

outil

# La fiche Déclat de décriptage des cris chez le sujet âgé hospitalisé

■ Crier n'est pas un acte anodin, et il faut lutter contre cette idée reçue ■ Tout soignant peut être confronté à ce phénomène face à un patient âgé hospitalisé ■ Ce cri doit être compris, analysé et pris en compte car il correspond à une situation particulière vécue par le patient âgé ■ Il existe des outils pour aider les soignants à diagnostiquer et à réfléchir à ce contexte clinique ■ Exemple avec une fiche de décriptage des cris.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – cri ; éthique ; personne âgée ; prise en charge ; respect ; soignant

**A sheet for deciphering hospitalised elderly patients' cries.** Crying out is not an insignificant act and it is important to fight against this misconception. Any caregiver can be confronted with this phenomenon with elderly hospitalised patients. Their cries must be understood, analysed and taken into account as they correspond to a particular situation experienced by the elderly patient. There are tools to help caregivers diagnose and reflect on this clinical context. This article presents the example of an interpretation sheet which can help caregivers decipher patients' cries.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – caregiver; cry; elderly person care; ethics; respect

L'agressivité et les cris d'un patient âgé, surtout atteint de troubles cognitifs, sont fréquemment rencontrés par les équipes soignantes et difficiles à diagnostiquer [1]. Tout comme pour la douleur en gériatrie [2] dont les processus d'évaluation sont complexes [3], le manque de notre système de soins est évident en matière de traitement symptomatique des troubles psychocomportementaux perturbant la vie quotidienne [4]. Ainsi de nombreux patients âgés sont sous-diagnostiqués et sous-traités, notamment pour leurs cris et leur agressivité. Une idée reçue persiste chez les gériatres : « Il crie, c'est normal, il est dément ! ».

Cette attitude n'est plus admissible sur le plan thérapeutique comme sur le plan éthique. Par ailleurs, le sens des cris chez les patients résidents en unité de long séjour a été étudié. Des méthodologies raffinées ont été mises en place pour croiser les informations et tenter de décrypter les facteurs en cause. Force est de constater que malgré des moyens considérables déployés, la grande majorité des cris reste inexplicable avec certitude. Cependant, il a été établi notamment

dans un travail infirmier canadien [5] « que les cris de chaque personne âgée peuvent être considérés comme un langage unique que les aidants et les soignants sont en mesure d'apprendre et qui influence l'interprétation des sens des cris. L'accompagnement de la personne âgée, en tenant compte de ses volontés, de ses besoins et de sa personnalité, les fluctuations dans les relations de pouvoir au sein des triades personnes âgées-aidants-soignants et les sentiments d'impuissance et de culpabilité des aidants et des soignants sont d'autres facteurs qui influencent les cris. »

## CHAMP DE L'ÉTUDE ET COHORTES DES MALADES ÉTUDIÉS

L'Équipe mobile douleur et soins palliatifs de l'hôpital Sainte-Périne (AP-HP, Paris) a réalisé en quinze ans 6 561 consultations dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'unités de soins de longue durée (USLD), avec un binôme médecin / infirmière ou l'un des deux professionnels.

Une analyse rétrospective a tenté d'identifier au lit du malade les grands mécanismes expliquant l'agressivité et les cris, afin d'améliorer la prise en

JEAN-MARIE GOMAS\*  
Gériatre, praticien  
hospitalier coordinateur  
Unité fonctionnelle douleur  
chronique, soins palliatifs

DIDIER TRIBOUT  
Gériatre

FANNY KNORRECK  
Gériatre

MICHEL DENIS  
Algologue

ANNIE PETROGNANI  
Infirmière clinicienne

ÉLODIE SALES  
Psychologue clinicienne

Hôpital Sainte-Périne (AP-HP),  
11 rue Chardon-Lagache,  
75016 Paris, France

## RÉFÉRENCES

- [1] Sebag Lanoe R, Wary B, et al. La douleur des femmes et des hommes âgés. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2007.
- [2] Hadjistavropoulos T, Von Baeyer C, Craig K. Pain assessment in persons with limited ability to communicate. In Turk D, Melzack R (eds). Handbook of pain assessment. New York: Guilford Press; 2002. p. 134-149.
- [3] Boureau F. Douleur : pourquoi et comment évaluer son intensité ? Revue du praticien. 1998. Tome 1;442:15-20

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :  
jean-marie.gomas@spr.aphp.fr  
(JM.Gomas).

## RÉFÉRENCES

- [4] HAS. Recommandations 2009. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparetees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparetees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs)
- [5] Bourbonnais A. Le sens des cris de personnes âgées vivant avec une démence en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Thèse de doctorat infirmier; Montréal 2009
- [6] Bilan des 10 ans du Centre de soins palliatifs de l'hôpital Sainte-Périne. Paris : Éditions du Cefama, 2005. [http://www.cefama.org/sites/default/files/CEFAMA\\_227.pdf](http://www.cefama.org/sites/default/files/CEFAMA_227.pdf)
- [7] Lequintrec J-L, Baulon A, Maga M. L'échelle comportementale simplifiée ECS : un nouvel outil d'évaluation de la douleur en long séjour gériatrique. Revue de gériatrie. 1995;20(6):363-368.
- [8] Petrognani A. Évaluation de la douleur par échelle comportementale. Courrier de l'algologie. 2004;2(4):132-134.
- [9] Petrognani A. Effets pédagogiques de l'ECS en gériatrie. Congrès SFAP 2006.
- [10] Gomas J-M. Dieu, Hippocrate, la douleur et l'homme, ou les freins psychologiques à la prescription des morphiniques. AMD. 1994;17:1-3.
- [11] Manfredi P, Breuer B, Meier D, Libow L. Pain assesment in elderly patients with severe dementia. J Pain Symptom Managment. 2003;25:48-52
- [12] Danziger N. Vivre sans la douleur Paris: Ed Odile Jacob; 2010.
- [13] Gauvain-Picard A, Rodary C, Rezvani A et al. Development of DEGR : a scale to assess pain in young children with cancer. Eur Jour. Pain. 1999;3:165-176.
- [14] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFT-EXT00000227015>
- [15] Fiat E. Petites histoires de dignité. Paris: Dunod; 2012.
- [16] Pascal B. Les Pensées. Paris: Pocket; 2013.

charge et la thérapeutique (si elle existe) [6]. Environ 17 % des avis de l'équipe mobile sont demandés pour un patient présentant des cris à un moment de la journée ou de la nuit (soit environ 1 300 actes d'équipe mobile). La moyenne d'âge est de 82 ans, et on compte 72 % de femmes.

## CONTEXTE CLINIQUE DES CRIS

Chez le patient non dément, les cris sont en général rationnels et correspondent à une cause retrouvable ou identifiable, du moins si les professionnels sont concentrés sur l'attention à l'autre ; car on peut bien sûr "nier" la plainte, refuser la signification du cri. Chez le patient connu pour être déficitaire cognitif, l'analyse multifactorielle du contexte de survenue des cris révèle une multiplicité des facteurs en cause (*encadrés 1 et 2*).

### Les causes des cris

Les professionnels ont tenté de simplifier l'ensemble de ces données pour proposer aux

équipes en difficulté un outil de dépistage et d'orientation, qui permet de sortir de la "non-écoute" ou de la caricature forcément négative du cri. Par sa violence, son intensité, son ressenti agressif, le cri peut en effet perturber la relation, le lien et rendre indéchiffrable sa signification.

### ■ Trois grands groupes de causes sont ainsi identifiés :

- « *Il a mal* » (tout ce qui est de l'ordre des causes organiques douloureuses, trompeuses ou cachées) :
  - rétention vésicale, fracture méconnue, fécalome ;
  - prothèse auditive ou lunettes inadaptées ;
  - nociceptions et/ou neuropathies méconnues ;
  - organisation des soins entraînant des plaintes somatiques (mauvaise installation, pas de prémédication avant soin douloureux, eau trop chaude, trop froide) ;
- « *Il est mal* » (les causes relationnelles et psychiques) :
  - souffrance morale aux multiples facteurs ;
  - maltraitance, appréhension ;
  - organisation des soins entraînant des plaintes plus "psychologiques" (répétitions inutiles de contraintes incompréhensibles pour le malade, mauvaise compréhension de ce qui est fait) ;
- « *Il est déficitaire cognitif* » (les causes neurologiques et de déficit cognitif) :
  - hallucinations, peurs ;
  - démence et comportement irrationnel ;
  - agnosie sensorielle rendant menaçant les actes de soins, angoisse.

ENCADRÉ 1

### Lieu des cris d'un patient déficitaire cognitif

- Au lit
- Au fauteuil
- Salle de bains
- Couloir
- Salle à manger
- Salle de kinésithérapie
- Association de plusieurs lieux
- N'importe où de manière aléatoire

ENCADRÉ 2

### Les circonstances et raisons du cri d'un patient déficitaire cognitif

#### ■ Circonstances déclenchantes du cri

- **sans cause apparente :**
  - avec l'activité en cours ;
  - sans activité en cours ;
  - pas de stimulations : patient non sollicité.
- **avec cause apparente : mise en situation :**
  - toilette ;
  - repas ;
  - rééducation ;
  - présence familiale ;
- **Cris lors des phases terminales**
  - **en rapport direct avec la douleur physique en cas de nociceptions aiguës :**
    - spontanée ;
    - lors de la toilette ;
    - lors des soins d'escarres ;
    - lors des mouvements de transfert ;
  - **en rapport direct avec la douleur physique en cas de neuropathies aiguës :**
    - décharges spontanées (atteintes distales, centrales) ;
    - décharges provoquées (ex : atteintes méningées : douleur fulgurante pour des mouvements infimes) ;
  - **en rapport avec des explications relationnelles ou psychiques :**
    - visite de la famille/entourage ;
    - angoisse de mort.

### Évaluation de la douleur et des troubles neuropsychiques

À l'aide d'échelles validées d'analyse des comportements et d'une échelle validée hétéro-comportementale d'évaluation de la douleur [7], dont la version 2 remaniée est disponible depuis plusieurs années [8-9], trois grandes causes des cris sont retrouvées, souvent intriquées.

#### ■ Ces trois causes sont détaillées dans une fiche spécifique :

- **la douleur physique** : nociceptive ou neuropathique ;
- **la souffrance morale** : représente une possibilité de crier sa dépression, sa révolte, sa peur, son angoisse ou à l'inverse sa communication, et son existence ;
- **la démence** est à l'origine de cris "isolés" sans lien avec une explication physique, même après des tests thérapeutiques.

### ÉLABORATION DE LA FICHE DÉCLIC

Plus de trois ans ont été nécessaires pour élaborer, finaliser et mettre en forme la fiche spécifique nommée Déclic (pour Décryptage CLInique des Cris). Elle n'a pas la prétention d'être une grille ou une échelle, mais un outil pédagogique simple permettant la sensibilisation des professionnels à une "autre écoute" du patient criant (*Annexe A*). C'est une aide au dépistage et à la réflexion des équipes infirmières et soignantes comme des équipes médicales. Le traitement est ensuite à initier à la lumière de l'analyse ainsi facilitée.

■ **Notre expérience de formateurs** (plus de 1000 journées de formation professionnelle de soignants et de médecins en vingt ans) montre que toutes les catégories d'acteurs du soin sont concernées par des freins à l'écoute du patient plaintif et criant. Des processus de défense similaires avaient été publiés pour la douleur dans d'autres domaines que la gériatrie [10,11] et récemment par Nicolas Danziger, neurologue, qui a synthétisé à la lumière des neurosciences, les processus de minimisation de la douleur d'autrui [12].

En outre, il y a quinze ans, Annie Gauvain-Picard, pédopsychiatre, avait publié des méthodes d'évaluation chez l'enfant qui ont fait école [13] en insistant sur l'impact des cris et des pleurs. « *Quand les cris empêchent de voir* » est l'une de ses affirmations qui aide les soignants à comprendre que les hurlements du malade (à la toilette, lors de stimulations, des transferts, voire spontanés) viennent bouleverser l'attention et la capacité évaluative du professionnel.

#### ■ Ainsi des idées reçues bloquent souvent la réflexion et l'écoute envers le patient, quand ce ne sont pas des idées erronées et dangereuses :

- « *Il est apragmatique, donc il crie et on ne peut rien faire* » ;
- « *Les cris gênent le soignant, mais le malade ne s'en rend pas compte donc pourquoi l'empêcher de crier ?* » ;
- « *On ne peut l'empêcher de crier, car la sédation va l'aggraver* » ;
- « *On est en psychogériatrie, c'est normal qu'il crie* » [sic].

Cette fiche semble bien répondre aux préoccupations éthiques de notre temps : poussés par une puissante évolution déontologique et légale, nous devons de respecter le malade résident dans ses droits les plus fondamentaux, notamment celui du traitement de la douleur physique comme celui de sa souffrance morale.

Même avant la loi du 4 mars 2002, bien des soignants avaient intégré cette exigence : elle est clairement nécessaire désormais du fait de l'évolution des références et des recommandations [14]. Déclic est, dans l'esprit de ses concepteurs, une aide au respect du malade/résident, au respect de son confort et de sa communication optimale avec les moyens subsistants, ce qui représente bien là le cœur du respect de sa dignité [15]. Persuadés que derrière les cris se cache très souvent la souffrance morale et comme « *un comportement déraisonnable n'est pas un comportement sans raison* » [16], nous proposons cette exigence fondamentale d'interroger toujours les pratiques pour mieux comprendre ce qui peut apaiser un patient.

### CONCLUSION

À partir des données de la littérature, notamment canadienne, d'une expérience gériatrique en institution pendant quinze ans, de l'analyse de plus de 6 500 actes d'équipe mobile gériatrique en douleur et en soins palliatifs, une fiche de décryptage des cris a pu voir le jour. L'analyse des cris et de l'agressivité chez le patient âgé a permis d'identifier trois grands types de causes : il a mal, il est mal, il est déficitaire cognitif.

La fiche Déclic permet de se repérer dans la compréhension des cris des patients âgés hospitalisés. Présente dans les dossiers médicaux, elle aide les professionnels dans la compréhension du patient dit "agressif" ou déroutant, guide plus facilement les thérapeutiques et l'organisation adaptée des soins. Enfin, le décryptage d'un cri chez un sujet âgé gardera toujours une part d'incertitude. Cette démarche est directement reliée aux compétences relationnelles et à l'implication psychologique des professionnels au lit du malade. ■

#### ANNEXE A. MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE

Le matériel complémentaire (*Annexe A*) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <http://dx.doi.org/10.1016/j.sger.2014.09.006>

*Déclaration d'intérêts*  
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.