



**MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA DOULEUR**  
chez une personne  
en situation de handicap

# introduction

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

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

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

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

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

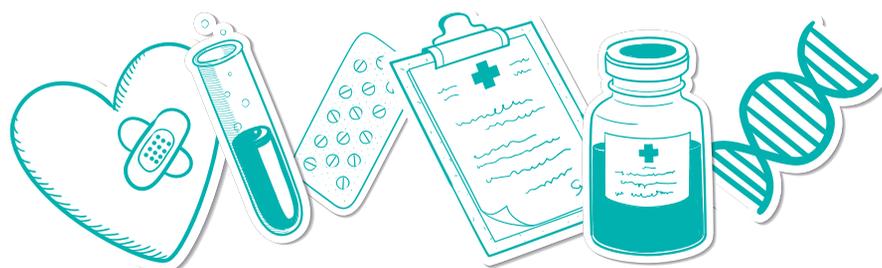
Une personne en situation de handicap ayant accès au langage ne sera pas forcément en mesure d'exprimer sa douleur : défaut de représentation de son corps, difficultés de mettre des mots sur les maux, peur des conséquences (hospitalisation, examens...)

Il faut s'appuyer sur la connaissance des parents ou des proches ; ils connaissent les comportements habituels de leur enfant et sont les mieux placés pour détecter des modifications comportementales et une éventuelle présence de douleur.

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

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

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



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

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

L’absence de plainte n’est pas toujours synonyme d’absence de la douleur. La douleur n’est pas toujours exprimée, visible et peut-être souvent atypique.

D’autres personnes en situation de handicap sont considérées comme hypersensibles à la douleur. Les manifestations de la douleur sont alors souvent minimisées.

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

“Seuls les professionnels de santé comme les infirmières ont la compétence du repérage de la douleur”, c’est une idée fausse.

## sommaire

### Chapitres

- 1 / Définitions et classification. . . . . p 4
- 2 / Schéma d’identification des principales causes de douleur . . . . p 5
- 3 / Facteurs favorisant un déficit de prise en charge ou une aggravation des signes douloureux . . . . . p 6
- 4 / Habitudes de vie et observations de la personne . . . . . p 7
- 5 / Repérage des signes d’alerte et les modes de communication .p 10
- 6 / Traitement . . . . . p 14
- Conclusion** . . . . . p 15
- Annexes**
- 1 / Cas concrets . . . . . p 16
- 2 / Les échelles d’évaluation . . . . . p 20

## Définitions et classification

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

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

La douleur n'est pas exclusivement physique, elle peut être morale, chacun l'exprime selon son expérience. La douleur est donc pluridimensionnelle : physique, émotionnelle, sociologique...

### On distingue habituellement 3 types de douleurs :

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

### 3 étiologies

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

## 2 grands types d'évaluation de la douleur

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

### • Auto-évaluation par le patient

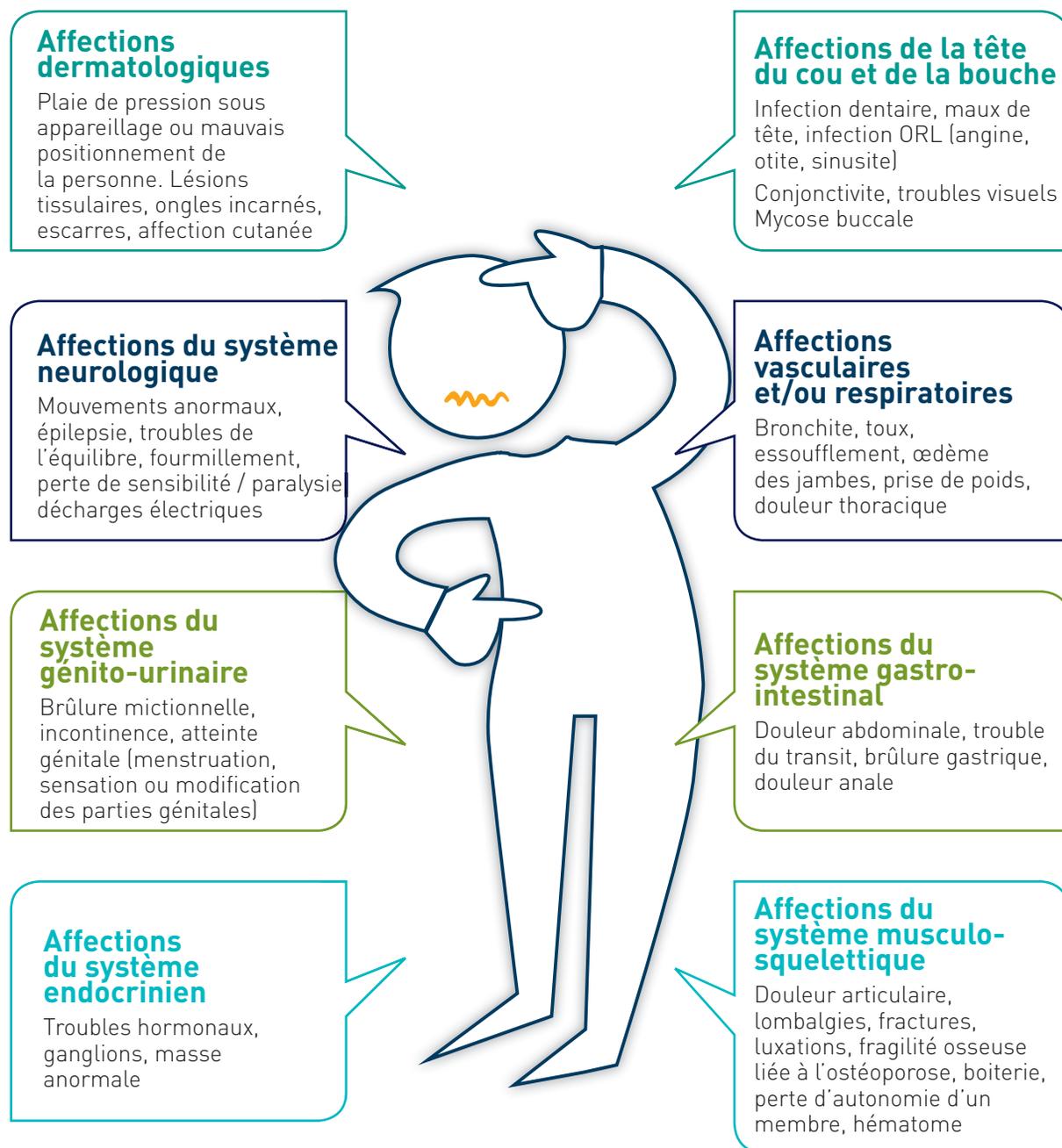
Elles mesurent une ou plusieurs caractéristiques de la douleur : intensité, mots pour la décrire, croyances et interprétations ou conséquences au quotidien.

### • Hétéro-évaluation par des tierces personnes

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



## Schéma d'identification des principales causes de douleur



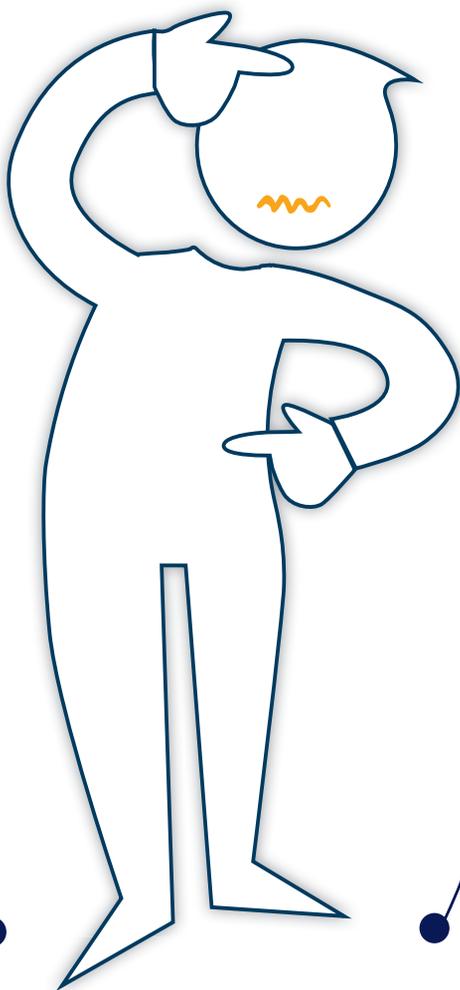
## Facteurs favorisant un déficit de prise en charge ou une aggravation des signes douloureux

### FACTEURS PERSONNELS

- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Comorbidité associée au handicap d'origine
- Sédentarité manque d'exercice physique
- Traitements médicamenteux, interaction médicamenteuse, arrêt de traitement, mauvaise prise de traitement et effets secondaires
- Manque d'hygiène corporelle
- Conduites addictives tabac-alcool-drogues
- Troubles alimentaires alimentation inadaptée ou déséquilibrée, mauvaise hydratation

### FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

- Promotion de la santé et prévention insuffisante
- Ressources matérielles et financières insuffisantes Précarité
- Manque de coordination de soins et d'accompagnement à la santé
- Environnement social et affectif défavorable
- Manque d'écoute et de respect dans les choix de la personne
- Mémoire et douleur (souvenir de la douleur et d'expérience douloureuse antérieure négative) ce qui peut provoquer une anxiété à l'approche d'un soin, ou acte du quotidien potentiellement douloureux.



## Habitudes de vie et observations de la personne

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

- Dès l'admission, il sera rempli en équipe multidisciplinaire (parents, soignants, éducateurs, kinésithérapeutes, médecins). Il sera le reflet, le plus fidèle et le plus précis, dans les différentes situations de la vie quotidienne, des modes de communication, des modes de réaction, des potentialités cognitives, mais aussi motrices de la personne accueillie.
- La fiche d'urgence à destination des urgences **suivra toujours l'enfant ou l'adulte polyhandicapé**, en particulier s'il doit être admis dans un établissement ou un service hospitalier dans lequel il est inconnu.
- Lorsque cela est possible, et toujours en équipe pluridisciplinaire, il est nécessaire de compléter les grilles d'observation sur les changements d'attitude ou de comportement lors de manifestation antérieure. Attention, cette liste est non exhaustive et est à enrichir tout au long du parcours de la personne.

### Outil pour observer, alerter et transmettre

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

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

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

L'outil n'a pas vocation à poser un diagnostic.

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

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

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

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

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

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



## GRILLE D'OBSERVATION / Outil de repérage

### Les changements observés :

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

# Les attitudes

## j'ai remarqué un changement de comportement :

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



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

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

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

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



# Les manifestations

j'ai remarqué que la personne :

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

Transmission et suites données :

**OUTIL TRANSMIS-LE ?  
PAR ?**

**À ?**

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

## Repérage des signes d'alerte et les modes de communication

### Manifestations :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Il ne faut pas oublier de procéder à un examen clinique complet (réalisé par le médecin) et une anamnèse complète (histoire de vie de la personne, son parcours, ses antécédents...).**



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

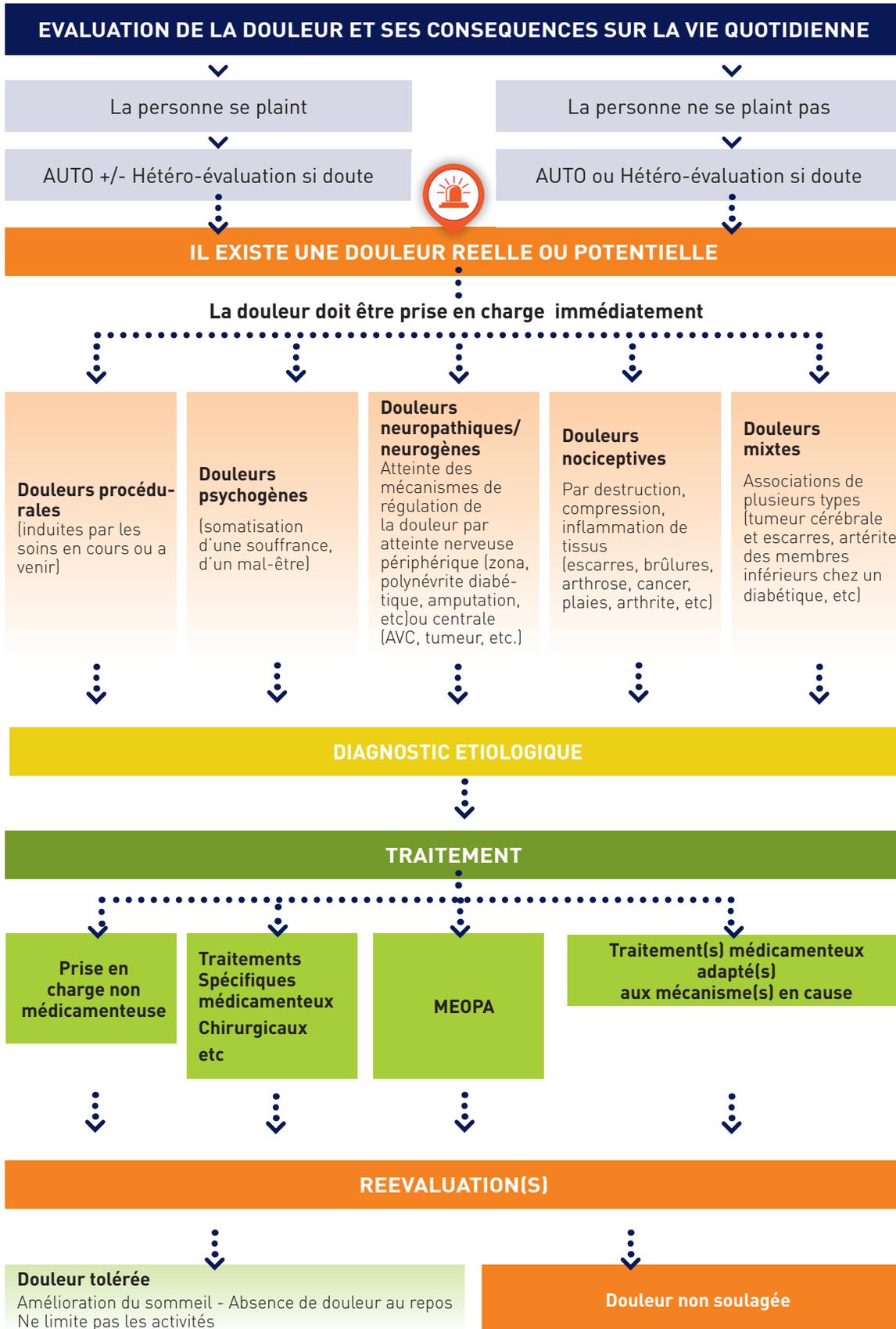
CECI DOIT ETRE SIGNALÉ ET ANALYSÉ POUR UNE PRISE EN COMPTE DU PHÉNOMÈNE DOULOUREUX.



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



## Rechercher systématiquement l'existence d'une douleur



## Les 9 commandements de l'ANESM



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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Traitement

### Traitement pharmacologique :

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

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

Le médecin n'agit pas seul mais avec une équipe et s'appuie sur les observations réalisées.

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

Il définira un traitement simple ou en association.

Il est important de réévaluer la douleur, et en parallèle l'efficacité du traitement et sa bonne tolérance.

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

### Traitement médicamenteux selon OMS

**Palier 1 : Antalgique non opioïde (paracétamol, AINS<sup>1</sup>)**

**Palier 2 : antalgique opioïde faible (codéine, tramadol, opium)**

**Palier 3 : antalgique opioïde fort (morphine)**

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

Penser à l'application de patch EMLA.

### Prévention et alternatives non médicamenteuses

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

1. Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens



# Conclusion

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

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

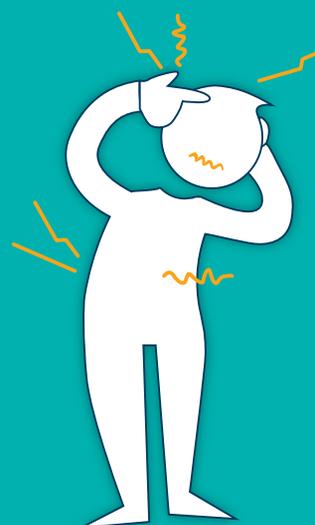
Parce que soulager la douleur des plus fragiles est un devoir éthique de chacun, les répercussions en cascade d'une douleur non repérée, non traitée peuvent être dramatiques.

Ce guide, accompagné d'une formation spécifique au repérage de la douleur chez les personnes déficientes intellectuelles doit permettre d'améliorer les pratiques et ainsi :

- Assurer la bonne santé
- Améliorer la qualité de vie
- Respecter la dignité

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

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



## Cas concrets - Situation N°1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

## Analyse situation N°1

### Psychologiques

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

### Système neurologique

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

### Système génito-urinaire . . . . . non

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

### Peau . . . . . non

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

### Tête et cou . . . . . non

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

### Système cardio-respiratoire . . . . . oui

- Pneumonie
- Insuffisance cardiaque congestive

### Système gastro-intestinal

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

### Système musculo-squelettique . . non

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

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

## Situation N°2

### Mr X, adulte âgé de 30ans.

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

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

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

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

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

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

Finalement : fracture du métacarpe, attelle et antalgiques prescrits.

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





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

## Analyse situation N°2

### Psychologiques . . . . . non

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

### Système neurologique

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

### Système génito-urinaire . . . . . non

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

### Peau . . . . . non

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

### Tête et cou . . . . . non

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

### Système cardio-respiratoire . . . . . non

- Pneumonie
- Insuffisance cardiaque congestive

### Système gastro-intestinal . . . . . non

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

### Système musculo-squelettique . . non

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

**Importance de connaître le comportement habituel** détaillé de la personne et des éventuelles douleurs liées à la pathologie.

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

**Importance des observations croisées** de différents professionnels.

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



## GED-DI

Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (j/mm/aa)

**INSTRUCTIONS**  
Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a montré les comportements suivants. Veuillez encadrer la cote correspondant à chacun des comportements.

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

0 = PAS OBSERVÉ 1 = OBSERVÉ À L'OCCASION 2 = PASSABLEMENT SOUVENT 3 = TRÈS SOUVENT

Gémir, se plaindre, pleurnicher faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: cri, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Force les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Sauté partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affaibli	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice; est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Rouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex.: frotte sa tête vers l'arrière, se secouilles)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
<b>Total:</b>	<b>0 =</b>	<b>1 =</b>	<b>2 =</b>	<b>3 =</b>	<b>NA =</b>

Fiche téléchargeable  
[https://www.pediadol.org/IMG/pdf/GED-DI\\_2011.pdf](https://www.pediadol.org/IMG/pdf/GED-DI_2011.pdf)

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

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ÉVALUÉE

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_

Version 01 2019 © 2017 de la douleur - pédiadol

Mode d'emploi: Répondre à chaque item par OUI ou NON, un TOTAL > 2 OUI fait suspecter une douleur.

Fiche téléchargeable  
[https://www.reseau-maladies-rares.fr/uploads/ESDDA\\_V\\_2017\\_01\\_31.pdf](https://www.reseau-maladies-rares.fr/uploads/ESDDA_V_2017_01_31.pdf)

Date de l'évaluation	01/01/2019		02/01/2019		03/01/2019		04/01/2019		05/01/2019		06/01/2019		07/01/2019	
	Heure	.....h.....												
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1. Comportement</b> <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
<b>2. Mimiques et expressions du visage</b>														
<b>3. Mimiques et expressions du langage</b>														
<b>4. Mimiques et expressions du tonus</b>														
<b>5. Opposition lors de soins</b>														
<b>6. Zone douloureuse identifiée à l'examen</b>														
<b>TOTAL DE OUI</b>	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6
Complétée par														

Fiche téléchargeable  
<https://pediadol.org/wp-content/uploads/2019/12/Echelle-FLACC.pdf>

**ECHELLE FLACC : Face Legs Activity Cry Consolability**  
élaborée et validée pour évaluer la douleur postopératoire chez des enfants de 2 mois à 7 ans  
chaque item est coté de 0 à 2  
score de 0 à 10, score seuil de traitement habituellement utilisé : 3/10

Date \_\_\_\_\_  
Heure \_\_\_\_\_

	0	1	2
<b>VISAGE</b>	0 Pas d'expression particulière ou sourire	1 Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé	2 Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton
<b>JAMBES</b>	0 Position habituelle ou détendue	1 Gêné, agité, tendu	2 Coups de pieds ou jambes recroquevillées
<b>ACTIVITE</b>	0 allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement	1 Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu	2 Arc-bouté, figé, ou sursaute
<b>CRIS</b>	0 Pas de cris (éveillé ou endormi)	1 Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle	2 Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes
<b>CONSOLABILITE</b>	0 Conté, détendu	1 Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut	

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

**Échelle ALGOPLUS®**

Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

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

**TOTAL OUI**  
**PROFESSIONNELLE**  
**AVANT RÉALISÉ**

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

**Échelle DOLOPLUS®**

Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Dates

**OBSERVATION COMPORTEMENTALE**

**RETENTISSEMENT SOMATIQUE**

<b>1. PLAINTES SOMATIQUES</b>		0	0	0	0
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
<b>2. POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS</b>		0	0	0	0
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
<b>3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES</b>		0	0	0	0
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
<b>4. MIMIQUE</b>		0	0	0	0
mimique habituelle		0	0	0	0
mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation		1	1	1	1
mimique semblant exprimer la douleur		2	2	2	2
absence de toute sollicitation		3	3	3	3
mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (ne, figée, regard vide)		3	3	3	3
meil habituel		0	0	0	0
cutés d'endormissement		1	1	1	1
ils fréquents (agitation motrice)		2	2	2	2
mnie avec retentissement sur les phases d'éveil		3	3	3	3

**COMOTEUR**

habitudes inchangées	0	0	0	0
habitudes peu diminuées (cautionneux mais complet)	1	1	1	1
habitudes très diminuées, toilette	2	2	2	2
habitudes étant difficiles et partiels	3	3	3	3
trou et/ou habillage impossibles, le malade	3	3	3	3
tenant son opposition à toute tentative	0	0	0	0
habitudes inchangées	0	0	0	0
habitudes actives limitées (le malade évite certains	1	1	1	1
vements, diminue son périmètre de marche)	2	2	2	2
habitudes actives et passives limitées	3	3	3	3
me aide, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
vement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

**OSOCIAL**

argée	0	0	0	0
nsifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
nnée (la personne s'isole)	2	2	2	2
nnce ou refus de toute communication	3	3	3	3
icipation habituelle aux différentes activités (vis, animations, ateliers thérapeutiques...)	0	0	0	0
icipation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
icipation aux différentes activités	2	2	2	2
icipation de toute vie sociale	3	3	3	3
portement habituel	0	0	0	0
ibles du comportement à la sollicitation et itératifs	1	1	1	1
ibles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
ibles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

**SCORE**

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

**Échelle ECPA®**

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_ Nom du cotuteur : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

**I - OBSERVATION AVANT LES SOINS**

**1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE**

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

**2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)**

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

**3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)**

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

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle.

**4/ RELATION À AUTRUI**

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	Même type de contact que d'habitude*	0
	Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
	Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
	Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
	Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

\* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

**II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS**

**5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins**

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

**6/ Réactions pendant la MOBILISATION**

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

**7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES**

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

**8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin**

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

**SCORE**

**Fiches téléchargeables**

[www.doloplus.fr/levaluation-de-la-douleur](http://www.doloplus.fr/levaluation-de-la-douleur)



## BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

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

## COMPOSITION GROUPE DE TRAVAIL (2018)

**Tiphaine AUBERT** : chef de service, MAS LE VILLAGE

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

**Armelle CASAL** : infirmière, PARPAILLOLS

**Christine DE LA BARRE** : infirmière coordinatrice MAS LE VILLAGE

**Didier JOSSELIN** : membre commission santé et administrateur

**Odile LE FAOU** : membre commission santé et administrateur

**Nathalie THEVENIN** : infirmière L'ADRET

## RELECTURE ET CORRECTIONS (2023)

**Didier JOSSELIN** : membre commission santé et administrateur

**Jean-luc FONTAINE** : IDEC au Plateau de Coordination Médicale

**Ingrid ROY** : Directrice Adjointe du Plateau de Coordination Médicale



N'hésitez pas à nous contacter

APEI AUBE

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

Tél. **03 25 70 44 00**

**[www.apei-aube.com](http://www.apei-aube.com)**