

LA DOULEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

DOCTEUR CHRISTIAN DUFRENE
SÉVERINE DEBRACH, INTERNE EN MÉDECINE GÉNÉRALE
CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE

LA DOULEUR : PREMIÈRE PATHOLOGIE GÉRIATRIQUE

A DOMICILE :

- Etude PAQUID
- Prévalence croissante de la douleur chez les hommes et chez les femmes âgés (25% chez les personnes de plus de 60 ans, 40% chez celles de plus de 80 ans).
- Parmi les personnes douloureuses :
 - 71,5% douleur dans l'année
 - 32,9% douleur persistant plus de 6 mois
 - 32,5% douleur épisodique

En EHPAD :

40 à 80% de résidents douloureux (en auto et hétéro-évaluation)

A L'HOPITAL :

Douleur présente chez > 50% des personnes âgées immobilisées

↗ en fin de vie (60 - 70% dans le mois qui précède la mort).

LA PERSONNE AGEE DOULOUREUSE EST UNE
PERSONNE DOULOUREUSE COMME UNE AUTRE

UNE PERSONNE AGEE DOULOUREUSE PRESENTANT
DES TROUBLES COGNITIFS EST UNE PERSONNE
DOULOUREUSE COMME UNE AUTRE

LA DOULEUR EST CE QUE LA PERSONNE DIT QU'ELLE
EST MEME ET CAS DE TROUBLES COGNITIFS

EN D'AUTRES TERMES, UNE PERSONNE QUI DIT
QU'ELLE A MAL, A MAL

QUELLES SPÉCIFICITÉS GÉRIATRIQUES?

PHYSIOPATHOLOGIE :

Modifications de la conduction : Diminution du nombre de nocicepteurs, du nombre de fibres afférentes

➡ localisations moins précises, douleurs viscérales silencieuses, retard à l'intégration de l'information douloureuse

Modifications de la modulation?

- Déclin fonctionnel des contrôles inhibiteurs diffus descendants
- Dégradation de la myéline A $\alpha\beta$ (fibres de gros calibre transmettant les informations non douloureuses et bloquant les fibres A δ et c transmettant la douleur) : diminution du gate-control

➡ Diminution des défenses à l'information douloureuse dans les douleurs chroniques et neuropathiques

QUELLES SPÉCIFICITÉS GÉRIATRIQUES?

- **Présentation atypique** : syndrome confusionnel, syndrome dépressif, troubles comportementaux (attention à l'apathie), perte d'autonomie, « glissement »...
- **Repli sur soi, isolement**
- **Plus grande fréquence des douleurs chroniques** : la douleur chronique est présente chez 60% des PA, dont 1/3 de douleurs sévères.
- **Douleur difficile à repérer et évaluer au sein de la polypathologie.**

QUELLES SPÉCIFICITÉS GÉRIATRIQUES?

TOUT CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DOIT ÊTRE SUSPECT.

- Confusion, agitation, régression, prostration.
- Troubles du sommeil.
- ↘ spontanée de la motricité (refus de se lever, de marcher).
- Refus de s'alimenter.
- Refus de soins.

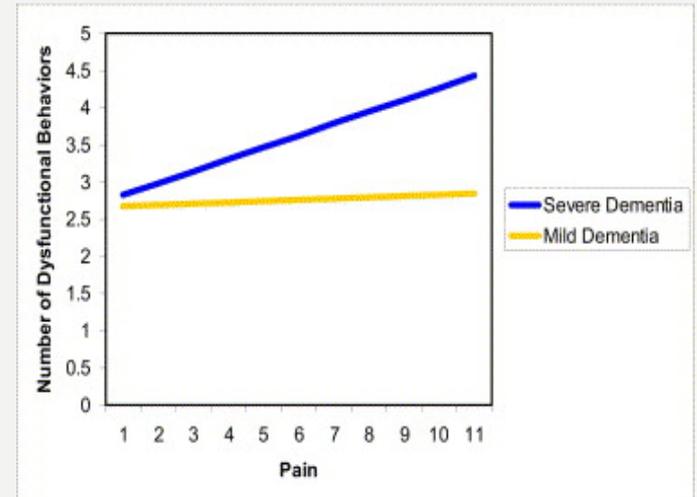
SPÉCIFICITÉS DE L'ASSOCIATION DOULEUR- TROUBLES COGNITIFS

- Modifications des modulations centrales.
- Expériences contradictoires :
 - Chez le malade Alzheimer : seuil plus élevé de réponse du système nerveux autonome et de tolérance à la douleur.
 - Chez les patients atteints de démence vasculaire : douleurs neuropathiques davantage ressenties que chez les sujets du même âge
- Plutôt modification de l'expression de la douleur que du ressenti. La démence n'a aucun impact ni sur le seuil, ni sur la tolérance à la douleur.

SPÉCIFICITÉS DE L'ASSOCIATION DOULEUR-TROUBLES COGNITIFS

Là aussi l'observation du **COMPORTEMENT** est primordiale.

■ Plus la démence est sévère plus la douleur influence les troubles du comportement.



• Parmi les patients souffrant d'une douleur chronique, en dehors de tout épisode aigu, ceux atteints d'une démence sévère présentent significativement des troubles du comportement plus intenses et plus fréquents que ceux atteints d'une démence moins sévère.

SPÉCIFICITÉS DE L'ASSOCIATION DOULEUR-TROUBLES COGNITIFS

Le seuil de tolérance à la douleur est, comme dans la majorité des cas, influencé par des variables psychologiques, culturelles et environnementales.

Non ou mal prise en charge la douleur peut favoriser l'apparition de troubles anxieux et dépressifs qui compliquent le vécu et la prise en charge de la personne.

SPÉCIFICITÉS DE L'ASSOCIATION DOULEUR- TROUBLES COGNITIFS

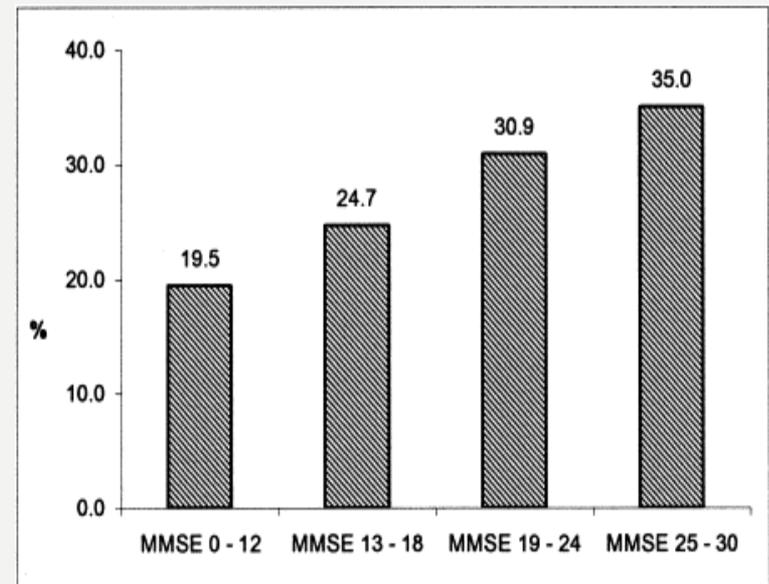


La population démente est souvent sous traitée.

- La prescription d'antalgiques s'avère plus faible chez les patients ayant une altération des fonctions cognitives plus importante.

Ce n'est pas le déclin cognitif seul, mais son association à des comorbidités, qui limite la prise en charge.

Cornali C et al. Diagnosis of chronic pain caused by ostéoarthrititis and prescription of analgésics in patients with cognitive impairment. J Am Med Dir Assoc.2006;7:1-5



p=0,075 entre les 4 groupes
p=0,016 entre MMS 0-12 et MMS 25-30

- 63,4% des patients atteints de démence décèdent avec un haut niveau d'inconfort (évalué par le MMSE).

Aminoff BZ. Dying dementia patients : too much suffering, too little palliation. Am J Hosp Palliat Care.2005;22(5):344-8

QUAND ET COMMENT ÉVALUER LA DOULEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE?

L'absence de plainte n'est pas synonyme d'absence de douleur.

Quand?

- Systématiquement
- Devant une plainte
- Devant une modification de comportement
- Devant un repli sur soi

Comment?

- Les personnes totalement non communicantes n'existent pas !
- La communication verbale et raisonnée peut se perdre, la communication par d'autres canaux, d'autres modalités non verbales, reste possible (mimique faciale, toucher+++...).

PARTICULARITÉS DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

ECHELLES D'AUTOÉVALUATION :

- Elle doit être privilégiée à chaque fois que possible.
- L'échelle ne mesure qu'une intensité douloureuse ressentie au moment de l'évaluation par la personne.
Perte de pertinence dans les douleurs chroniques.
- 50% des P.A. lucides et communicants ne sont pas capables d'utiliser une EVA.

*Simon AM et al. Évaluation de la douleur chez la personne âgée.
La revue du généraliste et de la gériatrie. 1998;49:6-10*

Au total : EVS > EN > EVA

PARTICULARITÉS DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

- ECHELLES D'HÉTÉROÉVALUATION:

« Le biais de l'hétéro-évaluation de la douleur chez les patients non communicants réside dans la douleur du soignant lui-même ».

JEAN A. 2002

Hétérogénéité de la cotation selon les soignants pour un même patient et pour un même geste . « Nous sommes inégaux devant la douleur de nos semblables ». OSBORNE 2009

La subjectivité de l'observateur est un élément majeur de l'appréciation clinique.

La bonne échelle est celle que l'équipe a choisi et utilise régulièrement.

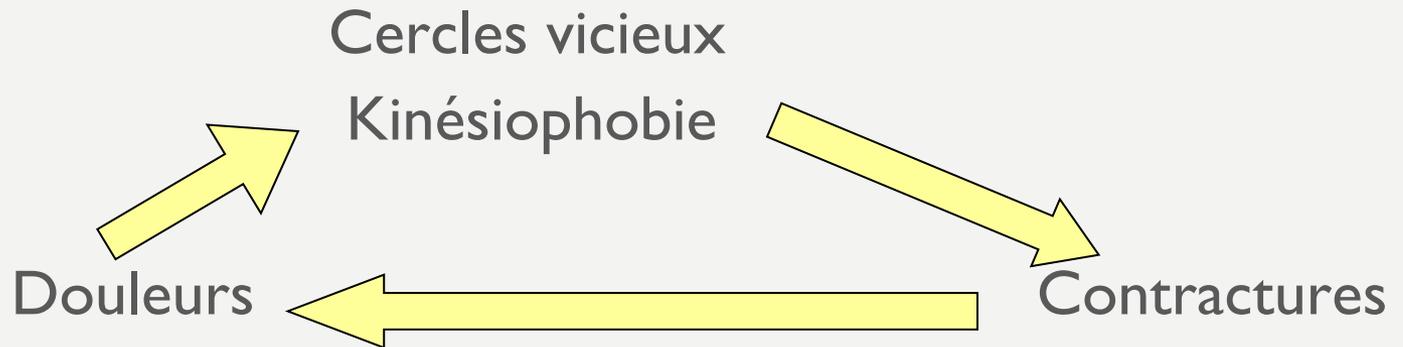
Grande variabilité de l'expression d'une même douleur selon les patients.

ELÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE DANS L'ÉVALUATION

- La plainte du patient âgé douloureux chronique est la résultante de composantes somatiques, psychologiques et sociales.
- Le parcours médical de ces personnes est souvent complexe, mal vécu, avec sentiment d'échec, d'incurabilité, qu'il soit âgé ou non.
- L'attente démesurée (demande de guérison totale et définitive) est génératrice de déceptions répétées.

ELÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE DANS L'ÉVALUATION

- Evaluation de la dépression
- Evaluation du handicap
- Kinésiophobie fréquente chez la personne âgée
- Littéralement « peur du mouvement ». Peur de se faire mal en bougeant
- surtout après une chute, avec évitements comportementaux.



Intérêt du bilan-diagnostic kinésithérapique

Quelle prise en charge?

- Plus la douleur est chronique, moins les antalgiques sont efficaces, quels que soient le palier utilisé. Cela s'explique par le caractère multidimensionnel de la douleur chronique.
- Plus la douleur est aiguë, plus les antalgiques sont efficaces.
- En cas de douleur aiguë liée au soins, le MEOPA est une alternative efficace aux antalgiques.

L'auto ou l'hétéro-évaluation guide le choix du palier de l'antalgique à utiliser.

ANTALGIQUES

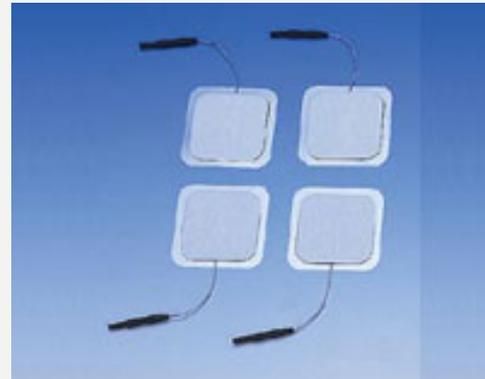
- Mêmes molécules utilisées que pour tout patient
- Débuter à faible dose, augmenter lentement :
« Start low, go slow ».
- Importance de l'estimation du débit de filtration glomérulaire.
- Attention à la polymédication.
- Attention aux effets secondaires indésirables souvent plus fréquents chez la personne âgée.
- Nécessite de la réévaluation efficacité-tolérance.
- Si nécessité de morphiniques : éviter les formes à libération prolongée d'emblée (Fentanyl en patch).

ANTALGIQUES

- Penser systématiquement aux douleurs neuropathiques.
- Importance des moyens non médicamenteux dans les douleurs chroniques.
- Les antidépresseurs ont une action antalgique spécifique en cas de douleur associée à la dépression, qui se manifeste plus rapidement que l'effet antidépresseur.
- En cas de doute, faire un test avec un antidépresseur.

MOYENS NON MÉDICAMENTEUX

- Ecoute active, empathie, discours rassurant
- Thermothérapie (chaud – froid)
- Massages
- Relaxation, respiration abdominale
- Kinésithérapie
- Neurostimulation transcutanée...



CONCLUSION

- Douleur = pathologie **la plus fréquente** du sujet âgé, aussi bien à domicile qu'en institution
- Prise en charge de la douleur = amélioration de l'humeur, de l'autonomie et de la qualité de vie
- Douleur **minimisée** ou banalisée = douleur mal soulagée
- Douleur **mal évaluée dans toutes ses dimensions** = surdosage ou escalade thérapeutique
- Intrication **plainte**, douleur et souffrance globale : faire taire la plainte, pas la douleur....
- Prise en charge globale de la douleur, méthode médicamenteuse et non médicamenteuse
 - « Croire en la douleur de l'Autre, c'est déjà être thérapeutique ».