

## Rôle de l'équipe mobile de gériatrie dans la prise en charge de l'analgésie de la personne âgée aux urgences

M.-F. JOB \*, F. DORIDANT \*, I. GANTOIS \*, P. GERARDIN \*,  
B. HANESSE \*, G. MALERBA \*, A. BENETOS \*

### Points essentiels

- L'équipe mobile de gériatrie a pour principale mission d'apporter des compétences gériatriques aux équipes soignantes ne disposant pas de ces compétences dans leur service.
- Il est recommandé que l'équipe mobile de gériatrie intervienne au service des urgences.
- La prise en charge de toute personne âgée doit tenir compte de certaines spécificités physiques et psychologiques accompagnant le vieillissement.
- La douleur, qu'elle soit chronique ou aiguë, est très fréquente chez la personne âgée et trop souvent ignorée ou sous-estimée.
- L'évaluation de la douleur doit impérativement tenir compte de certaines spécificités telles que les modes d'expression parfois particuliers de la douleur dans la population âgée, notamment en cas de troubles de la communication.
- De même, la prise en charge de la douleur comporte des particularités inhérentes au risque iatrogène accru chez la personne âgée et aux modalités d'approche non médicamenteuse qui présentent un intérêt incontestable.

\* Équipe mobile de liaison gériatrique – Service de Gériatrie – CHU de Nancy – Hôpital de Brabois Adultes, Rue du Morvan, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy cedex

Correspondance : M<sup>me</sup> Marie Françoise Job, Équipe mobile de liaison gériatrique, Service de Gériatrie, CHU de Nancy – Hôpital de Brabois Adultes – Rue du Morvan, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy cedex Tél. : 03 83 85 99 13. Fax : 03 83 85 99 12. E-mail : mf.job@chu-nancy.fr

# 1. Critères d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie au sein du service d'urgences

## 1.1. Rappel des missions d'une équipe mobile de gériatrie

Elles sont définies par les circulaires DHOS du 18 mars 2002 et du 28 mars 2007 (1) :

« L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences » pour « ...dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique, (...) contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques (...), les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux, (...) participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé personnes âgées, ...) conseiller, informer et former les équipes soignantes. »

« **Il est recommandé que l'équipe mobile intervienne dans la structure des urgences** dès l'entrée d'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée. (...) Dans cette structure des urgences, son rôle est de faciliter l'entrée directe du patient dans le court séjour gériatrique, (...) le cas échéant, vers les soins de suite et de réadaptation (...) d'organiser des retours à domicile ou en structure en collaboration avec la structure des urgences ou, à défaut, une consultation externe, voire une hospitalisation programmée en court séjour gériatrique (...) et d'effectuer la liaison avec les services de spécialités, le médecin traitant et le réseau de santé s'il existe. »

## 2. Conditions d'intervention, plus-values pour le patient

### 2.1. Modalités d'intervention de l'équipe mobile de liaison gériatrique (EMLG) aux urgences du CHU de Nancy

L'équipe intervient sur appel du médecin des urgences, la demande est effectuée par téléphone ou bip. Les locaux de l'équipe sont situés à côté du service des urgences, une permanence est assurée par une infirmière de 9 h à 12 h 30, et de 13 h 30 à 17 h et par un médecin gériatre de 13 h 30 à 17 h. L'équipe de gériatrie intervient au service d'accueil des urgences et en unité d'hospitalisation de courte durée qui comporte 8 lits.

Afin de mieux **cibler les patients justifiant d'une évaluation par l'EMLG**, une réflexion a été menée avec les médecins urgentistes sur quelques critères d'alerte motivant particulièrement un recours à l'équipe :

- patients de plus de 75 ans ;
- provenant d'un foyer logement ou d'une EHPAD ;
- maintien à domicile impossible ;

- syndrome confusionnel ;
- chute ;
- altération de l'état général.

L'équipe mobile travaille en partenariat étroit avec les assistants sociaux des urgences, les médecins traitants, les réseaux gérontologiques du secteur, la filière gériatrique.

## 2.2. Les plus-values pour le patient âgé sont nombreuses

- évaluation gériatrique globale médico-psycho-sociale en complément de l'évaluation clinique et parfois sociale faite au service des urgences ;
- dépistage de syndromes gériatriques, recherche de critères de fragilité comme : chutes, troubles de la marche, dénutrition, douleurs chroniques, troubles cognitifs, perte d'autonomie... ;
- aide à l'orientation du patient et si besoin, programmation de bilan ou de prise en charge complémentaire dans la filière gériatrique : consultation gériatrique, consultation mémoire, hospitalisation de jour ;
- participation à l'organisation du retour à domicile.

## 3. Épidémiologie

Bien que ces dernières années aient été marquées par la prise de conscience de la douleur et de sa prise en charge, la douleur chez les personnes âgées semblent encore trop souvent sous-estimée. Celle-ci est encore trop souvent banalisée : « c'est normal pour son âge !... ».

Le nombre et la proportion de personnes âgées en France sont de plus en plus importants, avec le vieillissement de la population. De même, on constate une population âgée de plus en plus présente aux urgences.

Au CHU de Nancy, sur l'année 2008 :

- 23 % des patients entrés au SAU sont âgés de plus de 75 ans ;
- 36 % des patients hospitalisés à partir du SAU ont plus de 75 ans ;
- le temps de passage moyen pour les patients de plus de 75 ans est de 7 h 30.

Plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente. La proportion des personnes âgées ayant des douleurs chroniques est d'environ 60 %, dont un tiers présentent des douleurs sévères (en fin de vie la prévalence de la douleur augmente et peut atteindre 80 %). Ainsi ses répercussions sur l'autonomie, le psychisme et le devenir sociofamilial imposent de rechercher et de traiter ce symptôme.

Une étude publiée par le Docteur G. Monchaux, médecin urgentiste, atteste que « la douleur des sujets âgés est une situation fréquente et encore actuellement mal évaluée et insuffisamment prise en charge, particulièrement lorsqu'il s'agit

des troubles de la communication verbale. Cette étude prospective, incluant 52 patients âgés de plus de 65 ans, a été menée à l'accueil des urgences du centre hospitalier de Lunéville (Meurthe-et-Moselle) de septembre à novembre 2006. Les résultats ont confirmé la tendance d'une sous-évaluation et d'une oligo-analgésie. (...) La nature et la diversité des tableaux cliniques qu'elle revêt, les comportements des patients et des soignants à son égard, constituent autant d'obstacles à sa reconnaissance et à son traitement (2) ».

Au CHU de Nancy, notre équipe a réalisé une enquête sur un échantillon de 44 dossiers de patients arrivés aux urgences pour une chute entre juillet et octobre 2009. Les résultats montrent qu'après accueil par l'infirmière d'accueil et d'orientation :

- 16 patients n'ont pas été évalués sur le plan de la douleur à l'arrivée (pas de trace dans le dossier) ;
- pour 5 patients pour qui la douleur n'est pas évaluable, une échelle algoplus est demandée mais non retrouvée dans le dossier ensuite ;
- 1 patient Alzheimer confus est évalué par une échelle d'autoévaluation ;
- sur 22 patients chez qui l'évaluation a été possible par l'échelle d'autoévaluation classique, 10 présentent une douleur et pour environ 50 % d'entre eux on ne retrouve pas de traitement au moment de la prise en charge par le médecin.

Pourtant, depuis plus d'un an, une évaluation systématique de la douleur, soit par l'échelle d'autoévaluation soit par l'échelle Algoplus, a été mise en place au service des urgences.

## 4. Rappel sur les types de douleur et leurs étiologies

### 4.1. Les types de douleurs constatés

**La douleur aiguë** : douleur très intense ou douleur limitée dans le temps. Peut survenir seule, ou sur un fond de douleur chronique.

**La douleur chronique** : douleur qui persiste au-delà de la période habituelle de cicatrisation de la lésion causale ou lorsque la douleur est présente quotidiennement pendant plus de 3 à 6 mois. L'impact psychologique de telles douleurs nécessite souvent une approche multidimensionnelle avec en parallèle une approche psychologique et somatique.

**La douleur induite** : douleur de courte durée causée par un soignant ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées.

### 4.2. Les étiologies les plus fréquentes des douleurs (3)

L'interrogatoire permet de distinguer les douleurs par excès de nociception des douleurs neurogènes. Il permet de préciser le type de douleur, l'ancienneté, le

rythme, la durée des accès douloureux, les facteurs favorisants, les positions antalgiques efficaces éventuelles.

Parmi les causes les plus fréquentes, on distingue les douleurs d'origine :

- ostéo-articulaire : arthrose, ostéoporose, traumatisme, métastase ;
- artérielle : ischémie subaiguë, ulcère ;
- viscérale : angineuse, pleuro pulmonaire, abdominale ;
- douleur neuropathiques périphériques (douleur postzostérienne, diabète, alcoolisme) ;
- douleurs neuropathiques centrales (accident vasculaire cérébrale, maladie de Parkinson).

## 5. Spécificités dans l'évaluation et le traitement de la douleur chez la personne âgée

### 5.1. Spécificités dans l'évaluation

La douleur est souvent mal ou non exprimée par la personne âgée, pour différentes raisons : dépression, crainte d'être hospitalisée, difficultés à communiquer, confusion, fatalisme, douleur vécue comme rédemptrice.

Le fatalisme des soignants, le degré de disponibilité, la qualité de l'écoute conditionnent l'évaluation de la douleur. Il est important que le soignant installe une relation de confiance et reste empathique.

Chaque personne âgée doit être considérée individuellement avec son histoire de vie, ses croyances, ses pathologies souvent multiples et leurs traitements (polymédication), sa situation sociofamiliale. Au service des urgences, dès l'accueil, il est primordial d'interroger le patient lui-même s'il est communicant et non confus et plutôt l'entourage proche si le patient ne peut s'exprimer. L'interrogatoire doit être simple et ciblé.

La fragilité physique et/ou psychologique est une des spécificités du vieillissement qui va conditionner toutes les prises en charge de la personne âgée.

Le vieillissement est souvent considéré comme une fragilité en cascade avec des facteurs de vulnérabilité qui sont nombreux, comme les polyopathologies et les douleurs d'origine plurifactorielle qui les accompagnent, ou dans un autre registre, les ruptures des étayages affectifs familiaux avec la multiplication des deuils d'êtres chers par exemple.

Par ailleurs, toute modification de l'environnement prend vite l'allure d'une catastrophe lors de l'avancée en âge. L'arrivée dans un service d'urgence, au-delà des raisons qui ont motivée son entrée, mérite donc d'être décrite tant l'environnement des urgences peut renforcer cette fragilité. C'est un lieu non seulement, non familial, mais également source de projections et représentations diverses. C'est un lieu méconnu, appréhendé et redouté qui peut

aisément devenir fortement anxiogène. Les facteurs stressants sont multiples. Entre les lumières éblouissantes, les soignants pressés qui vont et viennent, les bruits divers parfois effrayants, il n'est pas facile de trouver des repères sécurisants. C'est le paradoxe temporel d'être à la fois dans l'urgence, que ce soit au niveau des sentiments que de la réalité de l'espace et de faire l'expérience du temps vécu et passé dans ce lieu où la hiérarchie des priorités fait parfois que l'on s'occupe des autres avant soi. Ce peut être l'expérience de l'attente toujours pénible parce qu'anxieuse et douloureuse. La présence de douleurs renforce la subjectivité du temps qui peut devenir extrêmement long dans un service d'urgences.

Certaines personnes âgées éprouvent des difficultés à communiquer en raison de troubles cognitifs, de troubles phasiques, de troubles confusionnels ou de troubles sensoriels (surdité). Elles peuvent alors exprimer leurs souffrances par des troubles du comportement à type de cris, opposition, agitation, mutisme, ou anorexie. L'attitude spontanée de la personne âgée peut aussi évoquer la douleur : visage crispé, effrayé, figé, pleurs bruyants ou silencieux, contractures musculaires, choix d'une position antalgique.

L'évaluation de la douleur chez le sujet non-communicant a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (4) en 2000 : « Les personnes âgées dites non-communicantes sont non verbalisantes, non compréhensives ou non participantes et par définition des personnes ne pouvant pas s'auto-évaluer ». De ce fait, « ces personnes sont encore plus exposées à un risque accru de ne pas voir leur douleur reconnue et traitée. Tout changement de comportement, spontané de la personne âgée non-communicante doit amener à l'interrogation sur l'existence d'un état douloureux ».

Même la personne âgée communicante n'exprime pas toujours sa douleur de façon verbale, notamment pour des raisons culturelles et relationnelles, ou parfois à cause de trouble de l'humeur ou du caractère. Le soignant doit donc rester vigilant et rechercher des signes objectifs de douleur.

Parallèlement, la douleur est un langage du corps, elle peut être un prétexte pour entrer en relation, elle peut être le porte-parole d'une souffrance plus difficile à verbaliser : sentiment de solitude, crainte de la maladie grave, de la perte d'autonomie, situation familiale conflictuelle, problème financier ou de logement, deuil. De multiples plaintes somatiques peuvent alors être exprimées.

Dans tous les cas, l'évaluation de la douleur est indissociable de l'évaluation gériatrique qui doit toujours être globale, médico-psycho-sociale. Aussi, on s'attachera aussi à apprécier le retentissement de la douleur : anxiété, perte d'appétit, troubles du sommeil, voire dépression.

### ***5.1.1. Les principaux outils d'évaluation de la douleur, chez le patient communiquant***

Ce sont des échelles d'autoévaluation destinées à mesurer l'intensité de la douleur uniquement.

#### 5.1.1.1. L'échelle visuelle analogique (EVA)

Elle se présente sous forme d'une réglette avec d'un côté une ligne droite de 100 mm. À l'une des extrémités est indiqué : absence de douleur, à l'autre : douleur insupportable. Le patient place 1 curseur entre ces 2 extrémités en fonction de l'intensité de sa douleur à un temps donné. Au dos de la réglette, une graduation millimétrée permet au soignant de quantifier l'intensité de la douleur.

#### 5.1.1.2. L'échelle numérique (EN)

Il s'agit pour le patient d'évaluer l'intensité de sa douleur sur une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable) à l'aide d'une réglette ou oralement.

#### 5.1.1.3. L'échelle verbale simple (EVS)

Parfois plus accessible au patient car moins abstraite. Elle lui propose une série de qualificatifs hiérarchisés allant de douleur absente à douleur extrêmement intense en passant par douleur faible, modérée, intense.

### ***5.1.2. Les outils d'évaluation de la douleur, chez le patient non communiquant***

Ce sont des échelles validées d'hétéroévaluation basées sur l'observation du patient par le personnel soignant.

#### 5.1.2.1. L'échelle comportementale personne âgée (ECPA) (5)

Elle permet d'apprécier la présence de signes évocateurs de douleurs chez le sujet avant les soins puis pendant les soins.

Les items évalués au repos sont :

- expression du visage : regard et mimique ;
- position spontanée au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) ;
- mouvements (ou mobilité) du patient ;
- relation a autrui.

Les items évalués pendant les soins sont :

- anticipation anxieuse aux soins ;
- réactions pendant la mobilisation ;
- réactions pendant les soins des zones douloureuses ;
- plaintes exprimées pendant le soin.

Chaque item est coté sur 4. Le score total est sur 32 correspondant à une douleur maximale. La répétition des évaluations permet d'apprécier l'évolution du score en réponse à l'adaptation du traitement antalgique.

#### 5.1.2.2. L'échelle Doloplus (6)

Elle comporte 10 items, chacun coté de 0 à 3, évaluant :

- Le retentissement somatique de la douleur :
  - plaintes somatiques ;
  - positions antalgiques au repos ;
  - protection de zones douloureuses ;
  - mimique ;
  - sommeil.
- Retentissement psychomoteur :
  - toilette et/ou habillage ;
  - mouvements.
- Retentissement psychosocial :
  - communication ;
  - vie sociale ;
  - troubles du comportement.

Le score total est sur 30. La répétition des évaluations permet là aussi d'apprécier l'évolution du score en réponse aux adaptations du traitement antalgique.

Les échelles ECPA et Doloplus se prêtent plutôt à l'évaluation, au suivi et à la prise en charge des douleurs chroniques, en institution ou à l'hôpital. Il est conseillé aux soignants de remplir ces outils en équipe. Elles nécessitent un certain recul par rapport à la prise en soins du patient, la cotation des items faisant référence à son comportement habituel.

### 5.1.2.3. L'échelle Algoplus (7)

C'est une échelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale. Elle est particulièrement adaptée à l'hétérévaluation de la douleur au service des urgences.

Cinq items sont évalués et cotés de façon binaire : présent (1) ou absent (0).  
Sont observés :

- le visage ;
- le regard ;
- les plaintes ;
- le corps ;
- le comportement.

Le score total est sur 5.

## 5.2. Spécificités pour le traitement

### 5.2.1. Spécificités par rapport aux traitements antalgiques

Les personnes âgées accueillies aux urgences sont fréquemment polyopathologiques et donc polymédiquées. Une vigilance accrue s'impose pour toute prescription d'antalgiques en raison des risques d'interactions médicamenteuses et/ou de cumul d'effets indésirables.



La modification de la fonction rénale avec l'âge, la modification de la composition corporelle (augmentation de la masse grasse, diminution de la masse maigre), une éventuelle dénutrition (hypoalbuminémie), la modification de la sensibilité de certains récepteurs, sont responsables d'une augmentation du risque d'accumulation et d'une sensibilité accrue de la personne âgée aux effets indésirables, notamment effets sédatifs ou confusogènes de certains médicaments.

Le choix de la voie d'administration est parfois conditionné par des difficultés spécifiques à la personne âgée polyathologique et fragile : fausses routes, confusion et agitation, troubles du comportement et refus, difficultés d'abord veineux... Les équipes gériatriques sont bien sensibilisées à ces difficultés.

La prise en charge des douleurs induites doit être anticipée avant tout geste technique ou soin douloureux. Il appartient à l'équipe médicale de prescrire le traitement antalgique adapté : anesthésique local, traitement antalgique *per os* ou injectable (action plus rapide), protoxyde d'azote inhalé en complément d'un traitement antalgique.

### 5.2.2. Spécificités de l'approche non médicamenteuse

En cas de syndrome douloureux, l'approche non médicamenteuse est capitale s'attachant surtout à favoriser le confort psychologique et physique de la personne âgée. Le personnel paramédical (infirmière, aide soignante) joue ici pleinement son rôle dans l'objectif d'assurer un soin relationnel et attentif tout au long du parcours du patient âgé au service des urgences.

#### 5.2.2.1. Rassurer la personne âgée

Les principes de sécurisation de la personne âgée sont bien connus.

Favoriser les repères temporels et spatiaux, réduire les facteurs stressants et les stimulations visuelles et auditives excessives, éviter les changements d'intervenants trop fréquents auprès des patients sont autant de conditions et missions qui paraissent peu compatibles avec ce lieu d'accueil spécifique.

Et c'est dans ce contexte que les troubles du comportement peuvent être des modes de réponse et d'adaptation. La douleur peut ainsi s'en trouver renforcée de même que le caractère pénible de la situation. Les conduites confusogènes et d'agitation peuvent redoubler et il devient difficile de faire la part des choses.

La présence de troubles cognitifs chez la personne ajoute de la complexité. Certaines études montrent bien (8, 9) que la tolérance aux facteurs stressants s'abaisse à mesure que l'atteinte cognitive progresse avec un risque d'anxiété et de comportement inadéquat beaucoup plus important.

La sécurisation de la personne est donc un impératif en gériatrie. C'est le premier investissement qui va permettre les soins. Mettre en œuvre cette sécurisation peut aider à y voir plus clair au niveau somatique en s'allégeant de troubles comportementaux qui ne « seraient » que réactionnels à l'environnement et qui viennent compliquer la prise en charge.

### 5.2.2.2. La notion de temps et la plus-value pour les soignants

Le passage au service des urgences doit être le plus court possible, or on sait que l'installation, l'examen clinique, la nécessité fréquente de recourir à des investigations complémentaires, la prise en charge et l'orientation d'une personne âgée allongent ce temps.

Néanmoins, le temps d'installation, d'écoute et d'évaluation de la douleur est nécessaire et contribue à améliorer la qualité de la prise en soins notamment chez la personne âgée confuse ou atteinte de troubles cognitifs.

La prise en charge rapide de la douleur permet d'apporter non seulement un confort certain pour le malade mais aussi pour le personnel soignant. En effet, ce dernier peut, par l'insuffisance de la prise en compte de la douleur, être ou du moins se sentir « maltraitant ».

### 5.2.2.3. Les soins et l'installation de la personne âgée au service des urgences (10)

Les mobilisations passives ou l'aide à la mobilisation d'un patient semi-dépendant peuvent induire des douleurs :

- aide aux transferts couché – assis – debout ;
- spécificités de la mobilisation et de l'installation du patient hémiparétique ;
- réinstallation, relevage sur le plan du brancard ou du lit pouvant induire une lésion cutanée (brûlure, cisaillement) si la technique n'est pas adaptée.

Quelques techniques simples peuvent permettre de réduire ou de prévenir ces douleurs :

- avant toute mobilisation, il faut d'abord rassurer le patient par une attitude empathique et douce, lui expliquer par des mots simples ce que l'on attend de lui ;
- pour le passage de la station assise à la position debout, depuis le bord du lit ou un fauteuil, on incitera le patient à se pencher en avant tout en accompagnant le mouvement de relevage, sans tirer sur les membres supérieurs ;
- pour relever un patient sur le plan du lit on le soulèvera avec le drap afin d'éviter les frictions ou phénomènes de cisaillement sources de plaies de pression, notamment chez les patients dénutris ou présentant un état cutané fragile ;
- en cas de traumatisme d'un membre, on dévêtira d'abord le membre controlatéral sain et le membre douloureux ensuite.

L'installation du patient âgé vise le confort mais aussi la prévention de la douleur et la préservation de l'état cutané. Elle nécessite un matériel adéquat (matelas anti-escarres, coussin microbilles d'allaitement, coussins gel ou mousse...), qui fait malheureusement souvent défaut au service des urgences, en effet les brancards sont durs et mal adaptés, les oreillers sont pratiquement inexistantes, les coussins anti-escarres trop peu nombreux. L'utilisation d'alèse et de drap roulé est à proscrire.

La difficulté dans les services des urgences est de parvenir à préserver et à garder ce type de matériel en effet, les acteurs de soins y sont nombreux (ambulanciers, pompiers, soignants, médecins) et le matériel qui doit être mobile, risque de quitter le service. C'est, en tous les cas, un argument souvent avancé devant le manque de matériel constaté.

L'achat de matériel spécifique d'installation et de prévention des escarres entraîne d'autre part un coût non négligeable.

Outre l'installation adéquate du patient le personnel soignant doit également assurer une réponse aux besoins essentiels : soif, faim, élimination urinaire et fécale, maintien de la température corporelle...

#### 5.2.2.4. L'usage des contentions

En cas d'agitation ou de trouble du comportement à type d'opposition, les contentions doivent être évitées au maximum. Si le recours aux contentions est néanmoins retenu (nécessité absolue d'un abord veineux, agitation avec mise en danger du patient...), elles seront mises en place après prescription médicale et les soignants évalueront régulièrement leur tolérance et la possibilité de les retirer en préférant une surveillance étroite, selon les recommandations de la HAS (11).

#### 5.2.2.5. Surveillance, évaluation de la tolérance et de l'efficacité du traitement antalgique

Après traitement, la douleur doit être réévaluée par l'infirmière en fonction du délai d'action de la thérapeutique utilisée puis régulièrement. En cas d'inefficacité du traitement, la persistance de la douleur mérite d'être signalée au médecin en vue d'une adaptation thérapeutique. L'intensité de la douleur devra être réévaluée à l'aide de l'outil choisi initialement.

La surveillance de la tolérance du traitement antalgique permettra aussi de signaler tout effet indésirable au médecin : somnolence, nausées, dépression respiratoire, en fonction de la thérapeutique utilisée.

## 6. Conclusion

Le rôle de l'équipe mobile de liaison de gériatrie au service des urgences, consiste à partager son savoir-être et son savoir-faire auprès de la personne âgée avec les équipes soignantes concernées, afin qu'elles puissent s'approprier les connaissances gériatriques nécessaires à une prise en charge de qualité.

Repérer certaines spécificités comme la confusion ou les troubles cognitifs, donner du sens au comportement, savoir rassurer la personne âgée sont indéniablement les clés d'une prise en charge gériatrique de bonne qualité.

## Références

1. Circulaire DHOS/02 n° 2002-157 du 18 mars 2002 et Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relatives à la filière de soins gériatrique ; [www.santé-gouv.fr](http://www.santé-gouv.fr)
2. Monchaux G. Collège Lorrain de Médecine d'urgence, 2006 ; [lorraineurgences@chu-nancy.fr](mailto:lorraineurgences@chu-nancy.fr)
3. Pickring G. Douleur non cancéreuse chez la personne âgée. Causes et perspectives thérapeutiques. *Ann Gérontol* 2009 ; 14-17.
4. ANAES. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant de troubles de la communication verbale Octobre 2000 ; [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr)
5. Morello R, Jean A, Alix M, Sellin-Peres D, Fermanian J. a scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: the ECPA-2 Study of its psychometric properties. *Pain* 2007 ;133 :87-98.
6. Wary B, et le collectif DOLOPLUS. DOLOPLUS-2, a scale for pain measurement. *Soins Gérontol* 1999 ;19 :25-7.
7. Rat P, Jouve E, Bonin-Guillaume S, et le collectif DOLOPLUS. Présentation de l'échelle de la douleur aigue pour personnes âgées : ALGOPLUS. *Douleur* 2007 8 :45-6.
8. Gerdner LA, Buckwalter KC, Reed D. Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioural problems. *Nurs Res* 2002 ;5:363-74.
9. Vanachter O. Les troubles comportementaux et psychiques du patient dément. *Patient care* 2002 ;25 :7.
10. Malaquin-Pavan E, Morize V. Prévention de la douleur provoquée par les soins chez la personne adulte et/ou âgée : organisation des soins avant/pendant/après. Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD) juin 2004 ; [www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr)
11. ANAES. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée Octobre 2000 ; [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr)