

# La douleur chez les personnes âgées

Jean-Pierre Michel, Sophie Pautex

*Département de réhabilitation et gériatrie,  
faculté de médecine et hôpitaux universitaires de Genève, Suisse*

Le thème de la douleur chez les personnes âgées est vaste et complexe. Nous nous limiterons ici à trois thèmes essentiels dans ce domaine :

- la présentation clinique de l'âgé dolent a des particularités qui méritent attention ;
- les douleurs chroniques, dont la prévalence dépasse toute imagination, sont insuffisamment prises en compte chez les malades âgés polysymptomatiques ;
- enfin, la douleur chez les malades souffrant de démence est encore trop souvent négligée, car mal comprise et en conséquence mal traitée.

Le développement de ces trois thématiques permettra simplement d'esquisser l'immense problématique de la douleur au grand âge, dont les retentissements sur les activités de la vie quotidienne et sur la qualité de vie et de fin de vie, sont de première importance dans le vaste champ de la clinique gériatrique et de son impact grandissant sur les systèmes et les coûts de santé.

## **PRÉSENTATIONS CLINIQUES DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES**

Les deux grands types de douleurs (aiguës et chroniques) qui peuvent survenir chez les personnes âgées ont des caractéristiques cliniques qui nécessitent d'être précisées.

### **Douleur aiguë**

D'abord, il faut affirmer avec force que la personne âgée ressent la douleur avec la même intensité que le malade plus jeune. Le mythe consistant à dire que le seuil douloureux est abaissé chez l'âgé doit être combattu avec détermination puisque que jusqu'à maintenant aucune étude sur la douleur expérimentale chez la personne âgée n'a pas permis de le démontrer. La seule exception est probablement la douleur viscérale. En effet, les infarctus du myocarde ou les ulcères gastriques silencieux ont été fréquemment décrits dans la littérature [1].

Par ailleurs, la douleur aiguë doit toujours être considérée comme un signal d'alarme d'une atteinte lésionnelle, qui correspond parfois (il ne faut surtout pas le négliger) à un risque vital.

De plus, cette douleur peut prendre une expression clinique déloyale. Tel est le cas d'un épisode confusionnel brutal sans cause apparente – clinique ou biologique – chez le malade dément. Dans un tel cas, il faut toujours se méfier de l'expression fort trompeuse d'une authentique douleur aiguë.

Parfois, la douleur est volontairement cachée par le malade âgé car ce dernier ne veut pas perturber, ennuyer, gêner son entourage proche. Une autre raison de cacher la douleur pour une personne âgée est la signification même de la douleur pour cette personne, la peur des examens complémentaires ou le refus d'hospitalisation. Mais comme il a été dit précédemment, cette douleur méconnue peut être le fait du médecin qui ne sait pas entendre les doléances ou, pire, qui ne sait ni écouter, ni interpréter ce que le malade lui transmet comme information (ce qu'on appelle « la surdité du médecin »).

### **Douleur chronique**

Le second type de douleur, beaucoup plus ennuyeux chez la personne vieillissante et/ou âgée, est la douleur chronique. Il s'agit d'une condition complexe, qui implique le sujet souffrant dans son entier et modifie progressivement son sens de la vie. Ces douleurs sont d'une fréquence extrême. Une étude transversale prospective, avec stratification par âge, menée chez 4093 personnes de 75 à 105 ans vivant dans la communauté, révèle que 60 % d'entre elles se plaignent de douleurs chroniques [2]. Ces douleurs sont liées à l'avance en âge et à un état dysthymique sous-jacent se manifestant par de la fatigue, des troubles du sommeil, voire un véritable état dépressif. D'autre part, cette étude révèle avec force l'immense retentissement des douleurs chroniques sur le fonctionnement de la personne dans la vie quotidienne avec comme conséquence une détresse psychologique plus grande et, bien sûr, en lien direct avec celle-ci, une altération sensible de la qualité de vie [2].

Tout ceci explique la difficulté de différencier la douleur chronique de la souffrance, qui est globale, à la fois physique, psychologique, sociale, familiale, spirituelle et environnementale. La souffrance est incontestablement purement individuelle et imprévisible, bien que la durée de la douleur chronique favorise nettement son apparition.

### **QUELLE EST LA QUALITÉ DU CONTRÔLE DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE ?**

L'analyse de cette question repose sur des bases bibliographiques plus ou moins récentes, car ces études sont peu fréquentes dans la littérature.

Une étude portant sur 597 malades de 19 à 90 ans, souffrant de pathologie oncologique et vivant à domicile, atteste que le pourcentage de douleurs *non* contrôlées par

le traitement dans l'ensemble de cette cohorte communautaire atteint 42 % ! Les facteurs favorisant un traitement antalgique non adéquat sont l'âge supérieur à 70 ans (OR = 2,4), la mauvaise appréciation par le médecin de la douleur du malade (OR = 1,9) et le sexe féminin (OR = 1,5) [3].

Une autre étude rétrospective, réalisée chez 13 625 malades âgés de plus de 65 ans lors de leur admission en maison de retraite aux États-Unis, atteste que 30 % d'entre eux étaient quotidiennement algiques. Or, un quart de ces malades ne recevaient aucun traitement antidouleur lors de leur institutionnalisation. Cette non-prise en considération thérapeutique de la douleur chronique était significativement plus marquée ( $p < 0,001$ ) chez les sujets âgés de plus de 85 ans. D'autre part, parmi les malades recevant un traitement antalgique inadéquat lors de leur institutionnalisation, il apparaît nettement que les malades de plus de 85 ans sont également ceux qui reçoivent significativement ( $p < 0,001$ ) plus de produits antalgiques du premier palier de l'OMS (paracétamol, aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens) et le moins d'antalgiques du troisième palier de l'OMS (opiacés et morphiniques) [4].

À quoi peut être due l'inadéquation manifeste des traitements antalgiques dans cette classe d'âge ? Le plus vraisemblable est que l'appréciation de la douleur est mauvaise par les soignants, qui ne savent pas suffisamment écouter le malade, apprécier des symptômes souvent atypiques et qui aussi ne donnent pas assez de crédit à ses dires. Ceci vient d'être effectivement démontré par une étude interdisciplinaire réalisée dans un service de gériatrie, pourtant bien sensibilisé aux problèmes de la douleur. Quarante-deux malades (moyenne d'âge de 72 ans) ont évalué leur douleur avec une échelle visuelle analogique au 8<sup>e</sup> jour de leur séjour hospitalier. Deux soignants (un infirmier et un médecin) ont effectué, indépendamment du malade, la même évaluation avec la même échelle visuelle analogique. La différence d'évaluation est majeure puisque l'estimation de l'intensité des douleurs par les soignants est inférieure de 40 % à celle des patients ( $R^2 < 0,6$ ) ! [5].

Cette étude ne fait que confirmer d'une part l'importance de faire réaliser par le malade une auto-évaluation de la douleur (par cette méthode, la prévalence des malades dolents en institutions gériatriques est multipliée par deux), d'autre part devrait convaincre les soignants de respecter davantage et mieux prendre en considération, les plaintes algiques du malade.

### **QU'EN EST-IL DE LA QUALITÉ DU CONTRÔLE DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LES MALADES ATTEINTS DE DÉTÉRIORATION COGNITIVE ?**

Cette question a malheureusement reçu des réponses claires mais peu à l'honneur des médecins. Dans les 48 h qui suivent une intervention pour fracture du col

fémoral, il apparaît que les malades déments reçoivent significativement moins de morphiniques pour calmer leurs douleurs que les malades non déments ( $p < 0,05$  dans l'étude de Feldt et  $p < 0,001$  dans celle de Morrison) [6, 7].

Cette attitude impose une réflexion sur l'auto-évaluation de la douleur par les malades démentifiés. Quatre échelles d'évaluation de la douleur (visuelle analogique, numérique, graduée et faciale) ont été appliquées chez des sujets atteints de sévérité diverse : légère,  $n = 64$  ; modérée,  $n = 81$  ou sévère  $n = 15$ . Les résultats obtenus ont été corrélés à une échelle d'hétéro-évaluation complétée par le personnel soignant (Doloplus®). Trois conclusions importantes sont possibles. D'abord, ces échelles sont parfaitement valides chez les malades souffrant de démence légère ou modérée. Les réponses sont adéquates dans respectivement 85 à 90 % des cas pour les premières et 63 à 80 % pour les secondes. D'autre part, le type d'échelle utilisé intervient peu dans les résultats, puisque le coefficient Rho de Spearman se situe entre 0,81 et 0,95. Finalement l'échelle d'hétéro-évaluation (Doloplus®) n'était que modérément corrélée aux autres échelles d'auto-évaluation. En conclusion, la compréhension des échelles unidimensionnelles doit être testée avant d'utiliser une échelle d'hétéro-évaluation [8]. L'ensemble de ces données souligne la nécessité de considérer l'évaluation de la douleur du sujet âgé, cognitivement intact ou non, avec le même professionnalisme, gage d'un traitement antalgique plus approprié à chaque situation.

## **MESSAGES EN GUISE DE CONCLUSION**

La douleur chez le sujet âgé se manifeste avec la même acuité que chez l'adulte plus jeune, sans modification du seuil douloureux. Sa prévalence est énorme, tant dans la communauté qu'en institution. Les plaintes douloureuses chroniques sont mal identifiées par les soignants, pour plusieurs raisons liées aux malades eux-mêmes (qui hésitent, par peur de gêner ou par peur des conséquences, à reconnaître leurs symptômes) mais aussi aux professionnels de santé (infirmiers, paramédicaux et médecins), qui banalisent les plaintes par une écoute inattentive ou volontairement sélective. Il est indispensable de procéder systématiquement à l'auto-évaluation de la douleur par le malade et d'accorder un plein crédit aux dires du patient afin de le faire bénéficier du traitement antalgique le plus approprié et le mieux suivi possible.

En cas de négligence du contrôle de la douleur par les professionnels de santé, le retentissement des douleurs chroniques deviendra vite catastrophique pour le malade âgé qui, dans 60 % des cas, ne pourra pas effectuer seul les actes de la vie quotidienne [9]. La perte de l'autonomie induite par la douleur chronique majeure à son tour de façon massive la détresse psychologique du malade et contribue à une détérioration de sa qualité de vie.

## Références

- 1 Pautex S. La presbyalgésie des patients âgés existe-t-elle en particulier chez les patients présentant des troubles cognitifs ? *Doul Analg* 2004 ; 2 : 57-60.
- 2 Jakobsson U, Klevsgard R, Westergren A, Hallberg IR. Old people in pain : a comparative study. *J Pain Symptom Manag* 2003 ; 26 : 625-36.
- 3 Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994 ; 330 : 592-6.
- 4 Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R. et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group. (Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology). *JAMA* 1998 ; 279 : 1877-82.
- 5 Pautex S, Berger A, Chatelain C, Herrmann F, Zulian GB. Symptom assessment in elderly cancer patients receiving palliative care. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003 ; 47 : 281-6.
- 6 Feldt KS, Ryden MB, Miles S. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. *J Am Geriatr Soc* 1998 ; 46 : 1079-85.
- 7 Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manag* 2000 ; 19 : 240-8.
- 8 Pautex S, Herrmann FR, Le Lous P, Fabjan M, Michel JP, Gold G. Feasibility and reliability of four pain self assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly. *J Gerontol A Biol Med* 2005 ; 60 : 524-9.
- 9 James NT, Miller CW, Brown KC, Waever M. Pain disability among older adults with arthritis. *J Aging Health* 2005 ; 17 : 56-69.