
DOULEUR ET PERSONNE ÂGÉE



Institut UPSA
de la douleur



Luttons ensemble contre la douleur

DOULEUR ET PERSONNE ÂGÉE

Édition 2011

DOULEUR ET PERSONNE ÂGÉE

*Françoise Béroud
Coordinateur*

INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR
3, rue Joseph Monier - BP325
92506 Rueil-Malmaison Cedex
Tél : 01 58 83 89 94
Fax : 01 58 83 89 01
E-mail : institut.upsa@bms.com
Site : www.institut-upsa-douleur.org

*Les notions exposées dans ce livre sont destinées à compléter et non à remplacer les connaissances médicales des professionnels formés en la matière.
Les auteurs et les coordinateurs déclinent toute responsabilité directe ou indirecte dans l'usage pouvant être fait de cet ouvrage.*

ISBN : 2-910844-18-8
Conception : A Éditorial Paris 01 42 40 23 00
Couverture : crédit photo, Fotolia,
Photographe : Carsten Reisinger
Dépôt légal 4^e trimestre 2010

DOULEUR ET PERSONNE ÂGÉE

Éditeur
Institut UPSA de la Douleur

Coordination médicale
Dr Gisèle Pickering

Préface
André Comte-Sponville

LES AUTEURS

Préface : André Comte-Sponville

Philosophe, Membre du Comité Consultatif National d'Éthique
a.c-s@orange.fr

Professeur Anne-Françoise Allaz

Service de Médecine Interne de Réhabilitation,
Hôpitaux Universitaires, Genève
Anne-Francoise.Allaz@hcuge.ch

Docteur Jean-Pierre Aquino

Clinique de la Porte Verte, Versailles
Président de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie
jpaquino@cliniqueporteverte.com

Docteur Christine Cedraschi

Service de Médecine Interne de Réhabilitation,
Hôpitaux Universitaires, Genève
christine.cedraschi@hcuge.ch

Professeur Steven Gibson

Département de Médecine, Université de Melbourne, Australie
s.gibson@nari.unimelb.edu.au

Professeur Ivan Krakowski

Centre Alexis Vautrin, Service interdisciplinaire de soins
oncologiques de support, Vandoeuvre-lès-Nancy
i.krakowski@nancy.fnclcc.fr

Professeur Bernard Laurent

Professeur de Neurologie, responsable du CETD, CHU Saint-Etienne.
bernard.laurent@chu-st-etienne.fr

Professeur David Lussier

Institut universitaire de Gériatrie de Montréal, Université de Montréal,
Division de gériatrie et Centre Alan-Edwards de recherche sur la
douleur, Université McGill, Montréal, Québec
david.lussier@muhc.mcgill.ca

Docteur Micheline Michel

Service de Médecine Gériatrique, CHU, Rennes

micheline.michel@chu-rennes.fr

Professeur Serge Perrot

Professeur de Thérapeutique, Service de Médecine Interne

et Thérapeutique, Hôpital Hôtel Dieu, Université Paris Descartes,
INSERM U 987, Paris.

serge.perrot@htd.aphp.fr

Docteur Gisèle Pickering

Centre de Pharmacologie Clinique, INSERM CIC 501,

Centre Hospitalier Universitaire, Service de Pharmacologie,

INSERM U766, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand.

gisele.pickering@u-clermont1.fr

Docteur Patrice Rat

Service de Médecine Interne Gériatrie Hôpital Nord,

Assistance Publique des Hôpitaux, Marseille

Patrice.Rat@mail.ap-hm.fr

Docteur Hubert Rousselot

Centre Alexis Vautrin, Service interdisciplinaire de soins

oncologiques de support, Vandoeuvre-lès-Nancy

h.rousselot@nancy.fnclcc.fr

Docteur Geneviève Ruault

Déléguée générale de la Société Française de Gériatrie

et de Gérontologie, et du Center for Personal and Family Growth

genevieve.ruault@sfgg.org

Docteur Bernard Wary

Service Régional de Soins Palliatifs, CHR Metz Thionville

b.wary@chr-metz-thionville.fr

SOMMAIRE

Préface	9
<i>André Comte-Sponville</i>	
1 • La douleur de la personne âgée : état des lieux en France	13
<i>Dr Jean-Pierre Aquino, Dr Geneviève Ruault</i>	
2 • Épidémiologie et neurophysiologie de la douleur chez la personne âgée	25
<i>Pr Steven Gibson</i>	
3 • Évaluation de la douleur chez la personne âgée : les problématiques, les outils et leurs limites	47
<i>Dr Patrice Rat, Dr Micheline Michel</i>	
4 • Dimensions psychologiques de la douleur chronique chez la personne âgée	69
<i>Pr Anne-Françoise Allaz et Dr Christine Cedraschi</i>	
5 • Spécificités de la prise en charge antalgique de la douleur chez la personne âgée	83
<i>Pr David Lussier</i>	

6 • La douleur en oncogériatrie	111
<i>Dr Hubert Rousselot, Pr Ivan Krakowski</i>	
7 • Douleurs ostéo-articulaires de la personne âgée	133
<i>Pr Serge Perrot</i>	
8 • Impact de la douleur neuropathique au cours du vieillissement	149
<i>Dr Gisèle Pickering</i>	
9 • Douleur et fin de vie	159
<i>Dr Bernard Wary</i>	
10 • Intégration et mémoire de la douleur au cours du vieillissement	173
<i>Pr Bernard Laurent</i>	
11 • Conclusion	195
<i>Dr Gisèle Pickering</i>	

Préface

par André Comte-Sponville

« *Après soixante ans*, me disait le père d'un ami, *si tu te réveilles un matin et que tu n'as mal nulle part... c'est que tu es mort!* » C'était il y a plusieurs années, et je ne peux y repenser sans sourire. La soixantaine approchant, je me dis pourtant qu'il exagérait quelque peu. Il m'arrive souvent, au réveil, d'avoir mal ici ou là (à l'épaule, au coude...), mais enfin pas toujours. Peut-être faudrait-il dire « *après soixante-dix ans* » ? Cela, d'évidence, dépend des individus. La vieillesse est injuste, comme la vie, et pour les mêmes raisons : elle fait ce qu'elle peut, non ce qu'elle doit (il n'y a de devoirs que pour l'esprit ; la nature, par définition, est amorphe). Que nous soyons tous égaux en droits et en dignité n'implique aucune égalité devant la maladie, ni devant la souffrance, ni devant le grand âge. Nous connaissons tous de ces vieillards formidables, que le temps, semble-t-il, n'atteint pas, ou guère. Et d'autres, moins vieux qu'eux, qui s'enferment peu à peu dans le ressassement, la tristesse, l'inconfort, la pathologie, la dépendance parfois... Qu'ils aient une part de responsabilité, dans cette dégradation, peut-être. Mais enfin nul ne choisit son corps, ni d'ailleurs son âme, si nous en avons une. Toujours est-il que « *la prévalence de la douleur* », comme disent nos médecins, augmente avec l'âge, de façon à la fois très nette, pour ce qui est des statistiques (même si les chiffres varient bien sûr en fonction des pathologies), et presque inévitable, tôt ou tard, pour ce qui est des individus. Plusieurs études indiquent un « *pic de prévalence* » vers la soixantaine, suivi d'un plateau ou parfois d'une baisse (sauf pour les douleurs liées à une pathologie articulaire dégénérative, comme l'arthrose, qui ne

cessent d'augmenter avec l'âge), puis un autre pic, cela n'étonnera personne, en fin de vie. Vieillir, presque toujours, est le contraire d'un progrès. Mourir, le contraire d'une partie de plaisir. Cela fait partie du tragique de l'existence, et j'aime que nos auteurs, quelque scientifique que soit leur approche, ne l'escamotent pas. « *La santé*, disait le Docteur Knock, *est un état précaire, qui ne présage rien de bon* ». La jeunesse, de même. Ce n'est pas une raison pour renoncer à vivre, ni donc à vieillir, et le mieux possible.

C'est ce qui justifie ce livre, qui vient à son heure. Guérir? On ne le peut pas toujours. Rester jeune? On ne le peut indéfiniment. La vieillesse est le prix à payer d'une vie longue, et cela vaut mieux qu'une mort prématuée. Qu'on puisse ralentir le vieillissement (par la prévention, la diététique, l'exercice, la médecine, quand elle est nécessaire), nul ne l'ignore, et c'est à quoi nos contemporains, dans les pays développés, parviennent de mieux en mieux, et de plus en plus longtemps. C'est une grande chance, qui fait de notre époque une espèce d'exception. L'allongement de la vie en bonne santé est le signe le plus spectaculaire - avec le recul de la mortalité, qui en est indissociable - des progrès considérables que nos sociétés ont accomplis, ces dernières décennies, et qu'on oublie trop souvent. Progrès sociaux, progrès économiques, progrès scientifiques et médicaux... La douleur n'en demeure pas moins: sa possibilité fait partie des fonctions normales (et utiles, et précieuses) du vivant, comme sa réalité, lorsqu'elle est là, reste l'expérience la plus difficile, la plus pénible, la plus atroce parfois, qu'il est urgent d'affronter et, lorsqu'on le peut, d'apaiser. Que la médecine le puisse de mieux en mieux, c'est l'une des bonnes nouvelles de ce temps. Encore faut-il qu'elle s'en donne les moyens, et qu'on les lui donne. Quand la guérison est impossible, le soin, lui, reste nécessaire. Quand on ne peut vaincre la maladie, reste à combattre, au moins, la souffrance. L'accepter? Il le faut parfois, pour le patient, quand rien ni personne ne peut le soulager, ou quand les conséquences d'un traitement seraient pires que le mal. Ce n'est pas le plus fréquent, et cela le sera, grâce au progrès médical, de moins en moins. C'est ce qui justifie les efforts de nos chercheurs et de nos cliniciens, comme le courage quotidien de tant de vieillards. L'acceptation est parfois nécessaire, salutaire, tonique. La résignation, non.

C'est où ce livre est le plus éclairant peut-être. Il prend la vieillesse au sérieux, quand notre société, trop souvent, préfère l'oublier ou la minorer. Il prend la souffrance au sérieux, quand il fut longtemps de bon ton, dans nos hôpitaux, de n'y voir qu'un symptôme incommodé ou encombrant. Il donne les moyens de la mesurer, de l'évaluer, de la comprendre, de l'affronter, de la soulager. Il met nos soignants devant leurs responsabilités ; et nous tous, en tant que citoyens, devant les nôtres. Le vieillissement de la population est un problème majeur de santé publique, donc aussi d'économie et de politique. Et la douleur, souvent chronique, est l'un des effets majeurs du vieillissement. Cela fixe les enjeux, les urgences, les priorités. Qu'il soit plus important de sauver la vie d'un enfant que de prolonger celle d'un vieillard, c'est ce que penseront la plupart des adultes, et d'autant plus, si je me fie à ma propre expérience, qu'ils ont cessé depuis plus longtemps d'être jeunes. Ce n'est pas une raison, bien au contraire, pour abandonner les vieux à leur solitude, à leur détresse, pour laisser la souffrance envahir ou briser leur vie. « *Tu dois, donc tu peux* », disait Kant. C'est la maxime de la morale, et elle est juste, puisqu'à l'impossible nul n'est tenu. Mais il est une autre maxime, moins connue et plus importante peut-être, que formula le philosophe Jean-Marie Guyau, à la fin du XIX^e siècle, et qui dit mieux ce que le progrès de la médecine impose à chaque médecin, à chaque soignant : « *Tu peux, donc tu dois* ». Dès lors qu'on a les moyens de vaincre la souffrance, ou même simplement de la réduire, c'est un devoir que de s'y employer. La médecine n'est pas l'art de guérir (puisque ne guérit pas toujours, tant s'en faut, et puisqu'on peut guérir sans elle) ; la médecine n'est pas l'art de guérir ; c'est l'art de soigner, et le combat contre la souffrance en fait partie au premier chef.

Vieillir n'est pas une maladie : c'est un processus normal du vivant. Mais aucune souffrance n'est normale – puisqu'elle indique toujours une lésion ou un dysfonctionnement. Compter sur nos médecins pour nous dispenser de vieillir, c'est leur demander l'impossible : cela voue la médecine à l'échec, la Sécu à la ruine et chacun d'entre nous au ressentiment. Mais que nos médecins nous évitent le plus possible de souffrir, je veux dire physiquement et y compris dans le grand âge, voilà ce qu'on attend d'eux, voilà, pour mieux dire, ce qu'on peut de plus en plus – grâce aux progrès mêmes qu'on leur doit – exiger d'eux. Tout indique, et ce livre le rappelle, qu'ils ont encore une

bonne marge de progression : que la douleur reste souvent insuffisamment traitée, spécialement chez les personnes âgées, que ce soit à domicile ou en institution. Il est urgent que cela change. À charge pour nous, citoyens, de donner à nos soignants les moyens dont ils ont besoin pour être à la hauteur de leur formidable savoir (tellement impressionnant dans ce livre) et de nos exigences. C'est où l'on passe de la médecine à la politique.

« *Le patient est-il un client ?* », me demanda un jour un médecin. Je répondis : « *Non – puisque le client est roi, ce que le patient ne saurait être !* » C'était un peu plus qu'une boutade. Ce n'est pas le patient, en effet, qui rédige l'ordonnance, ni qui vote le budget de la nation. C'est par quoi le médecin reste libre et responsable. Mais c'est le peuple, dans une démocratie, qui est souverain. Autre liberté, autre responsabilité, cette fois collective : la nôtre.

1. LA DOULEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE : ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE

Docteurs Jean-Pierre Aquino et Geneviève Ruault

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur se définit comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion* ». La douleur est une expérience personnelle, subjective, qui engage la totalité du sujet, avec toute son histoire de vie. Chacun interprète et exprime la sensation douloureuse selon sa sensibilité, faite de toutes ses expériences passées. Toute personne exprimant une douleur, par des mots ou des comportements, doit être considérée comme ayant “mal”, même si la cause n'est pas identifiée, et elle doit être soulagée.

Une introduction au chapitre concernant la lutte contre la douleur de la personne âgée en France pourrait reprendre les termes de la conclusion de Bernard Wary lors du colloque initié sur ce thème par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) en 2005, lors de la préparation du Plan douleur 2006-2010 :

« *La douleur des femmes et des hommes âgés s'inscrit dans une longue histoire tissée de paradoxes, d'ambivalences, de conflits et de préjugés* ».

Réfléchir sur le souffrir s'impose... D'un deuil à l'autre, de plaies à cicatrices (la douleur chronique venant entraver l'autonomie et les relations sociales), la personne âgée apprend à relativiser, à passer à l'essentiel ; mais elle peut aussi perdre le goût de vivre...

La douleur chronique peut facilement engendrer la souffrance, la dépression, voire les tentations de suicide ou d'euthanasie. Il est donc

primordial de savoir dépister la douleur, la comprendre et la prendre en charge, dans une approche globale, pluridisciplinaire et multiprofessionnelle ».

■ UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente. Aussi, la prévalence de la douleur chez la personne âgée est-elle très élevée : la douleur chronique touche 50 % des personnes âgées vivant à domicile, 49 à 83 % de celles vivant en institution et 80 % des personnes âgées en fin de vie ; 30 % des urgences sont des douleurs aiguës¹. La prévalence est forte mais la douleur est rarement exprimée spontanément... et quand elle l'est, sa prise en compte se heurte à l'idée reçue selon laquelle « *n'est-il pas normal de souffrir quand on est vieux ?* ». Or les répercussions en cascade de la douleur peuvent être dramatiques : accélération de la perte d'autonomie, aggravation des handicaps, repli sur soi, anxiété, dépression, anorexie, dénutrition, troubles du sommeil. Lutter contre la douleur chez la personne âgée, c'est aussi éviter les douleurs induites, lors des actes courants de la vie quotidienne comme la toilette : c'est repérer, évaluer la souffrance psychique. Les traitements sont encore souvent inadaptés, le plus souvent par méconnaissance des modifications pharmacologiques liées à l'âge et/ou des mécanismes physiopathologiques en cause.

■ UN ENJEU ÉTHIQUE

Lutter contre la douleur est partie intégrante des soins palliatifs et de la qualité de l'accompagnement de fin de vie. « *Soigner et prendre soin relèvent de conceptions complémentaires et interdépendantes des pratiques professionnelles médicales et paramédicales. Soigner consiste à traiter la maladie, compenser un déficit dans une démarche technique pertinente et validée ; prendre soin vise, au-delà de la technicité du geste, à soulager les symptômes, diminuer la souffrance et donc favoriser l'autonomie et le confort de la personne. Cette attitude témoigne d'un souci à l'égard de la personne reconnue dans la globalité de ses attentes et de ses choix* »¹. Le “prendre soin” ou la “bientraitance”, le “care” anglo-saxon, nécessite compétence, atten-

tion, écoute, tact et discréction afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptées dans la concertation.

La lutte contre la douleur dans les politiques publiques : une prise de conscience dans les années 80 mais il faut attendre 2006 pour qu'un plan national intègre la spécificité de la douleur chez la personne âgée.

Les années 80 et surtout 90 ont marqué le début de la prise de conscience politique et médicale de la nécessité d'organiser en France la prise en charge de la douleur, confortée par des études mesurant l'inadéquation existant entre les besoins et les réponses apportées. De nombreux textes réglementaires ont tenté de concrétiser la volonté d'évoluer vers une véritable culture de prise en charge de la douleur dans notre système de santé. On peut relever chronologiquement et sans que cela constitue un inventaire exhaustif, les principaux textes au travers de plusieurs étapes marquantes.

► **De 1994 à 1998 : les fondements de l'obligation de prendre en charge la douleur**

- L'amendement Neuwirth en 1994 qui établit l'obligation pour les acteurs de santé de prendre en charge la douleur et pour les établissements d'inscrire dans leur projet d'établissement les moyens qu'ils comptent mettre en œuvre ;
- La Circulaire DGS/DH n°3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques ;
- La publication toujours en 1994 du rapport du Haut Comité de la Santé Publique qui pose comme objectif de diminuer de moitié la douleur post opératoire et cancéreuse en 2000.
- 1995 : la publication de la charte du patient hospitalisé qui stipule que «*tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement*», en application de la loi n° 95-116 du 4 février 1995 ; les articles 37 et 38 du Code de déontologie médicale introduisent l'obligation pour les médecins de soulager la souffrance et d'accompagner les mourants ; publication d'un texte de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) sur la prise en charge de la douleur.
- la Circulaire du Secrétariat d'État à la Santé et à la Sécurité Sociale

du 29 mai 1997 sur «l'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé»: définition des concepts de "consultation", "unités", "centre" de lutte contre la douleur chronique, autorisation de gestes infirmiers, adaptation progressive de la pharmacopée.

► En 1998 : le premier plan national

En 1998, Bernard Kouchner met en place le premier plan triennal 1998-2001 de lutte contre la douleur. Ce plan s'articule autour des axes suivants :

- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins,
- le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur,
- la prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

À travers ce plan, des mesures ont été prises pour aider les professionnels à modifier leur comportement face à la « douleur chronique rebelle ».

La Circulaire DGS/DH N° 98 / 586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en place du plan triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés mentionne que tout établissement de santé doit mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille, en application de l'article L.710-3-1 du code de la santé publique. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L.714-11 du code de la santé publique.

Dès lors, l'évaluation de la douleur au quotidien devient un impératif pour ces établissements. Pour cette raison, il a été distribué largement des Echelles Visuelles Analogiques (EVA) de mesure de l'intensité de la douleur, sous forme de réglettes. Malheureusement, et les gériatres le savent bien, l'EVA n'est pas une échelle adaptée à l'évaluation de la douleur chez la personne âgée, en raison des capacités d'abstraction qu'elle requiert.

► En 2001 et 2002 : premières recommandations nationales relatives à la personne âgée, reconnaissance d'un droit fondamental

En 2001, les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé (ANAES) sur la prise en charge de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles de la communication verbale sont publiées. Ces recommandations, qui font encore référence, soulignent la nécessité de repérer et d'évaluer la douleur chez la personne âgée. Elles mettent l'accent sur l'utilisation d'échelles d'auto-évaluation telles que l'Échelle Verbale Simple (EVS) ou l'Échelle Numérique (EN) qui doit être privilégiée en l'absence de troubles cognitifs importants. Elles définissent le cadre d'utilisation des échelles comportementales - échelles d'hétéro évaluation, auxquelles les personnels soignants doivent être formés pour se familiariser à leur utilisation. Les outils encore actuellement validés et recommandés par la HAS sont DOLOPLUS® et l'ECPA®.

En 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît le soulagement de la douleur et l'accompagnement de fin de vie comme un droit fondamental de toute personne. « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort* ».

En 2004, le rapport annexé à la loi relative à la santé publique inscrit par ailleurs la lutte contre la douleur parmi les cent objectifs des cinq prochaines années.

► 2002 - 2005 : deuxième plan national et loi Léonetti

Le plan national pluriannuel de lutte contre la douleur 2002-2005 poursuit les objectifs du premier plan. Il est centré sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine. Il incite à la mise en place de comités de lutte contre la douleur (CLUD) ou de groupes de réflexion qualité-douleur, dans tous les établissements. Si ce plan doit répondre en

partie aux objectifs du plan cancer, publié en 2003, une fois encore les spécificités de la lutte contre la douleur chez les personnes âgées ont été oubliées.

La loi du 22 avril 2005 (dite loi Léonetti) relative au droit des malades et à la fin de vie donne un cadre légal au développement des soins palliatifs en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le décret du 6 février 2006 impose aux établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées et personnes handicapées d'établir et de mettre en œuvre un projet de soins palliatifs associant les directions et les équipes de soins de ces établissements.

Parallèlement et dans le cadre de la loi de santé publique de 2004, le plan qualité de vie des maladies chroniques 2007-2011 contient un axe douleur, qui a été défini comme prioritaire.

► En 2006 : le plan national de lutte contre la douleur 2006 - 2010 intègre la spécificité de la douleur chez la personne âgée

La priorité « numéro un » annoncée est d'améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables, et en particulier des personnes âgées et en fin de vie.

Ce plan considère l'amélioration du repérage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement de la douleur des personnes âgées au travers de trois mesures spécifiques :

- lutter contre les freins qui limitent la prise en charge de la douleur;
- promouvoir la collaboration entre les différents acteurs de soins ;
- favoriser les techniques de soins non douloureuses.

Dans le cadre de ce plan douleur 2006-2010, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, en collaboration avec d'autres sociétés savantes entrant dans ces champs de compétences : Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (SFETD), SFAP, Fédération Française de Psychiatrie (FFP), a été sollicitée par la Direction Générale de la Santé (DGS), en lien avec la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), pour la mise en œuvre d'actions spécifiquement dédiées aux personnes âgées dépendantes et/ou en fin de vie. Ce programme d'actions est dénommé MobiQual

(Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles). Le programme MobiQual est une action nationale dont l'objectif est d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles de soin et du prendre soin en faveur des personnes âgées et handicapées. Il concerne les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les établissements de santé accueillant des personnes âgées et handicapées, ainsi que les services intervenant au domicile : Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD), services d'Hospitalisation A Domicile (HAD). Les différentes thématiques de ce programme sont la douleur, les soins palliatifs, la bientraitance, la dépression (quatre thématiques en cours de diffusion) ainsi que la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement, la nutrition et l'alimentation, les infections nosocomiales et risques infectieux (trois thématiques à développer en 2010 et 2011).

À chacune de ces thématiques correspond un outil de sensibilisation, de formation et d'aide à la pratique quotidienne – sous forme de mallette. Cet outil est conçu par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, en lien avec l'ensemble des sociétés savantes et acteurs professionnels concernés (SFETD pour les outils Douleur et Douleur Bientraitance à Domicile), puis expérimenté et diffusé dans l'ensemble des régions françaises sur la base d'un engagement à une bonne utilisation². L'outil sur le thème de la douleur a été expérimenté en région Auvergne, avec l'appui des acteurs institutionnels concernés : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), des collectivités territoriales (Conseils généraux, Conseil régional), des Centres de Lutte contre la Douleur (CLUD) et services de gériatrie, des membres de la société de gériatrie Centre Auvergne.

À chaque thématique correspond un programme d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) pour les médecins, dans la perspective d'évaluer l'inscription de ces thématiques dans leur pratique quotidienne.

► En 2008 : le plan de développement des soins palliatifs 2008-2012 reprend le programme MobiQual

Deux mesures de ce plan concernent le programme MobiQual, l'une ayant trait au développement de la culture palliative dans les unités de soins de longue durée (USLD) et les hôpitaux locaux, l'autre concernant la mise en œuvre des actions de formation des personnels intervenant dans les structures médico-sociales et les services de soins à domicile.

Pour la première de ces mesures, le plan soins palliatifs envisage la prolongation des actions conduites à ce jour pour l'essentiel en EHPAD : « [...] Les unités de soins de longue durée (qui représenteront à terme environ 25 000 lits) et les hôpitaux locaux pourtant fréquemment confrontés aux situations de fin de vie n'ont pas encore bénéficié de cette action. Il est donc proposé de faire bénéficier ces structures du programme de formation aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur qui est actuellement en cours de diffusion nationale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'action consiste donc à intensifier la formation des personnels soignants et des praticiens intervenant dans les unités de soins de longue durée et les hôpitaux locaux en étendant dans chaque région le programme MobiQual créé en partenariat entre le ministère de la santé et la Société française de gériatrie et de gérontologie au bénéfice des personnels. La thématique sera inscrite dans la circulaire d'orientation relative aux formations des personnels 2009, actuellement en cours de finalisation à la DHOS ».

La mise en œuvre des actions de formation des personnels intervenant dans les structures médico-sociales et les services de soins à domicile concernera, d'une part, la poursuite de la diffusion de la formation-sensibilisation aux soins palliatifs et douleur dans les EHPAD et établissements pour personnes handicapées et, d'autre part, l'élargissement de cette diffusion après adaptation des outils aux services de soins à domicile et d'aide à la personne.

Par ailleurs, ce plan quinquennal relatif aux soins palliatifs consacre de nombreuses mesures visant à soutenir et développer la recherche et la formation. Concrètement, le développement de la recherche

clinique dans le champ des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie s'envisage en incluant pour plusieurs années la dimension soins palliatifs, soins de support et douleur dans les thématiques prioritaires du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).

Parce que les soins palliatifs sont encore insuffisamment connus des professionnels de santé, il s'agit de favoriser leur reconnaissance universitaire et d'intégrer cette dimension à tous les niveaux de la formation médicale. L'une des actions a trait à la formation médicale initiale (troisième cycle). Elle vise à suivre et faciliter la mise en œuvre du diplôme d'étude spécialisée complémentaire (DESC) non qualifiant (groupe 1) « *Médecine de la douleur et médecine palliative* » qui intègre une plateforme commune douleur et soins palliatifs créée en janvier 2007 (par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la Santé du 26 janvier 2007 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004). Les actions de sensibilisation des DRASS et des ARH sur les enjeux de ce diplôme et d'accompagnement dans la démarche de mise en place effective ont été réalisées.

Pour accroître la connaissance des médecins dans ce domaine, le plan de développement des soins palliatifs prévoit également d'identifier 70 postes d'internes “douleur-soins palliatifs” pour ce DESC médecine de la douleur et médecine palliative dans la perspective de rendre cette filière incitative, et également d'inclure un enseignement portant sur la « *prise en charge de la douleur; accompagnement et soins palliatifs* » dans le cadre du DES oncologie. Ce type d'enseignement spécifique à la douleur n'est pour l'instant pas évoqué en tant que tel dans le DES de neurologie ou gériatrie.

L'ensemble des mesures et actions de ces plans stratégiques permet indéniablement de progresser vers une meilleure connaissance et une meilleure prise en compte de la douleur, comme indicateur de qualité des soins. Ainsi, pour les établissements de santé, la prise en charge de la douleur est plus que jamais un critère majeur défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour porter une appréciation sur la qualité de leurs prestations. Selon le manuel de certification de ces établissements (dénommé V2010), les objectifs de ce critère (critère 12.a) sont :

- Favoriser le développement d'une formation qui permet aux professionnels de faire face au quotidien à la douleur des patients ;

- Inciter l'établissement à s'inscrire dans des réseaux d'échanges pour améliorer la prise en charge de la douleur tout au long du parcours du patient ;
- Favoriser l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale en veillant notamment à repérer les patients présentant une douleur ;
- Mettre les protocoles à disposition des équipes de soins ;
- Améliorer la mise à disposition des outils d'évaluation ;
- Rendre effective l'utilisation des différents outils.

Pour les EHPAD, la lutte contre la douleur est intégrée à la procédure d'auto-évaluation souhaitée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM, questionnaire dit "bientraitance et démarche d'évaluation interne", en cours).

La lutte contre la douleur a progressé au cœur d'une stratégie appliquée à l'ensemble des champs concernés : formation initiale des médecins, des soignants, formation continue et EPP (futurs contours du Développement Personnel Continu (DPC) dans le cadre de la loi HPST du 21 juillet 2009), formation des personnels de la fonction publique hospitalière, certification des établissements de santé et accréditation des établissements médico-sociaux, structuration de l'offre de soins spécifiques et coordination des soins : cf. recommandations de la HAS sur la filière de prise en charge la douleur chronique), voire spécialisation (DESC I), information et sensibilisation du grand public et des personnes concernées.

Dans le cadre de la Loi HPST, la traçabilité de l'évaluation de la douleur fait partie des dix indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui devront être mis à disposition du public par les hôpitaux et les cliniques chaque année. Un arrêté et un décret fixant les règles de publication et les sanctions financières encourues en cas de non-respect sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Précédant ces mesures, un classement des hôpitaux qui traitent le mieux la douleur avait été publié dans la presse généraliste³, passant en revue 1 200 établissements, ce qui témoigne de l'enjeu que représente le soulagement de la douleur pour tout un chacun.

Gageons qu'en poursuivant la réunion de compétences, en confortant

la pluridisciplinarité et la pluriprofessionnalité, en mutualisant davantage les connaissances entre nos différentes disciplines concernant la personne âgée, les progrès amorcés seront consolidés. Il reste du chemin à parcourir.

En résumé

- *Plus l'âge augmente plus la prévalence de la douleur augmente, pourtant vieillir n'est pas physiologiquement douloureux.*
- *La prévalence de la douleur est très élevée chez la personne âgée (50 à 80 %), ses répercussions en cascade souvent dramatiques, mais la douleur est trop peu exprimée, mal repérée, insuffisamment traitée : idées reçues tenaces, manque d'outils adaptés, déficits de formation, traitements inadaptés.*
- *Dès 1994, la prise en compte de la douleur est une obligation faite aux établissements de santé. En 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne et les professionnels de santé doivent mettre en œuvre les moyens nécessaires.*
- *En 2006, le 3^e plan national de lutte contre la douleur intègre (enfin) la spécificité de la douleur chez la personne âgée et confie à la SFGG la mission d'améliorer les pratiques de repérage, d'évaluation et de prise en charge de la douleur chez la personne âgée, en EHPAD, établissements de santé et à domicile.*
- *MobiQual: une action nationale conduite par la SFGG, en lien avec les sociétés savantes concernées : SFETD, SFAP, FFP... la mobilisation des professionnels sur la base du volontariat.*
- *En 2010, dans le cadre de la Loi HPST, la traçabilité de l'évaluation de la douleur fait partie des dix indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui devront être mis à disposition du public par les hôpitaux et les cliniques chaque année. La HAS et l'ANESM sont en phase pour intégrer la lutte contre la douleur dans l'évaluation des établissements de santé et médico sociaux accueillant des personnes âgées.*

Références

1. Propos empruntés à la conférence de consensus des 14 et 15 janvier 2004 sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, initiée par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), se rapportent aux soins palliatifs.
2. Pour de plus amples informations sur la démarche, les outils, l'état d'avancement et le développement du programme MobiQual, vous pouvez consulter:
www.mobiqual.fr
3. L'Express du 21 octobre 2009.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE ET NEUROPHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Professeur Steven Gibson

■ VIEILLISSEMENT ET ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA DOULEUR DANS LA COMMUNAUTÉ

Des revues systématiques de la littérature épidémiologique^(49,66) ont révélé une augmentation marquée liée à l'âge de la prévalence de la douleur persistante (souvent définie par une douleur ressentie la plupart des jours et persistant au-delà de trois mois) et ce jusqu'à la septième décennie de la vie, suivie d'un plateau ou d'une légère baisse à un âge très avancé. Par contre, la prévalence ponctuelle de la douleur aiguë semble demeurer relativement constante à environ 5% quel que soit l'âge^(26,54). Les taux de prévalence de la douleur persistante varient largement entre les différentes études (de 7% à 80%) et dépendent de l'intervalle chronologique recueilli (jours, semaines, mois, la vie durant), de la chronologie de la douleur durant cet intervalle (douleur tous les jours, la plupart des jours, au moins une fois par semaine, toute douleur durant la période étudiée), de la sévérité de la douleur nécessaire pour l'inclusion (légère, modérée, gênante, limitant les activités, etc.) et de la technique d'échantillonnage (téléphone, entrevue, questionnaire). Néanmoins, à une exception près⁽²⁶⁾, toutes les études montrent une augmentation progressive de la prévalence de la douleur chez le jeune adulte (7% à 20%) avec un pic de prévalence à l'âge moyen tardif (50-65 ans; 20 % à 80 %) suivi d'un plateau ou d'une baisse chez les sujets âgés (75-85 ans) et très âgés (85 ans et plus) (25 %-60%).^(4,7,13,16,17,51,54,55,63,87)

Si l'on examine la douleur par sites anatomiques spécifiques, un tableau légèrement différent émerge. La prévalence des douleurs articulaires fait plus que doubler chez les adultes âgés de plus de 65 ans^(6,10,47,82,90). Il a également été rapporté que les douleurs des pieds

et des jambes augmentaient avec l'âge jusqu'à 90 ans et au-delà^(9,60). À l'inverse, les prévalences des céphalées^(4,27,53,82), des douleurs abdominales^(53,58) et des douleurs thoraciques^(4,82,86,89) présentent toutes un pic à l'âge moyen tardif (45-55 ans), puis diminuent par la suite. La prévalence des douleurs orales pourrait ne pas changer durant toute la vie (Leung et al. 2008). Les études des taux en fonction de l'âge des douleurs dorsales sont plus mitigées, avec quelques rapports d'une augmentation progressive durant toute la vie^(47,48) alors que d'autres auteurs ont rapporté une tendance inverse au-delà d'un pic de prévalence à 40-50 ans^(4,15,82,86). Alors que le site de la douleur semble influencer la prévalence de la douleur en fonction de l'âge, un consensus émerge de ces études en faveur de la notion d'un pic de prévalence de la douleur à l'âge moyen tardif, suivi d'une baisse de la douleur persistante jusqu'à un âge très avancé.

Lorsque l'on considère, d'une part, la prévalence très élevée de la douleur dans des segments plus âgés de la population et, d'autre part, le glissement démographique actuel vers une espérance de vie accrue et un âge plus avancé, il est important de comprendre que ce ne sont pas toutes les douleurs persistantes qui sont gênantes ou à fort impact sur la qualité de vie. En effet, bon nombre de personnes plus âgées ne rechercheront pas un traitement de la douleur, et s'accommoderont des symptômes algiques sans aucune aide thérapeutique. Pour cette raison, plusieurs études se sont concentrées sur la douleur désignée comme "cliniquement pertinente" ou "significative". De vastes enquêtes épidémiologiques montrent qu'environ 14 % des adultes de plus de 60 ans souffrent de douleurs modérées à sévères ou significatives, définies comme étant continues, nécessitant une prise en charge professionnelle et survenant la plupart des jours au cours des trois derniers mois^(19,81). Les adultes âgés de 75 ans et plus étaient quatre fois plus susceptibles de souffrir d'un problème algique significatif que les jeunes adultes. De même, 15 % des résidents d'une maison de retraite présentaient des douleurs modérées à sévères et près de la moitié d'entre eux étaient jugés avoir une prise en charge inadéquate de la douleur⁽⁸⁴⁾. Par conséquent, il apparaît que la douleur cliniquement pertinente présente également une augmentation majeure de sa prévalence liée à l'âge, et que ce sont les segments les plus âgés du groupe qui ont le plus besoin de services thérapeutiques de pointe pour la prise en charge d'une douleur gênante.

■ DIFFÉRENCES LIÉES À L'ÂGE LORSQUE LA DOULEUR EST LE SYMPTÔME DE PRÉSENTATION D'UNE MALADIE CLINIQUE

Des informations supplémentaires concernant les changements liés à l'âge de l'expérience de la douleur peuvent être obtenues à partir des schémas de présentation symptomatique dans ces états pathologiques cliniques connus pour inclure habituellement une composante douloureuse⁽⁷⁴⁾. La majorité des études dans ce domaine se sont focalisées sur les plaintes de douleur somatique ou viscérale, et en particulier les douleurs myocardiques, les douleurs abdominales associées à une infection aiguë, et différentes formes de néoplasie maligne. Les variations des présentations classiques de douleurs myocardiques "constrictives" au niveau du thorax, du bras gauche et de la mâchoire sont connues pour être beaucoup plus fréquentes chez les adultes plus âgés. Il est étonnant que 35 à 42% des adultes âgés de plus de 65 ans présentent une crise cardiaque apparemment silencieuse ou indolore^(56,65). Pour bon nombre de patients atteints de coronaropathie, une activité physique intense induira une ischémie myocardique indiquée par une dépression de 1 mm du segment ST sur l'électrocardiogramme. En comparant le tableau de survenue et le degré de l'ischémie induite par l'effort au signalement subjectif de la douleur, il est possible de fournir une évaluation empiriquement contrôlée de la douleur myocardique tout au long de l'âge adulte. Plusieurs études ont documenté un retard significatif lié à l'âge entre l'apparition d'une ischémie et le rapport d'une douleur thoracique^(2,3,68). Les adultes de plus de 70 ans prennent presque trois fois plus de temps que les jeunes adultes pour rapporter la présence d'une douleur^(2,3). De plus, la sévérité rapportée de la douleur est réduite, même après contrôle pour les variations de l'étendue de l'ischémie. Globalement, ces résultats étaient fortement l'opinion selon laquelle la douleur myocardique est quelque peu émoussée chez les adultes d'âge avancé.

La présentation de la douleur clinique associée à des pathologies abdominales telles qu'une péritonite, un ulcère peptique et une obstruction intestinale montre un schéma similaire de changement lié à l'âge. Les symptômes algiques deviennent souvent plus occultes après l'âge de 80 ans et, en fort contraste avec les jeunes adultes, le

recueil des symptômes cliniques (nausées, fièvre, tachycardie) avec l'exactitude diagnostique la plus élevée ne comprend même pas une douleur abdominale^(1,94). En ce qui concerne la douleur associée à divers types de néoplasie maligne, une revue rétrospective récente de plus de 1 500 cas a révélé une différence marquée de l'incidence de la douleur entre les adultes plus jeunes (55 % avec douleur), les adultes d'âge moyen (35 % avec douleur) et les adultes plus âgés (26 % avec douleur). À une exception près⁽⁸⁸⁾, la plupart des études notent également une baisse significative des symptômes algiques liés au cancer chez les adultes d'un âge avancé (70 ans et plus)^(18,20,67). Il est difficile de certifier, à partir de ces études non contrôlées, si la diminution apparente de la douleur reflète une quelconque différence liée à l'âge de la sévérité de la maladie ou de la volonté de rapporter la douleur en tant que symptôme, ou d'un changement réel lié à l'âge de l'expérience de la douleur elle-même.

D'autres observations d'une présentation algique atypique ont été documentées pour la pneumonie, le pneumothorax, et la douleur post-opératoire. À titre d'exemple, plusieurs études suggèrent que les adultes plus âgés rapportent une plus faible intensité de douleur durant la période de récupération post-opératoire, même après appariement pour le type de procédure chirurgicale et l'étendue des lésions tissulaires^(69,71,85). On pense que ce changement cliniquement significatif est de l'ordre de 10 à 20% de réduction par décennie au-delà de 60 ans^(69,85). Des hommes plus âgés subissant une prostatectomie ont rapporté moins de douleurs sur une échelle actuelle d'intensité de la douleur et dans le Questionnaire McGill de la douleur (mais non sur une échelle visuelle analogique) dans la période post-opératoire immédiate, et ont utilisé moins d'analgésie par opioïdes contrôlée par le patient que des hommes plus jeunes subissant la même intervention⁽³⁶⁾. Des études récentes de la douleur musculosquelettique chronique ont également commencé à aborder la question des différences d'âge. Ceci revêt une importance considérable, compte tenu du fait que 3/4 des états algiques persistants sont d'origine ostéoarticulaire. Malheureusement, les résultats sont assez équivoques, avec des observations d'une augmentation de la douleur d'arthrite chez des adultes plus âgés^(22,47), d'une diminution de la sévérité de la douleur^(62,72) et de l'absence de changement^(35,98). Il faut souligner que ces résultats ne confortent pas la notion selon

laquelle toutes les douleurs sont réduites chez les personnes plus âgées. Au contraire, la plainte douloureuse est probablement une preuve plus grande de gêne chez les personnes plus âgées qui choisissent effectivement de la signaler, et bien que les symptômes algiques puissent être plus occultes, l'augmentation démontrée liée à l'âge de la prévalence des maladies (y compris celles mentionnées plus haut), suggère une augmentation correspondante de la prévalence de la douleur chez les adultes plus âgés, au moins jusqu'à un âge très avancé.

■ RÉSUMÉ D'ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES CONCERNANT LES DIFFÉRENCES LIÉES À L'ÂGE DANS LA DOULEUR

Les résultats de nombreuses études épidémiologiques, ainsi que des revues rétrospectives de présentation clinique de la douleur dans divers états pathologiques somatiques et viscéraux, suggèrent que la douleur est la plus fréquente au cours de la phase d'âge moyen tardif de la vie, et ceci est vrai quel que soit le site anatomique ou la cause pathogène de la douleur. La seule exception semble concerner les pathologies articulaires dégénératives (telles que l'arthrose), qui montrent une augmentation exponentielle jusqu'à au moins 90 ans d'âge. Des études de pathologies et de traumatismes cliniques suggéreraient une absence relative de douleur, souvent avec une présentation atypique et une réduction de l'intensité des symptômes algiques, à un âge très avancé.

■ ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA DOULEUR DANS DES POPULATIONS ÂGÉES PARTICULIÈRES

Une douleur persistante est typiquement plus fréquente dans un cadre institutionnel. Près de 5 % de la population adulte âgée des pays développés résident dans des maisons de retraite ou des institutions de soins de longue durée, et environ la moitié d'entre eux souffrent de troubles cognitifs ou de démence⁽⁴⁵⁾. De ce fait, il est important de caractériser l'épidémiologie de la douleur chez ces populations âgées particulières. Un certain nombre d'études démontrent une prévalence exceptionnellement élevée de la douleur dans les résidences de personnes âgées, avec un chiffre aussi élevé que 58 % à 83 % des rési-

dents souffrant d'une forme ou d'une autre de douleur persistante (34,73,93). En utilisant la base de données minimales de l'ensemble des maisons de retraite des USA (représentant près de 2,2 millions de résidents), environ 15 % des résidents avaient ressenti une douleur cliniquement significative d'intensité modérée ou sévère, et 3,7 % des douleurs insoutenables, un jour au moins de la semaine écoulée (83,84).

Quelques éléments de preuve suggèrent une prévalence plus faible de la douleur chez les personnes souffrant de troubles cognitifs ou de démence (73,76). Une corrélation inverse significative entre plainte douloureuse et altération cognitive a été démontrée chez les résidents des maisons de retraite (23,73). Que ce soit la prévalence ou la sévérité de la douleur, toutes deux étaient réduites chez les sujets présentant des troubles cognitifs plus sévères, l'ampleur de la différence étant assez vaste. Par exemple, la douleur n'était détectée que chez 31,5 % des résidents déficients cognitifs comparé à 61 % des résidents aux fonctions cognitives intactes, en dépit du fait que les deux groupes étaient affectés par une maladie potentiellement douloureuse (76). Des travaux ultérieurs ont confirmé que la diminution observée de la douleur a lieu lorsqu'on utilise soit une auto-évaluation de la douleur (59,64) soit, à une exception près (33), des échelles observationnelles de la douleur ou des cotations par un membre de l'entourage du patient (59,77,95). Au vu des conclusions similaires des auto et des hétéro-évaluations, ces résultats pourraient suggérer que la réduction de la prévalence et de l'intensité de la douleur n'est pas simplement due à une dégradation des facultés de communication verbale avec la progression de la démence. Une réduction de la douleur rapportée est également constatée chez les personnes démentes après des procédures médicales aiguës, y compris une ponction veineuse (75) et une injection intraveineuse (28), ainsi qu'une réduction possible de la prévalence des céphalées après ponction lombaire (12). Relativement peu d'études ont examiné le signalement de la douleur dans différents sous-types de démence, bien que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer montrent une baisse significative de l'intensité et de l'affect de la douleur auto-rapportée comparé à des contrôles appariés pour l'âge (78,79), et la réduction des scores d'auto ou hétéro-évaluation ne s'est pas avérée différente en fonction du diagnostic de démence (vasculaire, maladie d'Alzheimer, mixte) (52,64).

■ EXPLICATION DES DIFFÉRENCES LIÉES À L'ÂGE DE LA PRÉVALENCE ET DU SIGNALLEMENT DE LA DOULEUR

Les concepts modernes de la douleur mettent l'accent sur une approche biopsychosociale, dans laquelle des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux jouent tous un rôle dans le façonnage de l'expérience et du signalement de la douleur. Il en résulte qu'un changement survenant dans n'importe lequel de ces systèmes est susceptible d'aider à expliquer les changements de perception de la douleur qui sont liés à l'âge. Cette revue porte sur les différences liées à l'âge des aspects neurophysiologiques qui sous-tendent la perception et la signalisation de la douleur, mais le rôle des médiateurs psychologiques et sociaux de la douleur chez les personnes âgées sera tout d'abord brièvement évoqué. Alors que les influences psychologiques façonnent bien l'expérience globale de la douleur, les différences liées à l'âge semblent bien dépendre de l'intensité des symptômes algiques (voir Gibson 2005⁽⁴⁴⁾ pour une revue de ce domaine). Si un symptôme algique est minime ou transitoire chez des adultes âgés, il est plus susceptible d'être attribué au processus normal du vieillissement, d'être plus volontiers accepté, et d'être accompagné d'un choix de stratégie de gestion de la douleur différent. Ces facteurs diminuent vraisemblablement l'importance des maux et douleurs minimes, et altèrent ainsi le sens fondamental des symptômes algiques. Des attitudes plus stoïques envers une douleur légère⁽⁹⁶⁾, et une croyance plus forte en des facteurs aléatoires comme élément déterminant majeur de l'apparition et de la sévérité de la douleur⁽³⁹⁾, sont susceptibles de mener à une diminution de la plainte et des symptômes algiques chez les sujets les plus âgés. Toutefois, bon nombre des différences liées à l'âge en termes d'accommodation, d'attribution erronée et de croyances disparaissent si la douleur est persistante ou sévère.

L'augmentation liée à l'âge de la prévalence de la douleur jusqu'à un âge moyen tardif est facile à expliquer, étant donné que les taux les plus élevés de chirurgie, de traumatisme et de maladie dégénérative douloureuse sont observés dans les segments plus âgés de la population. Cependant, la chute inattendue de la prévalence de la douleur à un âge très avancé est peut-être plus difficile à comprendre, les taux de traumatisme et de maladie continuant à augmenter tout au long de

la vie adulte. De fait, plusieurs revues systématiques récentes de l'épidémiologie de l'arthrose démontrent une augmentation continue et rapidement croissante de la maladie avec le vieillissement⁽⁵⁾. Une arthrose des articulations porteuses (hanche, genou, pied) est présente pour la majorité des personnes de 65 ans et affecte plus de 80 % des personnes de plus de 75 ans : on aurait pu s'attendre à ce que cette seule entité entraîne une augmentation massive, liée à l'âge, d'une douleur persistante. Toutefois, il est largement admis que les articulations affectées par l'arthrose demeurent souvent indolores en dépit de la présence de changements visibles à la radiographie : cette discordance apparente entre les symptômes et la maladie⁽⁴⁶⁾ se retrouve dans d'autres pathologies (voir plus haut).

■ CHANGEMENTS NEUROPHYSIOLOGIQUES LIÉS À L'ÂGE

Tout changement lié à l'âge de la fonction des voies nociceptives devrait logiquement altérer la sensibilité à la douleur et donc modifier la perception des événements nociceptifs et la prévalence des plaintes algiques tout au long de la vie adulte. Des revues récentes^(37,42,43) résument les changements liés à l'âge qui surviennent au niveau de la perception de la douleur et de la neurophysiologie sous-jacente de la nociception. En général, au niveau du système nerveux de la personne âgée, on observe des altérations importantes de la structure, de la neurochimie et de la fonction des systèmes nerveux tant central que périphérique, y compris une dégradation neurochimique des systèmes opioïdes et sérotoninergiques. Par conséquent, des changements du traitement des signaux nociceptifs peuvent se produire, notamment une altération du système inhibiteur de la douleur.

Les nerfs périphériques présentent une diminution de la densité des fibres nerveuses myélinisées et surtout non myélinisées, une augmentation du nombre de fibres présentant des signes de lésion ou de dégénération, et un ralentissement de la vitesse de conduction ; chez le rat, des réductions des taux de substance P, de CGRP ("calcitonin gene-related peptide" ou peptide dérivé du gène de la calcitonine) et de somatostatine ont été rapportées^(50,61,70). Des études de l'expé-

rience perceptuelle associée à l'activation des fibres nociceptives indiquent une altération sélective liée à l'âge de la fonction des fibres A δ et une dépendance plus forte des informations des fibres C pour signaler la douleur chez les adultes âgés⁽²¹⁾. Sachant que les fibres A δ transmettent la douleur épicerque, alors que les sensations liées aux fibres C sont plus prolongées, sourdes et diffuses, on peut raisonnablement s'attendre à quelques changements au niveau de la qualité et de l'intensité de la douleur chez les adultes plus âgés.

En cohérence avec ces changements de la fonction nociceptive périphérique, un certain nombre d'études utilisant des stimuli algiques expérimentaux ont montré que le seuil de douleur, ou l'intensité minimale de stimulation nocive requise pour déclencher le signal d'une douleur juste perceptible, est augmenté chez les personnes âgées (en d'autres termes, elles sont moins sensibles à une douleur de faible intensité). L'ampleur du changement lié à l'âge dépend d'un certain nombre de facteurs, dont le mode de stimulation utilisé ; quel que soit le mode du stimulus, le changement lié à l'âge semble être modeste et quelque peu incohérent. Néanmoins, une méta-analyse de plus d'une cinquantaine d'études du seuil de la douleur démontre bien une augmentation globale significative du seuil de la douleur chez les adultes plus âgés⁽⁴²⁾. Les personnes âgées tendent à avoir des seuils plus élevés pour les stimuli thermiques, et une élévation mineure pour les stimuli électriques⁽⁴²⁾ ; alors que les seuils de douleur mécanique pourraient de fait diminuer⁽⁵⁷⁾. La signification de ces observations dans le contexte clinique, où la douleur est un processus physiopathologique, demeure incertaine, bien qu'elles pourraient indiquer un certain déficit de la fonction d'alerte précoce de la douleur, et contribuer à un risque plus élevé de diagnostic tardif d'un traumatisme ou d'une maladie⁽⁴³⁾.

Des changements structuraux et neurochimiques similaires ont été notés au niveau du système nerveux central. Chez les personnes âgées, on observe des changements dégénératifs des neurones sensoriels, et une perte de myéline au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière, ainsi que des réductions des taux de substance P, de CRGP ("calcitonin gene-related peptide") et de somatostatine. Une diminution du nombre de neurones noradrénergiques et sérotoninergiques pourrait contribuer à l'altération des mécanismes inhibiteurs descendants et pourrait sous-tendre la baisse de tolérance à la douleur

observée chez le sujet âgé (voir plus bas). Une perte de neurones et de connexions dendritiques liée à l'âge est observée au niveau du cerveau humain, en particulier dans le cortex cérébral, y compris les zones impliquées dans le traitement des signaux nociceptifs ; la synthèse, le transport axonal et la liaison au récepteur des neurotransmetteurs changent également. La densité des récepteurs aux opioïdes diminue dans le cerveau mais pas dans la moelle épinière, et une baisse des opioïdes endogènes peut également avoir lieu. Une étude de la réponse corticale à une stimulation douloureuse a documenté certains changements chez les adultes de plus de 60 ans. En utilisant la réponse encéphalographique liée à la douleur pour indexer le traitement des signaux entrants nocifs par le système nerveux central, il s'est avéré que les adultes plus âgés présentaient une réduction significative du pic d'amplitude, ainsi qu'une latence de réponse accrue⁽³⁸⁾. Ces résultats pourraient suggérer un ralentissement lié à l'âge du traitement cognitif des informations nocives et une activation corticale réduite. Plus récemment, Cole et al. 2009⁽²⁵⁾ ont utilisé des techniques de neuro-imagerie (IRMf) pour examiner les régions du cerveau activées durant une stimulation mécanique nocive. Les adultes plus jeunes et plus âgés ont montré une activité significative liée à la douleur au niveau d'un réseau commun de zones incluant l'insula, le cortex cingulaire, le cortex pariétal postérieur et le cortex somatosensoriel. Toutefois, comparés aux adultes plus âgés, les sujets jeunes ont présenté une activité significativement plus importante au niveau du putamen et du lobe caudé contralatéraux, laquelle n'a pu être expliquée par une atrophie accrue liée à l'âge de ces zones. Il a été suggéré que la différence liée à l'âge de l'activité évoquée par la douleur reflétait une réduction avec l'âge de la fonction des mécanismes modulateurs de la douleur du corps strié, et une altération possible des réseaux endogènes inhibiteurs de la douleur (voir plus loin).

Les variations de la sensibilité à la douleur dépendent non seulement de l'activité au niveau des voies afférentes nociceptives, mais également des mécanismes inhibiteurs endogènes de contrôle de la douleur qui descendant du cortex et du mésencéphale jusqu'aux neurones de la moelle épinière. Deux études ont rapporté que l'efficacité analgésique de ce système inhibiteur endogène pouvait diminuer avec l'âge^(31,92). Après activation du système analgésique endogène, de jeunes adultes ont montré une augmentation du seuil

de la douleur pouvant atteindre 150 %, alors qu'un groupe d'adultes plus âgés, apparemment sains, a augmenté le seuil de la douleur d'environ 40 %. De telles différences, liées à l'âge, de l'efficacité de la modulation analgésique endogène sont cohérentes avec bon nombre d'études animales précédentes (voir Bodnar et al. 1988⁽¹⁴⁾ pour une revue) et devraient logiquement réduire la capacité des adultes plus âgés à gérer une douleur sévère ou forte. Il n'est par conséquent pas surprenant qu'il existe également des preuves convaincantes démontrant que les 13 études de tolérance expérimentale à la douleur (ou l'intensité de stimulation tolérée avant de se soustraire à davantage de stimulation), par le biais de plusieurs modes de stimulation différents, montrent toutes une tolérance réduite de la douleur chez les adultes plus âgés⁽⁴²⁾.

■ DIFFÉRENCES LIÉES À L'ÂGE DU TRAITEMENT DES SIGNAUX DOULOUREUX DANS DES CONDITIONS PHYSIOPATHOLOGIQUES

Des travaux de recherche récents se sont également attachés à mieux comprendre les différences liées à l'âge de la neurophysiologie de la douleur dans des conditions physiopathologiques. De telles études sont nécessaires puisque tous les états cliniques algiques associés à un traumatisme ou une maladie impliquent un certain degré de changement physiopathologique au niveau du système nociceptif. Trois études ont montré que la sommation temporelle des signaux nociceptifs pouvait être altérée chez les personnes âgées^(30,32,48). Une sommation temporelle se réfère au renforcement de la sensation de douleur associé à une stimulation répétée. À l'aide de stimuli nociceptifs expérimentaux, il peut être démontré que le seuil de sommation temporelle est plus bas chez les personnes âgées^(30,43,48). Chez les sujets recevant des trains de cinq stimuli électriques brefs de fréquence variable (allant de deux pulsations par seconde à une pulsation toutes les cinq secondes), les sujets plus âgés ont montré une sommation temporelle à toutes les fréquences de stimulation, alors qu'aucune sommation n'a été observée aux fréquences de stimulation plus lentes chez les sujets plus jeunes⁽³²⁾. La sommation temporelle des stimuli thermiques a été augmentée chez les adultes âgés comparés aux sujets plus jeunes^(30,57) et a été d'une durée considérablement prolongée⁽³⁰⁾,

mais la sommation temporelle de la douleur liée à la pression mécanique n'a montré aucun effet lié à l'âge⁽⁵⁷⁾. On sait que la sommation temporelle résulte d'une sensibilisation transitoire des neurones de la corne dorsale de la moelle épinière, et on pense que celle-ci joue un rôle dans le développement et l'expression de la sensibilité douloureuse et de l'hyperalgésie post-traumatique. Les réponses accrues et la durée prolongée de la sensibilisation centrale chez les adultes âgés, même lorsque les stimuli étaient appliqués à plus grand intervalle, pourraient indiquer qu'il est plus difficile d'inverser les changements physiopathologiques au niveau du système nociceptif une fois ceux-ci installés⁽³²⁾. Zheng et al (2000) apportent des résultats complémentaires à partir d'un modèle expérimental différent, comparant l'intensité et le déroulement chronologique de l'hyperalgésie post-traumatique chez des adultes jeunes (20-40 ans) et âgés (73-88 ans). Alors que l'intensité et la zone d'hyperalgésie ont été similaires dans les deux groupes, l'état de sensibilité douloureuse mécanique a persisté bien plus longtemps dans le groupe plus âgé. La sensibilité douloureuse mécanique n'a pas été altérée par l'application d'un anesthésique local⁽¹⁰⁰⁾, ce qui confirme des travaux antérieurs montrant que la sensibilité douloureuse mécanique a pour médiateur des neurones spinaux sensibilisés; ces résultats pourraient indiquer une capacité réduite du système nerveux central âgé à inverser le processus de sensibilisation une fois celui-ci amorcé. L'implication clinique est que la douleur et la sensibilité douloureuse post-traumatiques seront plus lentement résolutives chez les personnes âgées. Cependant, associés aux études de l'addition temporelle, ces résultats apportent de fortes preuves à l'appui d'une réduction liée à l'âge de la plasticité fonctionnelle des neurones nociceptifs spinaux après un événement nocif aigu.

■ TRAITEMENT DES SIGNAUX DOULOUREUX CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE

La démence peut exacerber les altérations liées à l'âge du traitement des signaux douloureux, et la question de savoir si les personnes atteintes d'une maladie aliénante ressentent réellement moins la douleur que des sujets contrôles du même âge, fait l'objet d'un débat international prenant de plus en plus d'ampleur⁽⁸⁰⁾. Tel qu'évoqué plus haut, la prévalence et la sévérité de la douleur clinique semblent

être réduites chez les personnes ayant des troubles cognitifs lorsqu'on fait appel à l'auto ou à l'hétéroévaluation. On observe des réactions émoussées du système nerveux autonome lors d'interventions médicales telles que les injections et les ponctions veineuses, mais une grimace de douleur plus marquée et des réflexes de retrait plus vifs chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer^(28,75). Le seuil de douleur semble inchangé chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, mais la tolérance à la douleur pourrait être accrue^(8,41), ce qui suggère une dégradation sélective des aspects cognitivo-émotionnels de la douleur⁽⁸⁰⁾. Toutefois, une étude récente de neuro-imagerie a révélé des activations centrales liées à la douleur significativement plus importantes chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, y compris dans des régions connues pour être impliquées dans les composantes cognitives et affectives du traitement des signaux douloureux (à savoir le cortex préfrontal dorsolatéral, le cortex cingulaire moyen et l'insula)⁽²⁴⁾.

Il est quelque peu difficile de concilier ces résultats disparates d'une augmentation, d'une baisse, et d'une absence de modification de la perception de la douleur et des réponses physiologiques associées. Il semble probable que la sévérité de la démence puisse aider à expliquer l'hétérogénéité des résultats, la plupart des études ayant été menées chez des sujets peu atteints, alors que les mesures cliniques de la douleur sont effectuées chez des sujets plus malades. Il apparaît aujourd'hui que la démence pourrait altérer la perception de la douleur, au moins dans les cas les plus sévères, mais le degré de changement de la perception de la douleur avec la progression de la démence reste peu clair, et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour répondre à cette question importante.

En résumé

- *Les preuves issues de nombreuses études neurophysiologiques et psychophysiques suggèrent une altération liée à l'âge, faible mais démontrable, des fonctions d'alerte précoce de la douleur.*
- *L'augmentation du seuil de perception de la douleur et le changement diffus de la structure et de la fonction des voies nociceptives périphériques et du système nerveux central pourraient exposer la personne âgée à un risque plus élevé de traumatisme et de maladie non diagnostiqués.*
- *De plus, l'efficacité réduite des systèmes analgésiques endogènes, une tolérance diminuée à la douleur, une propension plus importante à la sensibilisation centrale du système nociceptif, une résolution plus lente de l'hyperalgésie postopératoire ou une sensibilité plus élevée à la douleur pourraient rendre plus difficile la gestion de la douleur chez l'adulte plus âgé, une fois la lésion survenue.*

Références

1. Albano W., Zielinski C.M., Organ C.H. (1975) Is appendicitis in the aged really different? *Geriatrics* 30: 81-88.
2. Ambepitiya G.B., Iyengar E.N., Roberts M.E. (1993) Silent exertional myocardial ischaemia and perception of angina in elderly people. *Age Ageing* 22, 302-307.
3. Ambepitiya G.B., Roberts M., Ranjadayalan K. (1994) Silent exertional myocardial ischemia in the elderly: a quantitative analysis of anginal perceptual threshold and the influence of autonomic function. *Journal of the American Geriatrics Society* 42, 732-737.
4. Andersson H.I., Ejertsson G., Leden I., Rosenberg, C. (1993) Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clinical Journal of Pain*, 9, 174-182.
5. Arden N., Nevitt MC. (2006) Osteoarthritis: epidemiology. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 20(1): 3-25.
6. Barberger Gateau P., Chaslerie A., Dartigues J., Commenges, D., Gagnon, M., Salamon, R. (1992) Health measures correlates in a French elderly community population: the PAQUID study. *Journals of Gerontology*, 472, S88-S95.
7. Bassols A., Bosch F., Campillo M., Canelas, M., Banos, J.E. (1999) An epidemiologic comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*, 83, 9-16.
8. Benedetti F., Vighetti S., Ricco C., Lagna E., Bergamasco B., Pinessi L., Rainero I. (1999) Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 80(1-2): 377-82.
9. Benvenuti F., Ferrucci L., Guralnik J.M., Gagniermi, S., Baroni, A. (1995) Foot pain and disability in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 479-484.
10. Bergman, S., Herrstrom, P., Hogstrom, K., Petersson, I.F., Svensson, B., Jacobsson, L.T. (2001) Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *Journal of Rheumatology*, 28, 1369-77.
11. Bishop, K.L., Ferraro, ER., Borowiak, D.M. (2001) Clinical Gerontologist, 23(1-2), 33-42.
12. Blennow K., Wallin A., Häger O. (1993) Low frequency of post-lumbar puncture headache in demented patients. *Acta Neurol Scand*. 88(3):221-223.
13. Blyth, E.M., March, L.M., Brnabic, A.J.M., Jorm, L.R., Williamson, M., & Cousins, M.J. (2001). Chronic pain in Australia:A prevalence study. *Pain*, 89, 127-134.
14. Bodnar R.J., Romero M.T., Kramer E. (1988) Organismic variables and pain inhibition: roles of gender and aging. *Brain Research Bulletin*, 21(6), 947-953.
15. Borenstein, D.G. (2001) Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Current Opinions in Rheumatology*. 13, 128-34.

16. Brattberg G., Thorslund M., Wikman A.(1989) The prevalence of pain in the general community: the results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain*, 37, 21-32.
17. Brattberg G., Parker M.G., Thorslund M. (1997) A longitudinal study of pain: reported pain from middle age to old age. *Clinical Journal of Pain*, 13, 144-149.
18. Brescia, F.J., Portenoy, R.K., Ryan, M., Krasnoff, L, Gray, G. (1992) Pain, opioid use, and survival in hospitalized patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 10,149-155.
19. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 10(4):287-333.
20. Caraceni A., Portenoy R.K. (1999) An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain*, 82, 263-274.
21. Chakour M.C., Gibson S.J., Bradbeer M., Helme, R.D. (1996) The effect of age on A-delta and C-fibre thermal pain perception. *Pain*, 64, 143-152.
22. Chiou AF; Lin HY, Huang HY. (2009) Disability and pain management methods of Taiwanese arthritic older patients. *J Clin Nurs.* 18(15):2206-2216.
23. Cohen-Mansfield J, Marx MS. (1993) Pain and depression in the nursing home: corroborating results. *J Gerontol.* 48(2):P96-97.
24. Cole, L., Farrell, M.J.,Tress, B., Egan, G., Barber, B. Gibson, S.J. (2006) Pain sensitivity and fMRI pain related brain activity in persons with Alzheimer's disease. *Brain* 129, 2957-2965.
25. Cole, L., Farrell, M.J., Egan, G., and Gibson, S.J. (2009) Age differences in pain sensitivity and fMRI pain related brain activity. *Neurobiology of Ageing* (In press 2009).
26. Crook J., Rideout E., Browne G. (1984) The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain*, 18, 299-305.
27. D'Alessandro R., Benassi G., Lenzi P.L., Gamberini, G. DeCarolis, P., Lugaseri, E. (1988) Epidemiology of headache in the republic of San Marino. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 51, 21-27.
28. Defrin R, Lotan M, Pick CG. (2006) The evaluation of acute pain in individuals with cognitive impairment: a differential effect of the level of impairment. *Pain*. 124(3):312-320.
29. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR. (2006) Does back pain prevalence really decrease with increasing age? *Age Ageing*. 35(3):229-234.
30. Edwards R.R., Fillingim R.B. (2001) The effects of age on temporal summation and habituation of thermal pain: clinical relevance in healthy older and younger adults. *Journal of Pain*, 6(2), 307-317.

31. Edwards RR, Fillingim RB, Ness TJ. (2003) Age-related differences in endogenous pain modulation: a comparison of diffuse noxious inhibitory controls in healthy older and younger adults. *Pain*. 101(1-2), 155-165.
32. Farrell M, Gibson S.J. (2007) Age interacts with stimulus frequency in the temporal summation of pain. *Pain Med*. 8(6):514-520.
33. Feldt KS, Warne MA, Ryden MB. (1998) Examining pain in aggressive cognitively impaired older adults. *J Gerontol Nurs*. 24(11):14-22.
34. Ferrell B.A. (1995) Pain evaluation and management in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*, 123, 681-695.
35. Gagliese L., Melzack, R. (1997) Age differences in the quality of chronic pain: A preliminary study. *Pain Research and Management*, 2, 157-162.
36. Gagliese L, Katz J. (2003) Age differences in postoperative pain are scale dependent: a comparison of measures of pain intensity and quality in younger and older surgical patients. *Pain*. 103(1-2):11-20.
37. Gagliese L, Farrell M. The Neurobiology of Ageing, Nociception and Pain: An Integration of Animal and Human Experimental Evidence. In: Progress in Pain Research and Management: Pain in the Older Person. Gibson S.J., Weiner D (Eds.), IASP Press. Seattle 2005 ; pp. 25-44.
38. Gibson S.J., Gorman M.M., Helme R.D. (1990) Assessment of pain in the elderly using event-related cerebral potentials.In M.R. Bond, J.E. Charlton, C. Woolf (Eds.) Proceedings of the VIth World Congress on Pain, (pp 523-529) Elsevier Science Publishers, Amsterdam.
39. Gibson, S.J., Helme, R.D. (2000) Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain*, 85,375-383.
40. Gibson, S.J., Helme, R.D. (2001) Age-related differences in pain perception and report. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17,433-456.
41. Gibson, S.J., Voukelatos, X., Flicker, L., Ames D. and Helme R.D. (2001) A comparison of nociceptive cerebral event related potentials and heat pain threshold in healthy older adults and those with cognitive impairment. *Pain Research and Management*, 6(3), 126-133.
42. Gibson, S.J. Pain and ageing. (2003) In J.O. Dostrovsky, D.B. Carr, and M. Koltzenburg, (Eds). Proceedings of 10th World Congress on Pain, IASP Press, Seattle, WA. Pp. 767-790.
43. Gibson, S.J. and Farrell M.J. (2004) A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. *Clinical Journal of Pain*, 20(4):227-239.

44. Gibson, S.J. (2005) Age differences in psychological factors related to pain perception and report. In Gibson, S.J. and Wiener, D.K.(eds) Pain in Older Adults. IASP publications, Seattle, WA, pp 87-110.
45. Gibson, SJ. (2007) The IASP Global Year Against Pain in Older Persons: Highlighting the current status and future perspectives in geriatric pain. Expert Reviews in Neurotherapeutics, 7(6):627-635.
46. Hannan MT, Felson DT, Pincus T. (2000) Analysis of the discordance between radiographic changes and knee pain in osteoarthritis of the knee. J Rheumatol. 27(6):1513-1517.
47. Harkins S.W., Price D.D., Bush FM. (1994) Geriatric pain. In: Wall P.D., Melzack R., (eds):Textbook of Pain. (pp.769-787) New York, Churchill Livingstone.
48. Harkins S.W., Davis M.D., Bush FM., Price, D.D. (1996) Suppression of first pain and slow temporal summation of second pain in relation to age. Journals of Gerontology, 51, M260-265.
49. Helme, R.D., Gibson, S.J. (2001) The epidemiology of pain in elderly people. Clinics in Geriatric Medicine, 17,417-431.
50. Helme R.D., McKernan S. (1985) Neurogenic flare responses following topical application of capsaicin in humans. Annals of Neurology, 18, 505-511.
51. Herr K.A., Mobily P.R., Wallace R.B., Chung, Y. (1991) Leg pain in the rural Iowa 65+ population: prevalence, related factors, and association with functional status. Clinical Journal of Pain 7, 114-121.
52. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Borgehusen S, Aarsland D, Ljunggren AE. (2008) Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. J Am Med Dir Assoc. 9(6):427-33.
53. Kay L.,Jorgensen T. Schultz-Larsen K. (1992) Abdominal pain in a 70-year old Danish population. Journal Clinical Epidemiology, 45, 1377-1382.
54. Kendig H., Helme R.D.,Teshuva K. (1996) Health status of older people project: Data from a survey of the health and lifestyles of older Australians. Report to the Victorian Health Promotion Foundation.
55. Kind P.,Dolan P.,Gudex C.,Williams A. (1998) Variations in population health status: results from a united kingdom national questionnaire survey. British Medical Journal, 316, 736-741.
56. Konu V: (1977) Myocardial infarction in the elderly. Acta Medicine Scandanavia 604, 3-68.
57. Lautenbacher S, Kunz M, Strate P, Nielsen J, Arendt-Nielsen L. (2005) Age effects on pain thresholds, temporal summation and spatial summation of heat and pressure. pain. Pain. 115(3):410-8.

58. Lavsky Shulan M., Wallace R.B., Kohout F.J., Lemke, J.H., Morris, M.C. Smith, I.M. (1985) Prevalence and functional correlates of low in the elderly: the Iowa 65+ rural health study. *Journal of American Geriatrics Society*, 33, 23-28.
59. Leong IY, Nuo TH. (2007) Prevalence of pain in nursing home residents with different cognitive and communicative abilities. *Clin J Pain*. 23(2):119-27.
60. Leveille S.G., Gurlanik J.M., Ferrucci L., Hirsch, R., Hochberg, M.C. (1998) Foot pain and disability in older women. *American Journal Epidemiology*, 148, 657-665.
61. Li Y., Duckles S.P. (1993) Effect of age on vascular content of calcitonin gene-related peptide and mesenteric vasodilator activity in the rat. *European Journal Pharmacology*, 236(3), 373-378.
62. Lichtenberg PA, Skehan MW, Swensen CH. (1984) The role of personality, recent life stress and arthritic severity in predicting pain. *J Psychosom Res*. 28(3):231-236.
63. Magni G., Marchetti M., Moreschi C., Merskey, H., Luchini, S. (1993) Chronic musculoskeletal pain and depression in the National Health and Nutrition Examination. *Pain* , 53, 163-168.
64. Mäntyselkä P, Hartikainen S, Louhivuori-Laako K, Sulkava R. (2004) Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population-based study. *Age Ageing*. 33(5):496-9.
65. MacDonald J.B., Baillie J., Williams B.O. (1983) Coronary care in the elderly. *Age Ageing*, 12, 17-20.
66. McBeth J, Jones K. (2007) Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 21(3):403-25.
67. McMillan S.C. (1989) The relationship between age and intensity of cancer related symptoms. *Oncology Nursing Forum*, 16, 237-342.
68. Miller P.F., Sheps D.S., Bragdon E.E. (1990) Aging and pain perception in ischemic heart disease. *American Heart Journal*, 120, 22-30.
69. Morrison RS, Ahronheim JC, Morrison GR, Darling E, Baskin SA, Morris J, Choi C, Meier DE. (1998) Pain and discomfort associated with common hospital procedures and experiences. *J Pain Symptom Manage*. 15(2):91-101.
70. Ochoa J, Mair WGP: (1969) The normal sural nerve in man. II. Changes in the axon and schwann cells due to ageing. *Acta Neuropathology (Berlin)* 13, 217-253.
71. Oberle K., Paul P, Wry J. (1990) Pain, anxiety and analgesics: a comparative study of elderly and younger surgical patients. *Canadian Journal Ageing*, 9, 13-19.
72. Parker J., Frank R, Beck N., Finan M., Walker S., Hewett J.E., Broster C., Smarr K., Smith E., Kay D. (1988) Pain in rheumatoid arthritis: relationship to demographic, medical and psychological factors. *Journal of Rheumatology*, 15, 433-447.

73. Parmelee PA, Smith B, Katz IR. (1993) Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 41:517-522.
74. Pickering G. (2005) Age differences in clinical pain states. In *Pain in older persons*. In Gibson SJ, Weiner DK (Eds.), IASP press, Seattle, WA, pp 67-86.
75. Porter FL, Malhotra KM, Wolf CM, Morris JC, Miller JP, Smith MC. (1996) Dementia and response to pain in the elderly. *Pain*. 68(2-3):413-421.
76. Proctor WR, Hirdes JP. (2001) Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Res Manag*. 6(3):119-125.
77. Sawyer P, Lillis JP, Bodner EV, Allman RM. (2007) Substantial daily pain among nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 8(3):158-65.
78. Scherder E, Bouma A, Slaets J, Ooms M, Ribbe M, Blok A, Sergeant J. (2001) Repeated pain assessment in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 12(6):400-7.
79. Scherder E, Bouma A, Borkent M, Rahman O. (1999) Alzheimer patients report less pain intensity and pain affect than non-demented elderly. *Psychiatry*. 62(3):265-72.
80. Scherder E, Herr K, Pickering G, Gibson SJ, Benedetti F, Lautenbacher S. (2009) Pain in dementia. *Pain*. 145(3):276-278.
81. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. (2001) The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract*. 18(3):292-299.
82. Sternbach R.A. (1986) Survey of pain in the United States: the Nuprin pain report. *Clinical Journal of Pain*, 2, 49-54.
83. Teno JM, Kabumoto G, Wetle T, Roy J, Mor V. (2004) Daily pain that was excruciating at some time in the previous week: prevalence, characteristics, and outcomes in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 52(5), 762-767.
84. Teno JM, Weitzen S, Wetle T, Mor V. (2001) Persistent pain in nursing home residents. *JAMA*. 285(16), 2081.
85. Thomas T, Robinson C., Champion D. (1998) Prediction and assessment of the severity of post operative pain and of satisfaction with management. *Pain*, 75, 177-185.
86. Tibblin G, Bengtsson C., Furness B., Lapidus L. (1990) Symptoms by age and sex. *Scandinavian Journal Primary Health Care* 8, 9-17.
87. Tsang A, Von Korff M, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, Bromet EJ, Demyttenaere K, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Lepine JP, Haro JM, Levinson D, Oakley Browne MA, Seedat S, Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*." *J Pain*. 2008 Oct;9(10):883-91

88. Vigano A., Bruera E., Suarez-Almazor M.E. (1998) Age, pain intensity, and opioid dose in patients with advanced cancer. *Cancer*, 83, 1244-1250.
89. Von Korff M., Dworkin S.F., Le Resche L., Kruger A. (1988) An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, 32, 173-183.
90. Von Korff M., Dworkin S.F., Le Resche L. (1990) Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. *Pain*, 40, 279-291.
91. Walid MS, Zaytseva N. (2009) Pain in nursing home residents and correlation with neuropsychiatric disorders. *Pain Physician*. 12(5):877-80.
92. Washington L.L., Gibson S.J., Helme R.D. (2000) Age-related differences in the endogenous analgesic response to repeated cold water immersion in human volunteers. *Pain*, 89(1), 89-96.
93. Weiner D.K., Peterson B.L., Logue P., Keefe F.J. (1998) Predictors of pain self-report in nursing home residents. *Aging Clinical and Experimental Research*, 10, 411-420.
94. Wroblewski M., Mikulowski P. (1991) Peritonitis in geriatric inpatients. *Age Ageing*, 20, 90-94.
95. Wu N, Miller SC, Lapane K, Roy J, Mor V. (2005) Impact of cognitive function on assessments of nursing home residents' pain. *Med Care*. 43(9):934-939.
96. Yong, H-H., Gibson, S.J., de L. Horne, D.J. Helme R.D. (2001) Development of a pain attitudes questionnaire to assess stoicism and cautiousness for possible age differences. *Journal of Gerontology: Psychological Services*, 56B(5), 279-284.
97. Yong HH, Bell R, Workman B, Gibson SJ. (2003) Psychometric properties of the Pain Attitudes Questionnaire (revised) in adult patients with chronic pain. *Pain* 104:673-681.
98. Yunus M.B., Holt G.S., Masi A.T., Aldag, J.C. (1988) Fibromyalgia syndrome among the elderly: comparison with younger patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 36, 987-995.
99. Zheng Z., Gibson S.J., Khalil Z., McMeeken J.M., Helme R.D (2000) Age-related differences in the time course of capsaicin-induced hyperalgesia. *Pain*, 85, 51-58.
100. Zheng Z, Gibson SJ, Helme RD, McMeeken JM. (2009) The effect of local anaesthetic on age-related capsaicin-induced mechanical hyperalgesia-a randomised, controlled study. *Pain*. 144(1-2):101-109.

3. ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE : LES PROBLÉMATIQUES, LES OUTILS ET LEURS LIMITES

Docteurs Micheline Michel et Patrice Rat

La population âgée se présente comme une population très hétérogène sur le plan santé, lieux de vie et de soins. La prévalence de la douleur est dans tous les cas importante.

■ LES DIFFICULTÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la douleur, première étape de la prise en charge d'un état douloureux, fait appel à la même stratégie que chez le sujet plus jeune mais avec quelques spécificités, liées davantage aux pathologies associées au vieillissement (âge fonctionnel) qu'à l'âge réel. Les atteintes sensorielles (ouïe, vue), les pathologies touchant la cognition (AVC, Parkinson, démences, dont la maladie d'Alzheimer qui voit augmenter sa prévalence, les traitements sédatifs) vont altérer les capacités relationnelles. Si les troubles cognitifs interfèrent avec l'expression verbale de la douleur, ils modifient aussi la perception douloureuse. En ce qui concerne le retentissement émotionnel, fonctionnel et comportemental, dans le modèle multidimensionnel de la douleur, il faudra faire la part des choses entre les conséquences des maladies sous jacentes et l'état douloureux.

La multiplicité des étiologies douloureuses chez un même sujet en lien avec la polyopathologie et la possible intrication des mécanismes douloureux nécessitent la recherche d'une étiologie curable. Par conséquent il convient de pratiquer le recueil des antécédents médicaux, un examen clinique rigoureux et une approche psychosocio-environnementale du sujet douloureux. Comme chez le sujet plus jeune, il faut identifier le caractère aigu ou chronique de la douleur et, en partant du principe que le patient est l'expert de sa

douleur, privilégier systématiquement l'autoévaluation, même s'il semble exister quelques troubles cognitifs. Il est ainsi impératif de mesurer l'intensité de la douleur, d'en préciser la (les) localisation(s), les caractéristiques (nociceptive ou neuropathique), l'évolution ainsi que ses facteurs de variation, le retentissement affectif et fonctionnel et enfin l'impact sur la qualité de vie.

Les outils de la douleur sont ceux validés par la HAS dans les recommandations publiées en 1999 chez l'adulte douloureux chronique⁽⁹⁾ et celles de 2000 pour les patients âgés ayant des troubles de la communication verbale⁽¹⁰⁾, c'est-à-dire incapables d'utiliser les outils d'auto-évaluation.

En pratique, afin de permettre les meilleures conditions de réussite, cette évaluation nécessite une certaine adaptation chez le sujet âgé.

■ LES ÉCHELLES D'AUTO-ÉVALUATION

► Les échelles d'auto-évaluation unidimensionnelles : intensité, soulagement, localisation

Les échelles d'intensité

Simples d'utilisation, les échelles unidimensionnelles permettent d'évaluer quantitativement l'intensité de la douleur que le patient rapporte lui-même. Elles sont adaptées pour évaluer les douleurs aiguës et chroniques. Les échelles suivantes sont recommandées par la Haute Autorité de santé :

- L'Échelle Visuelle Analogique (EVA) se présente habituellement sous la forme d'une ligne horizontale de 100 mm orientée de gauche à droite mais il peut être intéressant d'utiliser une variante, l'échelle EVA colorimétrique (triangle rouge en lieu et place de la ligne).
- L'Échelle Verbale Numérique (EN) : le patient donne une note de 0 à 10 (ou 100).
- L'Échelle Verbale Simple (EVS) : le patient choisit le mot qui correspond le mieux à l'intensité de sa douleur parmi plusieurs descripteurs (nombre variable, le plus souvent à 5 niveaux).
- Les planches de visages : le patient a à sa disposition une variété d'images représentant des visages du moins douloureux au plus douloureux. Il évalue sa douleur en choisissant le visage qui corres-

pond le plus à l'expression de sa douleur.

Cette auto-évaluation est plus délicate à pratiquer chez le sujet âgé (nouvel apprentissage, difficultés à voir et/ou à déplacer le curseur). Ainsi les études observationnelles^(3,4,12,21) conduites chez des sujets âgés montrent que l'avancée en âge s'accompagne d'une plus grande difficulté d'utilisation et que le score de réponse diffère significativement entre les différentes échelles avec une nette supériorité pour l'EVS. En comparaison avec les résultats obtenus dans une population d'adultes jeunes, le taux de réussite reste très inférieur notamment pour l'EVA : EVA 58%, EVS 74% chez les sujets âgés⁽²⁶⁾ versus 89-90 % et 96-100 % chez les sujets jeunes⁽¹²⁾.

En pratique, afin de minimiser le risque de non réponse, les conditions de recueil doivent faire l'objet de soins attentifs⁽¹³⁾ :

- Le patient doit être correctement installé avec une ambiance lumineuse appropriée, après élimination soigneuse de tout bruit parasite (ex TV/radio éteintes), sans oublier de vérifier les capacités de vision et d'audition (port adapté des lunettes de correction ou des prothèses auditives par exemple).
- Les modalités d'utilisation des différentes échelles doivent être présentées de façon claire et simple. Le soignant doit s'assurer de la parfaite compréhension des consignes en les faisant reformuler par le patient ; les termes utilisés par celui-ci seront alors systématiquement repris pour toutes les évaluations ultérieures.
- Lors de la première utilisation, la fiabilité de l'auto-évaluation devra être vérifiée : les patients qui situent correctement les deux positions extrêmes de l'outil peuvent être considérés comme ayant compris l'utilisation de l'outil.

L'EVA, l'EN, l'EVS et les planches de visages ont été validées en gériatrie chez les patients aux fonctions cognitives intactes ou ayant des troubles cognitifs modérés (MMSE ≥ 18 par consensus d'experts⁽⁷⁾). Cependant, certaines études tendent à montrer que malgré des scores au MMS < 18, certains patients ont la possibilité d'évaluer la douleur de façon plus précise que la simple réponse « oui/non » tout en gardant une bonne cohérence⁽⁴⁾.

Néanmoins⁽¹³⁾, l'EVA ne semble pas être l'échelle de choix pour une utilisation chez un sujet âgé. Une amélioration peut être toutefois apportée par une présentation verticale et par l'échelle EVA colorimétrique. L'EN est moins exigeante en termes d'abstraction. L'EVS

présente le plus faible taux d'échec lors de son utilisation chez les personnes âgées et est d'ailleurs largement plébiscitée dans cette population. Cette supériorité est probablement en rapport avec le fait que l'EVS utilise des mots et concepts familiers (cf. infra) qui ne nécessitent pas d'apprentissage particulier, contrairement à l'EVA. Une alternative est offerte par les planches de visages qui ont, elles aussi, démontré une bonne fiabilité.

Les schémas des zones douloureuses

Ils sont utiles pour faire figurer la topographie de la douleur dans le dossier du malade, pour détecter des douleurs multiples ou diffuses, ou pour reconnaître des douleurs de topographie neurologique. Ils seront proposés avec des explications données en regard des schémas.

► Les échelles de description verbale de la douleur

Le Questionnaire Douleur Saint Antoine (QDSA), traduction en français du MacGill Pain Questionnaire, est très long mais sa forme abrégée ne comprend que 15 mots descripteurs; il est à considérer comme une information séparée et on ne peut établir de score global. Certains qualificatifs possèdent une orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs - en particulier pour les douleurs neuropathiques - et pour apprécier le retentissement affectif de la douleur. Il est réservé aux personnes ayant un haut score au MMS de Folstein, un niveau de vocabulaire et de culture suffisants, ce qui limite son utilisation en pratique. Autre inconvénient, en cas d'acmé, il est mal accepté par le patient.

Le DN4⁽²⁾, d'élaboration plus récente, n'est pas validé en gériatrie mais est couramment utilisé dans cette population. Ce questionnaire explore la probabilité d'une douleur neuropathique. Deux critères sont recueillis à l'interrogatoire, ce qui suppose une certaine capacité de communication verbale, et deux à l'examen clinique. Le score seuil est de 4/10, le score de spécificité et sensibilité de 85 %.

Les questionnaires multidimensionnels de type MPI (Multi dimensional Pain Inventory) ne sont pas utilisés en pratique gériatrique courante mais sont réservés aux consultations spécialisées (consultation douleur

spécialisée, consultation de rhumatologie...) seulement chez les personnes lucides et communicantes.

L'appréciation du retentissement de la douleur sur l'état de santé et sur les capacités fonctionnelles de la personne âgée hospitalisée (en hospitalisation de jour ou classique) est effectuée, comme recommandé dans toute situation pathologique en gériatrie, par l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)⁽¹⁶⁾, en faisant la part des pathologies chroniques préexistantes sources d'incapacité : le MMS de Folstein pour l'évaluation cognitive, le Mini Nutritional Assesment (MNA) pour l'évaluation nutritionnelle (dont l'appétit), le test Get Up and Go pour les capacités de transfert et de marche, la Geriatric Depression Scale (GDS) pour l'évaluation de la dépression, les IADL de Lawton (dont un item sur la gestion des médicaments) et les ADL de Katz pour l'impact sur les activités quotidiennes, sans oublier le retentissement sur le sommeil et les mobilisations. L'EGS prend également en compte des éléments cliniques, à savoir les capacités sensorielles, le fonctionnement sphinctérien et les éléments sociaux-familiaux.

Les informations fournies par l'entourage et les soignants viennent valider les réponses obtenues auprès du patient. Les observations tirées de l'EGS et, bien sûr, de l'examen clinique vont permettre d'élaborer une stratégie personnalisée, préventive et curative, en particulier pour les individus identifiés comme fragiles⁽¹⁸⁾ chez lesquels le syndrome douloureux et son traitement peuvent conduire à des décompensations en cascade avec une morbidité et une mortalité accrues.

L'utilisation d'un questionnaire de qualité de vie en lien avec la douleur est légitime mais plutôt réservée aux études cliniques et aux protocoles de recherche chez les sujets aux fonctions cognitives préservées.

Les critères de satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge de la douleur durant une hospitalisation sont inclus dans les questionnaires de sortie.

Au domicile du patient, il est tout aussi important de documenter, avec l'aide des proches et des soignants, le retentissement de la douleur sur la mobilité, les activités domestiques (fait-il les courses?...).

En résumé, l'évaluation globale d'une personne âgée douloureuse consiste à évaluer une personne âgée (en pratiquant l'EGS chaque fois que possible) qui a mal.

► Les questionnaires explorant la dimension psychologique

La douleur aiguë s'accompagne classiquement d'une anxiété tandis que la douleur chronique peut entraîner une dépression.

En maison de retraite, beaucoup de patients se plaignent de façon incessante auprès des soignants. Derrière la douleur, il faut savoir dépister la dépression, souvent atypique chez le sujet âgé : dépression hostile, dépression masquée.

On interroge habituellement le malade sur les quatre critères de la forme abrégée de la Geriatric Depression Scale, la mini GDS. Pour évaluer l'anxiété, on utilise très rarement l'échelle Hamilton HAM-A en 14 items⁽⁸⁾. Ces échelles s'adressent essentiellement aux personnes aux fonctions cognitives préservées ou légèrement diminuées et sont réservées à la recherche.

En pratique le retentissement psychologique est évalué au cours d'un entretien semi-dirigé. Il n'est pas toujours facile de différencier une dépression réactionnelle à la douleur chronique d'une dépression pré-existante (éventuellement aggravée par la douleur).

Enfin, il est intéressant de se faire une idée sur les traits de personnalité de la personne - hyponchondrie, demande d'attention et de ménage - sur ses antécédents psychopathologiques (dépression), sur ses possibilités de résilience antérieures et actuelles (souvent de l'ordre de la fatalité : « *c'est normal d'avoir mal quand on est vieux* »), sur les interactions psycho-sociales et environnementales induites par l'état douloureux (bénéfice primaire et secondaire). Comme chez l'adulte plus jeune, la souffrance globale (ou total pain) doit être évaluée et soulagée. L'interrogatoire des proches pourra être informatif sur ce plan.

■ LES ÉCHELLES D'HÉTÉRO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Si l'auto-évaluation est impossible, une échelle d'hétéro évaluation doit systématiquement être utilisée afin d'éliminer formellement un phénomène douloureux. En effet, certains patients n'expriment pas spontanément leur douleur et celle-ci doit être attentivement recherchée en cas de modification de comportement.

L'American Geriatric Society a ainsi identifié six classes principales regroupant des comportements potentiellement impliqués dans la douleur chronique⁽¹⁾:

- expressions faciales : grimaces, froncements de sourcils, front crispé...
- verbalisation, vocalisation : gémissements, soupirs, appels...
- mouvements du corps : protection, changement de mobilité, rigidité, déambulation incessante...
- changements dans les relations sociales : agressivité, résistance aux soins, diminution de socialisation...
- changements dans les activités : refus alimentaire, modification du sommeil...
- changements de l'état psychique : irritabilité, confusion, pleurs...

La présence de douleur est confirmée a posteriori par l'amélioration et/ou la disparition des signes comportementaux après la prise en charge antalgique (intérêt des réévaluations régulières).

Dès les années 1990, des échelles d'hétéro évaluation ont été élaborées pour pallier les difficultés de dépistage et de prise en charge de la douleur du sujet âgé. Ces échelles se basent toutes sur l'observation par les soignants des modifications comportementales entraînées par la douleur chez les sujets âgés ayant des troubles de la communication verbale et ont des objectifs différents (passation en institution, en service de médecine...). Cette pratique nécessite le plus souvent une formation préalable et un entraînement car la cotation ne doit pas refléter l'interprétation du soignant (ex : le patient crie "parce qu'il" est dément) mais bien la présence ou non du comportement ciblé par l'échelle. Plusieurs revues récentes de la littérature ont catalogué plus de vingt échelles comportementales d'évaluation de la douleur pour une utilisation spécifique chez le sujet âgé souffrant de démences^(14,29,31). La plupart de ces échelles sont en langue anglaise et n'ont démontré que de modestes qualités psychométriques y compris celles retenues par les auteurs (tableau 1).

Tableau 1 : Les différentes échelles d'hétéro évaluation élaborées dans la littérature avec le nombre de dimensions comportementales étudiées d'après l'AGS⁽¹⁾, le nombre d'items, leur principe de cotation et l'appréciation proposée par deux auteurs : Herr⁽¹⁴⁾ et Zwakhalen⁽³¹⁾

Échelles d'hétéro évaluation dans la littérature	AGS	Nombre catégories	Nombre items	Cotation	Note/15	Note/20
NOPPAIN	3/6	4	6	multiple	11	5
PADE	5/6	3	24	multiple	6	10
PAINAD	3/6	-	5	0 - 2	7	11
ABBEY	6/6	-	6	0 - 3	5	10
CNPI	3/6	2	6	0 - 1	8	7
DS-DAT	3/6	-	9	0 - 3	12	
ADD	6/6	5	42	0 - 1	9	
PACSLAC* ⁽²⁰⁾	6/6	4	60	0 - 1	8	11
DOLOPLUS* ^o	5/6	3	10	0 - 3	8	11
ECPA** ^o	5/6	2	8	0 - 4	-	11
ECS*	5/6	-	10	multiple	-	4

*Échelles en version française

° Échelles retenues par la Haute Autorité de Santé

Cinq échelles existent en langue française DOLOPLUS, ECPA-2, ALGOPLUS, ECS et PACSLAC. Compte tenu de ses faibles qualités psychométriques (cf. tableau 1), l'ECS ne peut pas être conseillée. Les autres échelles présentent de bonnes qualités de fiabilité et de validité, toutefois la Haute Autorité de Santé n'a pour l'instant retenu que deux de ces échelles⁽¹⁰⁾: ECPA-2 et DOLOPLUS.

DOLOPLUS⁽¹⁷⁾

Il s'agit d'une échelle de 10 items ayant une cotation de 0 à 3 représentative de l'intensité de la douleur et intégrant trois dimensions:

- Retentissement somatique : plaintes, positions antalgiques, protection de zones, mimique, sommeil ;
- Retentissement psychomoteur : toilette et/ou habillage - mouvements ;
- Retentissement psychosocial : communication, vie sociale, troubles du comportement ;

Le score seuil actuellement défini pour définir un état de douleur est de 5/30.

ECPA-2 (Échelle Comportementale pour Personne Âgée)⁽¹⁹⁾

Il s'agit d'une échelle organisée en deux parties :

- observation avant les soins : expressions du visage, positions spontanées, mouvements, relation à autrui ;
- observation pendant les soins : anticipation anxieuse, réactions pendant la mobilisation, réactions pendant les soins portant sur la zone douloureuse, plaintes pendant les soins. Elle se présente sous la forme de 8 items cotés chacun de 0 à 4 selon l'intensité.

PACSLAC

Les auteurs de l'échelle canadienne PACSLAC (Pain Assesment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) ⁽⁶⁾ viennent de valider sa traduction en français : PACSLAC-F. Celle-ci, reprend les 60 items (réponse présent/absent) regroupés en quatre dimensions :

- expressions faciales ;
- activités et mouvements du corps ;
- comportements/personnalité/humeur ;
- autres.

Plusieurs moyennes de scores ont été calculées en fonction des conditions d'évaluation :

- situation de calme : 4,1 (écart-type de 3,5) ;
 - situation de douleur : 8,6 (écart-type de 3,9) ;
 - situation de détresse : 10,8 (écart-type de 4,1) ;
- cependant aucun véritable score seuil n'a été défini.

ALGOPLUS (24, 25, 27)

Le collectif Doloplus concepteur de l'échelle DOLOPLUS a récemment développé une échelle comportementale applicable à l'évaluation de la douleur aiguë chez le sujet âgé peu ou non communicant. ALGOPLUS a été validée en 2007 grâce à une étude multicentrique incluant près de 350 patients. Cette échelle présente cinq items (domaines d'observation) et permet en moins de 60 secondes une évaluation de bonne qualité quel que soit le lieu de soins. En pratique, pour remplir la grille, le soignant observe dans cet ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et, enfin, le comportement général.

La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter "oui" l'item considéré. La simple observation d'un compor-

tement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa pré existence. Chaque item coté "oui" est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq. Un score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer la présence d'une douleur avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 80%.

En pratique, les cliniciens doivent choisir un outil qui doit être non seulement fiable mais aussi utilisable facilement. Cela revient à dire que l'échelle "idéale" pour évaluer la douleur d'un sujet âgé ayant des troubles de la communication verbale devrait respecter les caractéristiques suivantes (5,7,15,20,23,28,29,30,31,32) :

- être développée à partir de l'observation de comportements douloureux présentés spécifiquement par une population âgée ;
- la compréhension des items doit avoir été testée auprès d'une large population de soignants. La nécessité d'une formation préalable doit également être vérifiée ;
- être testée et validée dans chacun des services de soins où son utilisation pourra être requise et dans une large population de sujets âgés.
- être testée et validée dans un grand nombre de situations douloureuses (incluant les douleurs neuropathiques).
- être testée en comparaison avec un groupe contrôle de patients pouvant s'auto évaluer (EVA, EN, EVS) ;
- contribuer efficacement (= score seuil) à la décision thérapeutique ;
- avoir un temps de passation suffisamment court pour pouvoir être utilisée de façon répétitive en cours de journée sans pour autant entraîner trop de surcharge de travail pour le personnel soignant ;
- être testée en situation de repos mais aussi en situation potentiellement douloureuse (soins, toilette, mouvements, examen médical) ;
- présenter une bonne sensibilité au changement sous thérapeutique ;
- présenter une bonne sensibilité et spécificité pour le dépistage de la douleur ;
- être testée et validée dans les différents sous-groupes de démences.

Par ailleurs, un nombre conséquent d'items améliore la sensibilité de l'échelle mais expose à un risque de faux positifs. La cotation en plusieurs niveaux d'intensité soulève des questions de validité⁽¹⁴⁾ et il peut donc être préférable d'utiliser une cotation binaire (oui-non). Enfin, la cotation de certaines échelles nécessite de connaître au pré-

lable les comportements du patient et/ou d'avoir recours à l'avis d'autres soignants (ex : sommeil, appétit), ce qui peut être difficilement réalisable (ex : Service d'Accueil des Urgences).

En résumé, il est bien évident qu'aucune échelle ne peut satisfaire l'ensemble de ces critères (tableau 2). Aussi, en fonction de leurs conditions d'exercice (Services d'Accueil des Urgences, Court Séjour, SSR ou SLD) et de la typologie des douleurs présentées dans leur exercice, les soignants devront utiliser l'échelle d'hétéro évaluation répondant le mieux à leurs exigences.

Tableau 2

Caractéristiques requises pour l'échelle	DOLOPLUS	ECPA-2	PACSLAC	ALGOPLUS
Développée spécifiquement pour le sujet âgé	?	oui	oui	oui
Compréhension testée	non	oui	?	oui
Nécessité d'une formation à la passation	oui	oui	?	non

Types de services de soins testés

Service d'accueil des urgences	non	non	non	oui
Court séjour	oui	non	non	oui
SSR	oui	non	non	oui
SLD	oui	oui	oui	oui
Domicile	non	non	non	oui

>>> Suite page suivante

Caractéristiques requises pour l'échelle	DOLOPLUS	ECPA-2	PACSLAC	ALGOPLUS
Conditions variées de douleur				
Douleur aiguë	oui ?*	oui (soin)	oui ?*	oui (tous types)
Douleur chronique	oui	non	?	oui (douleur aiguë sur fond de douleur chronique stabilisée)
Douleur neuropathique	non	non	non	non
Comparaison avec des échelles d'auto-évaluation (groupe de patients communicants)	oui	non	non	oui
Existence d'un score seuil	oui Score seuil : 5	non Simple évolution du score	non Simple évolution du score selon 3 situations	oui score seuil : 2
Rapidité de passation	< 5 minutes	10 - 15 minutes	5 minutes	1 minute
Échelle testée au repos puis en situation potentiellement douloureuse	?*	oui	?*	oui
Évaluation de la sensibilité au changement sous traitement	oui	oui	?*	oui
Information sur la sensibilité/spécificité de l'échelle	non	non	non	oui
Échelle testée dans différents types de démences	non	non	non	non

*testé uniquement dans la version néerlandaise de l'échelle, étude de Zwakhalen S et al.⁽³²⁾

Caractéristiques requises pour l'échelle	DOLOPLUS	ECPA-2	PACSLAC	ALGOPLUS
Nombre d'items	10	8	60	5
Niveaux de cotation	4	5	oui / non	oui / non
Connaissance préalable des comportements du patient nécessaire à la cotation	oui	oui, 3 jours d'observation	non	non
Items nécessitant le recours à d'autres soignants (ex : sommeil appétit)	oui	non	oui	non

■ LES LIMITES DES OUTILS

► Les limites des qualités métrologiques

Si l'on s'intéresse aux différentes qualités métrologiques des outils cités, c'est-à-dire leur fiabilité, sensibilité et spécificité respectives, aucun des outils cités n'est parfait et tous sont critiquables : par exemple l'EVA manque de spécificité puisque la personne âgée va aussi bien coter la gêne ou le handicap plutôt que l'intensité douloureuse. Les échelles comportementales utilisées chez le sujet non communicant manquent également de spécificité vis-à-vis de la discrimination douleur, dépression et démence. Le cri et l'agitation peuvent ainsi traduire par exemple un inconfort, une douleur aiguë mais aussi une peur.

L'EN, l'EVA et l'EVS ont été validées pour mesurer l'intensité de la douleur ; elles aident à identifier les malades nécessitant un traitement de la douleur (score ≥ 3 à l'EVA ou l'EN).

Comme chez l'adulte plus jeune, les outils d'auto-évaluation ne représentent pas une fin en soi mais sont de bons instruments de communication, en insistant sur le fait que le patient a toujours raison quand

il évalue sa douleur, même si son évaluation ne correspond pas à celle estimée par les soignants. Le soignant doit en effet prendre en compte la subjectivité de la plainte : la personne âgée peut sous-évaluer l'intensité de sa douleur pour des raisons culturelles (peur de déranger, stoïcisme, défaitisme) ou par la peur des examens à venir. A contrario, l'intensité peut être surestimée chez le malade hypochondriaque et chez le dépressif.

Il est bien connu par ailleurs que les circonstances de l'évaluation interfèrent avec l'évaluation : la fonction de l'évaluateur intervient également (que dit-on, à qui, et qui évalue ?), de même que la présence d'un proche ou son absence, le moment de la journée, le mouvement ou le repos. Il est donc nécessaire de répéter les évaluations au cours des 24 heures.

► **Les limites d'acceptation des outils d'auto-évaluation par le patient âgé**

À côté des situations d'altération cognitive sévère (démence ou confusion) déjà décrites, il est clair que les atteintes sensorielles, les troubles du langage, les troubles bénins de la mémoire et de l'attention, une sédation excessive vont limiter les possibilités de l'auto-évaluation.

En ce qui concerne le choix de l'échelle d'auto-évaluation, il est conseillé d'en proposer plusieurs au malade âgé et de retenir celle qui semble le mieux lui convenir, à la fois pour le repérage et le suivi du soulagement.

Les questionnaires de qualificatifs et les échelles de retentissement psychologique, s'adressent uniquement à des sujets lucides, verbalisants et coopérants. Leur acceptation reste toutefois difficile par les patients âgés même dans leur forme courte.

► **Les limites de la faisabilité de l'évaluation de la douleur par les soignants**

L'utilisation d'une échelle de douleur, couplée à l'évaluation gérontologique standardisée (EGS) est consommatrice en temps pour le soignant, d'autant plus s'il doit aller chercher des informations supplémentaires auprès de la famille et des collègues (cf. hétéro-évaluation : comportements antérieurs, sommeil, appétit).

Le recours systématique aux outils de l'auto-évaluation a progressé grâce au développement des plans douleurs successifs, mais il est loin d'être généralisé auprès des personnes âgées, alors que cette étape est considérée comme essentielle dans la prise en charge de la douleur. La première raison est la disqualification a priori de la réponse de la personne âgée du fait du vieillissement et la non connaissance des capacités restantes d'auto-évaluation en cas d'altération cognitive légère.

De même la notion de subjectivité de l'expression douloureuse peut, à tort, faire privilégier l'expérience professionnelle du soignant plutôt que l'utilisation d'outils.

Une fois le dépistage fait, il arrive que le soignant ne croie pas à la douleur du soigné ; la tolérance de l'infirmière ou du médecin à la douleur de l'autre peut être dans ces conditions sous-tendue par des mécanismes d'auto-défense (épuisement professionnel ou impuissance face à l'incapacité à soulager). Dans les cas extrêmes, la douleur non entendue peut hélas relever aussi de la maltraitance.

En ce qui concerne l'hétéro-évaluation, un audit national sur 400 dossiers⁽¹¹⁾ a montré que seulement 11 % des soignants en établissement de santé y avaient recours. Beaucoup de professionnels de santé restent ainsi réticents à l'utilisation des échelles Doloplus et ECPA-2. Ils leur reprochent une durée de passation longue qui est décrite comme incompatible avec la charge de travail, en particulier à domicile. Beaucoup préfèrent alors utiliser l'échelle Algoplus, parce qu'elle est plus rapide et plus simple d'abord, mais son champ d'application concerne essentiellement la douleur aiguë et/ou les cas où les comportements antérieurs du patient ne sont pas connus.

Pour Doloplus la nécessité d'un apprentissage serait un frein à son utilisation⁽²²⁾, et certains termes sont mal compris (ex : itératifs). La persistance d'un doute sur un état douloureux en cas de score inférieur au score seuil de 5/30 doit conduire à un traitement d'épreuve dans le cadre d'une réflexion d'équipe et ne pas remettre en cause la validité de cette échelle. Pour PACSLAC, la validité d'une étude de validation basée uniquement sur des cas patients rapportés de mémoire est discutable. L'absence de score peut être décrite comme un inconvénient pour apprécier le soulagement sous traitement antalgique, et il manque un score seuil ; il en est de même pour l'ECPA-2 qui

présente de plus un temps d'observation avant cotation (10 minutes) particulièrement contraignant. Par ailleurs le défaut de spécificité de l'hétéro-évaluation dans certains cas de démence ou de dépression est probablement incriminé dans les situations où le traitement antalgique ne diminue pas le score.

Enfin, la forte rotation des personnels dans les unités de soins de gériatrie et la multiplicité des documents à disposition rendent difficiles le choix et l'utilisation des outils.

► **Le consensus de recommandations pour l'évaluation globale du sujet âgé douloureux**

En résumé⁽¹⁵⁾, quel que soit l'âge et/ou le degré des troubles cognitifs, les soignants doivent :

- Tenter de pratiquer une auto-évaluation de la douleur chez tous les patients. Si les soignants ont déjà une bonne habitude de l'utilisation des outils d'auto-évaluation et/ou si leur patient âgé a des fonctions cognitives relativement conservées l'EN peut être utilisée en première intention ; dans tous les autres cas, l'EVS sera l'échelle de choix chez les personnes âgées.
- Cibler les situations potentiellement douloureuses (aide à la prise en charge au plan préventif).
- Rechercher l'aide de personnes connaissant bien le patient (famille, aidants, soignants à domicile).
- Pratiquer une hétéro-évaluation est indispensable pour les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale mais cela peut aussi être utile dans le cadre de l'évaluation globale de tout patient âgé.
- Pratiquer un test antalgique d'épreuve.
- Réévaluer régulièrement le patient.

En 2007, un groupe d'experts internationaux a publié des recommandations concernant la stratégie optimale de l'évaluation d'un sujet âgé qui a mal⁽¹⁷⁾. Ce consensus insiste particulièrement sur le couplage auto et hétéro évaluation pour le repérage de la douleur, y compris chez la personne capable de s'auto-évaluer. L'EVS et l'EN sont préférées à l'EVA classique. En cas de déficit cognitif léger à modéré, le groupe d'experts laisse le choix entre l'échelle visuelle analogique colorimétrique, l'Échelle Verbale Numérique, ou l'Échelle Verbale

Simple. Pour l'hétéro évaluation, il est conseillé d'utiliser Doloplus et PACSLAC. L'idéal serait de désigner un soignant référent pour le repérage du (ou des) trouble(s) du comportement indicateur(s) de douleur et l'évaluation devra être répétée sur le nycthémère, en prenant en compte l'avis de la famille. Un examen clinique soigneux et exhaustif devra également être répété à différents moments de la journée, compte tenu de la multiplicité et de l'intrication des étiologies douloureuses en lien avec les polypathologies.

Enfin, le retentissement de la douleur sur l'état de santé doit être apprécié dans toutes ses dimensions.

■ CONCLUSION

L'évaluation de la douleur chez le sujet âgé est complexe, elle répond aux exigences de l'évaluation globale d'un sujet âgé qui a mal. Cette stratégie repose sur des recommandations internationales mettant en avant la nécessité d'une évaluation systématique et répétée par des outils, qui ont certes tous des limites mais qui sont un support essentiel de communication. Les outils d'auto-évaluation seront privilégiés en première intention, même chez le patient souffrant de démence, et seront dans tous les cas intégrés à une approche pluriprofessionnelle et pluridimensionnelle de la situation douloureuse, incluant aussi hétéro évaluation et avis de l'entourage. Cette démarche s'avère indispensable pour ne pas continuer à sous-estimer la douleur dans la population âgée et pour mener une stratégie antalgique personnalisée et adaptée.

En résumé

Stratégie de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée :

- *C'est une étape essentielle dans la prise en charge de la douleur.*
- *L'auto-évaluation doit être privilégiée, même chez le sujet souffrant de démence.*
- *En cas d'échec, on a recours aux outils d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA, Algoplus).*
- *Le retentissement de la douleur est apprécié sur le sommeil, l'appétit, les mouvements, l'humeur, la qualité de vie.*
- *L'évaluation de la douleur devrait faire partie de l'Évaluation Gériatrique Standardisée chez le sujet âgé.*
- *L'évaluation de la douleur doit être systématique et répétée.*

Références

1. American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. Clinical practice guidelines: the management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002;50:S205-S224.
2. Bouharissa D., Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Oversyking A, Jafari-Schluep H, Lantéri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serri A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4) . Pain 2005 ; 114: 29-36.
3. Chibnall JT, Tait RC. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. Pain 2001;92:173-186.
4. Closs SJ, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. J Pain Symptom Manage 2004;27:196-205.
5. Defrin R, Lotan M, Pick CG. The evaluation of acute pain in individuals with cognitive impairment: a differential effect of the level of impairment. Pain 2006;124:312-320.
6. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC). Pain Manage Nurs 2004;5:37-49.
7. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, Jackson K, Parmelee PA, Rudy TE, Lynn Beattie B, Chibnall JT, Craig KD, Ferrell B, Ferrell BA, Fillingim RB, Gagliese L, Gallagher R, Gibson SJ, Harrison EL, Katz B, Keefe FJ, Lieber SJ, Lussier D, Schmader KE, Tait RC, Weiner DK, Williams J. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. Clin J Pain 2007;23:S1-S43.
8. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety, in Studies of Anxiety, Lader M.H. (ed.). Brit. J. Psychiatry, 1969, Spec. Pub., 3, 76-79.
9. HAS 1999 : Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.
10. HAS 2000 : évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.
11. HAS, Haute Autorité de Santé. Evaluation des pratiques professionnelles. Rapport de l'expérimentation nationale. Audit clinique ciblé appliqué à la prise en charge de la douleur de la personne âgée. Juin 2006. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_467073/rapports-d-audits-cliniques-cibles-acc-2004-2005.
12. Heer K, Mobily P. Comparison of selected pain assessment tools for use with the elderly. Applied Nursing Research 1993;6; 1: 39-46.

13. Herr K. Pain assessment in the older adult with verbal communication skills. In : Gibson SJ, Weiner D, editors. *Pain in the elderly*. Seattle, WA : IASP Press, 2005. pp. 377-402.
14. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006a; 31:170-192.
15. Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, Pelosi-Kelly J, Wild L. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manage Nurs* 2006b; 7:44-52.
16. Le Deunen P, Gentric A. l'Évaluation Gérontologique Standardisée. *Médecine et Thérapeutique*. 2004; 10: 229-235.
17. Lefebvre-Chapiro S. The Doloplus Group. The Doloplus scale - evaluating pain in the elderly. *Eur J Palliat Care* 2001;8:191-194.
18. Michel JP, Lang PO, Zekri D. The frailty process: update of the phenotype and preventive strategies. *Annales de Gérontologie*, vol 1, n°1, octobre-novembre-décembre 2008: 7-13.
19. Morello R, Jean A, Alix M, Sellin-Peres D, Fermanian J. A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: the EPCA-2 Study of its psychometric properties. *Pain* 2007;133:87-98.
20. Pasero C, Rakel B, McCaffery M. Postoperative pain management in the older adult. In: Gibson SJ, Weiner D, editors. *Pain in the elderly*. Seattle, WA : IASP Press, 2005. pp. 377-402.
21. Pautex S, Michon A, Guedira M, Emond H, Le Lous P, Samaras D, Michel JP, Herrmann E, Giannakopoulos P, Gold G. Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1040-1045.
22. Pickering G, Gibson SJ, Serboutil S, Odetti P, Ferraz Goncalves J, Gambassi G, Guarda H, Hamers JP, Lussier D, Monacelli F, Perez-Castejon JM, Zwakhalen SM, Barneto D, Collectif Doloplus, Wary B. Reliability study in five languages of the translation of the pain behavioural scale Doloplus. *Eur J Pain*. 2010 May;14(5):545.
23. Rakel B, Herr K. Assessment and treatment of postoperative pain in older adults. *J Perianesth Nurs* 2004;19:194-208.
24. Rat P, Jouve E, Pickering G, Donnarel L, Nguyen L, Michel M., Capriz-Ribiere E, Lefebvre-Chapiro S., Gauquelin F, Bonin-Guillaume S. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus® European Journal of Pain Ms. No. EURJPAIN-D-09-00556R1.
25. Rat P, Jouve E, Bonin-Guillaume S, Donnarel L, Michel M, Capriz-Ribiere E, Lefebvre-Chapiro S, Gauquelin F, Firmin G, Di Vico L, Drouot AS, Piechnick JL, El Aouadi S et le collectif Doloplus. Évaluation et prise en charge de la douleur des personnes âgées avec troubles de la communication. *Douleurs*, 2007 ; 8 ; 1:S45.

26. Rat P,Bonin-Guillaume S. Douleur du sujet âgé et difficulté d'évaluation. Douleurs 2008 ; 9 ; HS1 :2-8.
27. Rat P,Jouve E, Bonin-Guillaume S, Donnarel L, Michel M, Capriz-Ribiere F, Lefebvre-Chapiro S, El Aouadi S, Gauquelin F, Collectif Doloplus. Comparison of Algoplus pain evaluations in different settings the journal of nutrition,health and aging, 2009 ; 13: S 1.
28. Scherder E, Oosterman J, Swaab D, Herr K, Ooms M, Ribbe M, Sergeant J, Pickering G, Benedetti F. Recent developments in pain in dementia. Br Med J 2005 ;330:461- 464.
29. Stolee P,Hillier L, Esbaugh J, Bol N, McKellar L, Gauthier N. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 2005 ;53:319-326.
30. Weiner D, Peterson B, Keefe F.Chronic pain-associated behaviours in the nursing home : resident versus caregiver perceptions. Pain 1999 ;80:577-588.
31. Zwakhalen S, Hamers JP,Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia : a systematic review of behaviourual pain assessment tools. BMC Geriatr 2006;27:3-17.
32. Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP.The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. Pain 2006;126:210-220.

4. DIMENSIONS PSYCHOLOGIQUES DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Professeur Anne-Françoise Allaz et Docteur Christine Cedraschi

Les cliniciens savent combien les plaintes douloureuses sont fréquemment présentes dans la rencontre avec un patient âgé. Depuis quelques années, la prise en compte de la douleur fait heureusement l'objet d'un nouvel intérêt en clinique gériatrique, ce dont témoigne un nombre grandissant de publications ou de revues scientifiques^(1,2). Cependant, même si la définition de la douleur comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable* » semble consensuelle, l'on peut regretter que les dimensions psychosociales de la douleur dans le contexte gériatrique ne soient encore mentionnées « *qu'en passant* » dans la plupart des articles de revue de ce domaine. Pourtant, les douleurs chroniques dont se plaignent les personnes âgées bénéficieraient beaucoup d'être envisagées dans toute leur complexité et comprises dans leurs dimensions bio-psychosociales.

■ SITUATION PARTICULIÈRE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Comme nous l'avons développé ailleurs, l'interprétation et la compréhension qu'a l'individu de ses symptômes modulent l'expérience douloureuse^(3,4). Or, plus que toute autre, la personne âgée est chargée d'une histoire et d'une expérience : celles des bonheurs et malheurs de sa vie. Le décodage de la plainte douloureuse est rendu plus complexe par les modulations liées à ce poids d'expérience, ainsi que par un certain nombre de particularités d'expression observables dans la clinique gériatrique. Prenons pour exemple la tendance à la rétention des plaintes et, plus encore, une certaine "pudeur émotionnelle" sur laquelle nous reviendrons.

Les sujets âgés sont confrontés à une accumulation de difficultés. Des problèmes médicaux chroniques douloureux (notamment ostéo-articulaires) peuvent mener à une diminution des capacités fonctionnelles ou à de véritables handicaps entraînant une altération de l'autonomie. Le vieillissement visible du corps, ainsi que les modifications du statut social, et parfois financier, entraînent des changements majeurs de l'image de soi. À tout cela s'ajoutent des pertes et des deuils réels ou symboliques⁽⁵⁾. Si la faiblesse du soutien social est un facteur connu de chronicisation des plaintes douloureuses, des études récentes ont démontré le rôle spécifique de la solitude comme déterminant de la dépression et de la chronicisation de la douleur chez les personnes âgées⁽⁶⁾. En résumé, dans le contexte de la clinique gériatrique plus encore que chez des personnes jeunes, la douleur doit être prise en compte de façon globale en intégrant les dimensions tant organiques que psychologiques et sociales.

Pour finir, rappelons que malgré les nombreuses raisons de présenter des algies à un âge avancé, il arrive fréquemment que la douleur déborde de son rôle de signal d'alarme d'une lésion organique et devienne un véritable "syndrome douloureux chronique" aux déterminants complexes⁽⁷⁾. Surtout, la douleur est - et reste - un message, adressé parfois à soi-même mais généralement à un autre⁽⁸⁾.

Nous examinerons ici les principaux déterminants et modulateurs psychosociaux et affectifs des plaintes douloureuses chroniques de la personne âgée, y compris dans leurs dimensions psychopathologiques, ceci en dehors des situations de démence.

■ L'ANXIÉTÉ

Bien qu'un certain nombre d'études montre une tendance à la diminution de l'anxiété chez les personnes âgées, les phobies et l'anxiété généralisée ne sont pas rares en clinique gériatrique. Chez les patients souffrant de douleurs chroniques, la prévalence de l'anxiété est deux fois plus importante que chez les autres personnes âgées⁽⁸⁾. L'anxiété a été associée à pratiquement tous les syndromes douloureux touchant les individus âgés : problèmes ostéo-articulaires avant tout, mais aussi douleurs abdominales et céphalées⁽⁹⁾.

Cliniquement, la présentation la plus fréquente est l'association de l'anxiété à un état dépressif⁽¹⁰⁾. Cette comorbidité touche au moins un

tiers des patients âgés déprimés^(11,12). Elle est associée à une augmentation très significative des plaintes physiques générales, notamment dans le registre neuro-végétatif, ainsi qu'à une augmentation des plaintes douloureuses et de la fréquence des consultations^(8,13). Comme chez les personnes plus jeunes, l'anxiété peut amener à une hypervigilance et à une focalisation sur les sensations somatiques accompagnées d'une crainte d'être atteint d'une maladie chronique prenant parfois des allures hypochondriaques. Dans ces cas, la difficulté à verbaliser le mal-être se concentre en particulier, mais pas exclusivement, sur la sphère digestive.

■ LES ÉTATS DÉPRESSIFS

La fréquence élevée de l'association entre douleur chronique et diverses formes cliniques de dépression dépasse de beaucoup la co-occurrence de ces deux pathologies fréquentes. De fait, la dépression est le facteur psychopathologique le plus constamment associé à la douleur chronique⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Selon la plupart des études cliniques, 25 à 60 % des patients souffrant de douleurs chroniques présentent un épisode dépressif majeur⁽¹⁷⁾, les chiffres les plus élevés correspondant aux patients qui consultent dans le cadre particulier des centres de la douleur. L'âge ne semble pas modifier la prévalence de cette co-occurrence, que ce soit dans la population consultante ou dans la population générale^(9,11).

Comme chez les patients plus jeunes, il existe une forte intrication tant neurobiologique que clinique entre douleur et dépression⁽¹⁸⁾, au point que pour certains, la douleur n'est qu'un des aspects de ce qui a été appelé "le spectre des troubles de l'humeur"⁽¹⁹⁾.

Par ailleurs, il est de plus en plus accepté que la douleur doive être considérée comme l'un des symptômes - voire l'un des critères - d'un état dépressif. Une grande étude européenne récente a, par exemple, montré que des douleurs étaient présentes chez la moitié des patients souffrant d'un état dépressif majeur, l'âge avancé représentant un facteur favorisant parmi d'autres⁽²⁰⁾. De plus, il est clairement démontré que la présence d'un état dépressif est associé à des plaintes douloureuses plus nombreuses, de plus forte intensité et de plus longue durée qu'en l'absence de ce trouble⁽²¹⁾.

Nous nous arrêterons ici sur les principales spécificités de la dépression chez les personnes âgées souffrant de douleurs chroniques :

1/ La contribution très importante des comorbidités somatiques comme facteur de dépression : la prévalence de dépression est plus que doublée en présence de problèmes somatiques. Ceux-ci augmentent également significativement le risque de suicide de la personne âgée. Mentionnons que les comorbidités somatiques sont un des facteurs majeurs d'influence de l'intensité de la douleur perçue⁽²²⁾.

2/ Dans le même ordre d'idée, l'importance d'une atteinte fonctionnelle ou d'un handicap qui majorent beaucoup l'état dépressif d'une personne âgée souffrant de douleurs. La perte d'autonomie ou la dépendance sont à la fois des causes et des conséquences de la dépression et méritent une identification et une prise en charge spécifique et ciblée. Soulignons qu'en clinique il n'est pas toujours aisés de désintribuer les effets de la douleur et de la dépression face à un ralentissement de la motricité ou une incapacité fonctionnelle⁽²³⁾.

3/ Au niveau physiologique, contrastant avec la diminution de la sensibilité à la douleur d'intensité modérée ou moyenne (la fameuse presbyalgie liée à l'âge), on constate une vulnérabilité accrue des sujets âgés à des douleurs intenses ou persistantes⁽²⁴⁾. Cette difficulté à tolérer ou à se remettre d'une douleur intense semble expliquée en grande partie par divers mécanismes neurophysiologiques^(25, 26). Le pendant psychologique en serait la constatation que si les personnes âgées présentent une meilleure acceptation ou adaptation à la douleur que les personnes plus jeunes - en la considérant comme une partie normale du vieillissement - elles semblent par contre interpréter de manière plus catastrophiste les douleurs intenses. Ces dernières mènent en effet plus rapidement à des consultations que chez les personnes jeunes^(23, 27).

Au niveau cognitif, la manière de faire face à la douleur (coping) serait peu modifiée chez les personnes âgées. On retrouve l'impact du sentiment de contrôle sur sa santé (self-efficacy) comme un modulateur de l'incapacité fonctionnelle⁽²⁸⁾. Les personnes âgées auraient cependant tendance à attribuer leurs problèmes de santé à des facteurs externes et non contrôlables^(18, 27, 29).

4/ Enfin, particularité centrale, la présentation très fréquemment observée d'une plainte essentiellement signifiée dans ses dimensions somatiques plutôt qu'affectives ou émotionnelles. Les sentiments de tristesse ou l'anhédonie sont remplacés par la plainte douloureuse,

souvent accompagnée de troubles du sommeil, de fatigue et de divers symptômes d'ordre neurovégétatif^(14, 27). Il est généralement estimé que jusqu'à deux tiers des états dépressifs des personnes âgées se manifestent par une symptomatologie physique, menant à des consultations parfois répétées auprès des médecins de famille.

Cette mise à l'écart des dimensions psychologiques est également marquée par le fait que les personnes âgées attribuent majoritairement leur symptomatologie douloureuse à des causes somatiques et qu'elles sont moins enclines que les adultes jeunes à envisager la possibilité de conséquences psychologiques à leurs douleurs^(22, 30). Étant donné leur importance, nous examinerons de plus près ces particularités.

■ CANAL D'ATTRIBUTION CORPOREL OU SOMATISATION ?

La tendance à privilégier le canal d'expression somatique de la dépression a été attribuée au contrôle et à l'émuossement émotionnels observés chez les personnes âgées. Celles-ci tendent à exprimer moins d'émotions négatives et de souffrance affective. En plus d'un possible effet de cohorte, il a été postulé que le retrait émotionnel constaté pourrait représenter une défense contre la vulnérabilité ressentie ou encore une "immunisation émotionnelle"⁽³¹⁾.

Par ailleurs, le fait de privilégier un canal d'expression somatique correspond d'assez près à « *la présentation d'une souffrance intrapsychique ou psycho-sociale dans un langage de plainte corporelle* » correspondant à la définition du "processus de somatisation"⁽³²⁾. Est classiquement associée à la somatisation, la notion d'alexithymie, c'est-à-dire une difficulté à identifier et à nommer les émotions⁽³³⁾. Curieusement, alors que cette manière d'exprimer son vécu correspond à une observation courante en pratique gériatrique et qu'elle fait l'objet de nombreuses discussions dans le champ psychosomatique^(34, 35), ni l'alexithymie ni la somatisation n'ont fait jusqu'ici l'objet d'études d'envergure en gériatrie^(22, 36).

En plus de l'intrication quasi systématique avec des pathologies somatiques, l'une des explications en est sans doute que, chez les personnes âgées, les mécanismes de répression de l'affect et le fait de privilégier le perceptif au détriment de l'affectif sont considérés

comme des modifications habituelles ou “normales” de l’expression émotionnelle⁽³¹⁾, ne menant par conséquent que rarement à un diagnostic de troubles somatoformes. Ceci montre l’actualité d’une réflexion ininterrompue sur les limites de la normalité⁽³⁷⁾.

De plus, chargée du poids des comorbidités somatiques, la plainte douloureuse représente une expression de désarroi socialement acceptable et qui protège l’estime de soi. Elle peut parfois faire collusion avec le souhait des soignants de se cantonner eux aussi au domaine strictement biomédical^(4,38). Comme l’écrivent R. Bocher et M. Dousse « *nous en venons à penser que la plainte douloureuse n'est rien d'autre qu'un médiateur entre le patient et son médecin lorsque ni l'un ni l'autre n'ont vraiment envie de voir le problème sur le versant psychiatrique* »⁽³⁸⁾.

■ LA DOULEUR COMME MESSAGE

Plus encore que chez les adultes jeunes, la plainte douloureuse a une fonction de message ; c'est une demande d'attention et une adresse à un proche ou aux soignants^(4,39). Elle prend une dimension systémique et sociale lorsqu'elle envahit la famille et le sujet dans ses investissements et ses liens. Dans certaines situations, la plainte douloureuse répétitive semble être le seul signe qu'une personne âgée, déprimée et très régressée, puisse encore adresser à son entourage⁽²²⁾. Elle peut représenter un appel désespéré à l'aide, voire à la reconnaissance de l'existence même de sa personne.

Il est frappant en clinique de constater le lien entre un deuil, réel ou symbolique, et l'apparition de douleurs rebelles. Il arrive que les pertes de toutes sortes, les séparations et les déprivations narcissiques ne trouvent pas leur solution dans un travail de deuil ou d'adaptation et qu'elles deviennent une souffrance de l'être à expression corporelle⁽³⁸⁾. De nombreuses douleurs tenaces, dont en particulier les glosodynie, peuvent être comprises ainsi. Il est d'ailleurs bien connu que les pertes et les deuils peuvent contribuer à la chronicisation de la plainte, comme cela a par exemple été montré pour la perte d'un conjoint⁽⁴⁰⁾.

■ LES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

Les recommandations habituelles de prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques s'appliquent sans considération d'âge. En particulier, l'accueil de la plainte et la légitimation de la souffrance représentent des actes thérapeutiques centraux et essentiels^(3,4).

Étant donné la grande fréquence des présentations somatiques de la détresse psychique ou des troubles de l'humeur chez les personnes âgées, il s'agira de ne pas banaliser une plainte douloureuse chronique ni de céder à une simplification explicative⁽⁴¹⁾. Les éventuels problèmes somatiques potentiellement algogènes devront, bien sûr, être pris en charge, tout en élargissant le champ d'exploration à l'expérience de la douleur et à ses répercussions notamment psychologiques et sociales.

En particulier, l'atteinte portée par la douleur et les incapacités fonctionnelles à l'estime de soi doit être systématiquement prise en compte. De nombreuses immobilisations attribuées à la douleur cachent en réalité de profonds sentiments "d'incompétence acquise" et d'atteinte narcissique, qui peuvent mener à d'impressionnantes retraits régressifs chez les personnes âgées^(31,38,41).

Les thérapeutes auront à reconnaître ces états et y répondre activement par une attention personnalisée, une valorisation et un engagement aussi mobilisants que possible pour tenter de dépasser la régression. Il s'agit de trouver la juste voie entre la légitimation de la souffrance et la mobilisation des ressources et des capacités d'engagement du patient⁽⁴²⁾. Ces prises en charge peuvent passer par des médiations corporelles (de la kinésithérapie au toucher-massage jusqu'à la valorisation esthétique) qui permettront d'ouvrir la voie au traitement d'un état dépressif⁽³⁾.

■ LA PRISE EN CHARGE D'UN ÉTAT DÉPRESSIF CONCOMITANT

L'engagement dans la prise en charge d'un état dépressif bénéficiera en effet souvent d'une approche initiale par des thérapies corporelles, une offre qui répond aux attentes du patient et ne met pas d'emblée en cause la défensivité du sujet face à l'exploration des domaines affectifs et émotionnels.

Dans le même sens, des thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le symptôme douloureux, bien que moins bien documentées chez les personnes âgées, ont démontré de clairs bénéfices, notamment en termes de remobilisation générale^(1, 43). Les psychothérapies de soutien ou inter-personnelles interviendront une fois le lien de confiance établi. Elles semblent avoir les mêmes bénéfices chez les personnes âgées que chez les sujets plus jeunes. Elles exploreront spécifiquement les pertes, les deuils, les atteintes narcissiques et la dimension relationnelle de la plainte si fréquente dans ces contextes^(4, 22, 38).

La prescription de médicaments antidépresseurs quant à elle se heurte souvent à une très forte réticence initiale des patients. Leurs éventuels bénéfices antalgiques ou sur le sommeil peuvent cependant représenter des atouts⁽⁴⁴⁾. Une analyse partagée avec le patient de ces bénéfices potentiels (sur le sommeil, sur la douleur, sur la qualité de vie) et une mise en place de rendez-vous réguliers afin de s'assurer de la tolérance des médicaments prescrits permet fréquemment de dépasser ces résistances. Si le choix des antidépresseurs est souvent limité par leurs effets secondaires (notamment les effets anticholinergiques des tricycliques), l'efficacité de ces traitements sur la dépression des personnes âgées est documentée.

Afin de favoriser l'observance, la dose initiale devrait être faible, suivie néanmoins d'une augmentation progressive aux doses cibles selon les recommandations pour les personnes âgées. Une erreur fréquente est de ne pas oser augmenter suffisamment les doses, une autre, la sous-estimation des interactions médicamenteuses. Pour naviguer entre ces écueils, les dosages des taux sanguins des antidépresseurs peuvent faciliter l'ajustement individualisé des prescriptions^(44, 45).

■ CONCLUSION

L'appréciation des conséquences de la douleur sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles constitue une priorité dans l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées. Cette appréciation est d'autant plus importante que l'attribution des symptômes douloureux au seul processus de vieillissement est susceptible de modifier le sens réel de la douleur, d'amener à négliger l'importance des douleurs d'intensité modérée en tant que signal d'alarme et, par conséquent, de réduire la probabilité d'un traitement approprié.

Il est important de souligner que l'accueil de la plainte représente un acte thérapeutique en soi. La plainte douloureuse demande en effet à être entendue, "décodée" avant d'être traitée. Le décodage de son sens nécessite de la prudence, du temps et le respect de la défensivité du patient. Il est important de s'intéresser aux malentendus et aux échecs de la relation du patient avec la médecine. La répétitivité des plaintes et les échecs thérapeutiques peuvent entraîner chez les thérapeutes des sentiments de frustration ou d'impuissance qu'il est indispensable d'identifier afin de ne pas rejeter le patient. Tolérer la plainte, ne pas la refuser ou au contraire ne pas y répondre à tout prix, la décoder grâce à une écoute empathique et "représentative" permet souvent d'aider les patients à reconquérir leur dignité et un sentiment de contrôle sur leur destinée. Cette "tolérance bienveillante" permet aussi de faire face aux sentiments de lassitude, voire parfois d'agressivité, auxquels le thérapeute peut être confronté au fil des mises en échec qui le mettent à l'épreuve de ses limites, en particulier de sa capacité à ne pas se décourager.

Si un accent mis exclusivement sur la douleur peut parfois jouer un rôle dans l'installation d'un handicap iatrogène, à l'inverse, une non-reconnaissance de la douleur et de ses conséquences peut constituer une source importante de malentendus entre patient et thérapeute. Face à la douleur chronique, la place accordée à ce qui se passe "autour de la douleur" s'accroît. Or, dans un contexte empreint d'un modèle corps-esprit dichotomique, ce type de questionnement est parfois vécu par le patient comme le signe d'un doute quant à la réalité de sa douleur et de sa souffrance. Ces désaccords restent souvent non-reconnus et donc implicites, ils expliquent maintes résistances aux recommandations médicales et sont susceptibles d'affecter le type de traitement et la qualité de la prise en charge. La question se pose donc de la manière dont l'expérience douloureuse peut être traduite et communiquée dans le cadre d'une relation thérapeutique. La congruence ou la non-congruence entre les attentes et les comportements des patients et des thérapeutes ne peut manquer d'exercer une influence aussi bien sur la manière dont les thérapeutes perçoivent les plaintes des patients que sur celle dont les patients perçoivent la réponse des thérapeutes à leurs plaintes.

Il faut ici souligner la nécessité d'une prise en charge non seulement de la douleur mais aussi de la souffrance que peut occasionner, ou parfois cacher, la symptomatologie douloureuse. Le décodage et l'élargissement de la plainte requièrent dès lors une prise en charge intégrée qui prenne en compte la plainte dans ses dimensions psychologiques et sociales sans en négliger pour autant les aspects somatiques.

En résumé

- *Les douleurs chroniques présentées par les personnes âgées méritent d'être envisagées dans leur complexité et leurs dimensions psychosociales. Elles peuvent indiquer la présence d'un trouble affectif ou d'une souffrance personnelle ou relationnelle.*
- *Elles ont souvent une valeur de message qu'il appartient aux thérapeutes de décoder soigneusement.*
- *L'approche thérapeutique portera une attention particulière à l'accueil de la plainte et à la légitimation de la souffrance.*
- *En plus des traitements antalgiques habituels, la réhabilitation fonctionnelle et une attention personnalisée et valorisante tenteront de re-mobiliser les ressources du patient.*
- *Ces attitudes, accompagnées (ou non) du traitement d'un état dépressif fréquemment masqué par la plainte douloureuse, permettront aux patients affectés de recouvrer une meilleure qualité de vie et souvent même des sentiments de dignité et de sens de leur destinée.*

Références

1. American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002;50:1-20.
2. Deane G, Smith HS. Overview of Pain Management in Older Persons. Clin Geriatr Med 2008;24:185-201.
3. Allaz AF Le messager boiteux:Approche pratique des douleurs chroniques. Genève : Médecine & Hygiène, 2003.
4. Cedraschi C, Piguet V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz AF. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Rev Rhum 2009;76:587-92.
5. Le Breton D. Douleur et vieillesse : approche anthropologique. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D. La douleur des femmes et des hommes âgés. Paris : Masson, 2002:9-17.
6. Paul C, Ayis S, Ebrahim S. Psychological distress, loneliness, and disability in old age. Psychol Health Med 2006;11:221-32.
7. Cedraschi C, Allaz A-F How to identify patients with a poor prognosis in daily clinical practice. Best Practice Res Clin Rheum 2005;19:577-591.
8. Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, Lawton MP, Katz IR. The relationships among anxiety, depression and pain in a geriatric institutionalized sample. Pain 1995; 61:271-6.
9. Mc Williams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions : results from a nationally representative sample. Pain 2004;111: 7-83.
10. Rangaraj J, Pelissolo A. Troubles anxieux chez le sujet âgé : aspects cliniques et thérapeutiques. Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2006;4:179-87.
11. Corran TM, Gibson SJ, Farrell MJ, Helme RD. Comparison of chronic pain experience between young and elderly patients. In : Gebhart GF, Hammond DL, Jensen TS, eds. Proceedings of the 7th World Congress on Pain, Progress in Pain Research and Management, Vol 2. Seattle : IASP Press, 1994:895-906.
12. Cook AJ, Chastain DC. The classification of patients with chronic pain: age and sex differences. Pain Res Manage 2001;6:142-51.
13. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Schulberg HC, Dew MA, Begley AE, Pollock BG, Reynolds CF. Comorbid Anxiety Disorders in Depressed Elderly Patients. Am J Psychiatry 2000;157:5:722-8.
14. Allaz AF, Desmeules J. Douleurs chroniques et dépression. In : Lempérière T. Dépression et comorbidités somatiques. Masson, Paris, 2003:43-67.
15. Clark MR, Treisman GJ, eds. Pain and Depression. An Interdisciplinary Patient-Centered Approach. Advances in Psychosomatic Medicine, Ed. TN Wise, Vol. 25, Karger, 2004.
16. Rentsch D, Piguet V, Cedraschi C, Desmeules J, Luthy C, Andreoli A, Allaz AF. Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? Rev Med Suisse 2009;5:1364-9.

17. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, et al. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss and help seeking. *J Affect Disord* 2006;92:185-93.
18. Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995;61: 93-101.
19. Hudson JI, Pope HG. The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. *Rheum Dis Clin N Am* 1996;22:285-303.
20. Brochet B. Épidémiologie de la douleur chez les sujets âgés. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris: Masson, 2002 :82-95.
21. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med* 2003;163:2433-45.
22. Pellerin J. Douleurs et dépressions. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris: Masson, 2002:187-201.
23. Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D (Eds). *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris: Masson, 2002:39-49.
24. Gibson SJ. Older People's Pain. International Association for the Study of Pain. Pain Clinical Updates, Vol. XIV, No 3, 2006.
25. Vassal P, Navez ML, Laurent B. Physiopathologie de la douleur et modifications liées à l'âge. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris: Masson, 2002:67-81.
26. Gibson SJ, Weiner DK, eds. *Pain in Older Persons. Progress in Pain Research and Management*, Vol. 35. Seattle: IASP Press, 2005.
27. Farrell MJ, Gibson SJ. Psychosocial aspects of pain in older people. In : Dworkin RH, Breitburt W (Eds). *Psychosocial aspects of pain: a handbook for health care providers*. Seattle: IASP Press, 2004:495-511.
28. Turner JA, Ersek M, Kemp C. Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain. *J Pain* 2005;6:471-9.
29. Gibson SJ, Helme RD. Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain* 2000;85:375-83
30. Lyness JM, Caine ED, King DA et al. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* 1999;14:249-54.
31. Le Gouès G. L'appareil psychique du sujet âgé. In: Ferrey G. et Le Gouès G. *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris: Masson (Collection "Les âges de la vie") 4^e édition, 1997:1-11.
32. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145:1358-68.
33. Sifneos PE. Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry* 1996;153:137-142.

34. Célérier MC. Corps et fantasmes : Pathologie du psychosomatique. Paris : Dunod, 1989.
35. Consoli SM. Préface. In: Allaz AF Le messager boiteux : Approche pratique des douleurs chroniques. Genève: Médecine & Hygiène, 2003:1-7.
36. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. The relation of pain to depression among institutionalized aged. *J Gerontol* 1991;46:15-21.
37. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris : Quadrige. Presses Universitaires de France, 1966, 1999.
38. Bocher R, Dousse M. Douleur, deuil et dépression chez la personne âgée. In: Ferragut E. Thérapies de la douleur, Paris: Masson, 2002.
39. Allaz A-F. Douleurs chroniques rebelles: une plainte polysémique. *Med Hyg* 2004; 62:1372-5.
40. Bradbeer M, Helme RD, Yong HH, Kendig HL, Gibson SJ. Widowhood and other demographic associations of pain in independent older people. *Clin J Pain* 2003;19:247-54.
41. Allaz AF. Dimensions psychologiques de la douleur chronique chez les personnes âgées. *Psychol NeuroPsychiat Vieil* 2006;4:103-7.
42. Klausner EJ, Alexopoulos GS. The future of psychosocial treatments for elderly patients. *Psychiatric Services* 1999;50:1198-204.
43. Norelli LJ, Harju S. Behavioral Approaches to Pain Management in the Elderly. *Clin Geriatr Med* 2008;24:335-44.
44. Eschalier A, Courteix C. Antidépresseurs et douleur. *Rev Med Suisse* 2007;3:1581-4.
45. Rollason V, Samer C, Piguet V, Dayer P, Desmeules J. Pharmacogenetics of analgesics: to the individualization of prescription. *Pharmacogenomics* 2008;9:905-33.

5. SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE ANTALGIQUE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Professeur David Lussier

Malgré ses multiples conséquences néfastes sur le fonctionnement, la santé affective et la qualité de vie de ceux qui en souffrent, la douleur demeure sous-traitée chez les personnes âgées, et ce dans tous les milieux de soins. Seulement 34 % des personnes âgées vivant à domicile et ayant une douleur continue reçoivent un analgésique, dont seulement 9 % sont traités avec un opioïde⁽¹⁾. Les patients âgés souffrant de douleur musculosquelettique sont plus susceptibles d'être traités avec un anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS) et moins susceptibles de recevoir un opioïde que des patients plus jeunes avec des douleurs similaires⁽²⁾. Les patients âgés sont également moins susceptibles de recevoir des analgésiques lorsqu'ils se présentent aux urgences⁽³⁾ ou en ambulatoire⁽²⁾, ou en post-opératoire d'une fracture de hanche⁽⁴⁾. Le problème est encore plus présent dans les lieux d'hébergement pour personnes âgées, où environ 25 % des patients avec douleur continue ne reçoivent aucun analgésique^(5,6), 16 % sont traités avec un opioïde « faible » et seulement 3 % reçoivent un opioïde « puissant »⁽⁶⁾. Lorsqu'ils sont prescrits, les analgésiques sont souvent donnés « au besoin » malgré la présence de douleur continue⁽⁶⁾. Les patients très âgés et ceux avec déficits cognitifs sont plus à risque d'avoir un traitement sous-optimal de leur douleur^(1,4,5). Afin de traiter la douleur chez les personnes âgées de façon adéquate, il importe de bien connaître les changements pharmacologiques associés au vieillissement, ainsi que les modifications spécifiques de la pharmacologie des différents analgésiques.

■ CHANGEMENTS PHARMACOLOGIQUES ASSOCIÉS AU VIEILLISSEMENT

Le vieillissement est associé à plusieurs changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques. Ces changements débutent habituellement de façon progressive, mais devraient toujours être considérés lors de la prescription de médicaments à des patients âgés de plus de 70 ans.

► Changements pharmacocinétiques

Les données sur les changements pharmacocinétiques reliés à l'âge sont limitées, mais certains changements ont néanmoins été rapportés de façon constante par plusieurs auteurs. Bien que la plupart des études aient été effectuées chez des sujets âgés sains, certaines études suggèrent que les changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques seraient plus significatifs chez les personnes âgées fragiles que chez celles en bonne santé⁽⁷⁾.

Absorption

Absorption orale. Le vieillissement est associé à une diminution de la sécrétion gastrique chez environ 25 % des sujets âgés de plus de 50 ans, entraînant une augmentation du pH gastrique. Des diminutions de la motilité gastro-intestinale, du flot sanguin splanchnique, du nombre de transporteurs actifs et de la surface d'absorption ont également été rapportées⁽⁸⁾. D'autres facteurs, souvent rencontrés chez les patients âgés, peuvent influencer l'absorption orale des médicaments : les comorbidités, les médicaments ralentissant le transit gastro-intestinal, la constipation, l'utilisation chronique de laxatifs, le reflux gastro-esophagien et la dysphagie^(7,9).

Un ralentissement de la vidange gastrique et une augmentation du temps de transit peuvent entraîner un retard dans l'atteinte de la concentration plasmatique maximale pour les médicaments administrés sous forme solide (capsules, comprimés) mais la fraction absorbée demeure la même⁽¹⁰⁾. L'absorption des médicaments administrés sous forme liquide n'est pas affectée.

Absorption rectale. L'administration par voie rectale élimine le métabolisme de premier passage hépatique. Certains facteurs (ex. : état de la muqueuse rectale, flot sanguin, contenu de l'ampoule rectale)

peuvent influencer l'absorption rectale des médicaments administrés sous forme liquide ou de suppositoire, ce qui rend leur biodisponibilité très variable. Il n'y a actuellement pas d'évidence suggérant une modification de l'absorption rectale chez les personnes âgées.

Absorption transdermique. Le vieillissement est associé à une diminution de l'hydratation de la couche cornée, de l'épaisseur et de l'élasticité de la peau, et du tissu sous-cutané. Ceci peut augmenter la fonction de la couche cornée comme barrière pour les molécules hydrosolubles mais n'affecte pas celles qui sont liposolubles (ex. : buprénorphine, fentanyl). La biodisponibilité des médicaments administrés par voie transdermique est souvent imprévisible chez les patients âgés, et comporte une variabilité interindividuelle importante⁽⁸⁾.

Distribution

Les changements de distribution reliés à l'âge ont des conséquences importantes sur la pharmacocinétique des médicaments. On observe une diminution de la masse maigre et de l'eau corporelle totale ainsi qu'une augmentation de la masse graisseuse, ce qui modifie la distribution des médicaments^(8,11). Le volume de distribution des médicaments hydrosolubles est ainsi diminué, ce qui augmente leur concentration plasmatique et nécessite une dose plus faible. De façon opposée, le volume de distribution des médicaments liposolubles est augmenté, ce qui diminue leur concentration plasmatique et prolonge leur demi-vie, résultant souvent en une accumulation⁽⁸⁾.

Le vieillissement est également souvent associé à une diminution du niveau d'albumine sérique⁽¹²⁾, plus fréquente en présence de maladie chronique ou malnutrition, et augmentant la fraction libre du médicament. Cependant, ces changements ne sont significatifs que pour des médicaments avec un taux de liaison aux protéines supérieur à 90%, un faible volume de distribution et un index thérapeutique étroit⁽¹³⁾. L'augmentation de la concentration plasmatique de l'alpha1-glycoprotéine acide ne semble pas avoir de conséquence clinique⁽⁸⁾.

Métabolisme

La masse et le flux sanguin hépatique diminuent avec l'âge, ce qui diminue la clairance des médicaments à clairance élevée. Les données sur les médicaments à clairance faible sont contradictoires, certaines études suggérant une diminution de 20 à 60% de la clairance métabo-

lique intrinsèque⁽¹⁴⁾. L'activité des réactions enzymatiques de phase I (oxydation, réduction, hydrolyse) semble réduite, alors que celle des réactions de phase II (glucuronidation, acétylation, sulfation) est préservée^(11,15). Il existe très peu de données sur les changements de l'activité des cytochromes reliés à l'âge mais elle ne semble pas modifiée de façon significative⁽⁹⁾.

Excrétion rénale

La masse rénale et la sécrétion tubulaire diminuent de façon significative avec l'âge. La filtration glomérulaire diminue de 30 à 50 % à 80 ans, ce qui occasionne une accumulation des médicaments excrétés de façon rénale. Le niveau de créatinine sérique n'est pas un indicateur fiable de la fonction rénale chez les personnes âgées en raison d'une diminution de la masse musculaire concomitante à une diminution de la filtration glomérulaire⁽¹⁶⁾. La meilleure façon d'estimer la fonction rénale ainsi que la clairance de la créatinine est la formule de Cockcroft-Gault (bien qu'imparfaite) qui tient compte de l'âge, du poids, de la créatinine sérique et du sexe⁽¹⁷⁾. Chez des patients âgés dénutris et dont la masse musculaire est diminuée, cette formule peut cependant également surestimer la clairance de la créatinine.

► Changements pharmacodynamiques

Les changements pharmacodynamiques reliés au vieillissement résultent souvent en une augmentation de la sensibilité des patients âgés aux médicaments et, conséquemment, en une fréquence accrue d'effets indésirables⁽¹⁸⁾. De façon plus spécifique, une sensibilité accrue des récepteurs cholinergiques rend les patients âgés plus sensibles aux effets indésirables des médicaments anticholinergiques, incluant les antidépresseurs tricycliques. Une diminution de l'homéostasie peut expliquer la récupération plus lente d'une fonction physiologique altérée chez des patients âgés, incluant la normalisation de la fonction rénale ou de l'hémoglobine suite à une insuffisance rénale aiguë ou un saignement gastro-intestinal causé par des anti-inflammatoires non-stéroïdiens.

■ TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS

Suivant l'approche classique du traitement de la douleur, tel que préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé, le traitement pharmacologique devrait être adapté à la sévérité de la douleur. Ainsi, pour une douleur légère, des analgésiques non-opioïdes (paracétamol, anti-inflammatoires non-stéroïdiens) seront suffisants, alors qu'une douleur d'intensité modérée nécessitera des agents avec une faible activité opioïde et la douleur sévère nécessitera des opioïdes "puissants" (19). Bien que l'utilité de cette approche pour traiter la douleur reliée au cancer ait été démontrée, avec un soulagement chez plus de 70 % des patients (20,21), quelques modifications ont été suggérées (22), principalement au sujet de l'approche par paliers et du stade 2. Ainsi, alors que l'approche par paliers est certainement adéquate pour traiter la douleur dont l'intensité augmente progressivement, il en est autrement de la douleur qui est sévère dès le départ. Pour cette raison, le concept "d'ascenseur analgésique" a été suggéré pour remplacer celui "d'échelle analgésique" (22). Selon cette approche, le traitement devrait être approprié à la sévérité actuelle de la douleur : pour une douleur sévère, il est préférable d'utiliser des opioïdes «puissants» en première intention, en prenant "l'ascenseur" jusqu'au troisième palier, plutôt que de débuter avec le premier palier et monter jusqu'au troisième si la douleur n'est pas bien soulagée. Le stade 2 (opioïdes "faibles" pour douleur modérée) pose problème pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le concept d'opioïde "faible" est un mauvais concept car l'activité opioïde est dose-dépendante. Ainsi, l'activité opioïde d'une faible dose d'opioïde "puissant" peut être équivalente à une forte dose d'opioïde "faible". L'inclusion de l'oxycodone faible dose dans le stade 2 et de l'oxycodone forte dose dans le stade 3 reflète ce phénomène. Une distinction entre "faible dose" et "forte dose" aurait d'ailleurs pu être effectuée pour chaque opioïde "puissant". La supériorité des opioïdes "faibles" comparée aux AINS a été réfutée par plusieurs études (23) et l'utilisation d'opioïdes "puissants" chez des patients avec douleur cancéreuse, d'intensité légère à modérée, a permis un meilleur soulagement, moins de changements de traitement et une meilleure satisfaction du contrôle de la douleur (24). Enfin, selon l'approche par paliers, il devrait y avoir échec avec les opioïdes "faibles" avant de prescrire un opioïde "puissant", ce qui est souvent inapproprié,

surtout considérant que les opioïdes « faibles » (ex. codéine) comportent certains inconvénients et sont associés à une fréquence plus élevée d'effets indésirables que des opioïdes « puissants ». Il a donc été suggéré de redéfinir les paliers analgésiques :

- Palier 1 : analgésiques non-opioïdes ;
- Palier 2 : faibles doses d'opioïdes « puissants » ;
- Palier 3 : opioïdes “puissants”⁽²²⁾.

De façon alternative, certains opioïdes dont l'efficacité a été étudiée spécifiquement pour la douleur modérée (tramadol, buprénorphine) peuvent être considérés comme formant le stade 2.

L'utilisation concomitante d'analgésiques adjutants (médicaments dont l'indication primaire est autre que la douleur, mais qui possèdent des propriétés analgésiques dans certaines conditions⁽²⁵⁾) devrait toujours être envisagée, afin de permettre un meilleur contrôle de la douleur avec des doses moindres d'opioïdes, réduisant ainsi les effets indésirables.

Une bonne connaissance des propriétés pharmacologiques de chaque analgésique est essentielle à un traitement adéquat et sécuritaire de la douleur chez les patients âgés. Le tableau 1 (page 99) fournit des recommandations pour les doses de départ chez les patients âgés, alors que le tableau 2 (page 100) décrit les effets indésirables les plus fréquents, contre-indications et précautions à l'utilisation d'analgésiques non-opioïdes et adjutants.

► Analgésiques non-opioïdes

Paracétamol

Le paracétamol est l'analgésique le plus souvent prescrit pour le traitement de la douleur ostéoarticulaire, et est recommandé en première ligne pour la douleur légère à modérée⁽²⁶⁾. La pharmacocinétique semble peu modifiée chez les personnes âgées, sauf pour une augmentation de la demi-vie qui pourrait permettre une administration à intervalles plus longs (ex. chaque 6 heures plutôt que chaque 4 heures)⁽²⁷⁾. L'avantage principal du paracétamol chez les patients âgés est l'absence d'effets indésirables lorsque utilisé à doses thérapeutiques. Bien que la dose maximale quotidienne recommandée ait traditionnellement été de 4 000 mg, il est maintenant souvent recommandé de ne pas excéder 3 000 mg/jour chez des patients âgés qui l'utilisent sur une longue période⁽²⁸⁾. Cependant, puisque la

toxicité hépatique se manifeste d'abord par une augmentation des transaminases et que celle-ci se résout rapidement avec une diminution de la dose, une dose quotidienne de 4 000 mg peut être utilisée chez des patients âgés si les enzymes hépatiques sont vérifiées régulièrement et qu'on s'est assuré d'une meilleure réponse avec cette dose plus élevée⁽²⁶⁾.

Anti-inflammatoires non-stéroïdiens

Les AINS classiques et les inhibiteurs sélectifs de la cyclooxygénase-2 (coxibs) sont souvent prescrits aux personnes âgées et sont efficaces pour la douleur musculosquelettique, surtout lorsqu'elle est d'origine inflammatoire (ex. : arthrite rhumatoïde ou séronégative). Leur utilisation est toutefois associée à un risque élevé de toxicité gastrique (ulcère, gastrite), rénale (insuffisance rénale aiguë, hyperkaliémie) ou cardiovasculaire (rétention hydrosodée, insuffisance cardiaque). Les effets indésirables sont plus fréquents chez les patients âgés en raison de l'âge, des comorbidités et de la polymédication. Pour ces raisons, les lignes directrices récentes de l'American Geriatrics Society recommandent que les AINS ne soient considérés que rarement, et avec beaucoup de prudence, chez des patients âgés très bien sélectionnés qui n'ont pas été soulagés avec d'autres non-opioïdes⁽²⁶⁾. Des inhibiteurs de la pompe à protons doivent être prescrits en association avec les AINS et coxibs lorsque ceux-ci sont utilisés pour une longue période⁽²⁶⁾ et les patients âgés traités avec des AINS devraient être réévalués de façon régulière pour s'assurer de l'efficacité, ainsi que de l'absence de toxicité et d'interactions médicamenteuses⁽²⁶⁾.

Tramadol

Contrairement aux autres opioïdes, le tramadol a été bien étudié chez les sujets âgés. Les propriétés pharmacocinétiques des formulations à libération immédiate et à libération prolongée ne semblent pas modifiées de façon significative⁽²⁹⁾ mais, selon une étude, les patients âgés de plus de 75 ans nécessiteraient une dose 20 % moindre que les patients plus jeunes pour un soulagement équivalent⁽²⁹⁾. Les deux formulations sont aussi efficaces et bien tolérées chez les patients âgés que chez les plus jeunes⁽²⁹⁾. Chez des patients avec douleur secondaire à l'arthrose du genou ou de la hanche, le tramadol à libération prolongée a été rapporté aussi efficace que le diclofénac à libération prolongée, avec une fréquence moindre d'effets indésirables graves⁽³⁰⁾.

► Opioïdes

Tout comme chez les patients plus jeunes, les opioïdes sont recommandés chez les patients âgés pour le traitement de la douleur chronique d'intensité modérée à sévère, accompagnée d'impact fonctionnel ou de diminution de la qualité de vie^(26,31). Les patients âgés répondent aussi bien que les plus jeunes à un traitement avec opioïdes, mais la survenue d'effets indésirables est souvent un facteur limitant⁽³¹⁾. Bien qu'il soit difficile de recommander l'utilisation d'un opioïde spécifique chez les patients âgés en raison du peu de données objectives sur les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des opioïdes chez ces patients, l'oxycodone et l'hydromorphone ont été suggérés comme des opioïdes à favoriser^(28,31). Le choix devrait cependant être basé sur les propriétés pharmacologiques de l'opioïde, les comorbidités du patient (ex.: insuffisance hépatique ou rénale) et les médications concomitantes (qui peuvent causer des interactions médicamenteuses).

Lorsqu'un opioïde est prescrit à un patient pour la première fois, il doit être initié à la dose la plus faible possible, avec augmentation graduelle selon la réponse analgésique et les effets indésirables (voir tableau 1 pour doses de départ suggérées). Les opioïdes à libération prolongée ou à longue durée d'action devraient être favorisés chez les patients dont la douleur est continue ou fréquente, alors que les opioïdes à libération immédiate et à courte durée d'action devraient être prescrits pour la douleur épisodique, ainsi qu'en association avec un opioïde à longue durée d'action pour les exacerbations d'une douleur continue.

Morphine

La morphine est métabolisée en deux métabolites principaux, soit la morphine-3-glucuronide (M3G) et la morphine-6-glucuronide (M6G). M6G s'accumule en insuffisance rénale et traverse facilement la barrière hémato-encéphalique. Il est donc préférable d'éviter d'utiliser la morphine chez les patients avec insuffisance rénale ou déshydratation, de même que ceux à risque d'effets indésirables cognitifs ou psychomimétiques (agitation, hallucinations, myoclonies, convulsions).

Les données sur les changements pharmacocinétiques de la morphine chez les sujets âgés sont limitées à des études sur des doses uniques chez des volontaires sains. La biodisponibilité orale ne semble pas modifiée, ce qui signifie que les doses équianalgésiques de morphine orale et

parentérale sont les mêmes que chez les patients plus jeunes⁽³²⁾. La concentration plasmatique moyenne est augmentée après une administration orale ou parentérale, suggérant une diminution de la clairance par premier passage hépatique^(32,33). L'élimination rénale est également diminuée, entraînant une augmentation de la demi-vie d'élimination⁽³²⁾. Les études pharmacodynamiques suggèrent que l'administration post-opératoire d'une dose de 10 mg de morphine parentérale procure une analgésie plus élevée⁽³⁴⁾ et de plus longue durée⁽³⁵⁾ que chez les patients plus jeunes, suggérant qu'une analgésie adéquate peut être obtenue en administrant la morphine chaque 6 heures plutôt que chaque 4 heures tel qu'habituellement recommandé.

Bien que la plupart des autres opioïdes n'aient pas été étudiés chez les patients âgés, leurs propriétés pharmacocinétiques peuvent guider le clinicien dans son choix pour un patient spécifique.

Hydromorphone

Les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de l'hydromorphone sont très similaires à celles de la morphine. L'hydromorphone est également éliminé de façon rénale. Cependant, puisque son métabolite principal a une faible affinité pour les récepteurs opioïdes, ses effets indésirables reliés aux opioïdes sont moins fréquents que la morphine chez les patients avec insuffisance rénale. En raison de ses propriétés hydrosolubles, il traverse la barrière hémato-encéphalique moins facilement, ce qui pourrait diminuer les effets indésirables neurocognitifs⁽³⁶⁾. Contrairement à la plupart des autres opioïdes (ex. oxycodone, codéine, fentanyl), son métabolisme n'est pas dépendant du cytochrome P450 et s'effectue principalement par glucuronidation, ce qui diminue les risques d'interactions médicamenteuses pharmacocinétiques et peut en faire un opioïde de choix chez les patients âgés polymédicamentés.

Oxycodone

La concentration plasmatique d'oxycodone est augmentée de 50 % lors d'insuffisance rénale, augmentant la survenue de sédation⁽³⁷⁾. Suite à une administration orale unique de 10 mg d'oxycodone après une chirurgie orthopédique, la demi-vie d'élimination de l'oxycodone et de son métabolite noroxycodone est prolongée chez les patients âgés de plus de 70 ans⁽³⁸⁾. L'exposition à l'oxycodone (surface sous la courbe concentration plasmatique-temps) est ainsi de 50 à 80 % plus élevée que chez

les patients plus jeunes, alors que la concentration plasmatique d'oxycodone 12 heures après l'administration est deux fois plus élevée⁽³⁸⁾. Les concentrations maximales d'oxycodone et l'activité du cytochrome CYP2D6 ne sont pas modifiées⁽³⁹⁾.

Codéine

La codéine est un pro-médicament qui nécessite une conversion en ses métabolites actifs (morphine et norcodéine) par le cytochrome CYP2D6 pour exercer son activité analgésique. En plus des 10 à 20 % de la population Caucasiennes ayant un déficit génétique de ce cytochrome, les patients traités avec des inhibiteurs ou d'autres substrats du CYP2D6 (ex.: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) pourraient également être incapables de convertir la codéine en ses métabolites actifs, et n'obtiendraient donc pas d'effet analgésique. Les métabolites de la codéine s'accumulent en cas d'insuffisance rénale et elle est associée à une fréquence plus élevée de constipation et nausée que les autres opioïdes⁽⁴⁰⁾. Pour toutes ces raisons, la codéine n'est habituellement pas un opioïde à favoriser chez les patients âgés.

Opioïdes à éviter chez les patients âgés: propoxyphène, pentazocine

Le propoxyphène et la pentazocine devraient être évités chez les patients âgés^(41, 42). Le propoxyphène possède un métabolite actif qui s'accumule en insuffisance rénale et la pentazocine a une longue demi-vie favorisant l'accumulation, ce qui augmente le risque d'effets indésirables cognitifs⁽⁴¹⁾. Le dextropropoxyphène pur (sans paracétamol) a été retiré du marché dans certains pays en raison de son potentiel d'abus et d'un risque de suicide augmenté.

Opioïdes à longue durée d'action et à libération prolongée

Même s'ils sont indiqués pour la douleur chronique continue, au même titre que chez les patients plus jeunes, les opioïdes à longue durée d'action et à libération prolongée doivent être prescrits avec prudence chez les patients âgés. Ils devraient être réservés aux patients qui reçoivent déjà plusieurs doses quotidiennes d'opioïdes à courte durée d'action, et pour qui une dose quotidienne appropriée d'opioïdes a été identifiée. Afin d'éviter les risques de surdosage prolongé, il est préférable de prescrire des doses régulières d'un opioïde à courte durée d'action (4-6 fois/jour) et de changer pour un opioïde à longue durée d'action après s'être assuré de la tolérabilité.

- Fentanyl transdermique / L'absorption transdermique du fentanyl est moins prévisible chez les patients âgés que chez les patients plus jeunes, en raison de la diminution du tissu graisseux et de l'atrophie musculaire. Une augmentation et une diminution d'absorption ont toutes deux été rapportées^(43,44). Chez les patients très minces, la perte de matière grasse sous cutanée diminue l'absorption transdermique et peut résulter en une perte d'efficacité.

Chez les patients âgés sans exposition préalable aux opioïdes, la dose de fentanyl transdermique la plus faible (12µg/h) est trop élevée et ne devrait jamais être utilisée. Bien qu'il soit utile chez certains patients bien sélectionnés (ex.: diminution d'observance aux médicaments administrés par voie orale, dysphagie, contrôle de la douleur non satisfaisant avec les opioïdes oraux), le fentanyl transdermique ne devrait être prescrit qu'aux patients qui tolèrent bien des doses équianalgésiques d'opioïdes à libération immédiate ou d'autres opioïdes à libération prolongée. Chez des patients avec douleur reliée au cancer recevant déjà des opioïdes, le fentanyl transdermique a été aussi bien toléré chez les patients âgés que chez les patients plus jeunes⁽⁴⁵⁾.

- Buprénorphine transdermique (non commercialisée en France) / La buprénorphine, un agoniste partiel du récepteur opioïdes de type μ et un antagoniste du récepteur opioïde de type κ , est très liposoluble et métabolisée par le foie en norbuprénorphine et buprénorphine-glucuronide, éliminés par voie intestinale (70 %) et rénale (30 %). La même variabilité d'absorption observée avec le fentanyl transdermique s'applique probablement à la buprénorphine transdermique.

L'efficacité de la buprénorphine pour soulager la douleur et améliorer le sommeil a été rapportée comme aussi bonne chez les patients âgés que chez les plus jeunes, avec une fréquence similaire d'effets indésirables⁽⁴⁶⁾. Un timbre de faible dose de buprénorphine a été démontré aussi efficace et bien toléré que le tramadol pour des patients avec douleur modérée ou sévère secondaire à de l'arthrose, âgés en moyenne de 65 ans⁽⁴⁷⁾. Selon une étude de pharmacovigilance menée auprès de 13 179 patients, seuls 10 % des patients ont ressenti des effets indésirables reliés à la buprénorphine, quel que soit leur âge⁽⁴⁸⁾. La buprénorphine ne semble pas interférer avec les fonctions cognitives et la conduite automobile chez les patients jeunes⁽⁴⁹⁾, mais il n'y a actuellement aucune étude chez les patients âgés. Malgré ces résultats, la prudence est de mise lors de la prescription de buprénorphine transdermique à des patients âgés sans exposition préalable

aux opioïdes. Ce médicament n'est pas commercialisé en France.

- Méthadone (molécule prescrite en France dans des conditions particulières) / En raison de sa liposolubilité et d'un taux de liaison aux protéines élevé, la méthadone a un grand volume de distribution et une demi-vie longue et variable, variant de 8,5 à 120 heures⁽⁵⁰⁾. Ces caractéristiques rendent l'ajustement de la dose de méthadone difficile, surtout chez les patients âgés avec des réserves limitées, une modification du métabolisme hépatique et une fonction rénale altérée. Pour ces raisons, la méthadone devrait être débutée et augmentée prudemment, par des cliniciens qui en connaissent bien l'utilisation et les risques⁽²⁶⁾.

- Autres opioïdes à longue durée d'action / Chez les sujets âgés inclus dans les études cliniques d'oxycodone à libération prolongée, la concentration plasmatique était 15 % plus élevée que chez les plus jeunes mais la survenue d'effets indésirables était similaire⁽⁵¹⁾.

Les autres opioïdes à longue action et à libération prolongée (morphine, codéine, hydromorphone) n'ont pas été étudiés de façon spécifique chez les patients âgés, et un nombre insuffisant de sujets âgés ont été inclus dans les études cliniques pour permettre de tirer des conclusions sur leurs propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez des patients âgés, surtout lorsque qu'ils sont fragiles.

Effets indésirables des opioïdes chez les patients âgés

En raison de leurs réserves physiologiques diminuées, les patients âgés sont plus sensibles aux effets indésirables des opioïdes. Pour s'assurer d'un traitement adéquat de la douleur, il est donc important de rechercher la présence d'effets indésirables de façon systématique et, lorsque c'est possible, les prévenir et les traiter. Alors qu'une tolérance à certains effets indésirables survient après quelques jours, avec diminution de la sévérité du symptôme (sédation, nausée, bouche sèche), d'autres effets indésirables persistent durant tout le traitement (constipation, prurit, rétention urinaire, changements cognitifs). Le tableau 3 présente un résumé des effets indésirables les plus fréquents et des stratégies de prévention ou traitement. De façon générale, il est important de savoir que les effets indésirables associés à un opioïde ne seront pas nécessairement présents avec un autre opioïde. Un changement d'opioïde (rotation d'opioïde) est donc toujours une bonne alternative lors de la survenue d'effets indésirables.

Bien que l'utilisation d'opioïdes ait été rapportée comme augmentant le risque d'état confusionnel aigu en soins intensifs⁽⁵²⁾ et en période post-opératoire⁽⁵³⁾, des résultats contraires ont également été rapportés : la douleur sévère et une prescription insuffisante d'opioïdes ont été identifiées comme facteurs de risque principaux pour l'état confusionnel aigu post-opératoire^(54,55). À part la méperidine, qui est clairement associée à un risque augmenté d'état confusionnel aigu, il ne semble pas y avoir de différence entre les autres opioïdes^(53,55). L'effet indésirable le plus redouté des opioïdes, la dépression respiratoire, survient rarement lorsque les opioïdes sont débutés à faible dose et augmentés de façon progressive.

La fréquence plus élevée d'effets indésirables reliés aux opioïdes chez les patients âgés ne devrait pas empêcher l'utilisation d'opioïdes lorsque approprié, car ces effets indésirables peuvent souvent être prévenus ou traités adéquatement. Un traitement efficace et sécuritaire avec des opioïdes est souvent possible chez des patients âgés, à condition de réévaluer de façon régulière l'atteinte des objectifs thérapeutiques et les effets indésirables. Une surveillance étroite demeure toutefois nécessaire lors de l'initiation ou de l'augmentation de dose d'un opioïde, en raison du risque accru de chutes et fractures rapporté chez les patients âgés traités avec des opioïdes^(56,57).

► Analgésiques adjutants

Les analgésiques adjutants ont été définis comme des médicaments dont l'indication primaire n'est pas le traitement de la douleur, mais qui possèdent des propriétés analgésiques dans certaines conditions⁽²⁵⁾. Le terme "adjuant" signifie que ces médicaments sont habituellement utilisés en combinaison avec des analgésiques, pour en augmenter l'efficacité. La dénomination "adjuant" a toutefois été récemment remise en question car l'indication primaire de certains de ces médicaments est le traitement de la douleur (ex. : prégabaline) et plusieurs sont efficaces lorsqu'ils sont utilisés seuls (ex. : douleur neuropathique)⁽⁵⁸⁾.

Antidépresseurs

L'efficacité analgésique des antidépresseurs tricycliques a été établie pour plusieurs types de douleur souvent rencontrés chez les patients âgés (ex. névralgie post-herpétique, neuropathie diabétique).

Malheureusement, l'utilisation de ces agents chez les patients âgés est limitée par les nombreux effets indésirables, incluant des effets anticholinergiques (bouche sèche, constipation, vision brouillée, rétention urinaire), des changements cognitifs (état confusionnel aigu, troubles mnésiques), une toxicité cardiovasculaire (hypotension orthostatique, tachycardie) et un risque accru de chutes et fractures⁽⁵⁹⁾. Les amines secondaires (nortriptyline, désipramine) semblent avoir une efficacité analgésique similaire aux amines tertiaires (amitriptyline, imipramine, doxépine) et sont mieux tolérées chez les patients âgés⁽⁶⁰⁾, ce qui en fait un meilleur choix si un antidépresseur tricyclique est utilisé.

La demi-vie d'élimination des antidépresseurs tricycliques est augmentée de 3 à 4 fois chez les patients âgés en raison de changements du métabolisme hépatique (oxydation). La fraction libre est également augmentée en présence d'hypoalbuminémie, fréquente chez les patients âgés, ce qui peut avoir des répercussions cliniques étant donné leur haut taux de liaison aux protéines (90-98 %).

Pour toutes ces raisons, l'utilisation des antidépresseurs tricycliques devrait être évitée chez les patients âgés, et réservée à ceux qui ne répondent pas aux autres analgésiques adjutants possédant un meilleur profil d'effets indésirables⁽²⁶⁾.

La venlafaxine et la duloxétine, des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ont été démontrées efficaces pour la douleur neuropathique. Il existe plus de données supportant l'efficacité de la duloxétine, qui peut également soulager la douleur et améliorer la cognition chez des patients âgés souffrant de dépression majeure^(61, 62), avec un effet analgésique présent à des doses inférieures aux doses antidépressives⁽⁶²⁾. La venlafaxine et la duloxétine sont toutes deux habituellement bien tolérées chez les patients âgés, sans nécessiter de réduction de la dose^(61, 63). Ils représentent donc une bonne alternative aux antidépresseurs tricycliques pour les patients âgés avec douleur neuropathique et/ou dépression concomitante. L'élimination de la duloxétine est légèrement diminuée avec l'âge⁽⁶⁴⁾, alors que les niveaux de venlafaxine sont légèrement plus élevés chez les patients âgés⁽⁶⁵⁾. Lors de la prescription de duloxétine ou venlafaxine, il faut toutefois porter attention aux interactions médicamenteuses pharmacocinétiques impliquant le cytochrome CYP2D6, dont la duloxétine est un inhibiteur modéré et la venlafaxine un faible inhibiteur.

Le bupropion, dont quelques études supportent l'activité analgésique

pour la douleur neuropathique, offre l'avantage de posséder des propriétés stimulantes, ce qui est particulièrement utile chez des patients âgés apathiques ou ceux avec une somnolence due aux médicaments concomitants. La demi-vie du bupropion et de ses métabolites est augmentée chez les sujets âgés⁽⁶⁶⁾.

Finalement, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont habituellement recommandés pour les patients âgés dépressifs en raison d'une faible fréquence d'effets indésirables. Le citalopram et le S-citalopram offrent l'avantage d'un risque plus faible d'interactions pharmacocinétiques dû à leur inhibition minimale du CYP450. Bien que leur élimination soit diminuée chez des sujets âgés, ils sont habituellement bien tolérés⁽⁵⁹⁾. Leur efficacité analgésique n'a cependant pas été clairement démontrée. La fluoxétine devrait être évitée car elle est fréquemment associée à des effets indésirables en raison de la longue demi-vie de la molécule mère et de son métabolite actif (norfluoxétine) (2 et 7 jours, respectivement)⁽⁵⁹⁾.

L'utilisation d'antidépresseurs (surtout les ISRS) a été plusieurs fois associée à un risque accru de chutes. Des stratégies de prévention des chutes devraient toujours être utilisées lorsqu'un antidépresseur est prescrit à un patient âgé⁽⁶⁷⁾.

Anticonvulsivants

En raison de leur efficacité analgésique pour plusieurs types de douleurs neuropathiques, leur bonne tolérabilité et l'absence d'interactions médicamenteuses pharmacocinétiques, la gabapentine et la prégabaline sont habituellement recommandées en première ligne pour le traitement de la douleur neuropathique, surtout chez les patients âgés avec plusieurs comorbidités et une polymédication^(68,69). La prégabaline semble aussi efficace chez les patients âgés que chez les jeunes⁽⁷⁰⁾ et est bien tolérée⁽⁷¹⁾.

Les effets indésirables les plus fréquents incluent la somnolence, les étourdissements, les troubles de démarche et l'œdème périphérique. Ces symptômes se résolvent parfois spontanément après quelques jours, et peuvent être évités en utilisant de petites doses de départ et en augmentant la dose lentement, tout en surveillant de près la survenue d'effets indésirables. En raison de leur élimination rénale et de la diminution fréquente de la fonction rénale chez les patients âgés, ceux-ci répondent souvent à des doses plus faibles que les doses thérapeutiques habituelles et peuvent rarement tolérer une augmentation

jusqu'à la dose maximale. Des concentrations plasmatiques de prégalanine plus élevées ont été observées chez les sujets plus âgés⁽⁷²⁾.

Bien que plusieurs autres anticonvulsivants aient été démontrés efficaces pour la douleur neuropathique, la survenue fréquente d'effets indésirables, spécialement avec la phénytoïne et la carbamazépine, limite leur utilisation. Ils devraient donc être restreints au traitement de la douleur neuropathique réfractaire aux analgésiques mieux tolérés.

► **Analgésiques topiques**

Les analgésiques topiques représentent une alternative thérapeutique très intéressante chez les patients âgés car ils sont dénués de toxicité systémique. Plusieurs analgésiques sont disponibles en formulation topique, incluant des AINS qui sont efficaces pour l'arthrose des petites et moyennes articulations, des opioïdes utiles pour la douleur superficielle ou le débridement de plaie et plusieurs agents efficaces contre la douleur neuropathique (capsaïcine).

L'absorption systémique et les niveaux sériques sont minimes, alors que la concentration dans le derme et le muscle est identique à celle suivant une administration systémique. Il est cependant recommandé de ne pas excéder une surface d'application de 100 cm² et de ne pas appliquer sur une plaie ouverte.

► **Analgésiques neuroaxiaux**

L'administration neuroaxiale (intrathécale ou épидurale) d'analgésiques permet d'obtenir une efficacité analgésique avec de faibles concentrations plasmatiques et, ainsi, moins d'effets indésirables systémiques. Cette voie pourrait donc être particulièrement utile pour les patients âgés qui ne tolèrent pas les doses thérapeutiques d'analgésiques systémiques. Bien que l'évidence scientifique sur l'efficacité et la tolérabilité de ce mode d'administration d'analgésiques chez les patients âgés ne soit pas avérée, l'expérience clinique a montré qu'elle peut être utilisée de façon sécuritaire chez des patients bien sélectionnés.

Tableau 1 : Doses de départ recommandées chez les patients âgés et effets indésirables les plus fréquents

Analgésique	Doses de départ recommandées
Non-opioïdes	
Paracétamol	500 à 1000 mg /4 à 6 h
AINS	Dépendant de l'AINS utilisé
Inhibiteur sélectif de la COX-2 (célecoxib)	100 mg 2 fois /j
Tramadol	Association 37,5 mg tramadol + 325 mg paracetamol (1 / 6 h) 50 mg LP (1/12 h)
Opioides	
Morphine	1 - 2,5 mg (1/4 à 6 h)
Codéine	60mg LP 1/12 h Association avec paracétamol
Hydromorphone	Réservé à la rotation des opioides
Oxycodone	2,5-5 mg /4 h
Fentanyl transdermique	Ne devrait pas être utilisé pour les patients sans exposition préalable aux opioides
Antidépresseurs	
Duloxétine	30 mg /j
Venlafaxine	37,5 mg /j
Bupropion	75 mg /j
Antidépresseurs tricycliques	10 mg /j
Antiépileptiques	
Gabapentine	100-300 mg /j
Prégabaline	25 mg 1 à 2/j

AINS : anti-inflammatoire non-stéroïdien, COX-2 : cyclooxygénase-2,

Attention à la clairance rénale pour tous les médicaments et respecter l'équianalgésie.

Tableau 2 : Effets indésirables les plus fréquents des analgésiques non-opioïdes et adjuvants

Analgésique	Effets indésirables les plus fréquents	Précautions et contre-indications
Non-opioïdes		
Paracétamol	<ul style="list-style-type: none"> • aucun à dose thérapeutique • risque d'hépatotoxicité si dose maximale quotidienne dépassée • risque d'insuffisance rénale chronique avec utilisation prolongée de hautes doses 	<ul style="list-style-type: none"> • ne pas dépasser 3 000 mg/jour lors d'utilisation prolongée • possibilité d'augmenter jusqu'à 4 000 mg/jour à court terme ou si meilleure réponse qu'avec dose plus faible et enzymes hépatiques vérifiés régulièrement
Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS)	<ul style="list-style-type: none"> • gastriques: ulcère gastrique, gastrite • rénaux : insuffisance rénale aigüe, hyperkaliémie • cardiovasculaires: rétention hydrosodée, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, possible augmentation de la mortalité cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> • si utilisation prolongée, favoriser AINS sélectif pour la COX-2 (célécoxib) • prescrire protection gastrique (inhibiteur de la pompe à protons ou misoprostol) • vérifier la fonction rénale et les électrolytes régulièrement si utilisation prolongée
Tramadol	<ul style="list-style-type: none"> • nausées/vomissements, étourdissements, somnolence, constipation, hypotension orthostatique 	<ul style="list-style-type: none"> • ne pas dépasser dose maximale quotidienne de paracétamol si utilisation de combinaison tramadol-paracétamol • diminution du seuil de convulsion, donc contre-indiqué chez patients avec histoire d'épilepsie • risque théorique de syndrome sérotoninergique lorsque utilisé à hautes doses en combinaison avec autres médicaments augmentant niveaux sériques de sérotonine (ex., ISRS, IRSN) • nécessite sevrage si changement pour opioïde

Analgésique	Effets indésirables les plus fréquents	Précautions et contre-indications
Antidépresseurs		
Inhibiteurs de la recapture de sérotonine et noradrénaline (IRSN) <ul style="list-style-type: none"> • Duloxétine • Venlafaxine 	nausées, hypertension artérielle, xérostomie, diaphorèse, constipation, somnolence, tremblements, céphalées, dysfonctionnement sexuel	<ul style="list-style-type: none"> • administrer avec prudence chez les patients hypertendus ou épileptiques • arrêt brusque, peut causer agitation, anxiété et insomnie
Inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine <ul style="list-style-type: none"> • Bupropion 	agitation, tremblements, insomnie, nausées, céphalées, xérostomie, somnolence, hypertension, tachycardie	<ul style="list-style-type: none"> • contre-indiqué en présence d'épilepsie, anorexie ou boulimie • peut augmenter anxiété, donc à éviter chez patients anxieux ou agités
Tricycliques <ul style="list-style-type: none"> • Amitriptyline • Nortriptyline • Désipramine 	sédation, confusion, hypotension orthostatique, bloc de conduction cardiaque, prise de poids, tachycardie, convulsions, arythmie, effets anticholinergiques (ex.: xérostomie, vision brouillée, rétention urinaire, constipation)	<ul style="list-style-type: none"> • mal tolérés chez patients âgés en raison d'effets anticholinergiques • utiliser avec prudence chez patients avec maladie cardiovasculaire, hypertrophie bénigne de la prostate ou épilepsie • contre-indiqués en présence de glaucome à angle aigu ou infarctus récent • association avec bêtabloquants peut prolonger l'intervalle QTc et augmenter le risque d'arythmie
Antiépileptiques		
Gabapentinoïdes <ul style="list-style-type: none"> • Gabapentin • Prégabaline 	sédation, étourdissements, tremblements, œdème périphérique, prise de poids, nausées, céphalées	<ul style="list-style-type: none"> • diminution des doses chez les insuffisants rénaux • l'arrêt doit être progressif : un arrêt brusque peut causer céphalées, nausées, insomnie et diarrhée

Tableau 3 : Effets indésirables les plus fréquents des opioïdes et stratégies de prévention/traitement

Effets indésirables	Prévention / traitement
Développement de tolérance après quelques jours : diminution de la sévérité de l'effet indésirable	
Nausée	<ul style="list-style-type: none"> Anti-émétique
Sédation	<ul style="list-style-type: none"> Méthylphénidate Modafinil
Bouche sèche	<ul style="list-style-type: none"> Salive artificielle
Dépression respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> Naloxone (perfusion si opioïde à longue durée d'action)
Pas de tolérance : effet indésirable persistant durant tout le traitement	
Constipation	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation / hydratation Stimulants du péristaltisme (senné, bisacodyl) Laxatifs osmotiques (lactulose, sorbitol) Antagoniste opioïde périphérique (méthynaltrexone)
Déficits cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> Diminution de la dose Rotation d'opioïde Ajout d'un analgésique non-opioïde ou adjuvant
Prurit	<ul style="list-style-type: none"> Diphénhydramine Rotation d'opioïde (plus fréquent avec la morphine qu'avec les autres opioïdes)
Rétention urinaire	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation Tamsulosine / térazosine

■ PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE ET INTERDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS

Le traitement pharmacologique de la douleur chez les patients âgés devrait toujours s'accompagner de modalités non-pharmacologiques car la combinaison des deux approches semble plus efficace que l'une ou l'autre isolée.

Les approches non-pharmacologiques incluent un programme d'activité physique, la physiothérapie (ex. exercice, chaud/froid, TENS, ultrasons, massage), l'ergothérapie (stratégies de conservation d'énergie et orthèses), les approches cognitivo-comportementales (incluant l'enseignement de stratégies d'adaptation actives), la relaxation et l'éducation sur la douleur chronique. Les approches complémentaires et alternatives (ex. acupuncture, chiropractie, ostéopathie, toucher thérapeutique) peuvent également être utiles chez certains patients et sont sécuritaires si elles sont utilisées de façon appropriée.

Un programme multidisciplinaire est le traitement optimal de la douleur chronique. Lorsque ces programmes sont adaptés à leurs besoins spécifiques, les patients âgés y répondent aussi bien que les plus jeunes^(73,74,75).

■ CONCLUSION

Bien que le traitement pharmacologique de la douleur chez les patients âgés soit souvent limité par la survenue fréquente d'effets indésirables, un soulagement adéquat de la douleur est habituellement possible si plusieurs classes d'analgésiques sont utilisées de façon appropriée, en tenant compte des propriétés pharmacocinétiques des médicaments et des changements pharmacologiques reliés à l'âge. Malheureusement, il existe actuellement peu de données sur l'efficacité analgésique et la tolérabilité des analgésiques chez les patients âgés, surtout ceux qui sont très âgés ou fragiles. Afin de permettre un traitement pharmacologique basé sur les données probantes, des efforts doivent être faits pour inclure plus de sujets âgés dans les études cliniques d'analgésiques et rapporter des résultats spécifiques aux sujets âgés.

En résumé

- La douleur aiguë et chronique est sous-traitée chez les patients âgés, surtout chez ceux qui sont très âgés et ont des déficits cognitifs ou qui résident en institution de soins de longue durée.
- Plusieurs modifications pharmacocinétiques des médicaments affectent le traitement antalgique de la douleur chez la personne âgée, dont une diminution de l'excrétion rénale et une modification du volume de distribution.
- Le traitement antalgique de la douleur devrait être adapté à la sévérité de la douleur et inclure des analgésiques adjuvants lorsqu'appropriate.
- La dose quotidienne de paracétamol ne devrait pas dépasser 2,6 grammes.
- Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens devraient être utilisés avec précaution, avec prévention de la toxicité gastrique et surveillance régulière de la toxicité rénale et cardiovasculaire.
- Un opioïde à longue action devrait être favorisé en présence de douleur constante mais seulement après s'être assuré que plusieurs doses quotidiennes d'opioïde à courte action sont bien tolérées.
- L'hydromorphone et l'oxycodone sont les opioïdes à courte action à favoriser. La mépéridine, le propoxyphène et la pentazocine devraient être évités.
- Les effets indésirables des opioïdes doivent être surveillés étroitement, prévenus et traités.
- Les antidépresseurs tricycliques devraient être évités en raison de leur toxicité importante. La gabapentine, la prégabaline et la duloxétine devraient être favorisées car mieux tolérées.
- Les analgésiques topiques devraient être utilisés lorsqu'indiqués car ils sont dénués de toxicité systémique.

Références

1. Landi F, Onder G, Cesari M, et al. Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Int Med* 2001; 161:2721-2724.
2. Federman AD, Litke A, Morrison RS. Association of age with analgesic use for back and joint disorders in outpatient settings. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006; 4: 306-315.
3. Hwang U, Richardson LD, Sonuyi TO, Morrison RS. The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *J Amer Geriatr Soc* 2006; 54: 270-275.
4. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia in cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Sympt Manag* 2000; 19:240-248.
5. Won A, Lapane K, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz LA. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. *J Amer Geriatr Soc* 1999; 47: 936-942.
6. Boerlage AA, van Dijk M, Stronks DL et al. Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes. *Eur J Pain* 2008; 12: 910-916.
7. Shi S, Mörike K, Klotz U. The clinical implications of ageing for rational drug therapy. *Eur J Clin Pharmacol* 2008; 64:183-199.
8. Hammerlein A, Derendorf H, Lowenthal DT. Pharmacokinetic and pharmacodynamic changes in the elderly: Clinical implications. *Clin Pharmacokinet* 1998; 35:49-64.
9. Turner N, Scarpace PJ, Lowenthal DT. Geriatric pharmacology: basic and clinical considerations. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 1992; 32: 271-302.
10. Montamat SC, Cusack BJ, Vestal RE. Management of drug therapy in the elderly. *N Engl J Med* 1989; 321:303-309.
11. Kinirons MT, Crome P. Clinical pharmacokinetics considerations in the elderly: An update. *Clin Pharmacokinet* 1997; 33:302-312.
12. Paolisso G, Gambardella A, Balbi V, Ammendola S, D'Amore A, Varrichio M. Body composition, body fat distribution, and resting metabolic rate in healthy centenarians. *Amer J Clin Nut* 1995; 62:746-750.
13. Grandison MK, Boudinot FD. Age-related changes in protein binding of drugs: implications for therapy. *Clin Pharmacokinet* 2000; 38:271-290.
14. Butler JM, Begg EJ. Free drug metabolic clearance in elderly people. *Clin Pharmacokinet* 2008; 47:297-321.
15. Schmucker DL. Liver function and phase I drug metabolism in the elderly: a paradox. *Drugs Aging* 2001; 18:837-851.
16. Mallet L. Age-related changes in renal function and clinical implications for drug therapy. *J Geriatr Drug Ther* 1991; 5:5-29.

17. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976; 16:31-41.
18. Nolan L, O'Malley K. Prescribing for the elderly. Part I: Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. *J Amer Geriatr Soc* 1988; 32:142-149.
19. World Health Organization. WHO's pain ladder. Disponible à: www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/. Consulté le 7 décembre 2009.
20. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, et al. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987; 59:850-856.
21. Zech DF, Grond S, Lynch J, et al. Validation of the World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain* 1995; 63:65-76.
22. Eisenberg E, Marinangeli F, Birkhahn J, et al. Time to modify the WHO analgesic ladder? *Pain: Clinical Updates* 2005; 3(5): 1-4.
23. McNicol E, Strassels S, Goudas L, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, alone or combined with opioids, for cancer pain: a systematic review. *J Clin Oncol* 2004; 22:1975-1992.
24. Marinangeli F, Ciccozzi A, Leonardi M, et al. Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. *J Pain Sympt Manage* 2004; 27:409-416.
25. Lussier D, Portenoy RK. Adjuvant analgesics in pain management. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, et al., eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Third Edition. Oxford, England: Oxford University Press, 2003; 349-377.
26. AGS Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57:1331-46.
27. Ellmers SE, Parker LRC, Notarianni IJ, Jones RW. Excretion of paracetamol in fit and frail elderly people. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 596-597 [abrégué].
28. Gloth FM. Pain management in older adults: prevention and treatment. *J Amer Geriatr Soc* 2001; 49:188-199.
29. Likar R, Wittels M, Molnar M, Kager I, Ziervogel G, Sittl R. Pharmacokinetic and pharmacodynamic properties of tramadol IR and SR in elderly patients: A prospective, age-group-controlled study. *Clin Ther* 2006; 28: 2022-2039.
30. Beaulieu AD, Peloso PM, Haraoui B, et al. Once-daily, controlled-release tramadol and sustained-release diclofenac relieve chronic pain due to osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Pain Res Manag* 2008; 13:103-110.
31. Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: Consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract* 2008; 8:287-313.

32. Baillie SP, Bateman DN, Coates PE, Woodhouse KW. Age and the pharmacokinetics of morphine. *Age Ageing* 1989; 18:258-262.
33. Owen JA, Sitar DS, Berger L, Brownell L, Duke PC, Mitenko PA. Age-related morphine kinetics. *Clin Pharmacol Ther* 1983; 34:364-368.
34. Bellville JW, Forrest WH, Miller E, Brown W Jr. Influence of age on pain relief from analgesics: a study of postoperative patients. *J Amer Med Assoc* 1971; 217:1835-1841.
35. Kaiko RF. Age and morphine analgesia in cancer patients with postoperative pain. *Clin Pharmacol Ther* 1980; 28:823-826.
36. Twycross RG. Opioids. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of Pain*, 4th edition, London: Churchill Livingstone, 1999, pp 1187-1214.
37. Kaiko RF, Benziger D, Chang C, Hou Y, Grandy RP. Clinical pharmacokinetics of controlled-release oxycodone in renal impairment. *Clin Pharmacol Ther* 1996; 59:130.
38. Liukas A, Kuusniemi K, Aantaa R, et al. Plasma concentrations of oral oxycodone are greatly increased in the elderly. *Clin Pharmacol Ther* 2008; 84:462-7.
39. Likar R, Vadlau EM, Breschan C, Kager I, Korak-Leiter M, Zier vogel G. Comparable analgesic efficacy of transdermal buprenorphine in patients over and under 65 years of age. *Clin J Pain* 2008; 24:536-543.
40. Twycross RG. Opioids. Dans: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of Pain*, 4th edition, London: Churchill Livingstone, 1999, pp 1187-1214.
41. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Amer Geriatr Soc* 2002; 50:S205-S224.
42. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: Results of a US Consensus Panel of Experts. *Arch Intern Med* 2003; 163:2716-2724.
43. Holdsworth MT, Forman WB, Killilea TA, et al. Transdermal fentanyl disposition in elderly subjects. *Gerontol* 1994; 40:32-37.
44. Thompson JP, Bower S, Liddle AM, Rowbotham DW. Perioperative pharmacokinetics of transdermal fentanyl in elderly and young adult patients. *Br J Anaesth* 1998; 81:152-154.
45. Menten J, Desmedt M, Lossignol D, Mullie A. Longitudinal follow-up of ITS-fentanyl use in patients with cancer-related pain: results of a compassionate-use study with special focus on elderly patients. *Curr Med Res Opin* 2002; 18:488-498.
46. Likar R, Vadlau EM, Breschan C, Kager I, Korak-Leiter M, Zier vogel G. Comparable analgesic efficacy of transdermal buprenorphine in patients over and under 65 years of age. *Clin J Pain* 2008; 24:536-543.
47. Karlsson M, Breggren AC. Efficacy and safety of low-dose transdermal buprenorphine patches (5, 10, and 20 microg/h) versus prolonged-release tramadol tablets (75, 100, 150, and 200 mg) in patients with chronic osteoarthritis pain: a 12-week, randomized, open-label, controlled, parallel-group noninferiority study. *Clin Ther* 2009; 31:503-513.

48. Griessinger N, Sitti R, Likar R. Transdermal buprenorphine in clinical practice - a post-marketing surveillance study in 13,179 patients. *Curr Med Res Opin* 2005; 21:1147-1156.
49. Dagtekin O, Gerbershagen HJ, Wagner W, Petzke F, Radbruch L, Sabatowski R. Assessing cognitive and psychomotor performance under long-term treatment with transdermal buprenorphine in chronic noncancer pain patients. *Anesth Analg* 2007; 105:1442-1448.
50. Payne R. Opioid pharmacotherapy. In: Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE, editors. *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology*, 2nd edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002, pp 68-83.
51. Purdue Pharma, OxyContin (monograph), 2001.
52. Pisani MA, Murphy TE, Araujo KLB, Slattum P, Van Ness PH, Inouye SK. Benzodiazepine and opioid use and the duration of intensive care unit delirium in an older population. *Crit Care Med* 2009; 37:177-183.
53. Fong HK, Sands LP, Leung JM. The role of postoperative analgesia in delirium and cognitive decline in elderly patients: a systematic review. *Anesth Analg* 2006; 12:1255-1266.
54. Duggleby W, Lander J. Cognitive status and postoperative pain: older adults. *J Pain Sympt Manage* 1994; 9:19-27.
55. Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *J Gerontol Med Sci* 2003; 58A:76-81.
56. Shorr RI, Griffin MR, Daugherty J, Ray WA. Opioid analgesics and the risk of hip fracture in the elderly: codeine and propoxyphene. *J Gerontol Med Sci* 1992; 47:M111-M115.
57. Weiner D, Hanlon JT, Studenski SA. Effects of central nervous system polypharmacy on falls liability in community-dwelling elderly. *Gerontol* 1998; 44:217-221.
58. Lussier D, Beaulieu P. Toward a rational taxonomy of analgesic drugs. In: Beaulieu P, Lussier D, Porreca F, Dickenson AH, eds. *Pharmacology of Pain*. Seattle: IASP Press, 2010, pp. 27-40.
59. Lotrich FE, Pollock BG. Aging and clinical pharmacology: implications for antidepressants. *J Clin Pharmacol* 2005; 45: 1106-1122.
60. Watson CPN, Vernich L, Chipman M, Reed K. Nortriptyline versus amitriptyline in postherpetic neuralgia: a randomized trial. *Neurology* 1998; 51:1166-1171.
61. Raskin J, Wiltse CG, Siegal A, et al. Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatr* 2007; 164:900-909.
62. Raskin J, Xu JY, Kadasz DK. Time to response for duloxetine 60 mg once daily versus placebo in elderly patients with major depressive disorder. *Intern Psychogeriatr* 2007; 20:309-327.

63. Wasan AD, Ossanna MJ, Raskin J, et al. Safety and efficacy of duloxetine in the treatment of diabetic peripheral neuropathic pain in older patients. *Curr Drug Saf* 2009; 4:22-29.
64. Skinner MH, Kuan HY, Skerjanec A, et al. Effect of age on the pharmacokinetics of duloxetine in women. *Br J Clin Pharmacol* 2004; 57:54-61.
65. Ball SE, Ahern D, Scantina J, Kao J. Venlafaxine: in vitro inhibition of CYP2D6 depending imipramine and desipramine metabolism: comparative studies with selected SSRI's, and effects on human hepatic CYP3A4, CYP2C9, and CYP1A2. *Br J Clin Pharmacol* 1997; 42:619-626.
66. Sweet RA, Pollock BG, Kirshner M, et al. Pharmacokinetics of single and multiple-dose bupropion in elderly patients with depression. *J Clin Pharmacol* 1995; 35:876-884.
67. Kerse N, Flicker L, Pfaff JJ, et al. Falls, depression and antidepressants in later life: a large primary care appraisal. *PLoS ONE* 2008; 3:e2423.
68. Gore M, Sadosky A, Leslie D, Sheehan AH. Selecting an appropriate medication for treating neuropathic pain in patients with diabetes: a study using the U.K. and Germany Mediplus Databases. *Pain Pract* 2008; 8:253-262.
69. Wehling M. Multimorbidity and polypharmacy: how to reduce the harmful drug load and yet add needed drugs in the elderly? Proposal of a new drug classification: fit for the aged. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57:560-561.
70. Sharma U, McCarberg W, Young JH, LaMoreaux L. Pregabalin treatment for neuropathic pain: efficacy and tolerability in older people. *J Pain* 2005; 3(Suppl. 1):S29.
71. Montgomery S, Chatamra K, Pauer L, Whalen E, Baldinetti F. Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. *Br J Psychiat* 2008; 193:389-394.
72. May TW, Rambeck B, Neb R, Jürgens U. Serum concentrations of pregabalin in patients with epilepsy: the influence of dose, age, and comedication. *Ther Drug Monit* 2007; 29:789-794.
73. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff RS, Rosomoff HL. Outcomes in treatment of pain in geriatric and younger age groups. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75:457-464.
74. Lussier D, Bachand G, Haché D, Rivard MJ, Inglis G. An Interdisciplinary Geriatric Pain Clinic. Abstracts of the 12th World Congress on Pain. Poster presentation at the 12th World Congress on Pain (International Association for the Study of Pain), Glasgow, UK (August 2008).
75. Middaugh SJ, Levin RB, Kee WG, Barchiesi FD, Roberts JM. Chronic pain: its treatment in geriatric and younger patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1988; 69:1021-1025.

6. LA DOULEUR EN ONCOGÉRIATRIE

Docteur Hubert Rousselot et Professeur Ivan Krakowski

En France, l'oncogériatrie est une démarche de santé publique dont l'objectif est l'optimisation de la prise en charge globale des personnes âgées atteintes de cancer (Plan cancer 2, mesure 23-4). Un état des lieux spécifique a été réalisé par l'Institut National du Cancer (INCa) ⁽¹⁾.

La douleur chez les patients âgés est également un problème de santé publique pris en compte par le « Plan douleur 2006-2010 » dont il est l'un des axes prioritaires, notamment la mesure 11 qui stipule : « *Mieux prendre en compte la souffrance des personnes atteintes de cancer...* ». Les termes, douleur et souffrance, ne sont pas utilisés indifféremment*. Chez le patient âgé confronté à la maladie cancéreuse, il est encore plus difficile de discerner nociception, douleur, souffrance et comportement douloureux.

Dans les pays développés, l'incidence et la mortalité des cancers croisent avec l'âge de façon exponentielle à partir de la sixième et surtout de la septième décennie. En France, en 2008, chez les hommes, 30,6 % de toutes les localisations ont été diagnostiquées à 75 ans et au-delà, et 34,1 % chez les femmes. Les prévisions de l'OMS tablent sur 75 millions de malades cancéreux dans le monde dans vingt ans, elles indiquent que 70 % des cancers seront diagnostiqués chez les plus de 65 ans. Pour certains cancers cette proportion de patients âgés est déjà atteinte... En effet, des localisations comme le cancer de vessie, de l'estomac, du côlon ainsi que les myélomes sont surreprésentés dans les tranches d'âge les plus élevées. D'autres localisations comme le cancer du sein, de la prostate ou le cancer bronchique, concernent un très grand nombre de patients âgés du fait de la forte incidence générale. Aujourd'hui le cancer est la première cause de décès des personnes âgées et représente un défi majeur de santé publique.

L'émergence de l'oncogériatrie aux États-Unis et dans quelques pays

* Pour Paul Ricœur : douleur : « *Des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier* », souffrance : « *des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement* ».

d'Europe a permis d'objectiver les caractéristiques du cancer chez la personne âgée : diagnostic plus tardif, investigations limitées, peu de patients âgés dans les essais cliniques, moindres possibilités thérapeutiques, absence de standards thérapeutiques et pronostic globalement médiocre. Un certain nombre d'études rétrospectives, à partir de sous-groupes, conclut à la même efficacité et à la même tolérance des traitements chez les patients âgés comparativement aux plus jeunes. Il convient de s'interroger sur la pertinence de conclusions à partir de ces petites séries de patients hyper sélectionnés, les publications concernant spécifiquement la population âgée sont rares en effet.

En dépit des diverses recommandations émises depuis celles de l'OMS en 1986, la douleur cancéreuse reste sous-évaluée et sous-traitée. Dans une méta-analyse regroupant 52 publications, sa prévalence est estimée à 64 % chez les patients en situation métastatique ou à un stade évolué, à 59 % chez les patients en cours de traitement spécifique et à 33 % chez les patients au décours d'un traitement curatif. Dans cette revue, plus d'un tiers des patients algiques a déclaré une douleur modérée ou sévère⁽²⁾. Les auteurs constatent des différences de prévalence de la douleur selon le type de cancer, la période de l'étude, l'origine géographique, le questionnaire utilisé, mais ils constatent une prévalence identique chez les patients âgés et les plus jeunes. D'autres travaux mettent en évidence une prévalence plus importante des douleurs chez le patient âgé cancéreux, une évaluation insuffisante, le sous traitement de la douleur ainsi que la nécessité de nouvelles recommandations pour un meilleur contrôle de celle-ci⁽³⁾.

Dans la population âgée, les conséquences de cette prise en charge insuffisante sont bien connues : perte de la qualité de vie, altération profonde du lien social, dépression et suicides. Il est notoire que la douleur est le symptôme le plus redouté par les patients et leurs proches ; c'est plus qu'un symptôme lorsque douleur physique et souffrance morale sont liées, indiscernables. La confrontation à la finitude donne à cette douleur/souffrance une place et un sens particuliers. La dénomination de « douleur totale » proposée par Cicely Saunders du St Christopher's Hospice décrit l'exacerbation de cette douleur/souffrance en fin de vie⁽⁴⁾.

Depuis l'entre-deux-guerres, l'évolution sociétale est considérable à propos de la douleur et de la fin de vie. En quelques décennies, nous sommes passés du « dolorisme » ** au droit à ne plus souffrir et au déni

** La douleur, comme moyen de reconnaître son identité et de faire œuvre de vérité par rapport à soi-même : « *Je souffre, donc je suis* ».

de la mort. Des changements aussi profonds dans les mentalités ne vont pas sans interroger et mettre en difficulté les soignants de première ligne en cancérologie, gériatrie, médecine de la douleur et médecine palliative... Cependant, chez certains patients parmi les plus âgés, la persistance de préjugés vis-à-vis de la douleur et de son traitement sont bien présents comme l'idée que la douleur est inhérente au vieillissement ou que la morphine est réservée à la phase agonique... Aujourd'hui, la prise en charge du cancer chez un patient âgé ne peut se limiter au soin du cancer. Les équipes de cancérologie ne peuvent rester pertinentes sans l'expertise oncogériatrique et sans celle des soins oncologiques de support.

■ HÉTÉROGÉNÉITÉ DES TABLEAUX CLINIQUES DE LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS

Une très grande diversité de tableaux douloureux est observée du fait, d'une part, de l'hétérogénéité de la population vieillissante et, d'autre part, des nombreuses situations carcinologiques génératrices de douleur. Parmi ces dernières, une part non négligeable est représentée par les douleurs provoquées par les actes diagnostiques et les douleurs liées aux différents traitements anticancéreux. Comme dans tout syndrome douloureux, c'est l'intrication de différentes étiologies et mécanismes qui rend complexe l'évaluation de la douleur et la mise en œuvre des traitements.

Différentes classifications de la douleur sont proposées selon l'étiologie, la sémiologie, le mécanisme physiopathologique et la durée des manifestations.

Hors pathologie cancéreuse, les douleurs chroniques sont très fréquentes dans la population âgée, avec une prédominance des douleurs liées aux lésions dégénératives de l'appareil locomoteur et des douleurs neuropathiques de causes variées.

► Hétérogénéité de la population âgée

Plusieurs classifications font actuellement le sujet de divers débats. Il est habituel de distinguer la population dite âgée en trois catégories : « jeunes vieux » pour désigner la tranche d'âge de 65 à 75 ans, « vieux » désignant les 75 à 85 ans et « vieux vieux » désignant les plus de 85 ans.

Le terme un peu ambigu d'« élite de l'âge » est proposé pour les plus de 95 ans. Ces catégories sont arbitraires, bornées par l'âge de la retraite et l'âge très variable du décès. Le terme usuel de « senior » est un euphémisme, une circonlocution dont l'usage traduit l'embarras, voire le cynisme, de notre société face à « ses vieux »...

Le vieillissement est un processus multifactoriel imparfaitement compris. Pour appréhender la notion de « vieillissement différentiel », quatre facteurs sont invoqués qui interviennent de façon variable sur l'état clinique d'un sujet à un moment donné de son parcours de vie. Il s'agit des facteurs génétiques qui semblent surdéterminants, du vieillissement biologique ou intrinsèque, de la sénescence au sens de « conséquences de l'avancée en âge dans un environnement hostile » (rôles du contexte psycho-social, des morbidités), et les concepts encore imprécis de « fragilité » ou de « vulnérabilité ». Selon l'importance des morbidités, des séquelles, du degré de « fragilité » et indépendamment de l'âge chronologique, il est habituel de classer les patients dans les catégories suivantes :

- les sujets dont le vieillissement est qualifié d'harmonieux ou réussi pour désigner les plus robustes,
- ceux dont le vieillissement est qualifié d'usuel pour la catégorie intermédiaire,
- ceux dont le vieillissement est qualifié de pathologique pour désigner les moins robustes.

Ces catégories sont corrélées à des taux de mortalité significativement différents à deux ans.

Le pronostic d'un patient âgé atteint de cancer est estimé à partir des données d'une évaluation gériatrique « multidimensionnelle » ou « approfondie ». Il est rapproché de la notion statistique d'espérance de vie (life expectancy) à un âge donné qui, s'appliquant à une population et non à un individu donné, est purement indicative et finalement de moindre intérêt pour l'estimation du pronostic individuel (chances of survival). Chez le patient âgé, outre la situation carcinologique, les comorbidités sont l'élément déterminant du pronostic individuel.

► Diversité des situations carcinologiques génératrices de douleurs

Il est habituel de souligner le caractère souvent tardif du diagnostic de cancer chez le sujet âgé et la perte de chance qui peut en résulter.

Assez souvent, les symptômes sont peu spécifiques et négligés tant par le patient que son entourage ou le médecin traitant : anorexie, perte de poids, asthénie, constipation, fatigue, anémie, syndrome inflammatoire... Assez souvent la douleur fait partie d'un ensemble englobant les symptômes des comorbidités (insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique, séquelles d'AVC, maladies neurodégénératives) et ceux du cancer et de ses conséquences (dénutrition, dépression, fatigue ou encore dyspnée, occlusion, hypertension intracrânienne...). Un des objectifs de l'évaluation oncogériatrique est de tenter de discerner ce qui revient aux comorbidités et ce qui est imputable à la maladie index. Une revue de la littérature⁽⁵⁾ regroupant 44 études et plus de 25 000 patients a étudié la prévalence des symptômes chez des patients cancéreux non curables. Ce travail décrit 37 symptômes présents chez au moins 10 % des patients et 5 symptômes présents chez plus de 50 % des patients. La douleur figure parmi ceux-ci avec une prévalence générale de 71 % au 2^e rang après la fatigue, et de 45 % (5^e rang) au cours des deux dernières semaines de vie. Dans ce travail, l'âge moyen est de 64 ans (patients en fin de vie) et 65 ans (autres situations).

À l'inverse, la douleur peut rester longtemps un symptôme isolé et non rapporté à sa cause, en particulier en cas de myélome ou de métastase osseuse, du fait de la banalisation trop fréquente de la douleur et/ou d'un certain stoïcisme chez le patient âgé.

Chez un patient antérieurement traité pour cancer, la réapparition de douleurs doit, en principe, faire évoquer une récidive locale ou l'apparition de métastases. Dans ces situations, la douleur précède souvent les anomalies objectivables. Depuis peu, grâce au progrès de l'imagerie et à la complémentarité des techniques, le diagnostic de récidive locale ou de métastase est fait plus rapidement, sous réserve du bon usage des investigations. L'intrication de douleurs séquellaires, souvent neuropathiques, et de signes de récidive locale ou de complication (infection, ostéonécrose...) est un problème fréquent, notamment en carcinologie cervico-faciale. La surveillance des patients avec séquelles doit s'adapter au contexte et il s'agit de trouver la juste mesure entre «le trop et le trop peu» d'investigations ; dans ces cas, le recours aux compétences en psycho-oncologie peut être utile...

Conformément aux recommandations du «Plan Cancer», ces situations sont à discuter, en principe, en réunion de concertation pluridisciplinaire.

► Douleurs liées aux différents traitements du cancer

Bien connues et redoutées, les douleurs liées aux différents traitements du cancer sont une étiologie fréquente. On peut considérer que la plupart des schémas thérapeutiques comportent, en plus de symptômes redoutés comme les nausées, vomissements, les atteintes à l'intégrité corporelle, une part plus ou moins évitable de douleur. Contrairement à un préjugé courant, le patient âgé est particulièrement affecté par l'atteinte à l'intégrité corporelle qui peut être source de détresse, voire de refus de soins. De même, la réalisation d'actes invasifs (sondes, ponctions, biopsies, soins de stomies, cathétérisme, aspiration continue...) est douloureuse et redoutée.

Les décisions doivent être précédées d'un questionnement technique et éthique pluridisciplinaire et pluriprofessionnel qui aboutira à un fil conducteur : que voulons nous faire ? pour qui ? avec quel objectif thérapeutique ? Objectif d'amélioration de la qualité de vie avec prépondérance des soins de support chez les plus vulnérables lors de traitements oncologiques spécifiques adaptés, ou objectif d'amélioration de la survie avec prépondérance des traitements spécifiques chez les plus valides (fit des anglosaxons) ?

Le Plan Cancer recommande un plan personnalisé de soins et d'aides (P.P.S.) qui est proposé au moment de l'annonce de cancer et lors des moments importants de la maladie. Quelles que soient les décisions retenues dans le respect du principe d'autonomie du patient, le contrôle des symptômes en général et de la douleur en particulier doit être, à chaque étape de la prise en charge, un objectif prioritaire d'autant qu'il est le plus souvent réalisable. Ainsi, le recours possible aux soins de support, et notamment aux équipes douleur, doit être indiqué dans le P.P.S.

Douleurs compliquant les actes chirurgicaux

La douleur aiguë post-opératoire ne présente pas de particularités chez le patient âgé, sauf d'éventuelles difficultés pour l'utilisation de dispositifs de type PCA en cas de troubles cognitifs. Il faut noter la fréquence des confusions post-opératoires (de l'ordre de 25 % de delirium post-opératoire en chirurgie digestive) et la reprise moins rapide du transit intestinal avec des conséquences à type d'inconfort et de douleurs abdominales... Des mesures préventives et des protocoles spécifiques à la chirurgie oncogériatrique sont à rechercher.

Les complications douloureuses post chirurgicales les plus fréquentes sont les douleurs neuropathiques (chirurgie cervico-faciale, post mastectomie, post-thoracotomie...) avec les difficultés de prise en charge liées à la mauvaise tolérance habituelle des rares ressources médicamenteuses disponibles. Concernant le syndrome post-mastectomie, un groupe d'experts a proposé des recommandations pour le diagnostic et la prise en charge à partir de l'analyse de 76 publications, mais peu de recommandations sont classées en niveau A. Ce tableau clinique serait moins fréquent chez les patientes âgées comparativement aux plus jeunes⁽¹⁹⁾.

Douleurs compliquant les actes de radiothérapie

En France, annuellement environ 180 000 patients en cours de traitement reçoivent une radiothérapie, soit 2/3 des patients traités pour des cancers. Un quart des patients d'un service de radiothérapie est âgé de plus de 70 ans et reçoit une irradiation à visée curative ou palliative⁽⁶⁾. Le concept d'irradiation palliative n'est pas facile à définir, l'objectif de régression tumorale pendant la durée de vie restante a été proposé comme définition⁽⁶⁾. Elle est cependant restrictive puisqu'une amélioration des symptômes est possible sans régression tumorale visible et sur des temps trop courts pour impliquer ce mode d'action (amélioration de la douleur en moins de 48 heures par exemple).

Des comorbidités typiquement gériatriques rendent la radiothérapie techniquement délicate lorsque l'immobilité requise est difficile à obtenir (maladie de Parkinson, démences, obésité). Certaines postures sont impossibles à obtenir en raison de douleurs ou de limitations de mobilité d'origine rhumatologique ou orthopédique. Les transports répétés et l'installation des patients asthéniques ou avec limitations fonctionnelles sont source d'épuisement, de mauvaise observance. Des douleurs intenses peuvent survenir de façon paroxystique pendant les actes de radiothérapie, notamment en cas de lésions cervico-faciales ou squelettiques. La prévention et le traitement de ces actes douloureux sont trop rarement « protocolisés » (MEOPA, antalgique préventif, contention adaptée, formation des brancardiers...). Tous ces facteurs peuvent conduire à une inadmissible perte de chance par arrêt de traitement.

Les discussions balistiques (dose, volume d'irradiation et fractionnement) sont affaire de spécialiste et l'évaluation gériatrique préalable

peut contribuer à des décisions dans le sens d'une réduction de dose ou d'un hypofractionnement si le pronostic individuel est jugé défavorable. Les effets indésirables douloureux comme les mucites (ORL, œsophagiennes ou digestives) ou les épidermites ne sont pas plus fréquents parmi les patients âgés, mais leurs conséquences, notamment la déshydratation, la confusion, surviennent plus rapidement et sont plus sévères. Ces douleurs justifient souvent un traitement symptomatique comportant un recours ponctuel aux opioïdes forts par voie parentérale, éventuellement par un dispositif de type P.C.A. dont la manipulation doit être fine.

Des plexopathies brachiales précoces et transitoires sont décrites après irradiation pour cancer du sein. Elles se manifestent par des paresthésies, mais ne préjugent pas de la survenue de plexopathie chronique. Les neuropathies secondaires à la radiothérapie et les séquelles cutanéo-muqueuses sont moins fréquentes grâce aux progrès de la radiothérapie conformatrice délivrant des doses en évitant les tissus sains traversés (multiplication des champs type Cyberknife[°], repérage scanner et IRM, adaptation de l'irradiation aux mouvements respiratoires...). Leur survenue est néanmoins dramatique en l'absence de possibilité réelle de traitement étiologique.

Douleurs liées à la chimiothérapie conventionnelle et aux thérapeutiques ciblées

Peu de publications analysent spécifiquement ces effets indésirables chez le sujet âgé. Il peut s'agir de douleurs aiguës lors d'une perfusion (spasme veineux, veinite, extravasation, ischémie des extrémités, douleurs angineuses du 5-FU) ou de douleurs survenant au décours du traitement : neuropathies périphériques, arthralgies, dermites, mucites. Les neuropathies périphériques douloureuses sont dose-dépendantes. Certaines molécules (sels de platine, taxanes, vinca-alcaloïdes) ont une toxicité neurologique plus fréquente chez les patients âgés ou fragiles. La recherche systématique avant traitement de signes de neuropathie périphérique fait partie de l'évaluation gériatrique permettant de contre indiquer le recours éventuel aux molécules comportant ce risque. Certains tableaux de douleur aiguë d'allure neuropathique durant de quelques heures à quelques jours sont moins connus et moins repérés, comme des douleurs abdominales, orofaciales, trigéminalées ou maxillaires, ou encore certaines céphalées.

L'érythrodermie palmo-plantaire, alias syndrome main/pied est une

toxicité plus fréquente chez les personnes âgées avec les anthracyclines et la capécitabine. Les perfusions de 5 F-U ou de doxorubicine peuvent être à l'origine de ce tableau clinique associant brûlures, picotements et rash érythémateux des paumes des mains et des voûtes plantaires suivis de desquamation avant guérison spontanée ou persistance de dysesthésies séquellaires.

Des arthralgies et myalgies sont observées sous paclitaxel un à quatre jours après l'administration chez 10 à 20 % des patients.

L'introduction récente des thérapeutiques ciblées a permis d'améliorer la survie globale des patients traités pour les cancers les plus fréquents et d'autres : cancers mammaires, colorectal, bronchique non à petites cellules, rénal... Cependant peu de données spécifiques sont disponibles chez les patients âgés ou fragiles exclus de la plupart des essais. Des toxicités nouvelles de tous ordres surviennent. Chez plus de 10 % des patients traités pour cancer du rein des céphalées sont rapportées lors des traitements par sunitinib, sorafenib, béravacizumab, temsirolimus. Des stomatites sont décrites avec l'utilisation de sunitinib et temsirolimus⁽¹⁾.

Douleurs liées à l'hormonothérapie

L'hormonothérapie adjuvante est très utilisée dans le cancer du sein de la patiente âgée, parfois de façon exclusive chez des patientes polypathologiques et/ou avec contre-indication à l'anesthésie générale. Des troubles musculo-squelettiques sont favorisés par les anti-aromatases (AA), avec une fréquence de l'ordre du tiers des patientes et des conséquences sur l'observance de ces traitements. Il s'agit d'arthralgies ou de fractures par ostéoporose, il est signalé aussi l'apparition de gonflement douloureux des poignets avec syndrome du canal carpien. Les troubles musculo-squelettiques des AA observés avec les molécules disponibles sont attribués à la carence oestrogénique, à ses conséquences sur la perception de la douleur et à la trophicité du tissu collagène. Des experts proposent le recours aux AINS, aux anti COX-2, la place des biphosphonates est en cours d'évaluation. Des recommandations pour la prise en charge de ces situations sont produites par l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS) dans le cadre des recommandations de St-Paul-de-Vence⁽⁶⁾. En raison de l'intérêt des AA comme traitement adjuvant, les oncologues doivent convaincre les patientes de ne pas interrompre ces traitements, proposer des traitements symptomatiques ayant un bon

rapport bénéfice/risque et recourir dans certains cas à l'expertise rhumatologique⁽⁷⁾.

Dans le traitement du cancer prostatique, la privation hormonale par agoniste de la LH-RH est responsable d'asthénie parfois invalidante et d'un risque accru de fractures par ostéopénie. À l'instauration du traitement par LH-RH, une exacerbation de douleurs osseuses et un risque accru de rétention urinaire sont décrits dans les une à trois premières semaines de traitement dans 5 à 25 % des cas. L'administration simultanée d'anti-androgènes prévient ce phénomène de «flare up».

Douleurs liées aux traitements en soins de support

De façon paradoxale, mais comme tout traitement, les soins de support peuvent être à l'origine d'effets indésirables dont des complications douloureuses. Les facteurs de croissance granulocytaires (G-CSF) et dans une moindre mesure les agents stimulants de l'érythropoïèse provoquent des douleurs osseuses par stimulation des cellules souches médullaires. Le sevrage rapide des corticostéroïdes peut favoriser l'apparition de myalgies et d'arthralgies décrites sous l'appellation de pseudorhumatisme des stéroïdes. Certains biphosphonates sont responsables d'ostéonécroses mandibulaires.

Douleurs liées aux soins et aux actes diagnostiques et thérapeutiques

L'attention des soignants en hématologie et cancérologie doit être attirée par les douleurs causées par la répétition de gestes plus ou moins invasifs et douloureux pendant des périodes de soins s'étendant désormais pour beaucoup de patients sur des années, conférant au cancer le statut ambigu de «maladie chronique» (dans l'esprit du public on ne meurt que très tardivement d'une maladie chronique...). Faire une liste exhaustive de ces actes serait fastidieux qu'il s'agisse d'actes à visée diagnostique, à visée thérapeutique, de mise en place de dispositifs pour l'administration de chimiothérapie ou même, paradoxalement, de douleurs liées aux techniques antalgiques (injection d'anesthésiques locaux, d'antalgiques, injection péridurale...). Chez les patients âgés, du fait des comorbidités, de la fonte musculaire ou de la cachexie, de la coexistence de troubles trophiques, d'un syndrome d'immobilisation, du mauvais état veineux, la répétition de manipulations et d'actes douloureux pourra être particulièrement délétère et favoriser une attitude d'opposition, voire le refus de soins. Des recommandations existent pour la

prévention des douleurs liées aux actes courants, notamment les Standards Options Recommandations : « Douleurs provoquées... »⁽⁸⁾. Le MEOPA⁽⁹⁾ (Mélange Équimoléculaire Oxygène et Protoxyde d'Azote) est devenu une méthode démontrée scientifiquement dans la prévention de la douleur de nombreux actes. Dans les établissements de soins, le rôle des Comités de lutte contre la douleur et les symptômes (CLUDS) est primordial dans la prise de conscience des besoins et de l'organisation.

■ PARTICULARITÉS SÉMILOGIQUES DES SYNDROMES DOULOUREUX CHEZ LE PATIENT Âgé CANCÉREUX

La douleur cancéreuse est dite « mixte » lorsqu'elle associe des mécanismes nociceptifs et neuropathiques. La majorité des tableaux douloureux sont de ce type au cours de l'évolution de la maladie cancéreuse. La douleur neuropathique isolée est rencontrée surtout comme séquelle chirurgicale. Les douleurs sont fréquemment intriquées avec les douleurs liées aux comorbidités : douleurs musculo-squelettiques d'origine dégénérative, douleurs neuropathiques séquellaires (post accident vasculaire, post infection herpétique...), douleurs d'origine arthrosique : arthropathies, myélopathie sur canal rachidien rétréci... Les douleurs dues au syndrome d'immobilisation sont sous diagnostiquées.

► Mécanismes de la douleur, durée et étiologies

Le parcours du malade cancéreux est jalonné de situations potentiellement douloureuses dont la fréquence augmente avec l'évolution de la maladie si bien que peu de patients arrivés aux stades évolués de la maladie et en fin de vie auront été épargnés. Il peut s'agir de douleurs regroupées sous le terme d'aiguës : d'une part, intenses et de courte durée, comme les douleurs post-opératoires ou liées à une complication (occlusion, fracture pathologique...); d'autre part, intenses et prolongées lorsque le recours aux antalgiques n'est pas optimisé. Les douleurs chroniques correspondent plus aujourd'hui aux douleurs réfractaires aux opioïdes.

► Particularités et pièges cliniques de la douleur chez le patient âgé

Chez le patient âgé, même habituellement en mesure de communiquer verbalement, la plainte douloureuse spontanée fait parfois place à une attitude de régression psychomotrice. Chez le patient dément, c'est un tableau psychogériatrique qui est au premier plan et chacun des items de l'inventaire neuropsychiatrique N.P.I. peut être symptomatique de douleur et de souffrance. Plus généralement, tout changement de comportement du sujet âgé peut être l'expression de la douleur ou de l'inconfort. Les douleurs liées aux complications de chute passée inaperçue (fractures, hématome...), à un tableau neurologique, à un abdomen aigu ou, plus couramment, un fécalome ou une rétention d'urines sont des situations banales en gériatrie. C'est sans *a priori* et avec la conviction que toute douleur n'est pas systématiquement liée au cancer qu'il faut analyser ces tableaux cliniques. L'attention du clinicien doit être attirée et le conduire à une demande systématique de renseignements auprès des proches et/ou des soignants.

■ DIFFICULTÉS DE L'ÉVALUATION

Il faut bien admettre que la douleur, expression sensorielle et émotionnelle, est assez souvent difficile à appréhender, particulièrement lorsqu'elle fait partie des symptômes d'une affection redoutée et potentiellement létale à un âge avancé de la vie. Même lorsque le soignant admet la subjectivité du symptôme et a médité l'aphorisme «*Est douleur ce que le patient dit être une douleur*», il reste confronté à des situations singulières, complexes ou le mettant en échec lorsqu'il s'agit de douleurs rebelles aux différents traitements...

L'évaluation de la douleur est manifestement insuffisante lorsque, par manque de disponibilité, d'empathie ou de compétence, elle se résume à affirmer la présence et l'intensité du phénomène. Idéalement, la démarche évaluative comprend un recueil d'informations sur le vécu douloureux associant une évaluation thymique (anxiété, dépression), cognitive (déficience aiguë ou chronique, anosognosie), fonctionnelle et psychosociale (support social, aptitude à communiquer et contexte culturel).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer douleur et souffrance chez le patient âgé,

lors du diagnostic et des différentes phases du traitement d'un cancer ou d'une hémopathie, la situation est encore plus subtile en raison des préjugés, de l'intrication de douleurs liées aux comorbidités, de la crainte des effets indésirables, des distorsions cognitives, de l'angoisse née de la confrontation du patient à sa finitude... Ces difficultés sont bien illustrées par le propos de D. Le Breton : « *Les mots se désagrègent pour nommer une réalité fuyante malgré ses affres dans les replis de la chair. Pour saisir l'intensité de la douleur de l'autre, il faut devenir l'autre.* »...⁽¹⁰⁾

Les difficultés sont manifestes lorsque le patient algique présente des troubles de la communication nécessitant le recours à l'hétéro-évaluation (séquelles neurologiques, affections neuro-dégénératives, syndrome d'immobilisation de la phase agonique). L'abondante littérature concernant les outils d'hétéro-évaluation, leurs indications et qualités métrologiques, en est le témoin⁽¹¹⁾.

Une part de doute persiste dans nombre de situations ; la nécessaire humilité du clinicien doit le conduire parfois à proposer un traitement antalgique d'épreuve et à s'interroger sur la vraie signification de la plainte douleur devenue demande d'attention, d'échange, de bienveillance, ou quête de fraternité...

Parfois la plainte « douleur » est l'ultime message et la seule possibilité d'échange avec le monde réel. Ne pas l'entendre expose le soignant à l'échec dans sa relation d'aide. L'absence d'empathie, et surtout les doutes du soignant, accentuent la souffrance : « *Brisé, l'homme souffrant connaît parfois le drame que sa douleur ne soit pas reconnue ou son acuité mise en doute. Et nulle preuve ne peut être apportée à la sincérité d'un supplice enfoui dans la chair et invisible au regard* »⁽¹⁰⁾.

L'apparition chez un patient algique de troubles cognitifs assez sévères pour retentir sur les capacités de communication est une situation fréquente : les troubles sont-ils un mode d'expression de la douleur, l'exacerbation de troubles cognitifs discrets méconnus, l'expression d'un problème intercurrent sans rapport avec la douleur ou encore un effet indésirable médicamenteux ?

Des troubles cognitifs et comportementaux fluctuants, de survenue brutale avec recrudescence vespérale, évoquent un delirium, alias syndrome confusionnel. Les étiologies organiques sont à envisager en premier lieu (pathologie intercurrente ou iatrogénie), la confusion est parfois la manifestation inaugurale d'un syndrome démentiel méconnu. En milieu cancérologique, la confusion peut être difficile à

prendre en charge et le recours aux mesures contraignantes et aux médications neuroleptiques n'est pas toujours évitable. Les soignants doivent apprendre à reconnaître et prendre en charge ces tableaux pouvant durer de quelques heures à plusieurs jours...

■ TRAITEMENTS ANTALGIQUES EN ONCOGÉRIATRIE

► Thérapies non médicamenteuses

L'appellation regroupe des approches diverses et incomplètement validées contribuant à une gestion plus efficace de la douleur, permettant une réduction de la consommation médicamenteuse et limitant le risque iatrogène chez des patients qui y sont très exposés. La nécessaire information du patient et de son entourage est une étape prioritaire qui contribue à atténuer les préjugés et distorsions cognitives vis-à-vis du cancer, de son pronostic et des choix thérapeutiques possibles. L'annonce du cancer, de la récidive ou d'une évolution péjorative, en confrontant le patient à l'angoisse de mort, peut provoquer une phase de sidération psychologique de quelques jours à plusieurs semaines. Cette situation nécessite de « *reparler de la mauvaise nouvelle* » dans un colloque où les rôles respectifs du médecin traitant, de l'oncologue et des soignants dédiés au dispositif d'annonce doivent subtilement trouver place. Le repérage des distorsions cognitives, qui perturbent la pensée logique (inférence arbitraire, abstraction sélective, surgénéralisation, maximalisation et minimisation, personnalisation...) et favorisent anxiété et dépression, est nécessaire. Les difficultés de l'évaluation nécessitent alors le concours du psychologue et/ou du psychiatre.

La thérapie cognitivo-comportementale, lorsqu'elle est disponible et adaptée aux besoins spécifiques du patient, peut être utile en modifiant les pensées négatives et en favorisant l'apprentissage de techniques d'auto-contrôle.

L'amélioration de l'estime de soi par l'atténuation des atteintes à l'intégrité corporelle, conséquences de l'évolution tumorale ou des traitements anticancéreux, est nécessaire et relève de compétences en socio-esthétique.

L'activité physique en limitant la fonte musculaire, en prévenant les complications de l'instabilité posturale, en atténuant parfois la fatigue

et le déficit fonctionnel fait partie du traitement des douleurs musculo-squelettiques d'origine dégénérative ou traumatique intriquées aux douleurs du cancer et prenant parfois le devant de la scène... L'avis d'un spécialiste de médecine physique et rééducative est précieux dans ces cas pour orienter le patient vers la physiothérapie, la kinésithérapie, l'ergothérapie...

► Spécificités de l'utilisation des antalgiques chez le patient âgé

L'utilisation des antalgiques repose toujours sur les principales règles de l'OMS pour les douleurs nociceptives. D'autres documents actualisent et complètent ces recommandations⁽⁸⁾. La disponibilité de nouvelles molécules et de formes galéniques adaptées à différentes situations, le recours pour la douleur neuropathique à des associations de co-antalgiques et de molécules synergiques (sur le modèle de l'analgésie multimodale post-opératoire) nécessitent de bonnes connaissances pharmacologiques, condition nécessaire au soulagement efficace avec des effets indésirables « acceptables » de 90 % des douleurs liées au cancer. Cette exigence de succès thérapeutique est revue à la baisse chez les patients les plus fragiles (« old-old », polypathologiques décompensés...) ou encore chez les patients qui présentent des douleurs neuropathiques réfractaires ou une souffrance morale incoercible pouvant favoriser le « glissement ».

Le recours aux antalgiques chez les patients âgés nécessite de tenir compte de l'index thérapeutique étroit les exposant à plus d'interactions médicamenteuses et à un risque iatrogène majoré par la dénutrition, les troubles cognitifs, l'insuffisance des grandes fonctions. Si une surveillance adaptée est mise en œuvre, la plupart des antalgiques sont utilisables chez le patient âgé. En oncogériatrie, pour des tableaux douloureux subaigus, prolongés et de causes intriquées, les antalgiques de palier 1 (paracétamol, nefopam, AINS) sont souvent insuffisants. De même, le recours aux opioïdes faibles peut donner des résultats incomplets et peu satisfaisants du fait d'un effet plafond rapide, de l'association fixe avec le paracétamol, des effets indésirables fréquents du tramadol⁽¹²⁾ chez le sujet fragile.

Pour toutes ces raisons, il peut être préférable de proposer « sans trop attendre » une titration par un opioïde fort en expliquant cette décision au patient. Il peut être utile de lui rappeler, ainsi qu'aux

aidants, que la morphine est indiquée et choisie en fonction de l'intensité de la douleur et non réservée aux stades évolués de la maladie ou à la phase agonique, qu'il n'y a pas de posologie maximale avec ces molécules et que la « bonne dose » est celle qui soulage correctement. Parfois, il est utile de repérer des attitudes de stoïcisme ou de dolosisme chez les plus âgés et de les évoquer lors de l'entretien sans déroger au principe intangible de respect de l'autonomie.

Un principe est essentiel pour l'instauration du traitement par opioïdes chez la personne âgée : débuter par de très faibles posologies et augmenter très progressivement, : « *start low and go slow...* ». En pratique, en cas de fragilité patente, la posologie initiale est la moitié, voire le quart, de la posologie de l'adulte soit 5 mg, parfois seulement 2,5 mg de morphine/4 h (réalisable avec les gouttes de morphine à 1,25 mg/goutte) permettant une titration très progressive en quelques jours. Dans ces cas, le recours aux formes à libération prolongée n'est pas systématique au terme de la période de titration. Cette façon de faire nécessite patience, consignes précises, évaluations itératives et collaboration du patient. À condition de respecter ces quelques règles simples, associées à la prévention systématique des effets indésirables (antiémétiques la première semaine, laxatifs adaptés pendant la durée du traitement), à la surveillance clinique quotidienne lors de la titration (transit intestinal, vigilance et fonctions supérieures, hydratation suffisante, fréquence respiratoire...), il est possible d'instaurer un traitement par opioïdes forts avec un bon rapport bénéfice/risque chez la plupart des patients, même très fragiles.

Chez un patient équilibré par antalgiques per os (éventuellement transdermique), lorsque l'efficacité antalgique n'est plus optimale, il est préconisé de réaliser une rotation de voie d'administration. Les voies parentérales (IV ou SC) sont choisies en respectant les règles d'équianalgésie⁽¹³⁾. Le recours à une administration IV auto-contrôlée par un dispositif de type PCA est possible chez le patient âgé, y compris à domicile. Des recommandations comportant le principe d'utilisation et les contre-indications sont émises par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs⁽¹¹⁾.

Le choix d'une molécule parmi les quelques produits disponibles en France reste assez restreint chez le patient âgé fragile. La morphine, utilisable par voie orale ou parentérale éventuellement intra-thécale, reste l'étalon. L'oxycodone est une alternative par voie orale, ou parentérale. Ce produit bien maniable semble présenter moins

d'effets indésirables chez le sujet fragile en raison de son mode d'action et de voies métaboliques spécifiques (agoniste kappa, pas de métabolites actifs). Son effet potentiel sur la composante neuropathique de la douleur est peu documenté en clinique humaine. Le fentanyl est un produit puissant utilisé par voie transcutanée avec un temps de latence et de rémanence de 10 à 18 heures. Cette molécule est un recours possible pour le contrôle de douleurs stables chez le sujet non fragile après titration orale par un opioïde. Lorsque la voie orale est impossible, le fentanyl transdermique est une alternative aux voies parentérales et est moins pourvoyeur de constipation.

La mise sur le marché de nouvelles galéniques de fentanyl destinées à mieux contrôler les accès douloureux paroxystiques devrait contribuer à une meilleure maîtrise de ce problème si caractéristique de la douleur cancéreuse.

L'hydromorphone orale n'existe que sous forme à libération prolongée ; elle est indiquée en deuxième intention, mais reste peu maniable chez le patient âgé fragile.

Le sufentany est disponible par voie parentérale ; il est utilisable éventuellement en troisième intention pour certaines douleurs réfractaires dans des services spécialisés en médecine de la douleur après décision collégiale.

De même, le recours à des voies exceptionnelles d'administration de la morphine (intra-thécale, intra cérébroventriculaire) est réalisable chez le patient âgé et peut contribuer à contrôler certaines douleurs réfractaires. L'information du patient ou de sa personne de confiance et la décision collégiale sont là aussi les préalables nécessaires.

► Problème du traitement de la douleur neuropathique chez le patient âgé

La douleur neuropathique n'a pas de caractéristique particulière chez la personne âgée cancéreuse ; elle est associée aux mêmes difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Une aide diagnostique est fournie par le recours au questionnaire DN4, outil simple, rapide qui présente de bonnes qualités métrologiques (sensibilité de 83 %, spécificité de 90 %). Le score DN4 n'est pas destiné à surveiller l'efficacité d'un traitement. Des recommandations de sociétés savantes, dont celles de l'European Federation of Neurological Societies^(14,15), guident le choix des thérapeutiques médicamenteuses de la douleur neuropathique : les

antiépileptiques gabapentine et prégabalin, et les antidépresseurs tricycliques sont recommandés en première intention. Dans la pratique, les échecs sont fréquents conduisant à des associations médicamenteuses et au recours à des molécules de deuxième intention pour lesquelles les preuves d'efficacité et le rapport bénéfice/risque sont moindres (duloxétine, venlafaxine...). La lidocaïne en topique est très utile seulement lorsque les signes neurologiques « positifs » de douleur neuropathique sont limitées à une petite surface cutanée. L'extrapolation au patient âgé des recommandations pour le traitement de la douleur neuropathique est problématique⁽¹⁶⁾. Les patients de plus de 75 ans sont sous-représentés dans les essais cliniques. Les patients inclus dans ces essais le sont surtout pour neuropathie diabétique ou douleur post-zostérienne et ils ont peu de comorbidités ; or les patients âgés recourant à un traitement médicamenteux de la douleur neuropathique ont dans 70 % des cas des neuropathies périphériques par compression (radiculaire, plexulaire, tronculaire) ou post-chirurgicales. Le traitement médicamenteux nécessite une adaptation de posologie des gabapentinoïdes en cas d'insuffisance rénale. Concernant les tricycliques, nous disposons de peu de données sur leur efficacité et leur sécurité chez les patients âgés tant pour le traitement de la douleur que pour celui de la dépression. On constate plus d'effets indésirables aux posologies habituelles : troubles cognitifs, troubles de la vigilance, dysurie, sécheresse buccale, etc. Le respect des contre-indications est impératif et les risques d'interactions médicamenteuses sont fréquents. Si on opte pour ces molécules, une dose initiale plus faible et une titration plus lente sont recommandées.

► Place de l'algoradiologie interventionnelle

La plupart des techniques sont réalisables chez le patient âgé sous réserve de l'avis de l'anesthésiste et parfois des contraintes d'installation des patients (procubitus).

Antalgie par bloc nerveux, infiltration, neurolyse : ce sont des techniques de recours pour des indications précises posées en cas d'échec ou d'insuffisance des antalgiques majeurs après discussion collégiale, par exemple neurolyse du ganglion stellaire, du plexus coeliaque, du ganglion impar...

Radiofréquence et cryothérapie réalisent une destruction tissulaire par échauffement ou refroidissement sous neuroleptanalgesie ; elles

procurent un effet antalgique immédiat et une durée de soulagement de plusieurs mois. Ces actes peuvent être renouvelés si nécessaire⁽¹⁷⁾. **Cimentoplastie ou kyphoplastie** consistent en l'injection percutanée de ciment acrylique dans un corps vertébral. Ces actes sont réalisés, entre autres indications, en cas d'ostéolyse tumorale dans un but antalgique et de consolidation ; l'effet antalgique est obtenu en 48 heures, beaucoup plus rapidement que par la radiothérapie externe.

Autres cimentoplasties percutanées : elles sont également utilisées dans un but antalgique et de consolidation sur des lésions inaccessibles à un traitement chirurgical ou en cas de contre-indication, surtout sur des localisations du bassin et de la région coxo-fémorale.

► Place de la radiothérapie symptomatique

La radiothérapie antalgique des métastases osseuses est un standard. Chez le patient âgé, les métastases osseuses sont une cause fréquente de perte d'autonomie fonctionnelle et de détérioration de la qualité de vie. En dehors des douleurs par excès de nociception par ostéolyse tumorale, la radiothérapie à visée antalgique constitue un traitement intéressant pour des tableaux variés : douleur avec composante neuropathique des compressions nerveuses, radiothérapie « décompressive » pour compression médullaire après avis neurochirurgical, ou irradiation de métastases cérébrales. Associée aux antalgiques, la radiothérapie contribue au contrôle de la douleur aiguë dans ces situations d'urgence.

Généralement pour ces actes le centrage est réalisé sous prémédication et dure environ une demi-heure nécessitant la coopération du patient, son installation confortable avec recours éventuel à une contention. Sur les métastases osseuses, l'efficacité est différée et progressive ce dont on informe le patient évitant ainsi une interruption trop rapide des traitements médicamenteux. En raison de phénomènes inflammatoires induits par la radiothérapie, un effet paradoxal aigu est possible avec augmentation transitoire des symptômes (5 % des cas). L'effet antalgique est obtenu dans 36 à 90 % des cas en une à quatre semaines⁽¹⁸⁾.

En cas de lésion ostéolytique pré-fracturaire traitée par chirurgie orthopédique ou par un acte de consolidation vertébrale (cimentoplastie), la radiothérapie est réalisée dans un deuxième temps.

Des indications de radiothérapie symptomatique permettant une

action antalgique rapide sont discutées chez des patients dont l'espérance de vie est limitée : évolution tumorale cervico-faciale, gliomes, tumeurs rectales ou vésicales⁽¹⁸⁾.

■ CONCLUSION

Le cancer est une affection potentiellement douloureuse à tous les stades et le contrôle satisfaisant de la douleur constitue un prérequis à une prise en charge spécifique de qualité. Les métastases osseuses présentes chez un patient sur deux sont une cause fréquente de douleurs avec des conséquences fonctionnelles très délétères chez les patients âgés. L'évaluation de la douleur requiert une approche médico-psycho-sociale tout au long de la prise en charge. Le contrôle des syndromes douloureux repose sur l'association de médications, de techniques et d'une prise en compte « psycho-oncologique » de la souffrance. La place des traitements spécifiques du cancer est à discuter à toutes les étapes. Enfin, il est parfois judicieux de discuter de l'intérêt d'une technique algo-radiologique en concertation avec un expert de cette discipline. En raison de la complexité fréquente des situations, une bonne coordination des intervenants est indispensable. Cette coordination doit s'appliquer au sein des établissements et des territoires et constitue une des priorités du second Plan cancer.

En résumé

- *Distinguer nociception, douleur, souffrance et comportement douloureux.*
- *L'évaluation clinique insuffisante reste le principal obstacle au traitement optimal de la douleur.*
- *Comorbidités et cancer: intrication habituelle des causes de douleur du patient âgé.*
- *Tableaux cliniques variables selon la durée, le mécanisme et la fréquence des douleurs « mixtes ».*
- *Pièges diagnostiques des tableaux neuropsychologiques: intrication de la douleur et altérations thymiques et cognitives.*
- *Forte prévalence des douleurs squelettiques au retentissement fonctionnel délétère.*
- *Approche thérapeutique pluridisciplinaire: psycho-oncologique, pharmacologique, technique.*
- *Spécificités de l'utilisation des opioïdes.*
- *Difficultés de traitement de la composante neuropathique des syndromes douloureux.*
- *Place prépondérante des différentes techniques de radiothérapie et place grandissante de l'algoradiologie interventionnelle.*

Références

1. État des lieux et perspectives on oncogériatrie Institut National du Cancer mai 2009 www.e-cancer.fr
2. Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol. 2007 Sep;18(9):1437-49. Epub 2007 Mar 12. Review.
3. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, Cohen R, Dow L. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. Ann Oncol. 2009 Aug;20(8):1420-33. Epub 2009 Feb 24.
4. Jean-Claude Fondras. La douleur Expérience et médicalisation, chapitre 10 : Douleur, souffrance et mortalité Médecine et sciences humaines / Les Belles lettres (2009).
5. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2007 Jul;34(1):94-104. Epub 2007 May 23. Review.

6. Pignon T, Rafaramino F, Scalliet P. Cancer and the elderly. Management. Decision aspects. Rev Med Interne. 2000 Sep;21(9):765-76.
7. S. Perrot. Atteintes rhumatisques douloureuses induites par les traitements par antiaromatases au cours du cancer du sein in : Recommandations de Saint-Paul-de-Vence. Oncologie vol 11 n° 12 Décembre 2009
8. www.fnclcc.fr voir SOR soins de support
9. I. Krakowski, D Baylot, G. Chvatzoff, E. Collin, R. Coulouma, F. Dixmerias, L. Feuvret, C. Freyssinet-Durand, E. Lauwers-Allot and D. Lossignol, et al. Prise en charge de la douleur au cours des procédures invasives en cancérologie : efficacité et acceptabilité du mélange inhalé 50 % N2O/O2 (MEOPA). Douleur et analgésie. Volume 23, Number 2, 113-120, DOI: 10.1007/s11724-010-0197-5
10. David Le Breton. Anthropologie de la douleur, ed Métailié (2006)
11. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, Jackson K, Parmelee PA, Rudy TE, Lynn Beattie B, Chibnall JT, Craig KD, Ferrell B, Ferrell B, Fillingim RB, Gagliese L, Gallagher R, Gibson SJ, Harrison EL, Katz B, Keefe FJ, Lieber SJ, Lussier D, Schmader KE, Tait RC, Weiner DK, Williams J. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. Clin J Pain. 2007 Jan;23 (1 Suppl):S1-43.
12. Mulkerin EC, Carey B, Liston R. Drugs and ageing ; chapter 12 of Medecine in Old Age - A Clinical Approach published by Advanced Medical Publications.
13. www.sfap.org
14. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2009 revision. Eur J Neurol. 2010 Apr 9.
15. Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, Baron R, Gourlay GK, Haanpää ML, Kent JL, Krane EJ, Lebel AA, Levy RM, Mackey SC, Mayer J, Miaskowski C, Raja SN, Rice AS, Schmader KE, Stacey B, Stanos S, Treede RD, Turk DC, Walco GA, Wells CD. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. Mayo Clin Proc. 2010 Mar;85(3 Suppl):S3-14. Review.
16. Haslam C, Nurmikko T. Pharmacological treatment of neuropathic pain in older persons. Clin Interv Aging. 2008;3(1):111-20.
17. Thanos L, Mylona S, Galani P, Tzavoulis D, Kalioras V, Tanteles S, Pomoni M. Radiofrequency ablation of osseous metastases for the palliation of pain. Skeletal Radiol. 2008 Mar;37(3):189-94. Epub 2007 Nov 21. Review.
18. Durdux C, Boissarie T, Gisselbrecht M. Radiation therapy in elderly patients Cancer Radiother. 2009 Oct;13(6-7):609-14. Epub 2009 Sep 2. Review.
19. Labrèze L, Dixmérias-Iskandar F, Monnin D., Bussières E, Delahaye E, Bernard D, Lakdja F. Prise en charge du syndrome douloureux post-mastectomie : revue de la littérature pour des recommandations de bonne pratique evidence based et proposition d'arbre de décision; Bulletin du cancer Volume 94 Numéro3 275-85, Mars 2007.

7. DOULEURS OSTÉO-ARTICULAIRES DE LA PERSONNE ÂGÉE

Professeur Serge Perrot

Les douleurs du sujet âgé sont fréquentes⁽²⁶⁾ et, parmi celles-ci, la part des douleurs ostéo-articulaires est grande puisque l'on estime que les douleurs rhumatologiques représentent la cause la plus fréquente de douleurs chez le sujet âgé, soit plus de 50 % des causes de douleur^(11,15). Ces douleurs sont un facteur majeur de morbidité mais aussi d'une perte importante de l'autonomie du sujet âgé, ce qui justifie une prise en charge fonctionnelle spécifique⁽⁵⁾.

■ QUELLES DOULEURS OSTÉO-ARTICULAIRES CHEZ LE SUJET Âgé ?

L'arthrose des membres et du rachis est la première cause de douleurs du sujet âgé, devant les rhumatismes inflammatoires. Les douleurs inflammatoires⁽¹⁾, souvent typiques chez les sujets plus jeunes, sont moins franches et parfois difficiles à identifier chez le sujet âgé : ces douleurs sont aggravées par les mouvements comme les douleurs mécaniques et les signes inflammatoires locaux ne sont pas toujours visibles chez ces patients porteurs de multiples pathologies, notamment vasculaires ou neurologiques.

► Les douleurs de l'arthrose

Les douleurs de l'arthrose sont les plus fréquentes et se manifestent le plus souvent par des douleurs mécaniques des membres inférieurs, gênant la marche et la mobilisation. Le handicap qui en résulte est important et la prise en charge de ces douleurs vise autant à les atténuer qu'à limiter les conséquences fonctionnelles délétères. Les douleurs arthrosiques sont souvent méprisées, voire intégrées dans la

vie des sujets âgés : c'est normal de souffrir de son arthrose après 65 ans ! En fait, si l'on ne sait pas guérir l'arthrose, qui est une véritable maladie du cartilage et de l'os sous-jacent et non une simple usure liée à l'âge, on sait soulager les douleurs de l'arthrose⁽³⁵⁾. Il faut souligner ici qu'il n'existe aucun parallélisme entre l'intensité des douleurs de l'arthrose et le degré de lésion ostéo-articulaire observé sur l'imagerie : une arthrose modérée peut faire souffrir de façon importante, parfois presque permanente, alors qu'une arthrose très évoluée pourra devenir indolente, alors même que les clichés radiographiques pousseraient à une intervention chirurgicale rapide. Il faut donc dissocier la douleur de la notion d'usure et de dégradation cartilagineuse, ainsi que de la notion de vieillissement : vieillir ce n'est pas forcément souffrir d'arthrose.

Les douleurs arthrosiques peuvent également toucher les membres supérieurs, notamment le pouce (rhizarthrose), les doigts (interphalangiennes distales) ou l'épaule. Les douleurs de rhizarthrose sont parfois très invalidantes et peuvent gêner les gestes de la vie courante, alors que les douleurs des interphalangiennes distales sont fugaces, contemporaines d'une poussée inflammatoire, et régressent rapidement. Les douleurs d'épaule, lors de lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs de l'épaule, sont parfois extrêmement intenses et permanentes, gênant le sommeil et la plupart des activités, pouvant générer des états dépressifs.

Enfin, dans certains cas, l'arthrose peut être extrêmement douloureuse, et entraîner brutalement une impotence fonctionnelle majeure, il faut penser à une forme destructrice rapide d'arthrose : c'est la coxarthrose destructrice rapide, ou la gonarthrose destructrice rapide.

► Les douleurs ostéo-articulaires inflammatoires

Les causes les plus fréquentes d'atteinte inflammatoire sont les rhumatismes micro-cristallins, très douloureux, avec des accès aigus. La chondrocalcinose a une fréquence qui augmente avec l'âge, la goutte est moins fréquente, plus souvent masculine et révélée plus tôt, en général vers 50 ans. La chondrocalcinose est trompeuse et peut se révéler par des arthrites aiguës, des poussées subaiguës ou une

polyarthrite chronique ; elle peut même prendre le masque de poussées d'arthrose. Le rhumatisme à apatite est caractérisé par un dépôt extra et intra-articulaire d'hydroxyapatite, dans les articulations et les ligaments. Il se manifeste par des poussées aiguës de tendinite, notamment d'épaule, pouvant aller jusqu'à la rupture tendineuse et des épisodes d'arthrite.

Les rhumatismes inflammatoires peuvent aussi débuter chez le sujet âgé : on décrit le plus fréquemment la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Horton et la pseudo-polyarthrite rhizomélique^(29,46). La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé est souvent moins agressive et moins destructrice que chez les sujets plus jeunes ; en revanche, on observe souvent des oedèmes, pouvant aller jusqu'au tableau de syndrome RS3PE (Remitting Seronegative Symetrical Synovitis with Pitting Edema) typique chez le sujet âgé⁽²⁹⁾.

Il faut se méfier des syndromes paranéoplasiques ostéo-articulaires qui ne sont pas rares à cet âge et qui peuvent être le mode de révélation d'un cancer viscéral. Les fasciites plantaires peuvent ainsi révéler des cancers pelviens, en particulier de la vessie. L'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie, qui peut prendre le masque de poussées d'arthrose digitale est en fait le mode de révélation d'un cancer pulmonaire. Les connectivites ou maladies systémiques sont plus rares après 60 ans mais l'on décrit des lupus du sujet âgé, des dermatopolymyosites. Les dermatopolymyosites doivent aussi faire rechercher un cancer car elles accompagnent celui-ci dans 70 % des cas rencontrés chez les sujets âgés. Toutes ces douleurs inflammatoires ont un retentissement important sur la qualité de vie car elles perturbent le sommeil, et réduisent les activités physiques, en raison du dérouillage matinal souvent prolongé.

► Les douleurs osseuses

On néglige souvent les douleurs osseuses non cancéreuses, or les douleurs osseuses sont fréquentes chez le sujet âgé, dominées par les fractures ostéoporotiques et les douleurs liées à la maladie osseuse de Paget. Ces douleurs sont souvent sous-estimées, car on considère que l'ostéoporose ne fait pas mal en dehors des épisodes de fractures osseuses ou de tassement vertébral. Mais les douleurs chroniques

après tassement vertébral ostéoporotique sont souvent importantes, et très handicapantes, pouvant perdurer des années. La maladie de Paget osseuse est souvent asymptomatique mais les formes douloureuses doivent être dépistées, car facilement curables. Les fissures de fatigue, en particulier chez les patients très âgés ou traités par corticoïdes pour maladie inflammatoire peuvent être découvertes avec un délai important. Dans tous les cas, les lésions osseuses secondaires doivent être évoquées devant des douleurs osseuses, qu'elles soient de rythme inflammatoire mais aussi mécanique. Dans ce cas, la scintigraphie et l'IRM permettent de dépister l'origine de ces douleurs.

L'algodystrophie du sujet âgé existe et ne comporte pas de caractéristiques particulières, elle peut faire suite à un traumatisme, mais ici les facteurs iatrogènes (médicaments) ou métaboliques doivent être particulièrement recherchés. L'ostéonécrose de hanche ou du genou doit être recherchée devant des signes d'atteinte mécanique locale.

► **Les rachialgies et les douleurs ostéo-articulaires intriquées**

Chez le sujet âgé les douleurs de mécanisme divers s'intriquent souvent : les douleurs du zona peuvent mimer des douleurs rachidiennes, voire une douleur de tassement vertébral ; des douleurs des membres inférieurs avec œdème peuvent être d'origine vasculaire ou être liées à des atteintes de la maladie de Paget ou des fissures de fatigue... Les rachialgies sont très fréquentes^(8,15) et représentent des douleurs de mécanismes intriqués, mixtes.

À cet âge, il est fréquent que des douleurs soient l'expression d'éléments dépressifs, favorisés par des deuils de proches ou d'amis, aggravés par la solitude, l'isolement, le handicap ou même des difficultés financières. La douleur est encore plus que chez les sujets plus jeunes un facteur d'isolement, de repli sur soi et de perte d'autonomie⁽¹⁴⁾. Il importe donc d'analyser conjointement à la douleur la perte d'autonomie qui en résulte, les troubles du sommeil ou de l'appétit. La fibromyalgie semble exceptionnelle chez le sujet âgé mais sa reconnaissance plus facile permet d'identifier de plus en plus de cas à des âges élevés.

► Les pièges de la douleur ostéo-articulaire chez le sujet âgé

Les pièges et difficultés diagnostiques sont très fréquents chez le sujet âgé, souvent polypathologique. Les démences peuvent parfois prendre le masque d'états douloureux aigus résistants à toute approche thérapeutique. Les douleurs projetées et/ou masquées doivent être dépistées : infarctus silencieux, problèmes digestifs, sigmoïdites, ulcères... révélés par exemple par des douleurs rachidiennes, pelviennes ou de hanche. Par ailleurs tout changement de comportement, spontané ou survenant pendant un soin, chez une personne ayant des troubles de la communication verbale doit faire évoquer la possibilité d'un état douloureux et le faire rechercher⁽¹⁷⁾.

■ LES PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS OSTÉO-ARTICULAIRES DU SUJET Âgé : LES TRAITEMENTS LOCAUX ET LA PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE

La douleur du sujet âgé reste encore largement sous-traitée, en particulier ostéo-articulaire⁽²²⁾. La plupart des patients ne consultent pas, ont parfois même honte d'exprimer leur douleur ou ne suivent pas de traitement régulier pour ces symptômes⁽³²⁾. Dans ce contexte de sujets polypathologiques avec perte d'autonomie, troubles cognitifs et dépression, l'évaluation et la prise en charge seront complexes⁽²⁴⁾ et si possible dans une globalité⁽³⁰⁾.

► La prise en charge de la douleur chronique doit débuter par une évaluation spécifique et très approfondie

Nous ne développerons pas ici les spécificités de l'évaluation de la douleur du sujet âgé, traitée par ailleurs, mais il faut signaler que l'évaluation est déjà une démarche de prise en charge, à partager avec l'équipe soignante, l'entourage, la famille du malade⁽¹⁰⁾. Cette évaluation sera bien sûr adaptée aux capacités cognitives et de communication du malade, des outils d'hétéro-évaluation multidisciplinaires tels que l'échelle Doloplus 2⁽⁴⁴⁾ ou l'échelle ECPA notamment chez les patients non communicants. Dans tous les cas, en rhumatologie, l'éva-

luation de la douleur doit être associée à l'évaluation du retentissement, notamment fonctionnel. Il est important de travailler avec les équipes soignantes pour lever les freins liés à l'évaluation de la douleur et à son traitement chez le sujet âgé⁽¹⁶⁾. Le traitement devra associer des médicaments antalgiques, des méthodes non pharmacologiques (positionnement du patient, relaxation...), et des thérapeutiques locales (analgesie locale, physiothérapie, neurostimulation). Il faut personnaliser la prescription et privilégier la prévention et l'éducation⁽³⁸⁾ comme l'ont bien précisé les recommandations de la société américaine de gériatrie en 2002 (AGS 2002).

OBJECTIFS DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR OSTÉO-ARTICULAIRE DU SUJET ÂGÉ

- *Réduire les douleurs de repos et permettre un sommeil de bonne qualité;*
- *Réduire le handicap fonctionnel;*
- *Conserver l'autonomie et éviter les médicaments sédatifs;*
- *Traiter l'anxiété, l'angoisse et la dépression réactionnelle.*

► Prise en charge par des moyens médicamenteux

Les modifications pharmacologiques liées au vieillissement, la polypathologie habituelle du sujet âgé et les interactions médicamenteuses devront inciter à la prudence : il faudra prendre en compte le risque accru d'effets secondaires et de surdosage⁽⁴¹⁾, et leurs répercussions sur les fonctions cognitives, l'autonomie et l'équilibre socio-familial.

Pour chaque médicament, il sera conseillé (AGS 2002) :

- d'utiliser la posologie minimale efficace pour calmer la douleur ;
- d'utiliser les traitements régulièrement, sans prise au coup par coup ;
- d'adapter les intervalles de prise selon les résultats de la réévaluation de la douleur ;
- d'augmenter progressivement la posologie ;
- d'utiliser des médicaments à élimination rapide ;
- de privilégier la forme orale.

Les traitements antalgiques utilisés devront être adaptés à l'intensité de la douleur et à l'état de vigilance des patients : il peut être parfois

nécessaire de laisser un fond douloureux qui permet de garder une certaine vigilance et activité plutôt que d'induire des troubles de la vigilance chez ces patients par des doses trop fortes d'antalgiques qui suppriment toute autonomie, après discussion avec le patient⁽²²⁾. Dans la douleur chronique non cancéreuse, les règles d'utilisation de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qui font débuter par des antalgiques périphériques, puis continuer par des antalgiques centraux faibles (codéine, dextropropoxyphène) puis centraux forts (morphiniques) sont peu adaptées⁽⁴⁾, des traitements comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens devant être le plus souvent évités. La prise médicamenteuse doit s'adapter à l'horaire des douleurs et des activités, ou des soins. Les antalgiques doivent être renforcés avant les activités physiques, la kinésithérapie, les moments de marche.

Privilégier le paracétamol

Le paracétamol est un médicament actif sur un grand nombre de douleurs, et représente le traitement antalgique le plus sûr, il faut le privilégier en première intention. Les antalgiques de niveau 1 sont en général les mieux supportés, dénués d'effets secondaires sur la mémoire ou les fonctions cognitives. Le paracétamol est l'antalgique le moins toxique. Il doit être prescrit en première intention. Les recommandations de l'EULAR sur la prise en charge de l'arthrose l'ont placé en première place de cette prise en charge⁽⁴⁷⁾. On prescrit actuellement une dose de 1 gramme jusqu'à 4 grammes par jour, sauf chez l'insuffisant hépatique⁽⁴⁰⁾.

Éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS sont habituellement réservés aux douleurs de type inflammatoire avec une co-prescription d'un protecteur gastrique type inhibiteur de la pompe à protons. Leur utilisation reste très importante, pour certains auteurs retrouvée chez plus de 50 % des patients douloureux de plus de 75 ans⁽²²⁾, malgré les risques iatrogènes importants. Leur utilisation devra être très restreinte chez le sujet âgé, et limitée dans le temps⁽²¹⁾. La fonction rénale et la pression artérielle doivent être surveillées régulièrement. Il faut éviter les formes retard, l'association aux diurétiques et IEC, l'association aux anti-vitamines K, mais aussi à l'aspirine. Il ne faut pas prescrire de forme injectable ou rectale au long cours, il faut se méfier des risques d'hémorragie digestive basse ou de perforation chez les sujets porteurs d'une diverticu-

lose colique, risque non prévenu par les traitements anti-ulcéreux⁽⁴⁵⁾. Les inhibiteurs sélectifs comportent moins de risques gastro-duodénaux qui doivent être mis en balance avec un risque cardio-vasculaire accru et une toxicité générale qui rejoint celle des AINS classiques⁽³⁴⁾. Par contre, leur utilisation dans les douleurs cancéreuses, notamment osseuses, est très intéressante en association avec les morphiniques.

Les antalgiques de palier 2

On utilise largement les antalgiques dits de palier 2 chez le sujet âgé. En fait, ces traitements doivent être utilisés avec prudence, avec des règles proches de celles observées pour les paliers 3. La constipation sera systématiquement prévenue par une coprescription, comme pour les antalgiques de palier 3. Attention ici aussi aux formes retard – notamment de tramadol – qui peuvent s'accumuler chez le sujet âgé. Le tramadol a une action particulièrement intéressante dans le cas de douleurs neuropathiques, de part ses propriétés antalgiques monoaminergiques.

Dédramatiser les opioïdes de palier 3 mais bien savoir les utiliser

Les morphiniques de palier 3 sont utilisés plus fréquemment chez les sujets de plus de 85 ans (16 %) que chez les sujets de 70 à 85 ans (6 %)⁽²²⁾. Le recours aux morphiniques est à développer, avec certaines précautions⁽³⁵⁾. La sécurité de ces traitements est supérieure à celle des AINS⁽³⁷⁾. On débutera par de très faibles doses en privilégiant les formes orales (par exemple : 10 mg de sulfate de morphine matin et soir pour commencer). Pour les opioïdes et la morphine en particulier, la surveillance des effets secondaires chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale doit se concentrer sur les effets respiratoires et neuropsychiques. Parmi les autres effets secondaires, la constipation doit être systématiquement et précocement prévenue et la rétention urinaire recherchée.

Les produits du palier 3 ne sont pas réservés qu'aux douleurs de fin de vie⁽⁴³⁾. C'est l'intensité de la douleur qui justifie leur utilisation. Débuter par des dosages faibles, pour éviter la confusion, les hallucinations et troubles cognitifs fréquents chez le sujet âgé. Pour la morphine immédiate, la posologie initiale recommandée est de 2,5 à 5 mg toutes les 4 heures avec un intervalle minimal de 8 heures entre deux majorations de doses (+ 25 à 50 %). Pour éviter une prise nocturne, il est licite de doubler une dose de début de nuit. La prise

suivante se fera alors 8 heures plus tard. Pour la morphine retard, la dose initiale sera généralement de 10 mg toutes les 12 heures. Si une morphine à libération immédiate a été utilisée pour rechercher la dose nécessaire, on répartit la même dose en deux prises espacées de 12 heures.

Les co-antalgiques chez le sujet âgé

Les **antidépresseurs** devront répondre à des règles de prescription prudentes en raison des risques de confusion et d'hypotension chez le sujet âgé. Les doses sont habituellement réduites du tiers par rapport aux sujets de moins de 65 ans. Chez la personne âgée, l'utilisation des antidépresseurs peut être limitée par les effets secondaires (hypotension, bouche sèche, somnolence...) et les contre-indications (Glaucome, adénome de la prostate) (Max et coll, 1992).

Les **anticonvulsivants**, notamment la gabapentine peuvent être utiles dans les radiculalgies chroniques d'origine rachidienne. Il n'y a pas d'adaptation des doses nécessaire chez les sujets âgés sans insuffisance rénale.

Les **bisphosphonates** peuvent être utiles à la phase aiguë d'un tassement vertébral, mais il n'existe pas d'étude ayant prouvé leur action antalgique pure dans le tassement vertébral.

Les **corticoïdes** par voie générale à titre antalgique doivent être évités, y compris dans les névralgies cervico-brachiales et cruralgies hyperalgiques. On les réserve aux atteintes inflammatoires ou néoplasiques. Leur utilisation se fait dans les mêmes indications que chez le sujet adulte. Par contre il est indispensable de réduire les doses et prévenir les effets secondaires, notamment cognitifs ainsi que les diabètes induits, même par des injections locales.

► Prise en charge par des moyens non médicamenteux

Préférer les gestes locaux pour réduire la toxicité générale

Les gestes locaux sont très utilisés et permettent d'éviter les thérapeutiques par voie générale : infiltrations intra-articulaires, articulaires postérieures, épидurales (lombosciatiques), costo-transversaires, foraminales, voire intra-discales (hernies discales) ou intra-thécales (canaux lombaires étroits)⁽⁴²⁾... Il faut malgré tout se méfier des décompensations de diabète et d'hypertension dans les suites d'une infiltration de dérivés corticoïdes. Une hospitalisation pour

surveillance peut parfois être nécessaire chez les sujets à risque, notamment traités par anticoagulants. L'acupuncture peut apporter un soulagement chez les patients âgés souffrant de lombalgies, comme l'a montré une étude récente⁽²⁵⁾.

Privilégier la prise en charge ambulatoire

S'il est plus facile de traiter et d'évaluer un patient à l'hôpital ou en institution, il paraît malgré tout préférable d'envisager une prise en charge ambulatoire et à domicile. Des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) devraient être formées à la douleur, son évaluation et sa prise en charge. Les échelles d'évaluation restent encore trop peu utilisées par les structures d'HAD. Un des éléments essentiels du traitement est le reconditionnement physique mais aussi psychique de ces patients qui ont tendance à réduire leurs activités du fait des douleurs et de leurs problèmes personnels. La rééducation de la marche, les exercices de mobilisation douce active du rachis, les contractions isométriques des membres, la musculation abdominale sous la surveillance d'un kinésithérapeute sont des éléments fondamentaux à surveiller et évaluer, au même titre que l'efficacité d'un médicament. Enfin, chez le sujet âgé, en tenant compte de ses capacités cognitives, on peut proposer des approches cognitivo-comportementales, qui sont efficaces sur la prise en charge de la douleur chronique⁽²⁸⁾.

éviter quelques gestes à risque et privilégier l'autonomie

Les manipulations vertébrales sont à proscrire car il existe un risque de fracture osseuse chez ces patients ostéoporotiques. Les orthèses de contention (corsets) sont parfois utiles à la phase aiguë de certaines douleurs vertébrales ou dans des scolioses évoluées⁽³⁶⁾. Malgré tout, ces corsets sont souvent mal supportés, parfois à l'origine de douleurs positionnelles inguinales en particulier chez les sujets obèses et il ne faut pas être un partisan aveugle et obstiné de ces techniques souvent onéreuses et ressenties de plus comme un carcan étouffant par les patients. Une ceinture lombaire souple pour les transports et les périodes d'activité est souvent suffisante. Le port d'une canne (du côté non douloureux) avec un apprentissage est aussi utile que la prescription d'antalgiques.

La prise en charge physique

Chez certains patients encore assez valides, sans pathologie coronaire évolutive, on peut recommander la pratique de sports (club du troisième âge) comme le yoga, la natation, le Tai-Chi ou la gymnastique douce. Enfin une adaptation du domicile des patients peut être parfois nécessaire en collaboration avec un ergothérapeute pour permettre la réalisation de gestes simples de la vie courante (se déplacer, se nourrir, se laver, s'habiller...). Les cures thermales ont montré leur efficacité à trois mois dans l'arthrose des membres inférieurs et ont un rôle utile de réactivation physique mais aussi psychique⁽²⁷⁾.

Utiliser l'entourage

Chez le sujet âgé, comme en pédiatrie, le rôle de l'entourage est fondamental, médiateur de la douleur au quotidien ; c'est l'entourage qui va favoriser l'observance thérapeutique, recueillir la plainte du patient et apprécier le retentissement sur la vie de tous les jours. L'absence d'entourage est bien sûr un élément péjoratif de morbidité.

■ CONCLUSION

La prise en charge des patients âgés souffrant de pathologies ostéo-articulaires nécessite une évaluation précise de la douleur mais aussi de la vie et de l'entourage de ces patients^(6,9). Le but de la prise en charge est de soulager les douleurs chroniques et les poussées aiguës fréquentes mais aussi de permettre à ces patients de garder une autonomie la plus grande et le plus longtemps possible⁽⁷⁾ en préservant la qualité de vie. La prescription médicamenteuse devra donc être adaptée aux périodes d'activité en évitant des traitements trop agressifs qui restreindraient l'activité de ces patients. Elle doit s'intégrer dans une approche globale : toute personne âgée douloureuse a droit à une prise en charge de sa douleur au même titre que tout patient, les principes fondamentaux de celle-ci restant les mêmes, à condition de respecter les modifications pharmacologiques liées à l'âge.

En résumé

- *Les douleurs rhumatologiques représentent la cause la plus fréquente de douleurs chez le sujet âgé, soit plus de 50 % des causes de douleur : arthrose des membres et du rachis, rhumatismes inflammatoires, douleurs osseuses...*
- *Le plus généralement, les douleurs sont mixtes, nociceptives et neuropathiques, souvent intriquées et il existe de nombreux pièges diagnostiques. Ces douleurs sont un facteur majeur de morbidité mais aussi d'une perte importante de l'autonomie du sujet âgé.*
- *Les objectifs du traitement de la douleur ostéo-articulaire du sujet âgé :*
 - réduire les douleurs de repos et permettre un sommeil de bonne qualité;
 - réduire le handicap fonctionnel;
 - conserver l'autonomie et éviter les médicaments sédatifs;
 - traiter l'anxiété, l'angoisse et la dépression réactionnelle.
- *Les principes de la prise en charge thérapeutique :*
 - il sera conseillé au maximum d'utiliser les traitements locaux et les approches non médicamenteuses, et d'avoir une approche globale;
 - la prescription médicamenteuse devra être adaptée aux périodes d'activité en évitant des traitements trop agressifs qui restreindraient l'activité de ces patients.

Références

1. Agudelo CA, Wise CM. Crystal-associated arthritis in the elderly. *Rheum Dis Clin North Am* 2000; 26:517-26
2. American Geriatric Society Panel on Chronic Pain in Older Persons (2002). The management of persistent pain in older persons:AGS panel on persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 6 (50), supplement 205-224.
3. ANAES 2000. Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.
4. Bannwarth B. Is the WHO analgesic ladder for cancer pain management appropriate for rheumatology patients? *Rev Rhum Engl Ed.* 1999;66:241-4.
5. Barkin RL, Barkin SJ, Barkin DS. Perception, assessment, treatment, and management of pain in the elderly. *Clin Geriatr Med.* 2005;21:465-90.
6. Berry, P.H., & Dahl, J.L. The new JCAHO pain standards: implications for pain management nurses. *Pain Management Nursing* 2000; 1 : 3-12.
7. Blumstein H, Gorevic PD. Rheumatologic illnesses: treatment strategies for older adults. *Geriatrics*. 2005;60:28-35.
8. Bressler HB, Keyes WJ, Rochon PA, Badley E. The prevalence of low back pain in the elderly.A systematic review of the literature. *Spine* 1999 ; 24:1813-9
9. Chodosh J, Solomon D, Roth C, Chang J, MacLean C, Ferrell B, Shekelle P, Wenger N. The quality of medical care provided to vulnerable older patients with chronic pain. *JAGS*. 2004;52:756-761.
10. Cohen-Mansfield, J. Relatives' assessment of pain in cognitively impaired nursing home residents. *J Pain Symptom Manage* ; 2002 : 24, 562-571.
11. D'Astolfo CJ, Humphreys BK. A record review of reported musculoskeletal pain in Ontario long term facility. *BMC Geriatrics* 2006; 6 :5.
12. Davis MP, Horvitz HR. Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs and Aging*. 2003;20:23-57.
13. Davis, M.N., & Srivastava, M. Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs and Aging* 2003 ; 20 : 23-57.
14. Downe-Wamboldt BL, Melanson PM. Emotions, coping, and psychological well-being in elderly people with arthritis. *West J Nurs Res* 1995;17:250-65
15. Edmond SL, Felson DT. Prevalence of back symptoms in elders. *J Rheumatol* 2000; 27: 220-5.

16. Ersek M. Enhancing effective pain management by addressing patient barriers to analgesic use. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 1999; 1 : 87-96.
17. Feld K. The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). *Pain Management Nursing* 2000; 1 :12-21.
18. Ferrell B.A. Pain management. *Clinics in Geriatric Medicine* 2000; 16 : 853-74.
19. Freedman GM. Chronic pain. Clinical management of common causes of geriatric pain. *Geriatrics*. 2002;57:36-41.
20. Galer B.S., Rowbotham M.C., Perander J., Friedman E. Topical lidocaine patch relieves postherpetic neuralgia more effectively than a vehicle topical patch: Results of an enriched enrollment study. *Pain* 1999 ; 80 : 533-538.
21. Garcia R.L.A. Nonsteroidal antiinflammatory drugs, ulcers and risk: A collaborative meta-analysis. *Semin Arthritis Rheumatol*, 1997 : 26, supplement 16-20.
22. Hartikainen SA, Mantyselka PT, Louhivuori-Laako KA, Sulkava RO. Balancing pain and analgesic treatment in the home-dwelling elderly. *Ann Pharmacother*. 2005;39:11-6.
23. Helme R.D., Gibson S.J. The epidemiology of pain in elderly people. *Clinics in Geriatric Medicine* 2001 ; 17 : 417-31.
24. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:170-92.
25. toh K, Katsumi Y, Hirota S, Kitakoji H. Effects of trigger point acupuncture on chronic low back pain in elderly patients-a sham-controlled randomised trial. *Acupunct Med*. 2006;24:5-12
26. Jakobsson U., Klevsgard R., Westergren,A., Rahm Hallberg I. Old people in pain: A comparative study. *J Pain Symptom Manage* 2003 ; 26: 625-636.
27. Kamioka H, Nakamura Y, Yazaki T, Uebaba K, Mutoh Y, Okada S, Takahashi M. Comprehensive health education combining hot spa bathing and lifestyle education in middle-aged and elderly women: one-year follow-up on randomized controlled trial of three- and six-month interventions. *J Epidemiol*. 2006;16:35-44.
28. Kerns R.D., Otis J.D., Marcus K.S. Cognitive-behavioral therapy for chronic pain in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2001 : 17, 503-23.
29. Laiho K, Tuomilehto J, Tilvis R. Prevalence of rheumatoid arthritis and musculoskeletal diseases in the elderly population. *Rheumatol Int* 2001 ; 20:85-7.
30. Leland JY. Chronic pain: primary care treatment of the older patient. *Geriatrics* 1999; 54:, 33- 37.
31. Max M.B., Lynch S.A., Muir J., Shoaf S.E., Smoller B., Dubner R. Effects of desipramine, amitriptyline, and fluoxetine on pain in diabetic neuropathy. *NEJM* 1992; 42 :131-133.

32. McCarter BH. Rheumatic diseases in the elderly: dealing with rheumatic pain in extended care facilities. *Rheum Dis Clin North Am.* 2007;33:87-108.
33. Mejdad O, Vittecoq O. Traitement de l'arthrose des patients agés. *Presse Med* 2000; 29:2157-61.
34. Mukherjee D., Nissen S.E., Topol E.J. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. *JAMA* 2001 ;286 : 954-959.
35. Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract.* 2008;8:287-313.
36. Perrot S, Menkes CJ. Nonpharmacological approaches to pain in osteoarthritis. Available options. *Drugs.* 1996;52 Suppl 3:21-6.
37. Podichetty VK, Mazaneck D, Biscup RS. Chronic nonmalignant musculoskeletal pain in older adults: clinical issues and opioid intervention. *Post Grad Med Journal.* 2003;79: 627-633.
38. Reid MC, Papaleontiou M, Ong A, Breckman R, Wethington E, Pillemer K.
39. Rowbotham, M., Harden, N., Stacey, B., Bernstein, P., & Magnus-Miller, L. Gabapentin for treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998 ; 280 : 1837-1842.
40. Schiodt FV, Rochling FA., Casey D.L., Lee W.M. Acetaminophen toxicity in an urban county hospital. *NEJM* 1997 ;337:1112-1117.
Self-management strategies to reduce pain and improve function among older adults in community settings: a review of the evidence. *Pain Med* 2008;9:409-24.
41. Shimp LA. Safety issues in the pharmacologic management of chronic pain in the elderly. *Pharmacotherapy* 1998; 18: 1313-22.
42. Stanczak J, Blanckenhaker DG, De Smet AA, Fine J. Efficacy of epidural injections of Kenalog and Celestone in the treatment of lower back pain. *AJR* 2003;181:1255-8.
43. Trescot AM, Helm S, Hansen H, Benyamin R, Glaser SE, Adlaka R, et al. Opioids in the management of chronic non-cancer pain: an update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines. *Pain Physician.* 2008;11(2 Suppl):S5-S62.
44. Wary B. Doloplus-2, une échelle pour la mesure de la douleur. *Soins Gerontol.* 1999;19:25-7.
45. Wolfe M.M., Lichtenstein D.R., Singh G. (1999). Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *New England Journal of Medicine,* 340, 1888-1899.

46. Yazici Y, Paget SA. Elderly-onset rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2000 Aug;26(3):527-46.
47. Zhang W, Doherty M, Arden N and coll. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*. 2005;64 : 669-81.

8. IMPACT DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE AU COURS DU VIEILLISSEMENT

Docteur Gisèle Pickering

La douleur neuropathique a une prévalence estimée autour de 8 % chez la personne âgée. De nombreuses pathologies, dont l'incidence est forte au cours du vieillissement, peuvent induire ce type de douleur : diabète, zona, cancer, chirurgie, ou radiculopathies. Une atteinte nerveuse causée par une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux central ou périphérique, ainsi que certains signes et symptômes, dont une anomalie de la sensibilité, caractérisent ces douleurs neuropathiques qui sont à type de brûlure, de piqûre, de compression, d'étau, de décharge électrique ou de coup de couteau. Difficilement supportables par leur caractère rebelle et persistant, elles sont, de plus, une gêne réelle dans la vie quotidienne lorsqu'un stimulus non nociceptif comme le simple frôlement d'un vêtement (allodynie) ou le froid (allodynie au froid du cisplatin) l'exacerbe. Chez le sujet âgé, très âgé ou fragile, que la chronicisation de la douleur rend encore plus vulnérable, une altération multifactorielle de la qualité de vie est observée et accompagne cette maladie. Ceci est particulièrement vrai avec la douleur neuropathique car cette douleur peut durer des années, s'accompagner de la consommation d'un grand nombre de traitements non dénués eux-mêmes d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses, d'un nomadisme médical et de conséquences psychologiques délétères.

■ REPÉRER ET ÉVALUER LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

Le repérage de toute douleur peut être très difficile chez la personne âgée qui tend à se résigner en estimant qu'il est normal de souffrir lorsque l'on vieillit. Repérer le caractère neuropathique de la douleur

repose sur les mêmes instruments que chez un sujet plus jeune. Basée sur le mécanisme ou sur l'étiologie de la douleur, la caractérisation de la douleur neuropathique se heurte vite à une évaluation adéquate afin de proposer un traitement adapté. Les dimensions affectivo/cognitives de la douleur ne doivent pas être sous-estimées surtout chez la personne âgée chez qui ces domaines sont souvent précaires du fait de la douleur elle-même ou du contexte psychosocial. Repérer avec le DN4⁽³⁾, évaluer avec l'échelle numérique ou verbale simple (avec des caractères de grande taille), complétée par le Questionnaire de Saint-Antoine, qui inclut une approche qualitative et émotionnelle de la caractérisation de la douleur, sont les outils utilisés; les tests pharmacologiques ont également un rôle à jouer mais viennent plus tard chez le sujet âgé. L'interrogatoire et l'examen clinique permettent d'obtenir des informations précieuses sur la douleur, comme la localisation, l'intensité, les paroxysmes, les zones gâchette, l'allodynie... et beaucoup d'informations passent par le langage. Ainsi, la difficulté de l'évaluation de la douleur neuropathique est manifeste chez le sujet dément, aphasique ou avec des troubles de la communication verbale. En effet, tout questionnaire est un facteur limitant si le patient ne peut donner des explications sur le type de douleur qu'il ressent. L'allodynie peut bien sûr être recherchée et même si le patient sursaute ou manifeste une réaction algique, cette réaction peut ne pas être causée par la douleur, mais être émotionnelle, liée à la peur ou à la crainte. L'utilisation d'une échelle d'hétéroévaluation comme Doloplus, ECPA ou PACSLAC⁽¹⁵⁾ peut aider à déterminer si le patient a une douleur, mais certainement pas que cette douleur a un caractère neuropathique. Les changements de lieu de vie de ces patients, le dossier patient qui ne suit pas, le non-report dans celui-ci de pathologies génératrices de douleur neuropathique (zona, accident vasculaire cérébral...) sont autant de freins au passage de l'information que ce patient a une douleur neuropathique. Cette remarque plaide pour que l'"item douleur" ou que la pathologie, qui peut avoir une conséquence potentiellement neuropathique, soit systématiquement noté, surtout chez les sujets âgés dont la capacité cognitive peut rapidement décliner et empêcher le témoignage crucial qui permettra plus tard une prise en charge adaptée.

■ L'ÂGE EST-IL UN FACTEUR DE RISQUE DE DÉVELOPPER UNE DOULEUR NEUROPATHIQUE ?

Le développement de nombreuses pathologies est associé à l'âge et parmi celles-ci certaines sont bien décrites comme pouvant entraîner une neuropathie, qui de plus peut être douloureuse, sans que l'on connaisse encore véritablement les causes exactes de cette inflexion douloureuse. Le diabète, le cancer, le zona, les radiculopathies cervicales et lombaires, la chirurgie, les traumatismes, les accidents vasculaires cérébraux, les escarres, sont en effet plus fréquents chez le sujet âgé. Le diabète a pour complication la plus fréquente, à long terme, une neuropathie chronique sensori-motrice avec perte sensitive progressive prédisposant aux ulcérations des membres inférieurs, et répondant aux critères de douleur neuropathique. La littérature rapporte que 3 à 32 % de patients diabétiques développent une douleur neuropathique mais les études présentées sont souvent anciennes avec des défauts méthodologiques et des critères d'évaluation hétérogènes. Selon des travaux plus récents, la prévalence de douleur neuropathique est estimée de 16,2 %⁽⁴⁾ à 26,4%⁽⁵⁾. L'âge des patients diabétiques (diabète de type 2) de ces études est en moyenne de 63-65 ans, avec une prévalence qui augmente de 13 à 18% entre 40 et 80 ans⁽⁴⁾.

Les patients âgés sont particulièrement affectés par les pathologies cancéreuses, et la maladie, la chirurgie associée ainsi que certains traitements anticancéreux comme le cisplatine et les taxols peuvent entraîner une neuropathie douloureuse. Une étude⁽²⁾ a toutefois montré que les patients cancéreux âgés n'ont pas plus de risque (52,9 % contre 50 %) de développer une pathologie neuropathique douloureuse liée à la chimiothérapie (cisplatine ou paclitaxel) que des patients plus jeunes, et que l'âge n'est pas associé à une plus forte intensité de la douleur. Ces travaux confirment des travaux de Perez et al., 2001, qui avaient montré qu'il n'existe pas de corrélation entre l'âge et la douleur post traitement par paclitaxel chez des sujets âgés. La douleur neuropathique post-zostérienne est une complication du zona qui résulte de la réactivation du virus de la varicelle dans les ganglions de la corne dorsale de la moelle épinière, réactivation favorisée par un déclin progressif de l'immunité à médiation cellulaire au virus avec l'âge. L'incidence et la sévérité du zona augmentent avec

l'âge et plus de la moitié des personnes qui développent un zona ont plus de 60 ans⁽⁸⁾. Des complications, dont la douleur, se produisent chez un patient sur deux après que l'éruption cutanée ait cicatrisé. La fréquence et la sévérité de la neuropathie post-zostérienne augmentent également avec l'âge et ces douleurs peuvent durer des mois, voire des années. Une étude prospective menée chez 598 personnes de plus de 50 ans⁽¹³⁾ montre que l'âge, mais aussi la sévérité de l'éruption cutanée ainsi que l'intensité de la douleur aiguë sont des facteurs prédictifs du développement d'une douleur neuropathique post-zostérienne. L'arrivée prochaine d'un vaccin contre le zona ouvre des perspectives préventives intéressantes : en effet, une large étude prospective contrôlée, en double aveugle contre placebo chez plus de 35 000 adultes de plus de 60 ans a montré une action préventive du vaccin (à 51 %) et une réduction de la morbidité liée au zona et aux douleurs post-zostériennes (à plus de 66 %).

■ DOULEUR NEUROPATHIQUE, VIE QUOTIDIENNE ET QUALITÉ DE VIE DU SUJET Âgé

De nombreuses études ont montré que la douleur chronique a des retentissements délétères sur divers aspects de la vie quotidienne et de la qualité de vie⁽⁹⁾. Au cours des dix dernières années des études menées spécifiquement chez la personne âgée ont été publiées, et ont confirmé, de manière péjorative, les résultats obtenus dans des populations plus jeunes. Une revue récente de la littérature portant sur la douleur neuropathique post-zostérienne et la qualité de vie⁽¹⁷⁾ rapporte que les scores des questionnaires de qualité de vie utilisés dans ces études, SF36⁽²³⁾, SF12⁽²²⁾, EuroQOL⁽⁶⁾, Activités de la vie quotidienne, Zoster Brief Pain Inventory (ZBPI), Zoster Impact Questionnaire (ZIQ)⁽²⁰⁾ témoignent tous d'une altération de la qualité de vie. Les activités physiques quotidiennes sont affectées avec une difficulté progressive à effectuer des tâches simples et une perte d'autonomie dans la gestion de la vie domestique et sociale. Les troubles du sommeil accentuent encore la perte d'énergie et la fatigue ; l'anxiété et la dépression sont également très fréquemment associées à la douleur chronique surtout chez la personne âgée dans un contexte d'isolement social et/ou de veuvage. Un outil très intéressant a été développé récemment pour l'évaluation de la qualité de vie

spécifiquement dans la douleur neuropathique et est en cours de validation chez des sujets âgés⁽¹⁹⁾. La notion de la charge de la douleur “burden of pain” est également de plus en plus utilisée dans une évaluation globale de l’impact de la douleur⁽²¹⁾.

Les études chez l’animal nous donnent également des informations intéressantes sur les liens entre douleur neuropathique et vieillissement. En effet, nous avions montré⁽¹⁵⁾ que la perception de douleur neuropathique n’était pas linéaire avec l’âge, chez des rats jeunes, adultes, âgés et sénescents (groupe correspondant à nos centenaires). En effet, les rats âgés s’étaient montrés beaucoup plus douloureux suite à la ligature expérimentale du sciatique que les rats sénescents et une atteinte cognitive avait alors été évoquée. Une étude également chez le rat⁽¹¹⁾ s’est intéressée récemment à l’impact de l’âge sur les comportements cognitivo-émotionnels induits par une lésion du nerf sciatique : les animaux âgés semblent plus susceptibles de développer une détérioration cognitive et une dépression que les animaux sénescents ou plus jeunes. Ces résultats sensoriels et cognitivo-émotionnels, bien qu’encore mal expliqués, convergent de manière harmonieuse vers un moindre impact de la douleur neuropathique chez l’animal très âgé, peut-être simplement parce que les structures cérébrales concernées sont plus endommagées par le vieillissement mais cette hypothèse nécessite d’être confirmée. Une autre hypothèse concerne les faisceaux inhibiteurs descendants qui fonctionneraient beaucoup moins efficacement chez le sujet âgé que sénescents, conduisant à l’observation d’un pic de plainte douloureuse vers 70 ans et à une atténuation par la suite, peut être par déclin concomitant des faisceaux facilitateurs de la douleur.

L’une des caractéristiques de la douleur neuropathique est la difficulté que les cliniciens ont à l’atténuer. La neuro imagerie de la structure et de la chimie du cerveau a montré que la douleur chronique affecte non seulement le fonctionnement cérébral mais peut entraîner des changements à long terme. Certains de ces changements peuvent être réversibles si la douleur est calmée, mais plusieurs études montrent que la douleur chronique induirait une neurodégénérescence plutôt qu’une réorganisation neuronale, et conduirait à une accélération de l’atrophie du cerveau que l’on observe de manière physiologique au cours du vieillissement. Il a été montré en

particulier que la densité de la substance grise diminue dans plusieurs régions corticales et sous-corticales, incluant le cortex préfrontal^(1,12) et que la concentration en N-acetylaspartate, témoin de la santé neuronale, est diminuée. Ces observations soulignent la fragilisation du sujet âgé et très âgé dans le cas d'une douleur neuropathique qui peut s'installer pendant des années, et pourraient expliquer en partie les troubles cognitifs que l'on observe chez les douloureux chroniques. En effet, des études menées chez ces patients ont montré une corrélation entre douleur chronique et baisse de la flexibilité mentale⁽¹⁰⁾ ainsi qu'une corrélation entre intensité de la douleur et baisse de la performance neuropsychologique, baisse de l'activité physique et des activités de la vie quotidienne⁽²⁴⁾. Le cœur du problème est la cognition, intermédiaire déterminant entre la douleur chronique et le mouvement, et pourrait être tenue plus responsable de la baisse d'activité physique que la douleur elle-même.

Ce rôle pilote de la cognition est d'autant plus important que de nombreux médicaments antalgiques ont des effets indésirables centraux dont l'effet dans la neurodégénérence est très peu connu. Ces interactions de la douleur, des adaptations à la douleur, des médicaments et du vieillissement, constituent un écheveau complexe qu'il n'est pas facile de débrouiller lors de l'évaluation neuropsychologique de ces sujets. Une altération cognitive significative chez des sujets traités avec des médicaments pour une douleur neuropathique ainsi qu'un appauvrissement du langage descriptif de la douleur ressentie ont été montrés dans une étude récente⁽¹⁶⁾: il faudra toutefois également montrer la part jouée par les antalgiques pour en évaluer un véritable bénéfice/risque sur la fonction cérébrale. La polymédication de la personne âgée accentue le risque de pathologie iatrogène et majore le risque d'interaction médicamenteuse grave, et les effets secondaires constituent souvent un facteur limitant du traitement de la douleur neuropathique. L'approche non pharmacologique, bien que très peu étudiée dans la prise en charge de la douleur neuropathique, a certainement une place à jouer. La relation médecins-patient est extrêmement importante chez le sujet âgé qui a déjà une longue histoire d'échecs répétés, de faux espoirs, d'attentes et quelquefois de perte de confiance. Le renforcement positif est essentiel quand on sait que l'anticipation négative d'un traitement ou d'un suivi médical⁽⁷⁾ peut inhiber les faisceaux inhibiteurs descendants de

la douleur au niveau de la moelle épinière, axe déjà moins performant avec le vieillissement physiologique. Les mots employés par le soignant, sa gestuelle, le langage et les sens du patient sont autant de voies d'approche positive qui se développent dans le domaine de la douleur et de manière plus générale dans le domaine des soins à la personne âgée.

■ CONCLUSION

Bien que les effets délétères de la douleur neuropathique soient évidents et bien rapportés dans la population générale, il manque encore des études épidémiologiques et des essais cliniques contrôlés, spécifiquement chez les plus de 65 ans. Les domaines cognitivo-émotionnels doivent être privilégiés chez la personne vieillissante car la fragilisation neuronale participe certainement à l'engrenage de chronicisation de la douleur - inefficacité des traitements - lassitude, puis perte progressive d'autonomie physique et mentale. L'intérêt d'utiliser des stratégies thérapeutiques polymodales, médicamenteuses et non-médicamenteuses, doit être étudié de manière méthodologique, en laissant aussi une place non pas pour la résignation mais pour un apprentissage à l'acceptation de la douleur dans le but du maintien d'une hygiène et d'une qualité de vie satisfaisantes pour la personne âgée.

En résumé

- *L'évaluation de la présence d'une douleur neuropathique chez le patient âgé est particulièrement difficile lorsqu'il existe des troubles cognitifs et/ou de la communication.*
- *Les nombreux médicaments et les polypathologies liées au vieillissement compliquent la prise en charge de la douleur neuropathique chez la personne âgée et induisent fréquemment une iatrogénie médicamenteuse, quelquefois sévère, qui doit être systématiquement prévenue lorsque cela est possible.*
- *L'influence de la douleur et des traitements sur la sphère cognitivo-émotionnelle, l'apport des approches « non médicamenteuses » méritent d'être explorés plus avant dans cette population vulnérable où la douleur a des conséquences certaines sur la perte d'autonomie.*

Références

- Apkarian AV, Sosa Y, Sonty S, et al. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *J Neurosci* 2004;24:10410 -10415.
- Argyriou AA, Polychronopoulos P, Koutras A, Iconomou G, Gourzis P, Assimakopoulos K, Kalofonos HP, Chroni E. Is advanced age associated with increased incidence and severity of chemotherapy-induced peripheral neuropathy? *Support Care Cancer*. 2006 Mar;14(3):223-9.
- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;114:29-36.
- Daousi C, MacFarlane IA, Woodward A, Nurmiikko TJ, Bundred PE, Benbow SJ. Chronic painful peripheral neuropathy in an urban community: a controlled comparison of people with and without diabetes. *Diabet Med*. 2004 Sep;21(9):976-82.
- Davies M, Brophy S, Williams R, Taylor A. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2006 Jul;29(7):1518-22.
- EuroQol Group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
- Goffaux P, Redmond WJ, Rainville P, Marchand S. Descending analgesia—when the spine echoes what the brain expects. *Pain*. 2007 Jul;130(1-2):137-43.
- Hope-Simpson; Postherpetic neuralgia. *J Royal Col GP*. 1975;25 :571-575.
- Jensen MP, Chodroff MJ, Dworkin RH The impact of neuropathic pain on health-related quality of life. *Neurology*. 2007;68:1178-1182.
- Karp JF; Reynolds CF 3rd, Butters MA, Dew MA, Mazumdar S, Begley AE, Lenze E, Weiner DK. The relationship between pain and mental flexibility in older adult pain clinic patients. *Pain Med*. 2006 Sep-Oct;7(5):444-52.
- Leite-Almeida H, Almeida-Torres L, Mesquita AR, Pertovaara A, Sousa N, Cerqueira JJ, Almeida A. The impact of age on emotional and cognitive behaviours triggered by experimental neuropathy in rats *PAIN*. 2009; 144:57-65.
- Metz AE, Yau HJ, Centeno MV, Apkarian AV, Martina M. Morphological and functional reorganization of rat medial prefrontal cortex in neuropathic pain. *PNAS* 2009 ; 106 (7): 2423-2428.
- Opstelten W, Zuijthoff NP, van Essen GA, van Loon AM, van Wijck AJ, Kalkman CJ, Verheij TJ, Moons KG. Predicting postherpetic neuralgia in elderly primary care patients with herpes zoster: prospective prognostic study. *Pain*. 2007 Nov; 132 Suppl 1:S52-9.

14. Perez EA, Vogel CL, Irwin DH, Kirshner JJ, Patel R (2001) Multicenter phase II trial of weekly paclitaxel in women with metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 19(22):4216–4223.
15. Pickering G, Gibson SJ, Serboui S, Odetti P, Gonçalves JF, Gambassi G, Guarda H, Hamers JP, Lussier D, Monacelli F, Garrote JM, Zwakhalen SM, Barneto D, Doloplus C, Wary B. Reliability study in five languages of the translation of the pain behavioural scale Doloplus. *Eur J Pain*. 2009 Sep 9.
16. Salimani R, Sembel N, Roux D, Bigay V, Dubray C, Pickering G. Cognitive impact of post-herpetic neuropathic pain in older persons. Poster présenté, SIG, Athènes, mai 2010.
17. Pickering G, Leplege A. Herpes zoster pain, post-herpetic neuralgia and quality of life in the elderly (en cours de soumission).
18. Pickering G, Millecamp M, Jourdan D, Alliot J, Chapuy E, Eschalier A. Age-related impact of chronic pain on animal behaviour. *Eur J Pain* 2006 10(8) :740-55.
19. Poole H, Murphy P, Nurmikko. Development and Preliminary Validation of the NePQoL:A Quality-of-Life Measure for Neuropathic Pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 2009; 37 (2): 233-7.
20. Schmader KE, Sloane R, Pieper C, Coplan PM, Nikas A, Saddier P, Chan IS, Choo P, Levin MJ, Johnson G, Williams HM, Oxman MN. The impact of acute herpes zoster pain and discomfort on functional status and quality of life in older adults. *Clin J Pain*. 2007 Jul ;23(6):490-6.
21. Van Seveter R, Sadosky A, Lucero M, Dukes E. A cross-sectional survey of health state impairment and treatment patterns in patients with postherpetic neuralgia. *Age and Ageing* 2006; 35: 132-137.
22. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-12®: How to Score the SF-12® Physical and Mental Health Summary Scales. Second Edition edition. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1995.
23. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6):473-83.
24. Weiner DK, Rudy TE, Morrow L, Slaboda J, Lieber S. The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. *Pain Med*. 2006 Jan-Feb;7(1):60-70.

9. DOULEUR ET FIN DE VIE

Docteur Bernard Wary

La douleur chez les personnes âgées en fin de vie présente plusieurs particularités, tant sur le plan épidémiologique que physiopathologique, pharmacologique, psychologique et éthique. Sa prévalence est considérable, ses étiologies multiples, son évaluation particulière, sa prise en charge bousculant nos habitudes et remettant en question quelques règles qui semblaient bien établies. Cela impose des connaissances elles-mêmes multiples, associant rigueur scientifique et humanité. En fin de vie, douleur, symptômes pénibles et souffrances sont très souvent liées, imposant un “prendre soin” conjuguant prévention et traitement, approches médicamenteuses et non médicamenteuses, savoir-faire et savoir être.

■ UNE PRÉVALENCE CONSIDÉRABLE

Si la prévalence globale de la douleur chez les personnes âgées est déjà plus importante que chez les adultes jeunes, celle-ci est encore accrue en fin de vie, atteignant des pourcentages de l'ordre de 85 %. Il va donc de soi qu'il faudra constamment suspecter ce symptôme et mettre en œuvre une démarche non pas compassionnelle mais scientifique et humaine, associant évaluation, recherche des étiologies et des mécanismes en cause, traitement étiologique ou purement symptomatique, médicamenteux ou non.

■ UNE NÉCESSITÉ ACCRUE DU RECOURS À L'HÉTÉRO-ÉVALUATION

Nous ne développerons pas le thème de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée, qui fait l'objet d'un chapitre à part entière

dans cet ouvrage. Le grand âge, la polypathologie, l'association fréquente aux problèmes d'anxiété et de dépression, la fréquence des troubles cognitifs, tout cela contribue à la diminution des possibilités de recours à l'auto-évaluation.

Si celle-ci doit toujours être tentée, le recours aux échelles d'hétéro-évaluation de la douleur chez les personnes âgées en fin de vie est fréquemment nécessaire : l'échelle DOLOPLUS est la plus efficiente pour la douleur chronique, l'échelle ECPA pour la douleur récurrente et l'échelle ALGOPLUS pour la douleur aiguë.

Et comme rien n'empêche que l'on soit âgé, douloureux, dément, dépressif et en fin de vie, il est primordial d'adapter et de personnaliser les traitements proposés.

■ DES ÉTIOLOGIES NOMBREUSES ET INTRIQUÉES

Aux pathologies articulaires, rhumatismales, neurologiques, cutanées, métaboliques et virales si fréquentes en gériatrie courante, se rajoutent les pathologies cancéreuses, fréquentes en fin de vie, mais également les défaillances viscérales, associant douleurs aiguës et chroniques, douleurs nociceptives et neuropathiques.

Sur le plan purement somatique, la douleur des personnes âgées en fin de vie se caractérise par la fréquence accrue des rétractions tendineuses, des contractures musculaires, des escarres et plaies artérielles, des lésions de la cavité buccale, des rétentions d'urine et des syndromes sub-occlusifs (constipation opiniâtre, fécalome).

Ce qui est particulier à la fin de vie, c'est l'association de la douleur à d'autres symptômes pénibles qui, s'ils n'engendrent pas tous de la douleur, sont incontestablement à l'origine d'une couche supplémentaire d'inconforts majeurs. Sans reprendre ici dans le détail tous les symptômes pénibles, il nous faut cependant nous attarder un peu sur les bouches douloureuses, les nausées-vomissements, la dyspnée, les plaies et mauvaises odeurs et le syndrome confusionnel, si fréquents chez les personnes âgées en fin de vie.

► Bouche douloureuse

En prenant les symptômes pénibles au sérieux, en ayant une démarche diagnostique rigoureuse et attentionnée, on pourra

proposer un traitement personnalisé. Sans aller dans le détail, on distingue néanmoins :

- des bouches sèches : brosser les dents et nettoyer les prothèses dentaires, graisser les lèvres, humidifier l'atmosphère, faire boire autant que possible, faire mâcher des fruits (ananas, melon), utiliser les brumisateurs et la salive artificielle, l'eau gélifiée en badigeon, les stimulants salivaires... Les bains de bouche au bicarbonate de sodium à 1,4 % restent la méthode de base (effet alcalinant, fluidifiant et lubrifiant) en évitant les préparations type Hexétidine, trop astringentes et sources de douleur.
- des bouches sales : lutter contre la sécheresse, mâcher de l'ananas, gargarismes au Coca-Cola. Si les dépôts sont tenaces, nettoyer la bouche avec un mélange de sérum physiologique (75 ml) et eau oxygénée à 10 % (25 ml), retirer les dépôts et rincer au bicarbonate de sodium.
- des bouches mycosiques : nettoyer au bicarbonate de sodium, puis appliquer un antifongique local (Gel de Miconazole par exemple). Passer aux antimycosiques par voie générale si insuffisant (Fluconazole par exemple).
- des bouches ulcérées : traitements locaux à base de Xylocaïne, bains de bouche au Sucralfate (2 sachets dans un demi-verre d'eau à avaler après le bain de bouche), Thalidomide dans les aphtoses majeures et rebelles.
- des bouches hémorragiques : il s'agit presque toujours de saignements en nappe. Les bains de bouche à l'Etamsylate ne sont pas toujours efficaces et peuvent être alors relayés par la prescription de Terlipressine, vasoconstricteur puissant, par voie veineuse continue (1 à 4 mg/jour).
- des bouches malodorantes : liées presque toujours à une infection à germes anaérobies, outre les soins locaux, c'est la prescription d'une antibiothérapie adaptée par voie générale qui sera la plus judicieuse (association Métronidazole-Céfuroxime, par exemple).
- des bouches douloureuses : les douleurs de la bouche ne sont pas de petites douleurs, que l'on traite avec de petits moyens. Soigner une bouche en fin de vie peut relever de bains de bouche à l'Aspirine ou au Sucralfate, ou d'une association Morphine-Midazolam-Thalidomide dans certains cas.

► Nausées-vomissements

Là aussi, il faut s'imposer une démarche étiologique pour proposer un traitement efficace. On distingue alors les nausées d'origine digestive (Dompéridone, Métoclorapamide, Alizapride), les nausées d'origines chimique, métabolique ou médicamenteuse, notamment liées aux antalgiques (Butyrophénones, Phénothiazine, anti-5HT3), les nausées d'origine cérébro-méningée (corticoïdes, Scopolamine) et, enfin, les nausées d'origine vestibulaire, essentiellement dans les cancers de la sphère ORL (anti-Histaminiques H1, Scopolamine). Pour les nausées-vomissements réfractaires, l'association des molécules précédemment citées et l'Octréotide rendront de bons services.

► Dyspnée

Liée tant aux insuffisances cardiaques réfractaires, aux insuffisances respiratoires chroniques qu'à la pathologie cancéreuse, la dyspnée impose une démarche diagnostique, thérapeutique et éthique (où s'arrêtent les soins palliatifs ? Où commence l'obstination déraisonnable?). L'équipe pourra s'aider d'outils d'aide à la décision, bien décrits par J.M. Gomas (DDE : Démarche pour une Décision Éthique), C. Bolly ou R. Sebag-Lanoë (cf. bibliographie). En fin de vie, ce sont essentiellement la tachypnée (contrôlable par morphine) et l'encombrement bronchique (à traiter par antibiotiques et/ou scopolamine) qui sont les plus inconfortables.

► Plaies, escarres, mauvaises odeurs

En fin de vie, la philosophie de soins vis-à-vis des escarres est à redéfinir : l'objectif n'est plus de prévenir ou de guérir les escarres, mais d'assurer le confort du malade. Cela passe par un traitement antalgique personnalisé (évaluation, mécanismes en cause, douleurs induites...) et la prise en charge des mauvaises odeurs (pullulation de germes anaérobies relevant d'une antibiothérapie par voie générale adaptée).

► Syndrome confusionnel

Fréquent en fin de vie, il peut en particulier être lié au traitement antalgique (effets secondaires mais surtout surdosage) et entraîner

des comportements inadaptés des soignants (contentions excessives) eux-mêmes source de douleur.

D'autres étiologies sont évidemment possibles (médicamenteuses, toxiques, métaboliques, mécaniques, psychogènes) et, le plus souvent, réversibles.

Lorsque la douleur et les symptômes pénibles sont difficiles à contrôler et intolérables pour le malade, se pose la question de la sédation, thème que nous aborderons sous l'angle éthique en fin de chapitre.

Et comme si cela ne suffisait pas, s'y rajoutent encore les souffrances psychologiques, sociales, familiales et existentielles, illustrant parfaitement le concept de souffrance globale, ce « total pain » si bien décrit par Cicely Saunders il y a une quarantaine d'années déjà.

D'où la nécessité d'une approche scientifique rigoureuse et imprégnée d'humanité ; savoir-faire et savoir être, comme nous l'annoncions en introduction.

■ UNE FRÉQUENCE ACCRUE DES DOULEURS MIXTES

Nociception et neuropathie (qu'elle soit périphérique ou centrale) sont souvent associées, pas toujours diagnostiquées et encore trop souvent mal prises en charge.

La morphine n'est pas le médicament de la fin de vie ! Et toute douleur en fin de vie ne relève pas de morphine.

Utilisés à bon escient et aux bonnes posologies, les antidépresseurs et les antiépileptiques, mais également les topiques locaux et parfois la neurostimulation transcutanée, peuvent et doivent être utilisés, en tenant compte du poids et des modifications pharmacologiques liées au vieillissement ainsi qu'aux pathologies associées.

Les antidépresseurs

Utilisés dans le traitement des douleurs neuropathiques et, en particulier, dans les dysesthésies, les antidépresseurs tricycliques sont les plus efficaces mais leurs effets secondaires sont plus fréquents et plus gênants en gériatrie. Les antidépresseurs sérotoninergiques sont proposés en seconde intention, en privilégiant les prescriptions vespérales et en débutant à des posologies réduites de moitié par rapport à l'adulte jeune. Il faudra attendre 10 à 15 jours avant de se prononcer et d'informer le malade. Les inhibiteurs spécifiques de la

recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRS-NA) peuvent être intéressants pour leur action conjointe sur la neuropathie, l'anxiété et la dépression.

Les anti-épileptiques

Utilisés pour traiter essentiellement les décharges neuronales rencontrées dans les douleurs neuropathiques, les plus récents ne sont pas forcément les mieux tolérés. On préférera cependant la Gabapentine et la prégabaline au Clonazépam et surtout à la Carbamazépine. À signaler que certains malades ne supportent pas la Gabapentine mais tolèrent très bien la prégabaline, et vice-versa.

La Gabapentine et la prégabaline jouent surtout sur les décharges neuronales, mais ont également une action sur les dysesthésies. On débutera à de faibles posologies (Gabapentine : 2x100 mg par jour, puis augmentation progressive tous les deux jours en fonction de la tolérance et de l'effet antalgique), les posologies habituelles étant de 3x300 à 4x400mg/jour chez la personne âgée, mais pouvant atteindre 3 200 mg dans certains cas. Pour la prégabaline, il faut débuter à des posologies de 2X25 mg/jour et augmenter progressivement en recherchant la posologie minimale efficace, sans dépasser 600 mg/jour. Les posologies moyennes habituelles sont de l'ordre de 150 à 300 mg chez la personne âgée.

L'adage « *start low and go slow* » est toujours de mise chez la personne âgée, qui plus est en fin de vie.

La Carbamazépine n'est plus guère utilisée en raison de ses effets secondaires fréquents et gênants (sommolence, confusion).

Le Clonazépam, « exception française » s'il en est, reste un médicament fort utile. Prescrit essentiellement en gouttes à de faibles posologies et en privilégiant les prises véspérales (débuter par 5 gouttes au coucher/jour et augmenter progressivement en fonction des résultats, les posologies habituellement efficaces varient de 8 à 20 gouttes dans la majorité des cas en gériatrie). La voie parentérale est un recours pratique en fin de vie.

On profitera de l'effet sédatif du Clonazépam au passage ou on préférera la Clomipramine si l'on recherche, au contraire, une certaine stimulation, ce qui est plus rare en fin de vie.

Les traitements locaux

La neurostimulation transcutanée (TENS) nécessite la coopération du

malade, ce qui pose souvent problème en gériatrie, et les antidépresseurs sont parfois mal tolérés. On peut alors utiliser, dans les douleurs neuropathiques localisées, des crèmes ou pommades à base de Capsaïcine ou Lidocaïne-Prilocaine avec de bons résultats. C'est actuellement le Versatis (Lidocaïne) qui rend le plus de service dans cette indication. Analgésique à usage topique, cet anesthésique local inhibe les flux ioniques nécessaires à la conduction neuronale. Il se présente sous forme de plasters auto-adhésifs, à appliquer au maximum 12 heures par jour sur la zone de décharges neuronales (peau saine).

■ DES COMPORTEMENTS DE SOIGNANTS PAS TOUJOURS ADAPTÉS

L'altération des fonctions cognitives et la fin de vie ne doivent pas induire de fatalisme : les "soit-nants" doivent rester sérieux et motivés et ne pas se réfugier dans des réactions défensives inappropriées. Comme le rappelle Renée Sebag-Lanoë, « *Il existe encore souvent un profond mépris autour des déments, surtout lorsqu'ils sont en phase avancée. Ce mépris qui anime encore de nombreux professionnels trouve son origine dans l'ignorance et la peur. Il constitue certainement une sorte de mise à distance défensive. Il n'en est pas moins encore agissant, dans le public que parmi les professionnels de santé.* »

Il persiste en effet des préjugés tenaces, des réactions de transfert (« *Si c'était moi... ma mère...* ») et un seuil de tolérance des soignants trop important, comme l'a bien montré Florine Rosati. Pourquoi tant de difficultés pour les soignants formés à l'évaluation de la douleur à mettre en place des outils qu'ils jugent intéressants et reconnus ? Pourquoi le comportement des soignants formés face à la douleur est-il le même que celui des soignants non formés ?

Les croyances et les préjugés puisent leurs fondements dans les représentations sociales, univers d'opinions, d'attitudes, de croyances individuelles ou sociales, qui sont autant de freins à la reconnaissance de la douleur. Il n'y a pas, à proprement parler, de déni de la douleur, mais plutôt une modification du comportement du soignant face à la douleur qui tolère un certain seuil de douleur avant de la prendre réellement en charge. DéTECTée, la douleur n'est cependant pas entendue,

les infirmières déviant leurs responsabilités vers les médecins (responsables puisque prescripteurs), banalisant et dénigrant pour ne pas “tout médicaliser”. Tout se résume finalement dans ce seuil de douleur à atteindre, qui va dépendre de :

- la durée de la douleur (une douleur qui ne dure pas est supportable) ;
 - la visualisation de la douleur (on ne soigne que la douleur que l'on voit ou qui gêne) ;
 - la résistance du médecin ;
 - la crédibilité du malade (en particulier de son niveau social et cognitif) ;
 - la gravité du diagnostic (seules les pathologies graves font mal) ;
 - l'importance des lésions (seules les pathologies délabrantes font mal) ;
- Si évaluer, c'est reconnaître la douleur, c'est aussi s'exposer à sa prise en charge (vaincre ses résistances par rapport aux morphiniques ou à l'engagement dans les approches psychocomportementales, à l'écoute de la souffrance...).

■ DES MODIFICATIONS PRATIQUES DANS L'APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

► Tenir compte des modifications pharmacologiques liées au vieillissement et aux pathologies surajoutées

Diminution de la masse maigre et de l'eau corporelle, diminution de la clairance rénale et hépatique, polymédicamentation, automédication et pathologies associées (insuffisance rénale, dénutrition...), tout nous pousse à être prudents, ce qui ne veut pas dire frileux « *Start low and go slow...* »

Conséquence directe, les médicaments à demi-vie courte sont à privilégier (le Clorazépate, le Diazépam ou les patchs de Fentanyl ne sont donc pas les médicaments les plus judicieux pour traiter la douleur des personnes âgées en fin de vie). Il faudra toujours débuter par de faibles posologies, augmenter progressivement mais rapidement les doses, en recherchant la posologie minimale efficace, mais sans a priori sur les posologies élevées.

► Oser remettre en question certaines règles d'or...

Par rapport aux voies d'administration : en fin de vie, la voie orale n'est plus forcément la voie royale ; il faudra alors savoir passer aux voies transdermique, sous-cutanée, sublinguale et veineuse. Cela nécessite de connaître et respecter les règles d'équi-analgésie.

Le recours à la rotation des voies d'administration et des médicaments permettra d'optimiser l'efficacité et la tolérance des traitements.

Enfin, cela nécessite d'avoir le matériel adéquat et de savoir s'en servir (pousse-seringues et pompe à morphine en particulier). Tout ceci paraît banal et élémentaire : les pratiques observées sur le terrain montrent qu'il y a encore bien des lacunes.

Par rapport aux associations médicamenteuses : si la règle prônant de ne pas associer plus de trois médicaments (certains auteurs vont jusqu'à cinq) reste judicieuse, il n'est pas rare du tout de devoir la bafouer en fin de vie. Il faut d'abord supprimer les médicaments devenus inutiles (se poser des questions notamment sur les anti-vitamines K, l'héparine...) sans tomber dans l'abandon ou le fatalisme. Il est fréquent, en fin de vie, d'être amené à associer six, sept, huit molécules, elles-mêmes administrées par deux ou trois voies différentes. L'appréciation des risques et de l'inconfort est primordiale. Qui souffre dans cette situation (le malade, la famille, le soignant) ? Et de quoi... (le taux d'hémoglobine, d'albumine, d'urée gêne-t-il le médecin ou le patient) ?

Utiliser des galéniques adaptées : nous l'avons déjà dit, l'observance et la tolérance sont des facteurs incontournables ; si la galénique n'est pas adaptée c'est-à-dire expliquée et choisie avec le malade (ou consensus soignants quand ce dernier ne peut s'exprimer), les gouttes arroseront le sol, les grosses gélules passeront par la fenêtre et les patchs tapisseront les draps... Plus sérieusement, personnaliser les traitements et recourir aux formes les plus appropriées ; pour respecter l'adage « *Start low and go slow* », les gouttes d'Oramorph peuvent par exemple être très utiles pour la mise en route d'un traitement morphinique.

Utiliser davantage les traitements non-médicamenteux : résumer la souffrance à la douleur est une erreur, résumer le traitement de la douleur à la prescription d'antalgiques en est une autre... L'utilisation des thérapies non-médicamenteuses à visée antalgique est utile, judi-

cieuse et... sous employée ! Sachant que les effets secondaires et les surdosages en antalgiques sont plus fréquents chez la personne âgée, on voit tout de suite l'intérêt de ces thérapies. Comme le rappelle J.F. Doubrère « *On doit chercher à éviter au maximum les accidents iatrogènes médicamenteux et il est donc logique de miser sur la complémentarité et la synergie des thérapies médicamenteuses, cognitives et comportementales* ».

Ce qui fait la spécificité du grand âge, c'est la possibilité de comprendre et de participer ou non. Pour les personnes âgées communicantes et coopérantes, on utilise les mêmes thérapies cognitives et comportementales que chez l'adulte jeune : psychothérapie de soutien, sophrologie, hypnose, "coping strategies" (pensées positives, imagerie mentale, relaxation...). Mais les personnes âgées dites non-communicantes ne doivent pas être les oubliées de la douleur ! En ne se focalisant pas sur leurs fonctions supérieures, en utilisant la communication non-verbale et les fonctions sensorielles, en passant du digital à l'analogique, « *on ne peut pas ne pas communiquer !* ». Ainsi les personnes âgées atteintes de démence, par exemple, peuvent bénéficier de nombreuses approches comportementales, qui valoriseront par ailleurs le travail des soignants et réconforteront également les familles. Massages et toucher relationnels, musicothérapie, arthérapie, ateliers sensoriels, voilà quelques exemples concrets qui peuvent diminuer la douleur. Sur un plan purement physiopathologique, l'effet de ces techniques sur la douleur s'explique par l'activation du contrôle inhibiteur périphérique et la modulation de l'intégration du message nociceptif au niveau des aires cérébrales associatives.

Mieux prévenir les douleurs induites : les douleurs induites sont souvent des douleurs indues... La multiplicité des handicaps et des pathologies implique souvent des mobilisations et des soins douloureux qui viennent ajouter une couche de douleur supplémentaire, si besoin était. Fatalisme et minimisation sont ici trop fréquents. Évelyne Malaquin-Pavan rappelle qu'avant de prescrire des médicaments, fort utiles cependant, c'est toute la philosophie et l'organisation des soins qui doivent être repensées. Il faut prévenir les douleurs induites :

- avant le geste ou le soin, en entourant le soin pour limiter l'appréhension (écoute, collaboration, organisation du soin) ;
- pendant le geste ou le soin, en assurant le confort du soigné et du

soignant (installation, matériel adéquat, travail en binôme, détournement de l'attention, verbalisation, en terminant par quelque chose d'agréable);

- après le geste ou le soin, en donnant le résultat du soin, en le critiquant.

Nous insistons ici sur le savoir être et le savoir-faire des soignants, mais il va de soi que les protocoles médicamenteux restent incontournables et complémentaires. On pourra ainsi :

- prescrire un antalgique de palier 2 ou 3 selon les situations, une heure avant le geste ou le soin, en se rappelant que la posologie de cette interdose doit être de 1/10^e à 1/6^e de la posologie journalière lorsqu'on utilise la morphine orale;
- utiliser le mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote (MEOPA);
- utiliser le Midazolam en cas de soins anxiogènes;
- prescrire de la Lidocaïne-Prilocaine en application locale.

■ DÉTRESSE ET SÉDATION

Si les soins palliatifs peuvent très souvent améliorer la qualité de fin de vie, il reste néanmoins des situations difficiles, des douleurs et des souffrances insuffisamment calmées, des détresses incontrôlables.

C'est ici que peuvent naître les tentations d'euthanasie ; les palliatologues se doivent d'apporter une réponse éthiquement acceptable et radicalement différente de l'euthanasie, de par son intention (soulager sans tuer) et sa réversibilité.

La sédation doit se discuter avant l'urgence, avec le malade (quand c'est possible), avec les soignants et avec la famille. Bien comprise, elle apaise tout le monde, déculpabilise et permet à chacun de tenir son rôle. Les directives anticipées, la personne de confiance, les décisions collégiales et les prescriptions anticipées sont ici importantes pour que les soignants soient rapidement efficaces et qu'ils puissent agir sereinement, sans arrière-pensée culpabilisante.

■ PRÉVENIR LES DÉRIVES ÉTHIQUES

Est-ce la douleur que l'on veut faire taire ou le malade et ce qu'il nous renvoie ? Si le temps des cocktails lytiques semble révolu, une

* Par commodité, ce terme devenu courant mais discutable est utilisé à la place de "médecin de médecine palliative" dénomination du DESC "médecine de la douleur et médecine palliative".

mauvaise interprétation de la Loi Leonetti, et, en particulier, de ce qu'on appelle le double-effet, peut conduire à une double intentionnalité. On passe alors des cocktails lytiques aux cocktails éthiques, invitant ainsi l'euthanasie clandestine sous couvert de soins palliatifs... « *Vous avez vu comme il est calme...* » Attention aux dérives que peut engendrer la volonté de faire taire toute plainte ; si la morphine n'est pas le médicament de la fin de vie, le Midazolam n'est pas celui de l'agonie.

■ CONCLUSION

Soigner une femme ou un homme âgé douloureux en fin de vie ne s'improvise pas. Remettre en questions les dogmes et ne pas rester figés dans nos protocoles, permet de personnaliser le "prendre soin". L'écoute et l'analyse des différents paramètres par une équipe multiprofessionnelle nous imposent par ailleurs de rester attentifs et inventifs. Et quand la douleur sera calmée, quand les autres symptômes pénibles seront jugulés, la prise en compte des souffrances psychologiques, sociofamiliales et existentielles de la personne âgée en fin de vie pourra déboucher sur plus de sérénité, tant pour le malade et sa famille que pour nous les soignants.

Résumé

- *La prévalence de la douleur chez la personne âgée en fin de vie est considérable, atteignant 85 %.*
- *Pour ne pas passer à côté, le recours à l'hétéro-évaluation est accru dans cette population.*
- *Les étiologies sont nombreuses et intriquées ; l'association à d'autres symptômes pénibles est source de souffrance globale et d'inconforts majeurs.*
- *En fin de vie, la fréquence des douleurs mixtes avoisine les 50 % et nécessite des associations thérapeutiques adaptées.*
- *L'altération des fonctions cognitives engendre encore préjugés et réactions défensives de la part des "soit-nants", dont le seuil de tolérance vis-à-vis de la douleur augmente avec l'âge, qui plus est lorsque s'y associent des troubles démentiels.*
- *L'adage « Start low and go slow » est utile, mais la prudence ne doit pas pour autant engendrer une frilosité injustifiée.*
- *La fin de vie bouscule et doit nous permettre de remettre en question certaines règles d'or, tant vis-à-vis des voies d'administration que des associations médicamenteuses. Rester inventif !*
- *Tolérance et observance doivent nous inciter à proposer des galéniques adaptées et des traitements non-médicamenteux.*
- *Apprendre à organiser nos soins, pour réduire les douleurs induites, trop souvent indues...*
- *Le grand âge, la dépendance, la souffrance globale et la fin de vie ne justifient en rien les dérives éthiques, mais réclament, au contraire, compétences technique et humaine au service d'un véritable « prendre soin ».*

Références

1. Doubrere J.F, Boureau F. Thérapies non-médicamenteuses chez le sujet âgé. In La douleur des femmes et des hommes âgés- Collection Ages-santé-société, Masson, 2002, p.277-286.
2. Burucoa B., Paternostre B., Blanchet V. Situations aigües, derniers moments de la vie. In Douleurs aigües, douleurs chroniques, soins palliatifs. Boureau F et coll. Module 6. 2^e Edition. Medline Edition, 2004 ; p. 414-427.

3. Cherny N.I., Portenoy R.K. Sedation in the management of refractory symptoms : guidelines for evaluation and treatment. *J.Pall Care* 1994 ;10(1):31-38.
4. Gomas JM ; Démarche pour une décision éthique : comment préparer en équipe la meilleure décision possible dans les situations de crises ou de fin de vie. *Presse Médicale*, tome 30, N°19-2001.
5. Bolly C. « Quelques outils pour la recherche de discernement ». In *L'éthique en chemin* Ed. Weyrich - 2003 - p.171-179.
6. Laval G., Sang B., Villard M.L. Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée. 4^e Ed. Juin 2009. Edition Sauramps Medical.
7. Sachet A. La fin de vie. In *La douleur des femmes et des hommes âgés*- Collection Ages-santé-société, Masson, 2002, p.171-178.
8. Sebag-Lanoë R., Trivalle C. Du curatif au palliatif: les 10 questions pour prendre une décision. *Gériatries* N°28 - Janv. 2002 - p.15-18.
9. Blanchet V. Société Française d'Accompagnement et Soins Palliatifs. La sédatrice pour détresse en phase terminale. Recommandations. *Med. Pal.*, 1, 2002, p.9-14.
10. Pisonero M.F Réflexions sur la prévention et le traitement de l'escarre chez le sujet âgé en fin de vie. *Revue de l'Infirmière*. Fev.2000; p. 23-24.
11. Wary B. Soins palliatifs et gériatrie. In *Manuel de soins palliatifs*, ouvrage collectif coordonné par Jacquemin D. et De Broucker D. 3^e Edition. Ed Dunod, Mai 2009; p. 511-534.
12. Trivalle C. « Implication des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées au vieillissement dans la prescription des antalgiques ». In *La douleur des femmes et des hommes âgés*- Collection Ages-santé-société, Masson, 2002, p. 243-254.
13. Villard J.F. « Autoévaluation : possibilités et limites ». In *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Sebag-Lanoë R., Wary B., Mischlich D. Masson, 2003, p. 202-215.
14. Wary B., Villard J.F. « Spécificités de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ». *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, vol.4, n°3, septembre 2006. p.171-178.
15. Jean A. et le groupe ECPA. « L'hétéro-évaluation de la douleur du sujet âgé en institution gériatrique : l'échelle ECPA ». In : Sebag-Lanoë R., Wary B., Mischlich D. eds. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson, 2003, p. 226-233.
16. Sebag-Lanoë R. « Démence et fin de vie : la fin du déni ? ». In *Actes de la 5^e Journée Lorraine de Soins Palliatifs*, 14 octobre 2006, Thionville.
17. Rosati F., Edbaiech O. « Les influences socio-culturelles sur le comportement des soignants formés à la prise en charge de la douleur ». Mémoire du diplôme de cadre de santé. Nancy, 2002.
18. Malaquin-Pavan E., Neves C. Possibilités thérapeutiques : prévention des douleurs induites. In *La douleur des femmes et des hommes âgés*- Collection Ages-santé-société, Masson, 2002, p. 287-294.

10. INTÉGRATION ET MÉMOIRE DE LA DOULEUR AU COURS DU VIEILLISSEMENT

Professeur Bernard Laurent

Le sujet est ambitieux mais les données expérimentales, et même cliniques, sont peu nombreuses ; elles doivent être analysées aux trois niveaux classiques du traitement cérébral du message douloureux : l'étape somatique avec le vieillissement du système de transport, des nerfs au cortex somesthésique, l'étape cognitive avec l'analyse de la signification, la mémorisation, le langage de la douleur, l'étape affective et émotionnelle étroitement intriquée car la douleur est sans doute le modèle le plus pur d'émotion. Elle détermine une réponse somatique, l'interruption de l'action et la recherche d'une réponse adaptée, mais induit aussi une réponse affective, voire dépressive, si souvent présente dès lors que la douleur devient chronique. Très vite on s'est aperçu que le vieillissement jouait davantage sur la dernière étape : les systèmes de transmission élémentaire de la douleur jusqu'au cortex sont relativement préservés alors que les niveaux d'intégration cognitivo émotionnels frontaux et limbiques sont plus vulnérables. L'importance de l'intégration cognitive et émotionnelle n'est plus à démontrer dans la douleur aiguë et chronique avec beaucoup de données cliniques qui justifient l'approche cognitivo-comportementale et multidimensionnelle ; on sait le rôle de la mémorisation douloureuse avec la composante biologique de pérennisation des processus algogènes, mais aussi le rôle de la mémoire des douleurs biographiques, tout comme l'importance des données culturelles ou de la mémoire sémantique de la douleur.

Il est alors tentant de faire des hypothèses anatomo-fonctionnelles sur le discours et le comportement douloureux du sujet âgé par rapport au sujet jeune, pour autant que les différences soient clairement établies. Il est en effet possible que les différences individuelles l'em-

portent sur l'effet de classe d'âge. Le plus séduisant serait de suivre un sujet dans son comportement et son discours douloureux sur plusieurs décennies comme cela a été fait pour certaines cohortes dans le champ cognitif avec la psychométrie. En effet, le vieillissement cognitif est maintenant bien connu en particulier au niveau des systèmes exécutifs des régions frontales et du système de mémoire épisodique alors que d'autres domaines de la cognition comme le stock culturel sont bien conservés : cela impacte-t-il le comportement douloureux du sujet âgé ? La maladie d'Alzheimer, modèle d'une perte progressive de la mémoire épisodique mais aussi sémantique avant que ne disparaissent les capacités de communication, interroge tragiquement la médecine sur l'intégration de la douleur d'un être privé d'abstraction : que fait un cortex sensorimoteur "isolé" des cortex associatifs et cognitifs qui font notre identité, notre mémoire et notre adaptation au monde ? La douleur non décodée et non reliée à l'histoire personnelle ou au savoir général qu'autorise le langage est-elle plus ou moins traumatisante ? Beaucoup d'arguments plaident pour que le sens et la compréhension de la douleur soient nécessaires à son contrôle.

Chaque clinicien pressent la spécificité de la douleur du sujet âgé mais il reste à séparer le rôle des aspects nociceptifs propres, des pathologies plus fréquentes et plus graves et des évidentes implications émotionnelles de la fin de vie. Pourquoi la douleur du sujet âgé acquiert-elle une dimension particulière ? Est-ce la réalité somatique, est-ce l'intégration cognitive et émotionnelle, est-ce la communication ou simplement le contexte de diminution physique progressive et d'approche de la mort qui sont déterminants ?

■ LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

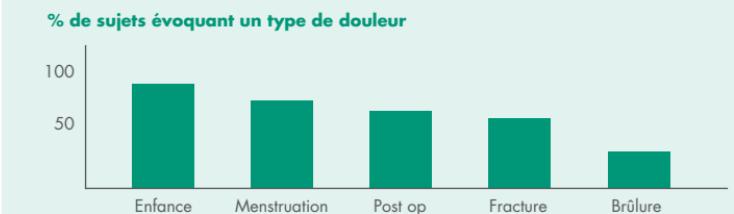
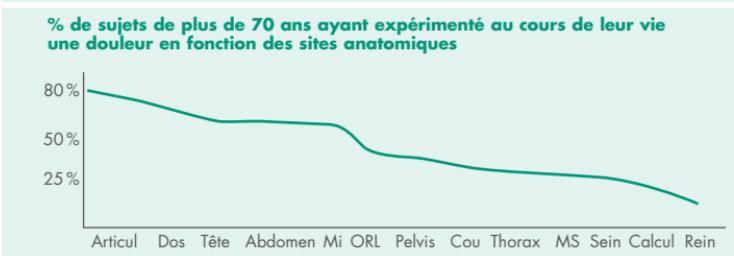
Largement abordés précédemment dans cet ouvrage, seuls quelques faits scientifiques seront repris sur le versant qualitatif.

Dans l'étude stopnet⁽¹⁾ la prévalence des douleurs chroniques quotidiennes depuis plus de trois mois dans une population de plus de 18 ans (23 712 sujets de l'enquête SOFRES) est de 31,7 % avec un taux qui est déjà de 21 % avant 25 ans pour atteindre 52 % après 75 ans. Il existe un impact de la profession puisque le taux est de 30,8 % chez les agriculteurs pour 20,4 % chez les cadres et professions libérales ;

mais est-ce un effet de niveau culturel ou plus vraisemblablement de sollicitations physiques? Les localisations préférentielles au niveau du dos (60%), membre inférieur (50%), cou épaule bras (30%) donnent des arguments pour la seconde hypothèse avec les sollicitations ostéoarticulaires. Mais toutes les douleurs chroniques n'augmentent pas avec le vieillissement : si les douleurs articulaires des membres surtout inférieurs, les douleurs zostériennes, les paresthésies, la goutte augmentent, c'est l'inverse pour la lombalgie avec la sciatique qui culmine à 45 ans, la migraine qui décroît après la ménopause ou la douleur gastrique qui diminue après 60 ans, etc. Plus que l'aspect quantitatif, ce sont donc les variations qualitatives qui posent des

Tableau 1

Répartition qualitative des douleurs chez le sujet âgé et nombre de sujets évoquant une douleur autobiographique en fonction de son ancienneté (à partir de la revue de Harkins et al :3).



L'analyse des seuils de douleur, de la tolérance à une douleur provoquée, les potentiels nociceptifs, les réponses subjectives par le biais de l'échelle visuelle analogique (EVA) ne sont pas différents chez les sujets âgés qui ont un passé douloureux important (avec une EVA supérieure à 5), et ceux qui ont eu peu de douleur dans le passé (Tremblay et col 1994). Deux phénomènes apparaissent également dans ce type d'étude : les sujets âgés évoquent surtout des douleurs de l'enfance et les très âgés en évoquent moins, sans qu'il soit possible de séparer l'effet d'un trouble de mémoire associé.

questions d'interprétation : le travail de Cook et col⁽²⁾ sur 3 811 personnes de plus de 65 ans vivant en communauté montre par exemple que la fréquence des migraines décline à la différence des autres types de céphalées comme les céphalées de tension, la névralgie faciale, les glossodynies où les co-facteurs sont connus : dépression, réveils nocturnes, ports de lunettes, dysfonction mastoïtaire, ou dépendance. L'argument habituel d'une plus grande susceptibilité à la douleur du sujet âgé est difficile à défendre : si les algies post zostériennes durables n'existent pratiquement que chez le sujet âgé et si la névralgie faciale liée à un conflit anatomique vasculo nerveux constitutionnel n'apparaît qu'après 60 ans... est ce vraiment lié à un abaissement des seuils douloureux et à une hyperalgésie centrale liée au vieillissement ? On peut apporter aussitôt la contradiction en montrant que les lésions ganglionnaires du zona sont plus fréquentes et importantes à cet âge ou que les névralgies faciales par conflit vasculonerveux peuvent apparaître dès 30 ans mais qu'avec le vieillissement les artères sont plus "agressives" sur la racine du trijumeau... Donc toute hypothèse sur le rôle du vieillissement dans l'intégration de la douleur doit tenir compte de ces modifications qualitatives sans tomber dans des positions dichotomiques.

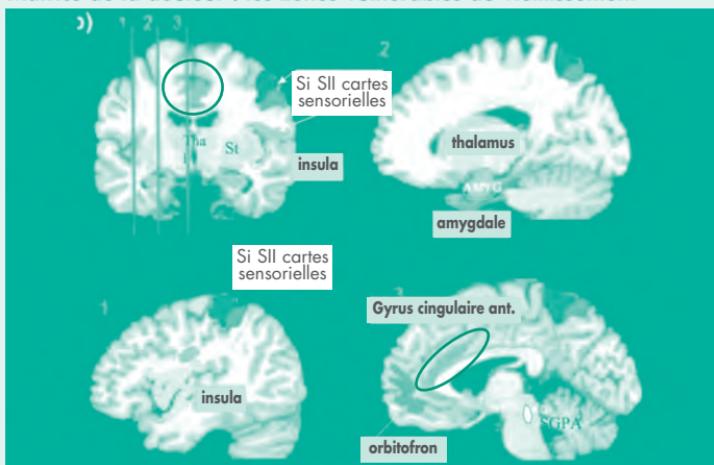
■ L'INTÉGRATION SOMATIQUE DE LA DOULEUR ET LE VIEILLISSEMENT

► L'apport expérimental et clinique du sujet âgé

On sait que globalement les capacités sensorielles s'atténuent avec l'âge et certains arguments plaident pour une hypoesthésie douloureuse rendant plus difficile les diagnostics d'urgence ainsi qu'une moindre efficacité des systèmes endogènes de contrôle qui pourraient expliquer la fréquence des douleurs chroniques ou le peu de résultats des prises en charge ; mais les données expérimentales chez le sujet sain sont peu démonstratives : les études de seuil et de tolérance à la douleur chez le sujet âgé montrent peu de différence par rapport aux sujets jeunes (voir la revue exhaustive de Harkins et al⁽³⁾) : pour les seuils thermiques, parmi les dix études analysées, six ne montrent pas de différence selon l'âge, le sexe et le type de stimulus (froid- chaud). Pour une douleur électrique cutanée ou dentaire les

seuils et la tolérance sont en règle identiques (5 études sur 7) ou plus élevés chez le sujet âgé (2/7 études) mais avec une moindre tolérance à la douleur continue, donc un comportement hyperalgésique qui s'associe à l'hypoesthésie initiale. Les études faites avec les potentiels évoqués nociceptifs ne montrent que peu de changement avec l'âge des premières réponses insulo-pariétales (150 à 250 millisecondes) avec une diminution de vitesse de l'ordre de 10 % du faisceau spino-thalamique, en dehors des pathologies du système nerveux périphérique et central⁽⁴⁾. Si des modifications existent, elles concernent l'intégration de la douleur après les étapes thalamo-pariétales au niveau insulaire et cingulaire ainsi que dans tout le traitement cognitif cortical. La figure 1 montre les principaux sites de la matrice douleur comme l'ont analysé beaucoup de travaux d'imagerie fonctionnelle avec les zones les plus sensibles au vieillissement visibles par mesure d'atrophie ou modifications de métabolisme⁽⁵⁾: les zones de la matrice les plus concernées par l'atrophie en VBM, quand on compare des sujets de 23 à 84 ans, sont le lobe frontal avec la région cingulaire antérieure et orbitofrontale, l'insula et la région perisylvienne alors que les régions pariétales somesthésiques (SII) et le thalamus sont épargnés.

Figure 1
Matrice de la douleur : les zones vulnérables au vieillissement

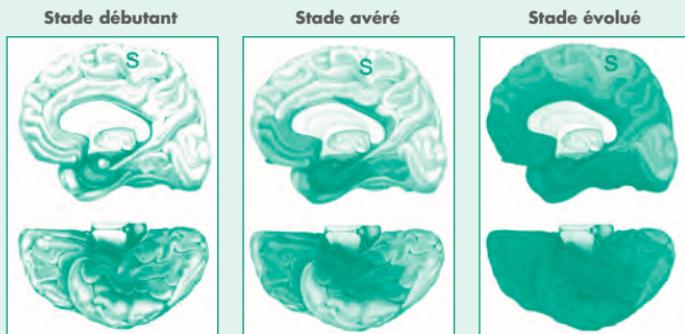


Les zones entourées en vert sont les plus vulnérables au vieillissement.

La figure 2 concerne les lésions de la maladie d'Alzheimer qui n'est pas un vieillissement accéléré : les dégénérescences neurofibrillaires bien corrélées à la progression sémiologique concernent les zones de mémoire du système limbique (temporale interne), mais aussi le lobe temporal externe avec le stock culturel (mémoire sémantique de tout ce qui concerne la douleur) et toute la région frontale et cingulaire impliquée dans les réponses émotionnelles, comportementales et le contrôle de la douleur. Il n'y a aucune comparaison lésionnelle possible avec la physiologie du vieillissement ni en intensité ni en disposition topographique.

Figure 2

Diffusion des lésions neurofibrillaires de la maladie d'Alzheimer



Vue interne du cerveau diffusion des lésions neurofibrillaires de la maladie d'Alzheimer en fonction de l'évolution selon les stades de Braak. Au début, seules les régions temporales internes et amygdaliennes sont touchées (mémoire épisodique émotion), puis les régions orito-frontales (contrôle émotionnel) et temporales externes (mémoire culturelle et langage), enfin, le cortex cingulaire (intégration cognitivo émotionnelle de la douleur); les cortex somesthésiques (S) sont toujours préservés.

Existe-t-il des arguments pour une moindre efficacité des systèmes de contrôle endogène avec l'âge ? L'estimation des systèmes inhibiteurs descendants se fait habituellement par la modification du réflexe nociceptif RIII lors d'un conditionnement douloureux appliqué à la main (contrôle inhibiteur diffus CNID) : peu d'études ont analysé l'effet du vieillissement sur ce processus qui est très résistant. Des travaux ont montré l'influence hormonale sur le CIDN avec une moindre efficacité en période lutéale chez la femme en activité génitale, d'autres ont

proposé que la survenue de douleurs dysfonctionnelles comme la stomatodynie soient liées au déficit hormonal post ménopausique. Mais peu d'arguments pour une modification centrale des filtres de la douleur sont décrits : une moindre efficacité du système de la porte dépendrait d'une diminution des fibres de gros calibre qui n'existe pas ; les filtres chimiques en particulier opiacés et monoaminergiques de la corne postérieure sont modifiés avec le vieillissement chez l'animal mais rien n'est extrapolable à l'homme. Il n'est nulle part décrit une perte d'efficacité de la neurostimulation antalgique lors du vieillissement ; la complexité des contrôles est telle que l'analyse systématique des modifications de l'âge paraît déjà impossible au niveau de la moelle, d'autant que ces systèmes ne sont pas accessibles aux dosages *in vivo*. Le marquage des récepteurs opiacés est possible mais à notre connaissance aucune étude systématique de l'âge sur la cartographie des récepteurs à la dipréorphine n'est publiée. Dans la matrice douleur (figure 1) comment apprécier les effets du vieillissement avec des modifications étagées qui peuvent conduire à des effets opposés ? Une diminution des neuromédiateurs du tronc cérébral (sérotonine, opiacés, catécholamines) pourrait générer de l'hyperalgésie par perte du contrôle descendant, mais le vieillissement cortical, en particulier des régions cingulaires antérieures et orbitofrontales, peut aussi bien suggérer une hypoalgésie par diminution d'intégration émotionnelle de la douleur.

Dans le vieillissement pathologique comme la maladie de Parkinson où l'on connaît l'abaissement des seuils à la douleur en partie réversible sous DOPA, le contrôle nociceptif inhibiteur diffus (CNID) est normal⁽⁶⁾. La répartition des récepteurs opiacés (betaendorphine et met enkephaline) est diminuée dans le thalamus de certaines situations d'hyperalgésie comme le syndrome des jambes sans repos⁽⁷⁾. La situation est encore plus caricaturale lors de la maladie d'Alzheimer (figure 2) où le système somatosensoriel du thalamus et du cortex pariétal (SI SII) est particulièrement résistant aux lésions qui touchent les systèmes d'intégration du cortex associatif et particulièrement du cortex limbique (amygdale, temporal interne, orbitofrontal et cingulaire).

Nous retiendrons de cette analyse clinique que les études transversales de cohortes de sujets normaux ou pathologiques en fonction de l'âge n'apportent pas de conclusion univoque sur une hypo ou hyperalgésie, et que les facteurs cognitifs et émotionnels du vieillissement sont sans doute supérieurs à ceux du seul système de transport nociceptif.

► L'effet de la thérapeutique en fonction de l'âge

Existe-t-il des arguments d'une moindre efficacité antalgique chez le sujet âgé ? La réponse est globalement négative. Dans les études publiées, Moore et col⁽⁸⁾ ont comparé les doses de morphine épidurale requises selon l'âge pour la chirurgie abdominale et les doses sont assez proches quelles que soient les voies d'administration. Ready et col⁽⁹⁾ ont étudié ces doses après hysterectomie chez 66 femmes d'âges différents entre 22 et 84 ans. Il existe une corrélation inverse entre la dose quotidienne et l'âge ; les doses efficaces sont plus faibles chez les femmes âgées, sans que l'on sache s'il s'agit d'une absorption épидurale différente, d'une élimination plus lente ou d'une résistance à la douleur supérieure... Donc aucun argument ne permet de sous utiliser les morphiniques chez les sujets âgés, hormis le respect des doses car les effets secondaires confuso-hallucinatoires sont plus fréquents sur des cerveaux fragilisés. Il en est de même pour les douleurs chroniques : Cutler et col⁽¹⁰⁾ ont étudié l'effet de la prise en charge antidouleur en centre dans trois groupes d'âges : "gériatriques" de plus de 65 ans ($n = 153$), "middle aged" de 45 à 64 ans ($n = 126$), et jeunes de 21 à 44 ans ($n = 191$). Le groupe le plus âgé s'améliore comme les autres avec un effet positif sur 37 des 43 évaluations, en notant que les auto-évaluations de douleurs au départ étaient moindres que dans les autres groupes.

Comme chez l'adulte jeune, une éducation de la douleur est possible et bénéfique : Ferrell et col⁽¹¹⁾ ont appliqué un programme d'éducation de la prise en charge de la douleur chez des cancéreux âgés à domicile avec la participation des care givers. Le programme comprend trois parties : principes de base et cotation de la douleur, interventions thérapeutiques et traitements non médicamenteux. Chez 66 patients âgés, différentes échelles (douleur, qualité de vie) montrent le bien fondé de cette prise en charge éducative. Williams et al⁽¹²⁾ abordent les douleurs pelviennes cancéreuses en montrant que les programmes thérapeutiques sont nécessairement différents pour les sujets âgés où des techniques comme l'analgésie autocontrolée sont possibles mais avec des adaptations posologiques et des explications spécifiques.

■ INTÉGRATION ÉMOTIONNELLE DE LA DOULEUR EN FONCTION DE L'ÂGE

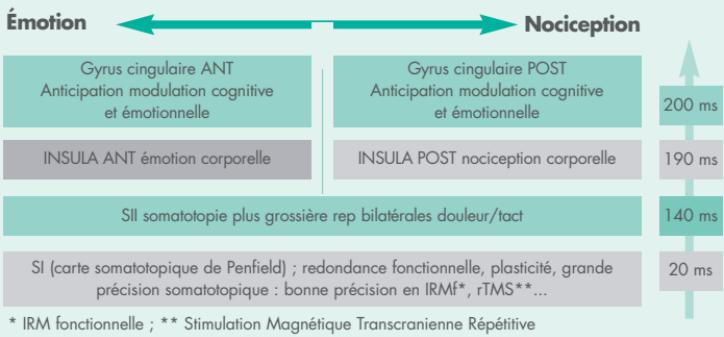
La question a été largement abordée dans d'autres chapitres de cet ouvrage : c'est un truisme que de rappeler les souffrances psychologiques ou la dépression liées à l'âge ; le risque est alors grand de confondre dans la souffrance exprimée, fut-ce sur une EVA, la part somatique et psychologique. Aucune échelle ni aucun examen para-clinique ne peuvent différencier les deux réponses puisque l'évaluation initiale du malade reste subjective quelle que soit la métrique utilisée pour la cotation. L'appréciation de la douleur du vieillard doit beaucoup à la subjectivité de l'observateur, volontiers trompé par des a priori sur le fonctionnement mental du patient âgé. Dans des expressions du type "le sujet âgé s'endurcit à la douleur" parfois confortées par les réactions du personnel soignant pratiquant des gestes douloureux, quelle est la part du non-langage du patient ou de la non-écoute du personnel soignant ? Quel est le rôle d'une authentique hypoalgésie somatique ou d'une indifférence émotionnelle voire dépressive par rapport à l'interprétation ou la distanciation intellectuelle du soignant confronté à la fatalité du vieillissement ? Beaucoup d'études psychophysiques actuelles révèlent ce changement conceptuel et expérimental vis-à-vis de l'interprétation de la douleur : on doit analyser la cotation de la souffrance sans se cantonner à la stricte nociception. On analysera ainsi la cotation d'une douleur thermique, non seulement par une échelle visuelle analogique, mais aussi avec une échelle d'anxiété et de retentissement affectif en s'intéressant à l'anticipation ou à la distraction lors de la stimulation. On peut retenir que globalement la comparaison des cotations des sujets jeunes et âgés en l'absence de déficit sensitif ne montre pas de différence⁽³⁾.

Turk et al⁽¹³⁾ ont analysé le lien entre dépression et douleur chronique chez des sujets âgés et jeunes : 100 patients étaient divisés en deux groupes de plus ou moins 70 ans ; le lien dépression-douleur était fort chez les sujets âgés, et absent dans l'autre groupe. Mais ceci est contesté par d'autres auteurs⁽¹⁴⁾ qui ont comparé la fréquence de la dépression dans deux populations lombalgiques d'âge différent grâce à l'Échelle de Beck : la fréquence de dépression était très forte dans les deux groupes entraînant une plainte supérieure, une plus grande consommation de psychotropes et plus de conséquences comporte-

mentales quel que soit l'âge. Pour Casten et al⁽¹⁵⁾, la corrélation est plus significative entre douleur et anxiété, qu'entre douleur et dépression chez le sujet âgé douloureux chronique. Donc encore une fois l'effet du vieillissement sur l'intégration émotionnelle de la douleur est difficile à présenter sans risque de caricature : les facteurs biographiques, l'état anxieux ou dépressif, l'acceptation ou non de la vieillesse, les croyances, l'environnement affectif sont manifestement importants mais individuels ; ils sont beaucoup plus forts que les données biologiques partagées d'une même classe d'âge.

Évidemment, quand on analyse les effets du vieillissement sur les différentes parties anatomiques de la matrice douleur (figure 1), on peut imaginer que les modifications frontales et insulaires vont interférer avec le traitement émotionnel du signal nociceptif qui se fait en parallèle avec le traitement somatique (figure 3). Ceci devrait conduire à une moindre réactivité "émotionnelle", à une moindre réponse de désagrément, donc logiquement à un moindre besoin d'antalgiques ; mais ceci doit pouvoir être facilement annulé en cas d'état anxieux ou dépressif, et il est sans doute impossible d'en tirer une conclusion individuelle.

Figure 3
Organisation hiérarchisée et traitement en parallèle



■ DOULEUR CHRONIQUE, MÉDICAMENTS ET PERTURBATIONS COGNITIVES

Beaucoup de travaux ont démontré l'impact cognitif négatif de la douleur chronique (pour une revue voir Moroni et Laurent⁽¹⁶⁾). On

sait que, chez le sujet âgé, il y a une fragilité mnésique mais avec des réserves cognitives qui permettent de contrôler la perte par une sollicitation plus forte des structures impliquées dans la mémoire comme le lobe frontal. Un sujet âgé peut avoir des performances mnésiques analogues au sujet jeune et dans ce cas l'imagerie fonctionnelle montre une plus grande activation frontale bilatérale lors de l'encodage. Ces « réserves cognitives » sont fragiles et fragilisées par la douleur chronique et les médicaments : Salimani et al⁽¹⁷⁾ ont étudié une série de tests cognitifs (batterie CANTAB) chez des sujets de plus de 65 ans souffrant de douleur post zостérienne en comparaison de sujets témoins : certaines capacités cognitives sont touchées comme la vitesse de réaction, la prise de décision et la mémoire sémantique alors que la vitesse motrice, l'attention et les fonctions exécutives sont indemnes. Reste à interpréter le rôle des médicaments très hétérogènes dans cette étude et à chercher une différence d'atteinte cognitive selon les pathologies chroniques douloureuses. Plusieurs travaux analysant systématiquement les performances psychométriques de sujets âgés ont démontré le rôle délétère sur la mémoire des produits ayant une activité anticholinergique comme par exemple les antidépresseurs tricycliques. S'il y a diminution des performances cognitives du douloureux chronique, est-ce la dégénérescence neuronale induite par la douleur chronique qui est à l'origine de troubles irréversibles, ou les effets indésirables des antalgiques qui devraient s'amender en cas de sevrage ?

■ DOULEUR ET VIEILLISSEMENT COGNITIF

► Le langage de la douleur

Lors du vieillissement normal le langage reste beaucoup plus résistant que les fonctions exécutives et la mémoire épisodique événementielle. On devrait donc s'attendre à un maintien de la capacité à raconter une douleur grâce à la conservation du stock sémantique (mots et concepts) qui dépend beaucoup plus du niveau culturel que de l'âge. Par contre, la plasticité à comprendre de nouveaux concepts ou procédures est fragilisée par l'âge. Une question importante est relative à la compréhension des échelles de mesure de la douleur par les sujets âgés. Sembel et al⁽¹⁸⁾ ont comparé, chez des sujets de plus de

65 ans souffrant de douleur post zostérienne, la description du questionnaire de St Antoine (QDSA) et un entretien narratif semi directif d'une demi-heure sur la douleur. Les femmes emploient plus de mots et davantage de descripteurs émotionnels que les hommes ($p<.05$). L'âge est inversement corrélé à la richesse du vocabulaire sensoriel employé lors de l'entretien ($p<.05$). 27 descripteurs sur les 58 du QDSA ne sont jamais employés en entretien et 5,5 descripteurs (40 % de la richesse de vocabulaire) utilisés en entretien ne sont pas proposés dans le QDSA. De nombreuses métaphores sont employées lors de l'entretien. Il y a donc complémentarité entre l'approche narrative et le questionnaire d'évaluation de la DPZ chez la personne âgée, et l'approche narrative apporte des informations supplémentaires au QDSA. Un point important est la raréfaction des mots utilisés par la personne âgée pour décrire la douleur. Il sera intéressant d'étudier plus avant cet aspect afin d'identifier si c'est la douleur chronique elle-même, souvent vécue pendant de nombreuses années, ou le vieillissement et les altérations cognitives qu'il entraîne qui sont responsables de cet appauvrissement linguistique spontané de la plainte douloureuse de la personne âgée. Faut-il privilégier des échelles analogiques visuelles ? Probablement pas car la génération âgée actuelle fonde davantage sa communication sur le langage que sur des paramètres vectoriels ou numériques. On sait que beaucoup de situations pathologiques modifient la capacité à répondre correctement sur une EVA : évidemment les problèmes visuels mais aussi l'exploration de l'espace, la capacité de traduire une quantité de douleur par un espace sans chiffre... Ceci est particulièrement vrai dans l'Alzheimer où les fonctions visuospatiales sont précocement touchées.

► La mémoire

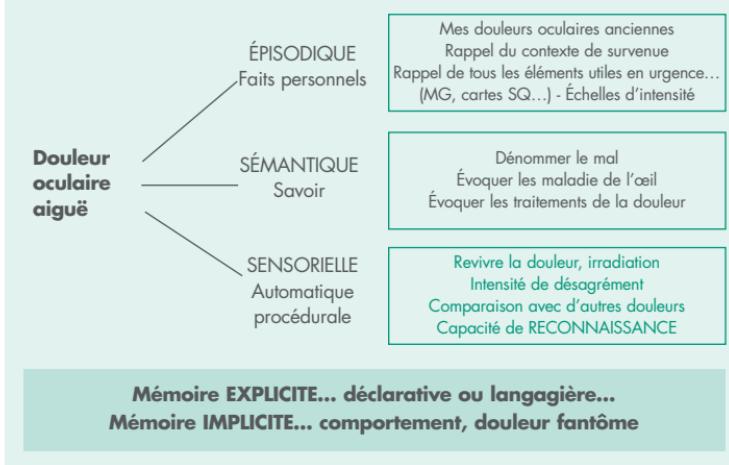
Quand on parle vieillissement cognitif, on pense avant tout aux fonctions mnésiques et exécutives (frontales). Dans la mémoire déclarative (qui s'exprime par le langage) c'est le stock épisodique (mémoire autobiographique récente) qui est fragilisé, alors que le stock sémantique (données culturelles anciennes et consolidées) est très résistant en dehors de la pathologie dégénérative (Alzheimer et autres démences) : voir le modèle cognitif figure 4. On peut essayer de donner des exemples pratiques de ces mémoires à propos d'un épisode douloureux personnel (figure 5). Si lors du vieillissement ce

Figure 4: Niveaux de conscience et mémoire

Niveaux de conscience	Mémoires modèle SPI de Tulving : encodage sériel hiérarchisé, stockages parallèles, rappels indépendants	Tests
AUTONOÉTIQUE	Mémoire épisodique Ma fracture de ski à Tignes en 1987...	Liste mots, Images Récits, Grobert... Rappels libres, indicés
NOÉTIQUE Cortex temporal préfrontal	Mémoire sémantique Une fracture du tibia immobilisé 3 mois...	Fluences, Définitions Similitudes, Palm tree test
ANOÉTIQUE Néocortex Aires perceptives Noyaux gris	Mémoire de travail Retenir transitoirement un nom propre, un tél... PRS représentation perceptive Identification traîneau ambulance Mémoire procédurale Position antalgique...	Empans Brown Peterson Corsi... Priming perceptif Complétion de trigrammes Images dégradées... Tour de Hanoï, Poursuite de cibles, Lecture en miroir

sont les mémoires épisodique et de travail qui sont fragilisées, quel en sera le retentissement sur l'intégration ou le récit de la douleur? On peut sans risque penser que les erreurs de description du malade âgé peuvent concerner la durée, qualité, traitements... d'une douleur aiguë récente évoquée de façon différée même après quelques heures. Des travaux ont montré chez quiconque, et pas seulement chez le sujet âgé, des erreurs de description dans une consultation de synthèse hebdomadaire par rapport à l'observation quotidienne enregistrée sur un agenda; comme le système mnésique ne peut réévoquer précisément la sensation physique il analyse essentiellement le contexte, le souvenir émotionnel et peut être trompé par une douleur résiduelle qui interfère avec le souvenir de la douleur initiale.

Figure 5 : Application du modèle cognitif de la mémoire à une douleur aiguë



Beaucoup de travaux ont analysé ces transformations du souvenir douloureux en comparant les descriptions initiales et différées avec des sur ou sous-estimations qui dépendent beaucoup des contextes initiaux et du moment du rappel⁽¹⁹⁾.

Une autre question est de savoir si le comportement vis-à-vis de la douleur est influencé par la mémorisation explicite ou implicite des événements douloureux antérieurs de son existence. La mémoire implicite est celle qui modifie le comportement par une acquisition dont le sujet n'a pas conscience comme l'apprentissage d'un geste complexe ou d'une procédure par sa répétition. La seule façon d'évaluer la mémoire implicite d'une douleur serait donc d'analyser le comportement vis-à-vis d'un stimulus nocif répété à l'insu du sujet. Ceci paraît impossible chez un sujet normal mais possible lors d'une pathologie de la mémoire comme le syndrome de Korsakoff où l'on a montré que cette mémorisation de la douleur fonctionnait alors que la mémoire explicite était abolie (le sujet retire sa main qui avait été stimulée douloureusement lors d'un salut précédent tout en n'ayant

aucun souvenir de l'épisode et de la personne qui l'avait salué qu'il aborde comme un étranger). Il est très vraisemblable que dans la situation d'amnésie épisodique de la maladie d'Alzheimer cette mémoire implicite de la douleur soit conservée car ceci a été démontré dans d'autres secteurs implicites : labyrinthe, lecture en miroir, puzzles...

La plupart des travaux prospectifs analysant l'impact de la mémoire douloureuse concerne des enfants ou des adultes jeunes qui ont été confrontés à des douleurs intenses. Grunau et col⁽²⁰⁾ ont suivi de façon prospective 36 enfants après une réanimation néonatale intensive comparés à 36 enfants nés à terme normalement : à 4 ans et demi les anciens prématurés ont des scores de somatisation supérieurs, avec des plaintes récurrentes sans cause médicale. La mémorisation implicite de la douleur initiale entraînerait une modification durable du seuil à la douleur. Qu'en est-il chez l'adulte ? Un effet inverse peut survenir si la douleur aiguë a été bien surmontée : Hapidou et al⁽²¹⁾ ont analysé les réponses expérimentales à la douleur chez des femmes en fonction de leur âge et du nombre d'accouchements douloureux. Un effet net d'élévation des seuils douloureux au froid apparaît chez les femmes multipares de 35 ans par rapport à celles de 25 ans nullipares. Il est difficile de savoir si la mémoire de la douleur aiguë d'accouchement modifie simplement la façon de coter l'échelle visuelle analogique, ou si la perception douloureuse est différente du fait de cette expérience passée.

La mémorisation d'une douleur peut donc procéder de deux phénomènes qui subissent différemment le vieillissement : le rappel conscient et explicite de l'expérience passée (ce que je raconte en revivant l'expérience initiale) dépend du cortex frontal et de l'hippocampe et sera fragile à l'effet de l'âge. L'autre forme de mémorisation implicite, qui fait référence au rappel non conscient de l'expérience passée et qui influence les habitudes et le comportement de l'individu est particulièrement résistante aux effets de l'âge. Cette mémorisation automatique d'un contexte douloureux pourrait ainsi modifier la réponse ultérieure à un nouveau stimulus douloureux, sans que l'individu ne soit conscient du caractère acquis de sa réponse comportementale.

► **Bases anatomofonctionnelles de la mémorisation implicite et rôle de l'amygdale**

Elle est très résistante car elle dépend de structures sous-corticales peu affectées par la perte neuronale liée à l'âge. Le système limbique sous-cortical, en particulier l'amygdale, est le siège du traitement des informations à connotation émotionnelle (acquisition, consolidation, rappel). L'amygdale a d'étroites relations non seulement avec les noyaux accumbens, modulateurs des états affectifs, mais également avec les aires insulaires, cingulaires, et les gyri hippocampiques et para-hippocampiques impliqués dans les processus de mémorisation. Le complexe amygdaloïde est composé de deux noyaux principaux, le noyau baso latéral, impliqué dans la modulation des phénomènes de consolidation de la trace mnésique, et le noyau central de l'amygdale impliqué dans l'expression des réponses (comportementales, hormonales et neurovégétatives) à tout stimulus ayant une composante émotionnelle. Ainsi l'amygdale semble constituer le véritable siège d'une « mémoire des émotions » avec l'enregistrement de phénomène de « Potentialisation à Long Terme (LTP) » chez l'animal suite à l'apprentissage d'un phénomène aversif. L'amygdale comme l'hippocampe module les activités à distance de l'insula et du cortex cingulaire en jouant sur des phénomènes de plasticité. Parallèlement, les hormones périphériques du “stress” (catécholamines et les glucocorticoïdes périphériques) ont un rôle classique de facilitation de la mémorisation d'informations via l'amygdale. Or, un stimulus douloureux constitue en lui-même un agent de stress, s'accompagnant de modifications des sécrétions de catécholamines et de glucocorticoïdes. Dès lors se pose la question de la possible constitution d'une trace mnésique d'un stimulus douloureux dans le système limbique avec une accumulation tout au long de la vie. La mémoire et le comportement douloureux du sujet âgé dément en cas de lésions corticales vasculaires ou dégénératives, va dépendre beaucoup plus de ces comportements implicites que de la mémoire explicite basée sur les connaissances autobiographiques et sémantiques. Le phénomène reproduirait ce qui se passe dans la phase prélinguistique de l'enfant de moins de trois ans : accumulation d'expériences « figées » sans le support de la mémoire épisodique autobiographique qui met en perspective et donne un sens aux événements. La mémoire épisodique est le fondement du self. Il est clair que le comportement douloureux dans

la vieillesse ne peut s'analyser que dans ce gradient entre les souvenirs explicites et implicites : si le rappel des premiers est difficile, les seconds restent très présents et ce d'autant que la vie aura été ponctuée de douleurs et de stress.

► La maladie d'Alzheimer et le vieillissement pathologique

Lorsqu'on aborde cette question c'est en général pour souligner la difficulté de communication de la douleur aiguë ou chronique chez le sujet dément ou aphasique. L'échelle DOLOPLUS a été conçue comme les échelles comportementales de douleur de l'enfant à partir de critères somatiques, psychomoteurs et de retentissement sur le comportement social ; ce type d'hétéroévaluation ne nécessite aucune description orale du souffrant. L'incommunicabilité de la douleur du sujet dément, qui explique beaucoup de sous-traitements de ses douleurs, repose sur un triple déficit : le langage avec manque du mot, la perte du sens et du vocabulaire précis, la mémoire épisodique avec oubli à mesure des faits quotidiens récents y compris les faits douloureux, et la mémoire sémantique qui est celle du stock culturel non seulement le nom de la douleur et de la maladie mais aussi le concept, la façon d'utiliser le médicament... Cette mémoire sémantique, extrêmement résistante au vieillissement, est rapidement touchée dans la maladie d'Alzheimer. Elle permet d'évoquer une douleur, une maladie, un médicament et de savoir quel niveau de douleur est lié à telle situation, donc d'évoquer les principales stratégies d'évitement ou de traitement. L'absence de ces concepts, chez le jeune enfant comme dans la maladie d'Alzheimer, explique la fragilité à la douleur, plus menaçante si elle est inconnue. La mémoire sémantique dans le domaine des douleurs se construit sur des connaissances expérimentielles (le migraineux connaît parfaitement sa crise), mais aussi sur des connaissances générales scolaires, d'internet, de lectures... La mémoire épisodique rapidement détruite dans l'Alzheimer permet d'évoquer toutes les circonstances biographiques antérieures identiques au contexte actuel : savoir comment a évolué ma première colique néphrétique aide évidemment à gérer la suivante. Cette double connaissance sémantique et autobiographique de la douleur constitue la base du traitement cognitivo-comportemental, mais aussi de l'automédication correcte, de la gestion du stress face à une douleur connue. Qu'en est-

il dans l'Alzheimer où ces deux mémoires sont touchées ? Une plus grande vulnérabilité ou au contraire une forme d'indifférence ? En effet, certains ont proposé que l'absence d'anticipation vis-à-vis d'une douleur limitait l'angoisse et diminuait la réaction douloureuse ; que l'atteinte du système limbique diminuait la réaction émotionnelle. Ceci expliquerait l'adage habituel qui stipule que le malade dément est soulagé avec des doses moindres d'antalgiques ; il paraît tout aussi certain que le handicap de verbalisation et de mémoire générera considérablement l'évaluation par le canal verbal et que le thérapeute doit être particulièrement attentif à une douleur qui ne s'exprime que par la mimique, le retrait, les signes de défense analysables par une seule échelle comportementale.

Les zones corticales impliquées dans la douleur-émotion (insula, lobe frontal et amygdale) sont aussi celles qui sont les plus touchées lors des démences (Alzheimer, démence de type frontal, démence sous-corticale...). Elles sont aussi indispensables pour l'intégration émotionnelle de la douleur que pour sa régulation : le lobe frontal (cortex cingulaire rostral) intègre la douleur aiguë mais permet aussi l'anticipation et la réponse adaptée. C'est le lieu de contrôle cortical de la douleur et dans beaucoup de situations d'antalgie (acupuncture, hypnose, placebo, stimulation corticale...) ; cette région est activée en imagerie fonctionnelle au prorata du soulagement.

Le travail le plus important en termes de compréhension physiologique est une analyse en imagerie fonctionnelle de la réponse à une douleur expérimentale (pression) chez 14 sujets déments en comparaison de témoins appariés⁽²²⁾ : il n'existe pas de différence de réponses comportementales et les réponses de la matrice douleur sont supérieures dans le groupe des malades, aussi bien dans la composante somatique (SI SII insula postérieure) que dans l'intégration émotionnelle (insula antérieure et gyrus cingulaire).

■ EN CONCLUSION

On voit donc la difficulté de dépasser les hypothèses et de généraliser. Nul doute que les modifications du comportement douloureux des sujets âgés dépendent davantage de processus cognitifs élaborés en lien avec la compréhension, la mémoire et la signification individuelle

de la douleur plutôt que de l'analyse sensori-discriminative élémentaire de la douleur liée aux aires pariétales primaires (SI et SII) qui ne sont concernées ni par le vieillissement normal, ni par l'Alzheimer. La douleur étant la résultante d'une intégration sensorielle et émotionnelle, il est difficile de faire la part du « vieillissement nociceptif » et du « vieillissement émotionnel ». À la différence d'autres systèmes sensoriels, le sujet a été peu abordé alors que des moyens nouveaux permettraient de le faire : par exemple l'étude des potentiels évoqués nociceptifs et du PETscan en fonction de l'âge...

Ce désintérêt de la communauté des algologues* mériterait sans doute interprétations et commentaires. Aucun argument expérimental n'autorise à penser que les sujets âgés auraient une plus grande résistance à la douleur par perte des capacités perceptives élémentaires. Les réponses médicamenteuses sont proches des sujets jeunes, avec plutôt une meilleure sensibilité à la morphine, ce qui autorise des doses moindres. L'histoire personnelle et le passé douloureux ne modifient pas nettement les réponses à une douleur aiguë expérimentale. Les douleurs chroniques à l'inverse ne peuvent se comprendre qu'en référence au passé qui intervient autant par les expériences affectives que nociceptives. Les principales modifications paraissent liées aux événements traumatiques de la vie, surtout de l'enfance, qui peuvent laisser des traces définitives, non seulement psychologiques mais aussi nociceptives. Cette douleur-mémoire stockée dans des champs implicites rejoue d'une certaine façon l'approche psychanalytique car elle n'est pas accessible à la conscience et au langage, et pourtant elle peut déterminer des comportements douloureux chroniques voire psychopathologiques.

La prise en charge de la douleur des sujets âgés ne doit donc pas différer de celle du sujet jeune, si ce n'est, évidemment, dans la prise en compte du contexte de la vieillesse. Les programmes cognitivo-comportementaux sont tout à fait licites, mais avec des adaptations particulières ne serait-ce que pour prendre en compte les modifications cognitives liées à l'âge : la PCA illustre la nécessité d'une explication adaptée qui permettra d'obtenir alors la même efficacité que chez le jeune. Il est indispensable que le thérapeute s'affranchisse d'idées toutes faites comme celle d'une moindre sensibilité, d'une perte du contrôle cognitif ou d'un fatalisme de la souffrance du sujet âgé. Et on doit encourager des recherches de neurophysiologie, de neuropsychologie ou d'imagerie pour aborder la question dans sa complexité.

* Par commodité, ce terme devenu courant mais discutable est utilisé à la place de « médecin de la douleur » dénomination du DESC « médecine de la douleur et médecine palliative ».

En résumé

- Comprendre l'intégration douloureuse du sujet âgé est difficile pour deux raisons : l'effet individuel en particulier biographique l'emporte sans doute sur l'effet d'âge et beaucoup de généralisations sont abusives.
- Par ailleurs, le vieillissement pathologique - en particulier vasculaire ou dégénératif - modifie beaucoup la restitution langagière de la douleur réduisant l'analyse aux seuls comportements.
- Les voies nociceptives sont peu sensibles à l'âge contrairement aux aires d'intégration corticales de la douleur en partie communes avec celles de l'émotion.
- À partir des déficits connus de la cognition et de la mémoire liés à l'âge, on peut expliquer certains comportements et discours douloureux du sujet âgé. Mais en aucun cas une hypalgésie du vieillissement ne peut être décrite et autoriserait une moindre prise en charge du sujet âgé avec des présupposés sur le fatalisme de la vieillesse.

Références

1. Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008; 136 (3) 380-7.
2. Cook N, Evans D, Funkenstein H, Scherr P, Ostfeld A, Taylor J, Hennekens C. Correlates of headache in a population-based cohort of elderly. *Arch Neurol* 1989 ;46(12):1338-44
3. Harkins S, Price D, Bush F. Geriatric pain ;Textbook of Pain Wall et Melzack ed. Churchill 1994
4. Kakigi R, Shibasaki H. Estimation of conduction velocity of the spinothalamic tract in man. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 1991;80,39_45
5. Bergfield KL, Hanson KD, Chen K, Teipel SJ, Hampel H, Rapoport SI, Moeller JR, Alexander GE. Age-related networks of regional covariance in MRI gray matter: Reproducible multivariate patterns in healthy aging. *Neuroimage*. 2009 Sep 28.
6. Mylius V, Engau I, Teepler M, Stiasny-Kolster K, Schepelmann K, Oertel WH, Lautenbacher S, Möller JC. Pain sensitivity and descending inhibition of pain in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009 ;80(1):24-8.
7. Walters AS, Ondo WG, Zhu W, Le W. Does the endogenous opiate system play a role in the Restless Legs Syndrome? A pilot post-mortem study. *J Neurol Sci*. 2009 Apr 15;279(1-2):62-5.
8. Moore AK, Vilderman S, Lubenskyi W, McCans J, Fox GS. Differences in epidural morphine requirements between elderly and young patients after abdominal surgery. *Anesth Analg* 1990 70(3):316-20
9. Ready LB, Chadwick HS; Ross B. Age predicts effective epidural morphine dose after abdominal hysterectomy. *Anesth Analg* 1987 ;66(12):1215-8
10. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff RS, Rosomoff HL. Outcomes in treatment of pain in geriatric and younger age groups. *Arch Phys Med Rehabil* 1994 ;75(4):457-64
11. Ferrell BR, Ferrell BA, Ahn C, Tran K. Pain management for elderly patients with cancer at home. *Cancer* 1994 1;74(7 Suppl):2139-46
12. Williams FH, Maly BJ. Pain rehabilitation: Cancer pain, pelvic pain, and age-related considerations. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75(5 Spec No):S15-20
13. Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995, 61(1):93-101
14. Herr KA. Mobily PR; Smith C. Depression and the experience of chronic back pain: a study of related variables and age differences. *Clin J Pain* 1993 Jun;9(2):104-14

15. Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, Lawton MP, Katz IR. The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. Pain 1995; 61(2): 271-6
16. Moroni C., Laurent B. Influence de la douleur sur la cognition Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement 2006 vol 4 n°1 p 21-30
17. Salimani R., Sembel N, Roux D, Bigay V, Dubray C, Pickering G. Impact cognitif des douleurs neuropathiques post-zosteriennes. Poster
18. Sembel N, Salimani R., Dubray C., Pickering G. Impact linguistique des douleurs neuropathiques post-zostériennes : une étude exploratoire. Poster
19. Laurent B Pourquoi le neuropsychologue devrait s'intéresser à la mémoire de la douleur ; Rev de neuropsychologie dec 2009 n4 vol 1 p 337-343.
20. Grunau RV, Whitfield MF, Petrie JH, Fryer EL. Early pain experience, child and family factors, as precursors of somatization: a prospective study of extremely premature and fullterm children. Pain 1994;56(3):353-9
21. Hapidou EG, De Catanzaro D. Responsiveness to laboratory pain in women as a function of age and childbirth pain experience. Pain 1992 ;48(2):177-81
22. Cole IJ, Farrell MJ, Duff EP, Barber JB, Egan GF, Gibson SJ. Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer's disease. Brain. 2006 Nov;129(Pt 11):2957-65.

11. CONCLUSION

Docteur Gisèle Pickering

« Souffrir et vieillir ne sont pas synonymes », « la douleur n'est pas une fatalité lorsque l'on avance en âge » : ces phrases ont beaucoup aidé depuis une quinzaine d'années à prendre en main énergiquement, et avec optimisme, la problématique de la prise en charge de la douleur de la personne âgée avec ses caractéristiques et ses attributs propres, dans un contexte économique porté par l'augmentation de l'espérance de vie, le coût de la santé, la qualité de vie et le « vieillissement réussi ». Toutefois, il est indéniable que l'allongement de la durée de vie s'accompagne d'une augmentation concomitante de la prévalence de pathologies, dont certaines sont douloureuses et pourvoyeuses de dépression, d'interférences avec les activités de la vie quotidienne, de troubles psychologiques et de perte d'autonomie. Dans cette population extrêmement hétérogène qui va du jeune retraité au « centenaire-survivant », la problématique est complexe et multiple, et la tentation à la généralisation doit être constamment modulée par des facteurs chronologiques et biologiques. Alors que globalement les personnes âgées arrivent à maintenir un certain bien-être en dépit de la maladie ou du handicap, leur résilience est très atteinte face à la douleur chronique et persistante, lorsque tout fait mal, quand les problèmes médicaux s'enchaînent et que l'homéostasie est bousculée. Les interactions entre la pathologie de la maladie inductrice de douleur, la physiologie liée à l'âge et les facteurs psychologiques générés, doivent être bien évaluées pour éviter de banaliser la douleur comme une composante « normale » du vieillissement, pour appréhender la signification intime de la douleur par le patient (stoïcisme, catastrophisme) et pour adapter le traitement antalgique ainsi que l'empathie du soignant. Car il s'agit bien d'adapter et d'individualiser la prise en charge de la douleur chez la personne âgée : repérer, évaluer, traiter, réévaluer, prévenir les effets indésirables des médicaments, dans une démarche collective avec le patient, le personnel et/ou la famille : la qualité du temps présent est une entité tangible et essentielle dans le grand âge. Une difficulté récurrente réside dans l'estimation de la présence de la douleur et dans l'identification de la

plainte, en particulier chez les patients avec des troubles cognitifs. Le cri inarticulé perçant, le gémissement répétitif peut être ou ne pas être une plainte douloureuse, et inversement, l'accès au langage ne garantit pas la formalisation de la plainte : le principe de précaution dans l'estimation de la douleur doit donc absolument s'appliquer chez la personne âgée.

Comme l'ont bien montré les auteurs de ce livre qui ont tous une très grande expertise scientifique et clinique dans ce domaine, prendre en charge la douleur de la personne âgée peut être un véritable défi au quotidien. En dépit d'une grande mobilisation parmi les soignants, la douleur reste pourtant sous-estimée et sous-traitée chez la personne vieillissante aussi bien à domicile qu'en institution, en France comme à l'étranger. Espérons que les programmes nationaux de sensibilisation à la douleur mis en place au cours de ces dernières années toucheront leur but d'amélioration de la prise en charge de cette population vulnérable.

La richesse de la relation, le temps, la patience, l'échange, sont aussi des éléments essentiels en gériatrie, beaucoup moins quantifiables, mais pourtant majeurs dans cette optimisation du soin et du soulagement et « *Peu importe ce que vous ressentez face à une personne âgée, vous devez toujours la regarder avec attention. Elle était vous et vous serez elle. Vous portez maintenant en vous les germes de votre vieillissement et elle entend les échos de sa jeunesse chaque fois qu'elle vous voit* » (Kent Nerburn, Letters to my son - 1993).



L’Institut UPSA de la Douleur

Un acteur clé dans la prise en charge de la douleur

L’Institut UPSA de la Douleur, association Loi 1901 à but non lucratif, a été fondé en 1993 pour répondre aux problèmes que pose la prise en charge de la douleur. L’Institut est géré par un Conseil Scientifique indépendant et bénévole qui réunit des personnalités du monde médical et scientifique français. Son rôle est notamment de décider des actions à entreprendre, valider les contenus des éditions de l’Institut UPSA de la Douleur (ouvrages, publications, site Internet...), sélectionner les dossiers d’attribution de fonds...

L’Institut organise ses actions autour de quatre axes principaux :

- aider au développement de la recherche contre la douleur
- former et informer les professionnels de la santé
- informer les patients et le grand public
- coopérer avec la communauté scientifique

Année après année, l’IUD a répondu à sa mission en mettant en place un grand nombre de moyens pour aider au développement de la Recherche fondamentale et clinique dans la lutte contre la douleur, notamment en soutenant plus de 150 projets de recherche pour un montant de plus de 3 millions d’euros.

www.institut-upsa-douleur.org

Vitrine de l’Institut UPSA de la Douleur, le site <http://www.institut-upsa-douleur.org> s’adresse à toute personne désireuse de se renseigner rapidement sur la douleur en général ou « sa » douleur en particulier. Destiné tant aux professionnels de santé qu’aux patients ou à leurs proches, le site de l’Institut, véritable base de données sur la douleur, délivre des informations de haute qualité, validées par son conseil scientifique, réactualisées selon les avancées et triées selon une arborescence qui permet une consultation rapide.

Toute l’information sur la douleur est disponible pour tous et l’ensemble des documents sont en libre téléchargement : ouvrages (disponibles également sous format e-books, pouvant être facilement visionnés sur les tablettes et les smartphones), publications, brochures pour les patients, outils d’évaluation de la douleur, affiches...

Constituer une véritable base de données sur la douleur

Fort de plus de 20 ans d’existence, l’Institut UPSA de la Douleur a mis en ligne son savoir-faire afin d’offrir une base de données sur la douleur avec :

- **L’IUDTHÈQUE** (bibliothèque numérique de la douleur permettant d’avoir un aperçu global de l’ensemble des documents disponibles) :

POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ: ouvrages, périodiques, protocoles de prise en charge de la douleur, échelles d'évaluation de la douleur, avancées thérapeutiques, aide-mémoire pour les internes, textes officiels, formations ;

POUR LES FORMATEURS ET ENSEIGNANTS: kits de diapositives sur la douleur, sur les soins palliatifs et sur la prise en charge de la douleur en cancérologie ;

POUR LES PATIENTS: vidéos, brochures sur des pathologies douloureuses ou sur leur prise en charge ainsi que des textes de vulgarisation pour mieux comprendre la Douleur (ses mécanismes, ses traitements médicamenteux et non médicamenteux, son évaluation).

- **LA VIDÉOTHÈQUE:** pratiques et didactiques, ces vidéos animées par des professionnels de santé sur diverses pathologies douloureuses, des traitements ou encore des problématiques environnementales, peuvent être utilisées pour former ou informer.
- **DE L'ACTUALITÉ DOULEUR:** en un clic et en un clin d'œil, accès aux dernières recommandations, nouveautés, informations récentes...

Soutenir la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur

L'Institut favorise la formation des professionnels de la santé en mettant à leur disposition des **kits et des programmes de formation**, des **vidéos**, des **périodiques** ("L'infirmière et à la Douleur", "La Douleur, des recommandations à la pratique", "La Lettre de l'Institut UPSA de la Douleur" ou "Douleur et Santé Mentale") et une **collection d'ouvrages originaux** abordant des thématiques précises non traitées jusque-là par les ouvrages francophones.

Offrir des programmes de protocolisation de la prise en charge de la douleur aiguë en postopératoire (PROCEDOL) et aux urgences (PROTAU)

Riche d'une cinquantaine de fiches, le programme **PROCEDOL** (**Procédure de prise en charge de la douleur postopératoire**) est destiné aux établissements hospitaliers.

Classé par pathologie, **PROTAU** (**Programme de traitements antalgiques en urgence**) a été conçu pour apporter aux urgentistes et aux médecins confrontés à l'urgence des procédures antalgiques spécifiques des principaux syndromes douloureux rencontrés en situation d'urgence en fonction de la cause de la douleur.

Ces fiches ont récemment été mises à jour et de nouvelles fiches ont été élaborées. À noter également qu'une application **Douleur et Urgences** est à disposition.

Développer l'information vers le patient et le grand public

Un travail de sensibilisation auprès des patients et auprès du grand public est également une des vocations de l'Institut qui édite et met en ligne des **brochures pour guider les patients et leur entourage**. Ces brochures de vulgarisation traitant par exemple de la morphine ou de l'arthrose sont consultables et téléchargeables dans la rubrique spécialement destinée aux patients et à leur entourage.

Pour contacter l'Institut UPSA de la Douleur

Tél. : 01 58 83 89 94

Courriel : institut.upsa@bms.com

www.institut-upsa-douleur.org



Institut UPSA
de la douleur



Luttons ensemble contre la douleur



27914019