication » du SMAF, etc.) ;
- Déterminer quelles habitudes de vie engendrent de la douleur :
 - Proportion de participants ayant coté de la douleur à l'Algoplus ;
 - Score moyen au PACSLAC-II ± écart-type et intervalle de confiance à 95%.

PACSLAC-II¹⁵

- Un des outils d'évaluation comportementale de la douleur les plus utiles en clinique⁹ ;
- Pas de score seuil ;
- Temps d'administration de 96 ± 2 secondes¹⁶ ;
- Valide, fidèle et sensible au changement.

Risque de ne pas détecter de la douleur si seulement l'Algoplus est utilisé¹⁷. Ainsi, l'utilisation d'un autre outil d'évaluation, comme le PACSLAC-II est recommandée lors de l'obtention d'un score négatif à l'Algoplus. D'autant plus que le PACSLAC-II donne de l'information concernant l'intensité de la douleur¹⁵.

RETOMBÉES ANTICIPÉES

- Mieux outiller et sensibiliser les différents intervenants de la santé dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur de cette population ;
- Réduire les conséquences inhérentes au non-traitement de la douleur ;
- Développement du rôle de l'ergothérapeute dans ce champ d'expertise.