



Agence **N**ationale
d'**A**ccréditation et
d'**É**valuation en **S**anté

**EVALUATION ET PRISE EN CHARGE
THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHEZ
LES PERSONNES AGEES AYANT DES
TROUBLES DE LA COMMUNICATION
VERBALE**

OCTOBRE 2000

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en octobre 2000 ; il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication et Diffusion

159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 1998, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

AVANT-PROPOS

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour chaque professionnel de santé d'assimiler toutes les informations nouvelles apportées par la littérature scientifique, d'en faire la synthèse critique et de l'incorporer dans sa pratique quotidienne.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui a succédé à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des recommandations professionnelles. À ce titre, elle contribue à mieux faire comprendre les mécanismes qui relient évaluation, amélioration de la qualité des soins et régularisation du système de santé.

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé.

Les recommandations professionnelles contenues dans ce document ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie explicite, publiée par l'ANAES dans le document intitulé : « Les Recommandations pour la Pratique Clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 ».

Le développement des recommandations professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout professionnel de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possible.

Professeur Yves MATILLON
Directeur général de l'ANAES

Les recommandations professionnelles sur le thème «Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale » ont été élaborées à la demande de la Société française de gériatrie. Elles s'intègrent également dans le cadre du programme d'élaboration de recommandations concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur, demandé par la Direction générale de la santé à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

La méthode de travail utilisée a été celle décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Bases méthodologiques pour leur réalisation en France » publié par l'ANAES en 1999.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D^r Patrice DOSQUET, chef de projet, sous la responsabilité du P^r Alain DUROCHER, chef du service des recommandations et références professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Christine DEVAUX, documentaliste dans le service de documentation, avec l'aide de M^{me} Nathalie HASLIN.

Le secrétariat a été assuré par M^{me} Laurence THIPHAGNE et M^{lle} Sabine FARNIER.

L'ANAES tient à remercier l'ensemble des membres du comité d'organisation, du groupe de travail, du groupe de lecture et de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

COMITE D'ORGANISATION

D^f Jean-Pierre AQUINO, interniste gériatre,
VERSAILLES

D^f Patrick METAIS, gériatre, METZ

D^f Jacques MEYNADIER, algologue, LILLE

P^f Robert MOULIAS, gériatre, IVRY-SUR-SEINE

D^f Richard VANDENDRIES, gériatre, VERSAILLES

D^f Emmanuel VASSEUR, gériatre, ANGERS

GROUPE DE TRAVAIL

P^f Robert MOULIAS, gériatre, IVRY-SUR-SEINE, président du groupe de travail

D^f Bernard WARY, gériatre et palliatologue, THIONVILLE, chargé de projet

D^f Patrice DOSQUET, chef de projet, service des recommandations et références professionnelles de l'ANAES, PARIS

D^f Michel ALIX, gériatre, CAEN

P^f Bernard BANNWARTH, rhumatologue, BORDEAUX

D^f Jean-Louis BENSOUSSAN, généraliste, CASTEL -
MAUROU

Mme Françoise BRUERE, infirmière, MONTS

D^f Jean BRUXELLE, algologue, PARIS

D^f Yvon CLAUDEL, généraliste, BORT-LES-ORGUES

Mme Magalie DELHOMME, infirmière, POITIERS

D^f Catherine DENIS, Agence française de sécurité
sanitaire des produits de santé, SAINT-DENIS

D^f Marilène FILBET, gériatre, ALIX

D^f Philippe GRANATO, psychiatre,
VALENCIENNES

D^f Nathalie HOOG-LABOURET, Agence française de
sécurité sanitaire des produits de santé, SAINT-DENIS

M. Pascal MACREZ, aide soignant, PARIS

D^f Nadine MEMRAN, algologue, NICE

D^f Jérôme PELLERIN, psychiatre, IVRY-SUR-SEINE

D^f Agnès SAINT-RAYMOND, Agence française de
sécurité sanitaire des produits de santé, SAINT-DENIS

M. Saïd SERBOUTI, biostatisticien, LILLE

M. Patrick THEVENET, kinésithérapeute, PLOUESCAT

D^f Richard VANDENDRIES, gériatre, VERSAILLES

GROUPE DE LECTURE

D^f Jean-Pierre AQUINO, interniste gériatre,
VERSAILLES

D^f Elisabeth BALDO, psychiatre, AIX-EN-PROVENCE

P^f Philippe BERTIN, rhumatologue, LIMOGES

P^f François BLANCHARD, gériatre, REIMS

D^f Daniel BRENOT, généraliste, VOUGEOT

D^f Anne-Marie BUSSONE, gériatre, ÉTAMPES

Mme Marie-Aimée CHAMBE, psychologue, IVRY-SUR-
SEINE

D^f Hélène CHAPOULARD, gynécologue, BORDEAUX

Mme Caroline DISCHLER, aide soignante,
TURCKHEIM

P^f Jean DOUCET, interniste gériatre, ROUEN

D^f Pierre DOURNOVO, interniste, MONTMORENCY

D^f Joël DUBERNET, généraliste, CASTILLON-LA-
BATAILLE

P^f Jacques FERMANIAN, biostatisticien, PARIS

P^f Bernard GAY, généraliste, RIONS

D^f Marie-Pierre HERVY, gériatre,
LE KREMLIN-BICETRE

D^f Rose-Marie JAVIER, rhumatologue, STRASBOURG

D^f Alain JEAN, gériatre, PARIS

P^f Francis KUNTZMANN, gériatre, STRASBOURG

Mme Martine MARZAIS, cadre infirmier, IVRY-SUR-
SEINE

D^f Patrick METAIS, gériatre, METZ

D^f Jacques MEYNADIER, algologue, LILLE

D^f Micheline MICHEL, gériatre, RENNES

P^f Richard TREVES, rhumatologue, LIMOGES

D^f Annick SACHET, gériatre, IVRY-SUR-SEINE

D^f Renée SEBAG-LANOË, gériatre, VILLEJUIF

D^f Dominique SELLIN-PERES, gériatre, BOHARS

D^f Jean-Michel WATWAT, gériatre, COURBEVOIE

P^f Gérard ZIEGLER, rhumatologue, NICE

SOMMAIRE

MÉTHODE GÉNÉRALE.....	7
STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	9
I. RECHERCHE AUTOMATISÉE	9
II. RECHERCHE MANUELLE.....	10
RECOMMANDATIONS	11
I. PRÉAMBULE.....	11
I.1. Thème des recommandations	11
I.2. Cible professionnelle des recommandations.....	11
I.3. Niveau de preuve des recommandations.....	11
II. PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES	11
III. ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE.....	12
IV. TRAITEMENT DE LA DOULEUR.....	12
V. ACTIONS FUTURES.....	16
VI. ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS.....	16
ANNEXES : ÉCHELLES FRANÇAISES D'HÉTÉRO-ÉVALUATION EN COURS DE VALIDATION.....	17
I. ÉCHELLE DOLOPLUS-2®	17
I.1. Présentation de l'échelle	17
I.2. Lexique.....	17
I.3. Conseils d'utilisation.....	18
II. ÉCHELLE ECPA	22
II.1. Présentation de l'échelle ECPA.....	22
II.2. Conseils d'utilisation.....	22
ARGUMENTAIRE.....	24
I. INTRODUCTION.....	24
II. ÉPIDÉMIOLOGIE.....	24
II.1. Les sujets âgés ayant des troubles de la communication verbale	24
II.2. La prévalence de la douleur chez les sujets âgés	26
III. AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE	29
IV. HÉTÉRO-ÉVALUATION : ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE.....	29
IV.1. Nécessité de recourir à une échelle d'hétéro-évaluation	29
IV.2. Limites des échelles d'hétéro-évaluation.....	30
IV.3. En conclusion	30
V. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU SUJET ÂGÉ.....	31
V.1. Principes généraux.....	31
V.2. Thérapies médicamenteuses de la douleur.....	33
V.3. Thérapies non médicamenteuses	46
VI. PRÉVENTION ET DOULEUR.....	48
VI.1. Coma.....	48
VI.2. Douleurs induites	48
VI.3. Moyens pharmacologiques	48
VI.4. Moyens non pharmacologiques	49
RÉFÉRENCES.....	50

METHODE GENERALE

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'ANAES. Les sociétés savantes concernées par le thème, réunies au sein du comité d'organisation, ont été consultées pour délimiter le thème de travail, connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet et proposer des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Les recommandations ont été rédigées par le groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis des professionnels consultés.

L'ANAES a constitué un groupe de travail en réunissant des professionnels multidisciplinaires, ayant un mode d'exercice public ou privé, et d'origine géographique variée. Ce groupe de travail comprenait un président, qui en a coordonné les travaux, et un chargé de projet, qui a identifié, sélectionné, analysé et synthétisé la littérature scientifique utilisée pour rédiger l'argumentaire et les recommandations, discutées et élaborées avec le groupe de travail.

Un groupe de lecture, composé selon les mêmes critères que le groupe de travail, a été consulté par courrier et a donné un avis sur le fond et la forme des recommandations, en particulier sur leur lisibilité et leur applicabilité. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail et pris en compte chaque fois que possible dans la rédaction des recommandations.

Les recommandations ont été discutées par le Conseil scientifique, section évaluation, de l'ANAES, et finalisées par le groupe de travail.

Un chef de projet de l'ANAES a coordonné l'ensemble du travail et en a assuré l'encadrement méthodologique.

Une recherche bibliographique automatisée a été effectuée par interrogation systématique des banques de données MEDLINE, HealthSTAR, EMBASE, PASCAL et *Cochrane Library*. En fonction du thème traité, elle a été complétée par l'interrogation d'autres bases de données si besoin. Dans un premier temps, elle a identifié sur une période de 10 ans les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus, les articles de décision médicale, les revues systématiques et les méta-analyses concernant le thème étudié. Elle a ensuite été complétée par une recherche d'études cliniques, publiées en langue française ou anglaise, pouvant éclairer les différents aspects du thème pris en compte. La littérature « grise » (c'est-à-dire les documents non indexés dans les catalogues officiels d'édition ou dans les circuits conventionnels de diffusion de l'information) a été systématiquement recherchée (par contacts directs auprès de sociétés savantes, par Internet ou par tout autre moyen).

La bibliographie obtenue par voie automatisée a été complétée par une recherche manuelle. Les sommaires de revues générales et de revues concernées par le thème étudié ont été dépouillés sur une période de 6 mois pour actualiser l'interrogation en ligne des banques de données. De plus, les listes de références citées dans les articles sélectionnés ont été consultées. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture ont transmis des articles de leur propre fonds bibliographique. Par

ailleurs, les décrets, arrêtés et circulaires du ministère de la Santé pouvant avoir un rapport avec le thème ont été consultés.

La stratégie de recherche propre à chaque thème de recommandations est précisée dans le chapitre « Stratégie de la recherche documentaire ».

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'ANAES (voir *tableau*). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

Tableau . Grade des recommandations.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohorte 	<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Études cas-témoins 	<p>C</p>
<p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas 	<p>Faible niveau de preuve</p>

Des propositions d'études et d'actions futures ont été formulées par le groupe de travail.

STRATEGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

I. RECHERCHE AUTOMATISEE

Les banques de données MEDLINE, EMBASE, HealthSTAR, PASCAL et COCHRANE ont été interrogées pour la période allant de 1994 à 1999. Seules les publications en langue française ou anglaise ont été retenues.

La stratégie de recherche a porté sur :

↳ les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus, les articles de décision médicale, les revues de la littérature et les méta-analyses. Cette recherche a été effectuée sur la période 1989-1999, toutes langues confondues.

Le mot clé initial suivant *Pain* associé à *Aged** OU *Aging* a été associé à : *Guideline(s)* OU, *Practice guideline(s)* OU *Health planning guidelines* OU *Clinical protocol(s)*, *Consensus development conference* OU *Medical decision making* OU *Decision trees* OU *Decision analysis* OU *Meta-analysis* OU *Literature review*.

Ainsi, 73 références ont été obtenues sur MEDLINE, 80 sur EMBASE et 37 sur HealthSTAR.

↳ l'évaluation de la douleur

Les mots clés *Pain assessment* OU *Pain measurement* OU *Pain* OU *Chronic pain*, associés à *Rating scale*, ont été associés à *Aged* OU *Aging*.

Ainsi, 68 références ont été obtenues sur MEDLINE, 34 sur EMBASE et 1 sur HealthSTAR.

↳ le traitement médicamenteux de la douleur

Les mots clés *Pain* OU *Chronic pain* associés à *Aged* OU *Aging* ont été associés à *Drug therapy* et à : *Randomized controlled trial(s)* OU *Double-blind method* OU *Controlled clinical trial(s)* OU *Random allocation* OU *Controlled study*.

Ainsi, 141 références ont été obtenues sur MEDLINE et 150 sur EMBASE.

↳ le traitement non médicamenteux de la douleur

Les mots clés *Pain* OU *Chronic pain* associés à *Aged* OU *Aging* ont été associés à : *Therapy* et à *Randomized controlled trial(s)* OU *Double-blind method* OU *Controlled clinical trial(s)* OU *Random allocation* OU *Controlled study* OU *Physiotherapy* OU *Physical therapy* OU *Massage* OU *Orthosis* OU *Orthopedic devices* OU *Orthopedics* OU *Occupational therapy* OU *Music therapy*.

Ainsi, 93 références ont été obtenues sur MEDLINE, 71 sur EMBASE et 51 sur HealthSTAR.

↳ la littérature française a été recherchée sur la période 1996 à 1999

Le mot clé *Pain* a été associé à *Aged* OU *Aging* OU *Elderly*.

Ainsi, 106 références ont été obtenues sur PASCAL.

II. RECHERCHE MANUELLE

Les sommaires des revues suivantes ont été dépouillés :

Revues générales : *Annals of Internal Medicine, Archives of Internal Medicine, British Medical Journal, Canadian Medical Association Journal, Concours Médical, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine, Presse Médicale, Revue de Médecine Interne, Revue du Praticien, Prescrire.*

Revues spécialisées : *American Pain Society Bulletin, Journal of the American Geriatric Society, Journal of Pain and symptom Management, Pain, Pain Clinical Updates, Revue de Gériatrie.*

RECOMMANDATIONS

I. PREAMBULE

I.1. Thème des recommandations

Les présentes recommandations concernent l'évaluation et le traitement de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. L'absence de communication n'existe que très rarement. Les personnes âgées dites non communicantes sont des personnes âgées non verbalisantes, non comprenantes ou non participantes et par définition des personnes âgées ne pouvant pas s'auto-évaluer.

Les recommandations concernant le traitement ne sont pas spécifiques des personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

I.2. Cible professionnelle des recommandations

Les recommandations sont destinées à tout médecin amené à prendre en charge des personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, en établissement de soins ou au domicile.

I.3. Niveau de preuve des recommandations

Du fait de la rareté des études réalisées spécifiquement chez les personnes âgées de plus de 75 ans et de l'absence d'étude réalisée chez celles qui ont des troubles de la communication verbale, les recommandations reposent sur un accord professionnel.

II. PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES AGEES

Le vieillissement différentiel, la polypathologie, la polymédication, la situation socio-familiale, l'état d'autonomie, la culture et la spiritualité doivent conduire à considérer chaque personne âgée de façon individuelle.

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

Le soulagement efficace de la douleur nécessite une médecine globale centrée sur la personne, en ayant toujours le souci de préserver l'autonomie maximale et la qualité de vie du patient âgé.

Le traitement de la douleur chez la personne âgée ne se limite pas à la rédaction et à l'exécution d'une prescription. Il implique de la part de tous les intervenants d'apporter au patient qui souffre un soin relationnel attentif.

Toute personne âgée qui souffre a droit à une prise en charge au même titre qu'un patient plus jeune, les principes fondamentaux de celle-ci restant les mêmes, à condition de respecter les modifications pharmacologiques dues à l'âge.

III. ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES AGEES AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE

Les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale souffrent autant que les autres et requièrent comme les autres une évaluation et une prise en charge adaptées de la douleur.

En particulier, tout changement de comportement, spontané ou survenant pendant un soin, chez une personne âgée ayant des troubles de la communication verbale doit faire évoquer la possibilité d'un état douloureux et le faire rechercher.

Une évaluation correcte de la douleur associe une échelle d'hétéro-évaluation et une analyse sémiologique et étiologique. Des échelles d'hétéro-évaluation en langue française sont en cours de validation ; elles sont décrites en annexe des recommandations.

L'hétéro-évaluation concerne tous les acteurs de soins. Elle doit être répétée. La cinétique des scores doit être suivie régulièrement et consignée sur la feuille de soins ou le cahier de liaison au domicile.

Il est recommandé que l'identification, l'évaluation et le traitement de la douleur physique s'accompagnent d'une prise en compte de la souffrance morale du patient. Il est recommandé d'évaluer simultanément les aspects organiques et psychologiques de la douleur sans attendre d'avoir éliminé toutes les causes organiques. Les douleurs psychogènes ne devraient pas être un diagnostic d'élimination.

IV. TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Du fait de la rareté des essais thérapeutiques chez les personnes âgées de plus de 75 ans, les règles de prescription sont extrapolées à partir des études disponibles chez l'adulte plus jeune et sont corrigées par les données de la pharmacovigilance.

Le traitement antalgique impose une démarche diagnostique et ne se substitue jamais au traitement étiologique.

Les modifications pharmacologiques liées au vieillissement, la polyopathie habituelle chez le sujet âgé et les interactions médicamenteuses conduisent à prendre en compte le risque accru d'effets secondaires et de surdosage, et leurs répercussions sur les fonctions cognitives, l'autonomie et l'équilibre sociofamilial.

Pour chaque médicament, il est conseillé :

- d'utiliser la posologie minimale efficace pour calmer la douleur ;

- d'adapter les intervalles de prise et la dose unitaire selon les résultats de la réévaluation de la douleur, en tenant compte de la durée d'efficacité du médicament et de l'évolution nyctémérale de la douleur ;
- d'augmenter progressivement la posologie ;
- d'utiliser des médicaments à élimination rapide.

Le paracétamol est l'antalgique le moins toxique. Dans les douleurs faibles à modérées par excès de nociception, il doit être prescrit en première intention à une posologie de 500 mg toutes les 4 à 6 heures.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être utilisés en tenant compte de leur toxicité digestive et rénale accrue chez les sujets âgés. La prévention des accidents gastriques des AINS fait partie des indications retenues pour l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du misoprostol et de l'oméprazole 20 mg. La moindre toxicité digestive des AINS inhibiteurs sélectifs de la COX-2 doit être confirmée dans la population très âgée.

Les opioïdes dont la morphine peuvent être prescrits en première intention pour les douleurs intenses nociceptives à la posologie initiale orale de 2,5 mg de chlorhydrate de morphine toutes les 4 heures, avec un ajustement progressif toutes les 24 heures. Le relais par une forme à libération prolongée pourra être pris une fois déterminée la dose quotidienne efficace.

Un supplément d'antalgie peut être nécessaire pour prévenir les douleurs induites, en particulier par la mobilisation et les soins. Un opioïde à libération immédiate peut être alors associé aux opioïdes à libération prolongée, et ce au moins 45 minutes avant la mobilisation ou le soin douloureux.

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 focaliser sur les effets respiratoires et neuropsychiques. Parmi les autres effets secondaires, la constipation doit être précocement et systématiquement prévenue et la rétention d'urines recherchée.

Les douleurs neuropathiques peuvent nécessiter le recours à un traitement par antidépresseurs tricycliques ou antiépileptiques. Chez les personnes âgées, une grande attention doit être portée aux contre-indications et aux risques de syndrome confusionnel, de sédation, d'hypotension et de rétention d'urines. Les médicaments de ces classes ayant une indication dans la douleur selon l'AMM sont : l'amitriptyline et l'imipramine (algies rebelles), la carbamazépine et la phénytoïne (algies de la face).

Les traitements locaux et les thérapies non médicamenteuses peuvent permettre de limiter les posologies d'antalgiques ou le recours aux AINS.

Les *tableaux 1 et 2* résument les paramètres principaux concernant la prescription des médicaments les plus utilisés dans le traitement de la douleur chez les personnes âgées. Ils sont issus de l'expérience clinique des prescripteurs.

Tableau 1. Principaux antalgiques utilisés pour le traitement de la douleur chez la personne âgée.

Médicament	Posologie initiale par 24 heures	Intervalle de prise	Posologie maximale par 24 heures recommandée	Effets secondaires à souligner	Précautions d'emploi
Paracétamol	4 x 500 mg	4 à 6 heures	4 000 mg (3 000 mg en France)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hépatotoxicité aux posologies élevées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter de dépasser les posologies maximales recommandées
Aspirine	4 x 500 mg	4 à 6 heures	4 000 mg (2 000 mg en France)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastrotoxicité ▪ Néphrotoxicité ▪ Antiagrégant plaquettaire ▪ Rares hépatotoxicité et thrombopénie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter l'utilisation prolongée à fortes doses
Ibuprofène	4 x 200 mg	4 à 6 heures	2 400 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastrotoxicité ▪ Néphrotoxicité ▪ Antiagrégant plaquettaire ▪ Rares hépatotoxicité et thrombopénie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter l'utilisation prolongée à fortes doses ▪ Constipation, confusion et céphalées fréquentes, à surveiller
Codéine*	4 x 30 mg	4 à 6 heures	180 mg		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention précoce de la constipation
Dihydrocodéine*	2 x 60 mg	8 à 12 heures	180 mg		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention précoce de la constipation
Dextropropoxyphène	4 x 65 mg	6 heures	325 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque d'hypoglycémie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Association fréquente au paracétamol ▪ Prévention précoce de la constipation
Tramadol Libération immédiate	4 x 50 mg	4 à 6 heures	400 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution du seuil épileptogène 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires (constipation, nausées, vomissements, vertiges)
Tramadol Libération prolongée	2 x 100 mg	12 heures	400 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution du seuil épileptogène 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires (constipation, nausées, vomissements, vertiges)

* L'association au paracétamol et aux AINS permet de diminuer les posologies

Tableau 1 (suite). Principaux antalgiques utilisés pour le traitement de la douleur chez la personne âgée.

Médicament	Posologie initiale par 24 heures	Intervalle de prise	Posologie maximale par 24 heures recommandée	Effets secondaires à souligner	Précautions d'emploi
Chlorhydrate de morphine	15 à 30 mg	4 heures	Pas de plafond	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de la concentration plasmatique par rapport au sujet jeune ▪ Risque d'accumulation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Titration : 2,5 à 5 mg toutes les 4 heures en début de traitement ▪ Prévention précoce de la constipation ▪ Risque de surdosage et d'effets secondaires ▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires
Sulfate de morphine à libération prolongée	20 mg	12 heures pour Moscontin [®] et Skenan [®] 24 heures pour Kapanol [®] Le recours à des prises plus fréquentes que recommandées est rare chez la personne âgée	Pas de plafond	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idem chlorhydrate de morphine 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Progression lente et prudente des posologies ▪ Prévention précoce de la constipation ▪ Risque de surdosage et d'effets secondaires ▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires
Fentanyl (patch de Durogesic [®])	25 µg/heure	72 heures	Pas de plafond	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durée d'action souvent augmentée chez la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Association prudente à des antalgiques à libération immédiate en début de traitement ▪ La fièvre accélère l'absorption

Tableau 2. Principaux antalgiques utilisés pour le traitement des douleurs neuropathiques chez la personne âgée.

Médicament	Posologie initiale par 24 heures	Effets secondaires à souligner	Précautions d'emploi
Antidépresseurs			
Amitriptyline Desipramine Imipramine	10 mg	Sensibilité accrue aux effets secondaires, en particulier anticholinergiques	Surveillance prudente des effets anticholinergiques, semblant moindres pour la desipramine ; débiter à la dose minimale efficace et augmenter progressivement de 10 mg tous les 3 à 5 jours
Anticonvulsivants			
Clonazépan	0,25 à 0,5 mg	Somnolence et baisse de la vigilance	Privilégier les prises vespérales
Carbamazépine	100 mg	Somnolence, ataxie, vertiges, leucopénie, thrombocytopénie	Débiter à des posologies basses, puis augmenter de 100 mg par jour ; la dose efficace est atteinte en 2 à 8 semaines
Gabapentine	100 mg	Semble avoir des effets secondaires moins importants que la carbamazépine	Titration lentement progressive en fonction de l'efficacité et de la tolérance

V. ACTIONS FUTURES

Des essais devraient être systématiquement réalisés chez les personnes âgées pour chaque médicament utilisé dans le traitement de la douleur.

Des études méthodologiquement correctes sont nécessaires pour évaluer l'intérêt et la place des thérapeutiques non médicamenteuses chez le patient âgé ayant des troubles de la communication verbale.

VI. ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations devront être actualisées en fonction des publications des études en cours visant à valider les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur (soit dans un délai de 2 ans environ) et des essais thérapeutiques à venir.

ANNEXES : ÉCHELLES FRANÇAISES D'HETERO-EVALUATION EN COURS DE VALIDATION

I. ÉCHELLE DOLOPLUS-2^â

I.1. Présentation de l'échelle

L'échelle comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux). Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux). L'utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire. En cas d'item inadapté (exemple : item 7 pour un malade grabataire en position fœtale), il faut coter 0. La réévaluation doit être quotidienne et une courbe des scores peut être utile. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

I.2. Lexique

Un lexique est fourni avec l'échelle afin d'écarter les éventuelles incompréhensions de vocabulaire.

Plaintes somatiques

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris, pleurs, gémissements.

Positions antalgiques

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

Protection de zones douloureuses

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

Mimique

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

Sollicitation

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.)

Toilette / Habillage

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

Mouvements

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position, transferts, marche, seul ou avec aide.

Communication

Verbale ou non verbale

Vie sociale

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

Troubles du comportement

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

I.3. Conseils d'utilisation

L'utilisation nécessite un apprentissage

Comme pour n'importe quel outil nouveau, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Le temps de cotation de l'échelle diminue également avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque cela est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

Coter en équipe pluridisciplinaire

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants est préférable (médecin, infirmière, aide-soignante...). À domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade.

L'échelle est à intégrer dans le dossier de soins ou le cahier de liaison.

Ne rien coter en cas d'item inadapté

Il n'est pas nécessaire d'avoir une réponse à tous les items de l'échelle, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. En cas de coma, la cotation repose essentiellement sur les items somatiques.

Établir une cinétique des scores

La réévaluation est biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs, puis s'espace ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) est un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

Ne pas comparer les scores de patients différents

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné est intéressante.

En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test pharmacologique à visée antalgique adapté

On admet aujourd'hui qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Cependant, pour les scores avoisinant ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur est donc incriminée.

L'échelle cote la douleur et non pas la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS-2^â

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Lorsque la douleur est évidente, il est plus urgent de la calmer que de l'évaluer. Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évite la sous-estimation de la douleur.

**ÉVALUATION COMPORTEMENTALE
DE LA DOULEUR
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

Échelle DOLOPLUS-2^â

NOM :
Prénom :
Service :

Observation Comportementale		dates			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	• pas de plainte.....	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles.....	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique.....	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace.....	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. Protection de zones douloureuses	• pas de protection.....	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins.....	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins.....	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation.....	3	3	3	3
4. Mimique	• mimique habituelle.....	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation.....	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation.....	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide).....	3	3	3	3
5. Sommeil	• sommeil habituel.....	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement.....	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice).....	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil.....	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet).....	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels.....	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative.....	3	3	3	3
7. Mouvements	• possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...).....	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements).....	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition.....	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8. Communication	• inchangée.....	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle).....	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole).....	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...).....	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités.....	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3

10. Troubles du comportement	• comportement habituel.....	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératifs.....	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents.....	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation).....	3	3	3	3
COPYRIGHT	SCORE				

II. ÉCHELLE ECPA

II.1. Présentation de l'échelle ECPA

Tous les mots de l'échelle sont issus du vocabulaire des soignants sans intervention de médecins.

L'échelle comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4. Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

II.2. Conseils d'utilisation

Les études statistiques de l'ECPA autorisent la cotation douloureuse du patient par une seule personne.

Le vocabulaire de l'échelle n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée. Le temps de cotation varie selon l'entraînement du cotateur, mais oscille entre 1 et 5 minutes.

La seule mais indispensable précaution est de coter la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la deuxième dimension sur la première.

La cotation douloureuse n'a pas de cadre restrictif : on peut coter à n'importe quel moment et répéter *ad libitum*.

ECPA : Echelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante

Score total de l'échelle :

I - Observation avant les soins	II - Observation pendant les soins															
<p>1/ Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé 4 : Expression complètement figée</p> <p>2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p>3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contrairement à son habitude* 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p> <p>4/ RELATION À AUTRUI Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s)</p>	<p>5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements</p> <p>6/ Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p>7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p>8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: left; padding: 5px;">PATIENT</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">Nom :</td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">Prénom :</td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">Sexe :</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Âge (ans) :</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Date :</td> <td style="padding: 5px;">Heure :</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Service :</td> <td style="padding: 5px;">Nom du cotateur :</td> </tr> </table>		PATIENT			Nom :	Prénom :	Sexe :	Âge (ans) :			Date :		Heure :	Service :		Nom du cotateur :
PATIENT																
Nom :	Prénom :	Sexe :														
Âge (ans) :																
Date :		Heure :														
Service :		Nom du cotateur :														

ARGUMENTAIRE

I. INTRODUCTION

Si la douleur aiguë est un signal d'alarme devant conduire à un diagnostic étiologique et, si possible, à un traitement curatif, celle-ci, et qui plus est lorsqu'elle devient chronique, reste à l'origine de bien des souffrances inutiles, de perte d'autonomie, de syndromes de glissement et apparentés, voire de demande d'euthanasie (1-3).

Les préjugés sur la réalité douloureuse sont encore tenaces. Dans ce contexte, l'expression et l'évaluation de la douleur chez la personne âgée sont souvent négligées, d'autant plus que les soignants (et les médecins en particulier) ne sont que rarement formés tant à son dépistage qu'à son traitement (4-7).

De plus, les problèmes de communication viennent s'ajouter aux préjugés, faisant souvent des jeunes enfants, des malades psychiatriques et des sujets âgés de véritables oubliés de la douleur. La possibilité de démasquer la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale par des outils adaptés n'est effective que depuis 1999, puisqu'il n'existait auparavant aucun outil d'hétéro-évaluation au monde pour ce type de population.

Et quand bien même saurait-on détecter la douleur, encore faudrait-il revenir sur les principes fondamentaux du traitement de la douleur et en particulier sur les spécificités du grand âge et des troubles de la communication verbale.

Les troubles cognitifs sont ici au premier plan, mais les difficultés de compréhension, d'expression et de participation sont variées et non figées dans le temps.

II. ÉPIDÉMIOLOGIE

II.1. Les sujets âgés ayant des troubles de la communication verbale

II.1.1. Les sujets âgés

La définition « historique » faisant d'une personne de plus de 65 ans une personne âgée est aujourd'hui caduque. Les évolutions démographiques obligent à considérer le vieillissement comme un phénomène différentiel et en évolution constante, sans limites précises comme le rappelle Harkins (1) : il n'y a pas de rite de passage ou d'apparition d'un événement particulier qui marquerait la transition entre l'âge adulte et la vieillesse. On peut avoir 65 ans et être confiné au lit en fin de vie, tout comme on peut être valide à 100 ans et vivre à domicile.

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Sebag-Lanoë (8) souligne la nécessité de considérer les personnes âgées comme des individualités très différentes les unes des autres, de telle sorte qu'aux

âges avancés, l'âge en lui-même ne veut plus rien dire. Le même constat démographique est fait aux États-Unis (1, 9, 10).

Le vieillissement différentiel, la polyopathie, la polymédication, la situation sociofamiliale, l'état d'autonomie, la culture et la spiritualité obligent à considérer chaque personne âgée de façon individuelle.

II.1.2. Les « non communicants »

Si ce terme est classique, il est en réalité ambigu et même erroné, car il ne s'intéresse qu'à l'aspect verbal et « cérébral » de la communication. Les personnes totalement non communicantes n'existent pas ! On peut toujours communiquer. Si la communication verbale et raisonnée peut se perdre, la communication par d'autres canaux d'autres modalités non verbales reste possible (11).

Les personnes âgées non communicantes sont donc plutôt des personnes âgées non verbalisantes, non comprenantes ou non participantes et par définition, dans le contexte de la présente étude, des personnes âgées ne pouvant pas s'auto-évaluer (12).

Parce que l'étude de la douleur chez les personnes non communicantes ou présentant des troubles cognitifs a été négligée, les personnes âgées ne pouvant s'exprimer ont un risque accru de ne pas voir leur douleur reconnue et traitée (9).

Que ce soit en raison de :

- troubles cognitifs (syndromes démentiels de type Alzheimer, etc.) ;
- troubles sensoriels (surdité, cécité, etc.) ;
- troubles du comportement (agressivité, passivité, etc.) ;
- pathologies psychiatriques (psychose vieillie, troubles envahissants du développement, etc.) ;
- état végétatif chronique et coma,

toute personne âgée incapable de s'exprimer relève d'une hétéro-évaluation (5).

Enfin, la communication nécessite un émetteur et un récepteur qui doivent être tous deux communicants. Autrement dit, la relation soignant-soigné interfère largement dans la communication ou dans son absence.

II.1.3. Les sujets âgés « non communicants »

Si les travaux francophones s'accordent sur une proportion de personnes âgées communicantes et coopérantes, et donc capables de s'auto-évaluer, d'environ 30 % (13-16), Ferrel au Canada affirme quant à lui que 65 % des personnes âgées de plus de 85 ans atteintes d'une démence modérée peuvent utiliser l'échelle verbale simple (17). Des études restent à faire en ambulatoire comme en institution pour préciser ces résultats et optimiser le choix des outils d'évaluation appropriés aux différentes personnes âgées.

Qui plus est, même la personne âgée communicante n'exprime pas toujours sa douleur de façon verbale, notamment pour des raisons culturelles et relationnelles, et également à cause de troubles de l'humeur et du caractère (18).

II.2. La prévalence de la douleur chez les sujets âgés

II.2.1. La prévalence selon le type de population de sujets âgés

La douleur est quelque chose de tout à fait commun chez les personnes âgées (19). Plusieurs enquêtes ont été réalisées en institution gériatrique, mais également sur une population âgée tout venant. L'*American Geriatrics Society* cite une enquête révélant que 18 % des personnes âgées aux États-Unis consomment des antalgiques de façon régulière et que 63 % d'entre elles prennent ces antalgiques depuis plus de 6 mois (20). Cependant, il n'y a pas de parallélisme absolu entre douleur et prise d'antalgiques. Le *tableau 1* résume les principales études de prévalence de la douleur chez les personnes âgées.

Tableau 1. Prévalence de la douleur chez les personnes âgées.

Auteurs	Population étudiée	Résultats
Crook (21)	Étude randomisée portant sur 500 ménages de la métropole de Toronto (Canada) Enquête par téléphone sur la prévalence de la douleur	La prévalence de la douleur chronique est deux fois plus importante dans la population des plus de 60 ans par rapport à celle des moins de 60 ans. Elle augmente régulièrement avec l'âge : 7,6 % pour les 18-30 ans, 10,5 % pour les 31-40 ans, 12,9 % pour les 41-50 ans, 19,9 % pour les 51-60 ans, 25 % pour les 61-70 ans, 29 % pour les 71-80 ans, 40 % pour les plus de 81 ans. 25 à 50 % des personnes âgées souffrent de douleurs sévères.
Lavsky (22)	Étude de la prévalence des lombalgies, portant sur 3 097 personnes âgées de 65 ans et plus, en milieu rural, dans l'Iowa aux États-Unis	Prévalence de 24 % chez les femmes et de 18 % chez les hommes, sans différence notable entre les différentes tranches d'âge chez les plus de 65 ans.
Roy (23)	Enquête sur 132 personnes âgées de plus de 65 ans dans une maison de retraite avec hôpital de jour au Canada.	83 % présentent un problème quotidien de douleur (lombalgies, arthralgies et myalgies essentiellement). Les auteurs suggèrent une tendance à la sous-évaluation de la prévalence, de l'intensité et des conséquences de la douleur dans cette population. La plainte douloureuse, en particulier pour les personnes âgées en unité de long séjour, est souvent interprétée comme de la dépression.
Ferrell (24)	Interrogatoire de 97 malades âgés de plus de 65 ans en hôpital de jour au Canada	71 % ont des douleurs, en particulier : douleurs continues (34 %), douleurs intermittentes (66 %), lombalgies (40 %), neuropathies (11 %).
Brochet (25)	Enquête sur une population de 2 792 personnes âgées de plus de 65 ans vivant hors institution en France	74,4 % des sujets se plaignaient de diverses douleurs, isolées ou multiples. 68,3 % de douleurs articulaires chroniques, 22,6 % de céphalées et 20,7 % de douleurs rachidiennes sévères depuis au moins 5 ans.
Brattberg (26)	Étude en Suède d'une population de 537 personnes âgées de plus de 75 ans, tout venant (en institution et à domicile)	73 % de patients ont des douleurs dont 32 % de douleurs sévères. Cette proportion passe à 79 % pour les plus de 85 ans.
Groux-Frehner (27)	Étude sur 182 sujets, faite dans un établissement médico-social pour personnes âgées en Suisse	115 patients présentent des douleurs, soit 63 %. Ces douleurs sont le plus souvent provoquées par des affections du système locomoteur. Si elles sont reconnues en grande partie, elles sont insuffisamment traitées et même pas du tout dans certains cas.

Tableau 1 (suite). Prévalence de la douleur chez les personnes âgées.

Auteurs	Population étudiée	Résultats
Cornu (28)	Étude portant sur 704 patients d'un hôpital gériatrique dans la région parisienne	499 patients capables de répondre ont été interrogés directement, 43 % ont dit ressentir une douleur dont l'intensité et la localisation ont alors été précisées. Pour les 205 patients n'ayant pas pu répondre à la question, une échelle comportementale (DOLOPLUS-2 [®]) a été utilisée, 41 % d'entre eux atteignaient un score compatible avec la présence d'une douleur.

En conclusion, plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente. Variant de 30 à 80 % selon les situations, la proportion des personnes âgées ayant des douleurs chroniques est d'environ 60 %, dont un tiers a des douleurs sévères. En fin de vie, la prévalence de la douleur peut atteindre 80 %.

Il n'existe pas d'étude épidémiologique spécifique à la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale.

II.2.2. Les particularités de la douleur de la personne âgée

— *Encore bien des préjugés...*

Les préjugés sur la réalité douloureuse sont particulièrement tenaces chez la personne âgée (3, 17, 18, 29, 30) :

- La douleur fait partie du vieillissement normal : ce préjugé émane des personnes âgées et de leur entourage, il est également souvent partagé par les soignants (9, 24). Comme le rappelle Harkins (1), « *Age is not an analgesic* » ;
- La douleur sauve : valeur rédemptrice dans le contexte judéo-chrétien ;
- La douleur est signe de faiblesse : « *Un homme, un vrai, ça n'a pas mal...* ». Ce stoïcisme a bien été décrit par Foley (31) ;
- La douleur fait peur : « *Si j'ai mal, c'est que c'est grave...* », d'où l'angoisse d'être hospitalisé, opéré, de devenir dépendant, d'être institutionnalisé (20).

Ces préjugés alimentent la sous-estimation et donc le sous-traitement de la douleur chez la personne âgée, qui plus est lorsqu'elle a des troubles de la communication verbale (32-35).

— *Particularités de l'expression douloureuse*

La polypathologie du sujet âgé revêt des masques trompeurs où dépression masquée, troubles cognitifs et douleurs s'expriment souvent de façon semblable (20,36,37). Si certaines pathologies sont connues pour causer fréquemment des douleurs (pathologies ostéo-articulaires notamment), la douleur peut aussi faire défaut chez le sujet âgé comparativement au sujet jeune (1, 8, 38, 39), en cas par exemple :

- d'infarctus du myocarde ;
- d'embolie pulmonaire ;
- d'urgences abdominales (occlusions digestives, ulcère gastrique) ;
- de carie dentaire.

— *Étiologies des douleurs de la personne âgée*

Citons ici les étiologies les plus fréquentes, ce catalogue n'étant pas exhaustif (10, 24, 40-42).

- ♦ *Les pathologies ostéo-articulaires sont très fréquentes :*
 - lésions dégénératives articulaires (arthrose) et para-articulaires ;
 - douleurs secondaires à l'ostéoporose avérée ;
 - douleurs secondaires aux rhumatismes inflammatoires aigus, accès microcristallins ;
 - douleurs secondaires aux rhumatismes inflammatoires chroniques (polyarthrite rhumatoïde, pseudo-polyarthrite rhizomélique, spondylarthropathies, etc.) ;
 - douleurs traumatiques.

- ♦ *Douleurs postopératoires*

- ♦ *Pathologies vasculaires*
 - périphérique (artérite) ;
 - centrale (syndrome thalamique post-accident vasculaire cérébral).

- ♦ *Syndrome d'immobilisation*
 - rétraction ;
 - escarres ;
 - fécalome ;
 - rétention urinaire ;
 - crampes.

- ♦ *Zona*

- ♦ *Neuropathies*
 - diabétique ;
 - éthylique ;
 - algies post-zostériennes ;
 - iatrogène.

- ♦ *Douleurs psychogènes*

- ♦ *Douleurs induites (par les soins, transferts, etc.)*

- ♦ *Douleurs cancéreuses*

— *Fréquence des douleurs mixtes*

La polyopathie fréquente est à l'origine de l'intrication de plusieurs composantes algogènes (nociceptives, neuropathiques et psychogènes), les mécanismes de la douleur étant rarement uniques chez la personne âgée.

— *Co-facteurs*

Si la douleur peut engendrer des pertes d'autonomie, des troubles de l'humeur, des troubles de la communication, ces mêmes conséquences peuvent devenir des facteurs d'entretien ou d'amplification de la douleur.

Les données culturelles, existentielles, sociofamiliales et spirituelles modulent largement l'expression de la plainte douloureuse. Cela implique une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la douleur où l'évaluation plurifocale et répétitive aura une place de choix (22, 23, 36, 43).

III. AUTO-EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE

Les sujets âgés ayant des troubles de la communication verbale forment un groupe hétérogène et l'emploi d'échelles d'auto-évaluation peut être envisagé chez certains. Cependant, il n'existe actuellement aucune étude concernant la validité des échelles d'auto-évaluation dans ce contexte clinique. Les échelles d'auto-évaluation ont leurs limites chez la personne âgée ayant des troubles de la communication, en particulier du fait de (3, 44, 45) :

- défaut de compréhension ;
- défaut de participation et de communication ;
- surestimation des facultés d'abstraction ;
- troubles de la mémoire.

Dans ce document les sujets âgés ayant des troubles de la communication verbale seront considérés comme non capables de s'auto-évaluer par définition.

IV. HÉTÉRO-EVALUATION : ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE

IV.1. Nécessité de recourir à une échelle d'hétéro-évaluation

Les personnes âgées, tout comme les autres adultes, ont un besoin impératif d'évaluation et de prise en charge de la douleur (29). Pendant très longtemps, les soignants se sont basés sur leurs convictions, souvent teintées de préjugés (46). Une étude réalisée par Gay et Rapin révèle par exemple que l'utilisation de l'échelle DOLOPLUS[®] dans un service sensibilisé au démasquage de la douleur a permis d'introduire ou de réviser un traitement à but antalgique chez environ 20 % des malades âgés déments.

Les dangers d'une simple estimation de la douleur sont bien connus : sous-évaluation et plus rarement surévaluation.

Les limites de l'auto-évaluation déjà évoquées obligent à recourir à l'hétéro-évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale (30, 33, 44, 47-49).

Face à l'absence d'outils validés sur le plan international (43, 48), plusieurs équipes de gériatres français ont travaillé à la mise en place d'outils d'hétéro-évaluation, mais seules deux échelles sont aujourd'hui disponibles en langue française : DOLOPLUS-2[®] (16, 50) et ECPA (51). Toutes deux sont inspirées des travaux de Gouvain-Piquard (52) chez le jeune enfant (échelle douleur enfant Gustave-Roussy). Les échelles sont décrites en annexe des recommandations.

Les échelles françaises d'hétéro-évaluation sont décrites en annexe des recommandations. Leur validation est en voie de finalisation. Les présentes recommandations devront être revues dans un délai de 2 ans environ en fonction des publications en attente concernant la validation de ces échelles.

Pour ne pas sous-évaluer et donc sous-traiter la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, il nous faut changer notre regard sur ce type de personne par un dépistage pluridisciplinaire (53). C'est de la conjonction des regards de l'aide-soignante, de l'infirmière, du kinésithérapeute, du médecin, des autres soignants, de la famille, de l'entourage que préjugés et subjectivité pourront disparaître au profit d'un consensus objectivant la réalité douloureuse.

IV.2. Limites des échelles d'hétéro-évaluation

Si l'utilisation des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur diminue la subjectivité dans l'appréciation de ce symptôme, ces échelles ne permettent cependant pas toujours d'affirmer ou d'infirmier clairement la douleur. Ainsi, en cas de score limite (inférieur à 5/30 pour l'échelle DOLOPLUS-2[®]) le doute subsiste. Il est alors admis de laisser le doute au profit du malade, et les gériatres ont l'habitude de proposer un test pharmacologique à visée antalgique. L'utilisation d'échelles d'hétéro-évaluation de la douleur (DOLOPLUS-2[®], ECPA) ou d'autres outils adaptés selon les cas (*Mini Mental State* de Folstein, *Hamilton depression rating scale*), les traitements d'épreuve et l'évaluation pluridisciplinaire répétitive sont les meilleurs atouts pour un diagnostic le plus judicieux possible (9, 10, 24, 54).

Des travaux sont encore nécessaires pour proposer des recommandations concernant l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes non verbalisantes (43).

IV.3. En conclusion

L'évaluation de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale nécessite d'abandonner la simple démarche subjective. Les outils d'auto-évaluation étant inadaptés, seules les échelles d'hétéro-évaluation permettront d'objectiver au mieux ce symptôme.

L'évaluation en équipe pluridisciplinaire, la réévaluation fréquente et l'établissement d'une cinétique des scores sur la feuille de soins du patient ou le cahier de liaison à domicile au même titre que

d'autres paramètres de surveillance seront les meilleurs gages de la mise en route rapide d'un traitement antalgique adapté.

V. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU SUJET AGE

V.1. Principes généraux

Avant de rappeler ces principes, il faut insister sur les conséquences d'une non prise en charge ou d'une prise en charge insuffisante de la douleur du sujet âgé :

- pour le malade : risques accrus de complications de décubitus et perte d'autonomie ;
- pour l'entourage : épuisement, découragement, isolement, retrait social, rejet ou surprotection ;
- pour les soignants : sentiment d'impuissance, culpabilité, usure, épuisement professionnel ;
- demande d'euthanasie.

Les principes généraux sont les mêmes quel que soit l'âge (20, 31), à condition de respecter l'adage « *Start low and go slow* » pour le traitement pharmacologique des douleurs chroniques (53, 55). Rappelons l'importance de l'examen clinique minutieux et répétitif (56), vu la grande variabilité de la douleur dans le temps. Ces principes généraux sont les suivants.

V.1.1. Le consentement

Par définition, le consentement éclairé du patient ne peut être obtenu. Il faut se contenter de son accord apparent, en informant son entourage familial. À défaut, il faut organiser une délibération collective des soignants.

V.1.2. Le traitement doit être étiologique chaque fois que possible

La douleur est un signe d'alarme devant conduire à un diagnostic étiologique et un traitement adapté (8, 19, 20), qui pourra faire appel à différentes techniques pharmacologiques et non pharmacologiques.

V.1.3. La définition des mécanismes en cause

- Douleurs par excès de nociception : lorsqu'il y a destruction, compression, inflammation des tissus (arthrose, polyarthrite rhumatoïde, tassement vertébral, escarre, artérite, etc.) (57).
- Douleurs neurogènes : par lésions centrales et/ou périphériques altérant les mécanismes inhibiteurs de la douleur et conduisant à des douleurs neuropathiques (amputations, cicatrices, neuropathie diabétique ou éthylique, zona, cytomégalovirus, post-radique, chimiothérapie, etc.) (58).
- Douleurs psychogènes : quand les facteurs psychologiques sont jugés prépondérants dans la genèse, l'intensité et la durée de la douleur (20, 59).

- Douleurs mixtes : chez la personne âgée, compte tenu de la polypathologie fréquente dans cette population, les douleurs mixtes (de mécanismes associés) sont fréquentes et nécessitent des associations médicamenteuses adaptées. Il est préférable d'évaluer systématiquement les aspects organiques et psychologiques, plutôt que d'attendre d'avoir éliminé toutes les causes organiques possibles avant d'aborder l'aspect psychologique (56).

V.1.4. Le choix d'une voie d'administration simple, confortable et adaptée (30)

Si la voie orale reste la voie préférentielle, la forme galénique employée devra tenir compte de l'autonomie et des fonctions sensorielles de la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale. Dans ce contexte, l'observance impliquera presque toujours une tierce personne : famille, infirmière à domicile, etc. Un tableau daté et signé, décrivant précisément le nom des médicaments, le nombre de comprimés, gélules ou gouttes à prendre et les horaires de prise est utile. On peut également s'aider de pilulier journalier ou hebdomadaire.

Pour les opioïdes, la voie sous-cutanée est une alternative efficace, facile à mettre en œuvre et donc très utile lorsque la voie orale est impossible (vomissements, obstacle sur la voie digestive, coma) (31). Il faut évidemment tenir compte des règles d'équi-analgésie, en divisant la dose orale par trois chez les patients très âgés en raison des risques de surdosage. L'administration par voie sublinguale peut également être utilisée.

V.1.5. La prévention de la résurgence de la douleur

Chez la personne âgée avec troubles de la communication encore bien plus que chez d'autres patients, les prescriptions à la demande ou « matin-midi-soir » de façon systématique sont à bannir. Les traitements doivent tenir compte de la durée d'action de chaque médicament et de la cinétique de la douleur au cours du nycthémère, en veillant à prévenir la résurgence de la douleur entre deux administrations (60).

V.1.6. La bonne connaissances des antalgiques et des co-traitements

Pour bien apprécier le rapport bénéfices/risques d'un traitement antalgique, mieux vaut se servir des antalgiques que l'on connaît de façon détaillée (classe pharmacologique, posologies, durée d'action, modes d'administration, efficacité avérée, effets indésirables, interactions, voies d'élimination, contre-indications et particularités chez le sujet âgé).

V.1.7. La prévention et le traitement des effets secondaires

Les effets secondaires sont souvent bien connus, mais chez la personne âgée avec troubles de la communication verbale, la marge de manœuvre entre analgésie efficace et effets indésirables des médicaments est plus étroite, et en particulier chez les sujets les plus âgés et les plus fragiles (10).

La très grande hétérogénéité des personnes âgées explique l'importante variabilité des réponses individuelles aux médicaments et la nécessité d'une surveillance médicale toujours très personnalisée (53).

Parmi les effets secondaires, il faut insister ici sur :

- La constipation : déjà fréquente en gériatrie courante, elle peut devenir problématique et trompeuse (fausses diarrhées) car souvent multifactorielle (alimentation, immobilisation, polymédication et pathologies associées). Elle ne doit pas pour autant exclure les traitements, par opioïdes notamment, mais doit être prévenue et/ou traitée.
- La rétention urinaire : la non-communication, doublée du masquage par l'antalgique, doit rendre très vigilants à cet effet secondaire trop souvent méconnu, voire confondu avec une incontinence (un change mouillé chez un patient dément n'exclut en rien la rétention vésicale).
- Somnolence et confusion : avant d'incriminer les antalgiques (morphiniques en particulier), il faut rechercher d'autres causes (troubles hydro-électrolytiques ou métaboliques notamment) et d'autres médicaments associés tels les psychotropes. Comme le rappelle Sebag-Lanoë (53), il est rare que la morphine à elle seule soit responsable de confusion lorsqu'elle est bien utilisée, et il faut toujours rechercher une autre cause.

V.1.8. Le traitement de la douleur pour aborder la souffrance

Lorsque la douleur est chronique ou lorsqu'elle entre dans le cadre de la fin de vie, anxiété, angoisse, dépression, syndrome de glissement et demande d'euthanasie sont autant de souffrances à prendre en compte. Mais traiter la douleur somatique reste un préalable pour accéder à ces souffrances psychologiques, sociofamiliales, existentielles et spirituelles, et tenter d'y répondre.

V.2. Thérapies médicamenteuses de la douleur

Les essais thérapeutiques manquent chez les sujets âgés de plus de 75 ans. Les règles de prescription sont extrapolées des données disponibles chez l'adulte plus jeune et sont corrigées par les données de la pharmacovigilance. Les données disponibles sont essentiellement des avis d'experts gériatres.

V.2.1. Pharmacologie

L'hétérogénéité de la population âgée, le vieillissement physiologique sur lesquels se greffent la polyopathie (insuffisance rénale, insuffisance hépatique, dénutrition, etc.), la polymédication et l'automédication imposent un traitement individualisé (8, 19, 53).

Il n'y a pas de « gérontopharmacologie » au sens propre, mais les études pharmacologiques sont la plupart du temps limitées aux adultes jeunes et ne prennent pas en compte les complications et les effets secondaires liés au grand âge (26, 29).

Les publications de synthèse de Sebag-Lanoë (8, 53) et de Popp (10) prennent en compte notamment les travaux de Legrain (61), Charmes (62) et de l'*American Geriatrics Society* (20), en retenant les caractéristiques pharmacologiques les plus importantes.

- Diminution de la masse maigre et de l'eau totale : entraînant une diminution de la diffusion tissulaire des médicaments hydrosolubles (exemple : morphine) et une augmentation de leur concentration plasmatique et par voie de conséquence de leur effet.
- Augmentation de la masse grasse : entraînant une accumulation des médicaments lipophiles (exemple : benzodiazépines) dans le tissu adipeux et une prolongation de leurs effets.
- Altération de la fonction rénale : la diminution progressive de la filtration glomérulaire avec l'avancée en âge entraîne un risque d'accumulation des médicaments à élimination rénale conduisant à des surdosages trop fréquents. L'hypovolémie, la déshydratation et les diurétiques accentuent les conséquences du vieillissement rénal physiologique.

Chez le sujet âgé, la créatininémie est un mauvais reflet de la fonction rénale en raison de la diminution concomitante de la production de créatinine par le muscle. En pratique gériatrique courante, l'indicateur utilisé est la clairance de la créatinine, estimée par la formule simplifiée de Cockcroft et Gault :

$$\text{Chez la femme : Clairance de la créatinine} = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids en kg}}{\text{Créatininémie } (\mu\text{mol/l})}$$

$$\text{Chez l'homme : Clairance de la créatinine} = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids en kg}}{\text{Créatininémie } (\mu\text{mol/l})} \times 1,25$$

L'altération de la fonction rénale chez le sujet âgé ne contre-indique pas l'utilisation des antalgiques, y compris des opiacés, à doses efficaces, mais demande une plus grande prudence dans l'adaptation des posologies (35).

Ainsi, pour éviter le risque d'accumulation de la morphine et de ses métabolites actifs, qui existe en cas d'insuffisance rénale, il est conseillé d'utiliser une solution de chlorhydrate de morphine toutes les quatre heures pour évaluer la dose quotidienne nécessaire, avant de la remplacer éventuellement par une forme à libération prolongée (42, 63).

- Diminution du taux d'albumine : entraînant une augmentation de la fraction libre des médicaments à forte fixation protéique comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les salicylés.
- Diminution du débit sanguin et de l'activité enzymatique hépatique : le débit sanguin diminue environ de moitié chez un sujet de 70 ans, d'où une diminution de l'effet de premier passage hépatique. Cela augmente la biodisponibilité des médicaments oraux, tels les antidépresseurs tricycliques. Le cytochrome P450 diminue également avec l'âge, d'où une diminution du métabolisme hépatique de certains médicaments comme la phénytoïne.

- La maladie peut induire d'autres anomalies, par exemple rétention hydrique avec dilution (états inflammatoires, hypoalbuminémie, insuffisance cardiaque).

En définitive, par prudence et de façon tout à fait pragmatique, on divise les posologies initiales de médicaments par deux chez le sujet âgé par rapport à l'adulte jeune (53). Les surdosages seront alors le plus souvent évités.

Les modifications pharmacocinétiques n'ont cependant de conséquence que si les effets thérapeutiques ou indésirables du médicament sont dose-dépendants ou en cas d'accumulation (directe ou du fait de leurs métabolites), en particulier pour les médicaments à marge thérapeutique étroite.

Si l'on a le choix entre plusieurs produits, il est habituellement conseillé d'utiliser les médicaments ayant une demi-vie d'élimination courte, de préférence à ceux ayant une demi-vie longue. Il convient néanmoins de tenir compte du rapport bénéfices/risques avérés de chaque produit, indépendamment de ses caractéristiques pharmacocinétiques.

Il est important de souligner que les risques dépendent de la marge thérapeutique et que les interactions pharmacodynamiques sont souvent plus importantes à considérer que les interactions cinétiques. La potentialisation des effets sédatifs est un exemple typique chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale (par exemple, prescription d'un opioïde chez un patient recevant myorelaxant, anxiolytique et autres psychotropes). Les conséquences sur l'autonomie peuvent être fâcheuses : chutes, immobilisation, fractures du col fémoral (64).

V.2.2. Traitement des douleurs par excès de nociception

— *Classification des antalgiques utilisables*

Comme l'écrit Bannwarth (65), la stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui date de 1986 et s'intéresse exclusivement à la douleur chronique cancéreuse par excès de nociception, avait pour but essentiel de surmonter les obstacles et les réticences à l'utilisation de la morphine. L'OMS a introduit peu à peu des changements dans sa nouvelle version publiée en 1996 (66). Il y est précisé qu'il faut tenir compte de l'intensité de la douleur lors de la mise en route du traitement ; la liste des substances de référence et des produits de remplacement est modernisée.

Tableau 2. Stratégie par paliers préconisée par l'OMS pour le traitement de la douleur cancéreuse (66).

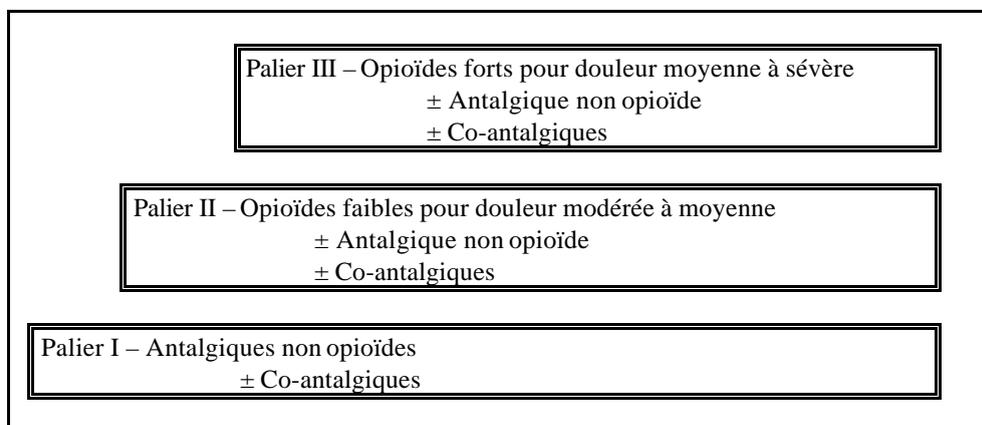


Tableau 3. Antalgiques préconisés par l'OMS pour le traitement de la douleur cancéreuse (66).

Catégorie	Médicaments de référence	Alternatives (exemples)
<i>I. Antalgiques non opioïdes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol • Anti-inflammatoires non stéroïdiens <ul style="list-style-type: none"> - Aspirine - Ibuprofène - Indométacine 	<ul style="list-style-type: none"> - Diclofénac - Diflunisal - Naproxène
<i>II. Opioïdes pour douleur modérée à moyenne</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Codéine 	<ul style="list-style-type: none"> - Dextropropoxyphène - Dihydrocodéine - Tramadol - Buprénorphine (faible dose)
<i>III. Opioïdes pour douleur moyenne à sévère</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Morphine 	<ul style="list-style-type: none"> - Méthadone - Oxycodone - Buprénorphine (forte dose)

Actuellement, les antalgiques disponibles en France sont de deux types :

- **Les antalgiques non opioïdes :**
 - *antalgiques purs :*
 - Floctafénine
 - Néfopam
 - *antalgiques antipyrétiques :*
 - Paracétamol
 - Metamizole (noramidopyrine)
 - *anti-inflammatoires non stéroïdiens*
- **Les antalgiques opioïdes :**
 - *opioïdes faibles*
 - *opioïdes forts*

La classification des antalgiques opioïdes par rapport à leurs effets sur les récepteurs opioïdes est également importante à connaître pour éviter les antagonismes.

Tous les antalgiques utilisés ne seront pas détaillés ici ; ne seront abordées que les spécificités de leur utilisation chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale.

— *Spécificités du traitement de la douleur par excès de nociception chez la personne âgée ayant des troubles de la communication*

- **Paracétamol**

Intérêt de recourir au paracétamol à posologie optimale en première intention (500 mg toutes les 4 heures) dans les douleurs arthrosiques notamment, car c'est l'antalgique le plus sûr (quasi dénué d'effets indésirables aux doses thérapeutiques et d'interactions médicamenteuses).

Intérêt d'associer certaines catégories d'antalgiques pour limiter la posologie de chacun (notamment paracétamol-AINS dans l'arthrose ou la polyarthrite rhumatoïde, paracétamol-opioïdes) (8, 20, 31, 53, 63, 65, 67).

- **Opioïdes faibles**

Codéine

Intérêt des associations paracétamol-codéine. Il existe une forme de codéine à libération prolongée (Dicodin[®]) pouvant être utile dans l'amélioration de l'observance. Toujours penser à prévenir la constipation fréquente chez la personne âgée.

Dextropropoxyphène

Très utilisé dans son association au paracétamol (Diantalvic[®], Propofan[®]). Certaines études suggèrent cependant que son efficacité ne serait pas supérieure à celle de l'aspirine ou du paracétamol (68). Quant aux effets secondaires, outre la constipation à prévenir scrupuleusement, il faut signaler le risque d'induction d'hypoglycémie et d'accumulation des métabolites toxiques, surtout chez le sujet âgé polypathologique.

Tramadol

Le tramadol est une alternative chez les sujets âgés ne pouvant recourir aux AINS. Antalgique non anti-inflammatoire et non narcotique, sa double action agoniste opioïde des récepteurs μ et anti-recapture de la sérotonine peut avoir un intérêt dans les douleurs mixtes (nociceptive et neuropathique), par exemple dans les sciatalgies (17). Une titration par forme à libération immédiate (gélule dosée à 50 mg) est préconisée avant passage aux formes à libération prolongée (gélule dosée à 100 – 150 et 200 mg). Parfois mal toléré par la personne âgée sur le plan digestif (nausées, vomissements, constipation) (69), le tramadol se caractérise également par la fréquence des troubles neuropsychiques.

- **Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**

L'acide acétylsalicylique est beaucoup moins utilisé que le paracétamol en raison de sa toxicité gastrique.

Non dénués de risques graves (gastriques, intestinaux, rénaux et interactions médicamenteuses), les AINS imposent un usage réfléchi (10, 20, 53, 63, 69). Chez les

personnes âgées de plus de 60 ans, le risque digestif est multiplié par 4 et par 9 en cas d'antécédent d'ulcère gastrique (70).

La toxicité des AINS n'est pas seulement digestive et il faut garder à l'esprit la majoration de l'insuffisance rénale chronique, toujours présente chez la personne âgée, entraînant des modifications des équilibres hydro-électrolytiques et acido-basiques.

Indications principales : douleurs arthrosiques, rhumatismales, métastases osseuses.

Pour certains auteurs, il faut préférer les dérivés à demi-vie courte, à la posologie la plus faible possible (53, 61, 68). Les formes à libération prolongée d'AINS n'avaient pas d'intérêt et seraient même moins efficaces que les formes immédiates (65).

Les complications digestives à type d'ulcère, hémorragie et perforation sont dose-dépendantes et peuvent être précoces même si le traitement est de courte durée (71). Aucun AINS actuel n'est dénué de risque digestif, même si le misoprostol (Cytotec[®], Artotec[®]) et l'oméprazole (Mopral[®]) diminuent ce risque (72). Il n'y a pas de corrélation entre les troubles digestifs fonctionnels et la gravité des lésions de la muqueuse digestive, les premiers étant bien plus fréquents que les secondes.

La commercialisation prochaine d'AINS inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (célécoxib, rofécoxib), dont les essais cliniques ont montré la moindre toxicité pour la muqueuse gastro-duodénale, permettrait d'utiliser davantage ces nouveaux AINS dans le traitement de la douleur chez les sujets âgés (73-75). Mais les données de la pharmacovigilance manquent.

- **Morphine**

Trop souvent victime de préjugés, la morphine est souvent réservée au traitement des cancers et aux soins palliatifs. Son utilisation pour les douleurs chroniques non cancéreuses reste controversée, mais elle est probablement sous-employée dans le traitement de la douleur des personnes âgées. La peur de la dépendance et de l'accoutumance est exagérée dans notre société par le désir de réduire la toxicomanie (19, 20).

Les posologies de morphinique nécessaires au traitement des douleurs chroniques non cancéreuses sont le plus souvent inférieures à celles utilisées pour les douleurs cancéreuses (20).

Chez la personne âgée non communicante, la surveillance des effets secondaires doit se focaliser sur les effets neuropsychiques (sommolence, vigilance, confusion). Chez la personne âgée non communicante, ces effets secondaires peuvent poser davantage de problèmes en venant se surajouter aux pathologies cognitives préalables. Les autres effets secondaires ne posent pas beaucoup de problèmes si l'on utilise des posologies faibles à

modérées, en particulier si les posologies initiales sont basses et si leur augmentation est lente (8, 20, 77, 78).

Les posologies initiales préconisées par les Anglo-Saxons sont de 5 à 10 mg de chlorhydrate de morphine toutes les 4 heures, recommandation non partagée aujourd'hui par de nombreux auteurs (5, 8, 77) qui préconisent de commencer à 2,5 mg de chlorhydrate de morphine *per os* toutes les 4 heures, puis augmentation progressive à 5 mg toutes les 4 heures (puis 10 mg toutes les 4 heures, etc.) en fonction de l'antalgie obtenue. Il existe aujourd'hui des comprimés de sulfate de morphine à libération immédiate, dosés à 10 et 20 mg par comprimé, ceux-ci étant sécables (Sevredol®).

La constipation est toujours un problème en gériatrie, mais si sa prévention est précoce et systématique, elle ne pose pas vraiment de problème. Attention toutefois aux fausses diarrhées. Les nausées, assez rares et apparaissant dans les premiers jours de traitement, disparaissent facilement sous halopéridol ou métoclopramide (à faible dose).

Somnolence et confusion doivent faire rechercher avant tout une autre étiologie (iatrogène par polymédication fréquente et métabolique en particulier) avant d'incriminer la morphine, ce qui reste exceptionnel (8).

La rétention d'urine est possible, favorisée par la constipation et les anticholinergiques (68) ; la douleur masquée par la morphine et la non-communication doivent rendre particulièrement vigilant.

Les formes à libération prolongée (12 heures pour le Moscontin® et le Skenan®, 24 heures pour le Kapanol®) sont précieuses (observance facilitée et réveil nocturne évité), mais doivent faire l'objet d'une bonne surveillance (35).

Ceci est particulièrement vrai pour les patchs de fentanyl (Durogesic®) dont la durée d'action de 72 heures peut être plus un inconvénient qu'un avantage ; réservés aux douleurs cancéreuses rebelles, ils seraient plus utiles dans les douleurs sévères non cancéreuses plus stables. L'absorption chez la personne âgée n'a fait l'objet d'aucune étude spécifique. En raison des problèmes d'équivalence beaucoup trop floue, les patchs de fentanyl ne seront pas utilisés en première intention. Ils pourront être prescrits avec prudence chez les personnes âgées non communicantes déjà traitées par morphine.

Le tableau 4 récapitule les principales caractéristiques des antalgiques utilisés chez les personnes âgées (19, 20, 60, 79, 80).

Tableau 4. Principaux antalgiques utilisés pour le traitement de la douleur chez la personne âgée.

Médicament	Posologie initiale par 24 heures	Intervalle de prise	Posologie maximale par 24 heures recommandée	Effets secondaires à souligner	Précautions d'emploi
Paracétamol	4 x 500 mg	4 à 6 heures	4 000 mg (3 000 mg en France)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hépatotoxicité aux posologies élevées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter de dépasser les posologies maximales recommandées
Aspirine	4 x 500 mg	4 à 6 heures	4 000 mg (2 000 mg en France)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastrotoxicité ▪ Néphrotoxicité ▪ Antiagrégant plaquettaire ▪ Rares hépatotoxicité et thrombopénie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter l'utilisation prolongée à fortes doses
Ibuprofène	4 x 200 mg	4 à 6 heures	2 400 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastrotoxicité ▪ Néphrotoxicité ▪ Antiagrégant plaquettaire ▪ Rares hépatotoxicité et thrombopénie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter l'utilisation prolongée à fortes doses ▪ Constipation, confusion et céphalées fréquentes à surveiller
Codéine*	4 x 30 mg	4 à 6 heures	180 mg		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention précoce de la constipation
Dihydrocodéine*	2 x 60 mg	8 à 12 heures	180 mg		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention précoce de la constipation
Dextropropoxyphène	4 x 65 mg	6 heures	325 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque d'hypoglycémie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Association fréquente au paracétamol ▪ Prévention précoce de la constipation
Tramadol Libération immédiate	4 x 50 mg	4 à 6 heures	400 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution du seuil épileptogène 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires (constipation, nausées, vomissements, vertiges)
Tramadol Libération prolongée	2 x 100 mg	12 heures	400 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution du seuil épileptogène 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires (constipation, nausées, vomissements, vertiges)

* L'association au paracétamol et aux AINS permet de diminuer les posologies

Tableau 4 (suite). Principaux antalgiques utilisés pour le traitement de la douleur chez la personne âgée.

Médicament	Posologie initiale par 24 heures	Intervalle de prise	Posologie maximale par 24 heures recommandée	Effets secondaires à souligner	Précautions d'emploi
Chlorhydrate de morphine	15 à 30 mg	4 heures	Pas de plafond	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de la concentration plasmatique par rapport au sujet jeune ▪ Risque d'accumulation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Titration : 2,5 à 5 mg toutes les 4 heures en début de traitement ▪ Prévention précoce de la constipation ▪ Risque de surdosage et d'effets secondaires ▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires
Sulfate de morphine à libération prolongée	20 mg	12 heures pour Moscontin [®] et Skenan [®] 24 heures pour Kapanol [®] Le recours à des prises plus fréquentes que recommandées est rare chez la personne âgée	Pas de plafond	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de la concentration plasmatique / au sujet jeune ▪ Risque d'accumulation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Progression lente et prudente des posologies ▪ Prévention précoce de la constipation ▪ Risque de surdosage et d'effets secondaires ▪ Anticiper et prévenir les effets secondaires
Fentanyl (patch de Durogesic [®])	25 µg/heure	72 heures	Pas de plafond	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durée d'action souvent augmentée chez la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Association prudente à des antalgiques à libération immédiate en début de traitement ▪ La fièvre accélère l'absorption

V.2.3. Traitement des douleurs neurogènes

La sensibilité des personnes âgées aux médicaments utilisés dans les douleurs neuropathiques est grande et les contre-indications beaucoup plus nombreuses que chez l'adulte jeune. Seuls les médicaments faisant l'objet d'un accord professionnel sont retenus ici. Le qualificatif de co-analgésique ou traitement adjuvant est impropre, ces médicaments pouvant être le traitement principal dans bien des cas (17, 19, 20, 63, 67, 76, 81, 82).

— Antidépresseurs tricycliques

Les antidépresseurs tricycliques ont fait l'objet d'une littérature importante (68, 81, 82).

Utilisés dans les douleurs neuropathiques à fond permanent (dysesthésies à type de brûlures, fourmillements), leurs contre-indications sont nombreuses chez la personne âgée :

- prostatisme ;
- troubles du rythme cardiaque ;
- hypotension ;
- glaucome.

Leur dose initiale doit être faible (10 mg par jour environ), puis augmentée progressivement en privilégiant les prises vespérales. Le clomipramine (Anafranil[®]) et l'imipramine (Tofranil[®]) sont plus stimulants, alors que l'amitriptyline (Laroxyl[®]), très anticholinergique, est une source de confusion, de rétention d'urine et de glaucome ; sa forme en gouttes permet des ajustements plus adaptés.

— Antiépileptiques

Utilisés pour traiter la composante paroxystique des douleurs neuropathiques, leurs effets secondaires (sommolence et baisse de la vigilance notamment) les font prescrire à faibles doses, en privilégiant les prises vespérales.

Le clonazépam (Rivotril[®]) est assez sédatif ; la forme en gouttes permet des ajustements précis (posologie initiale : 5 gouttes au coucher par exemple).

La carbamazépine (Tegretol[®]) provoque volontiers des effets secondaires à type de confusion et d'hyponatrémie, et nécessite de vérifier l'hémogramme dès le 1^{er} mois. La posologie initiale est de 50 à 100 mg par jour.

Plus récente sur le marché, la gabapentine (Neurontin[®]) est particulièrement efficace sur les décharges neuronales et l'allodynie, tout en étant moins sédatif que le clonazépam (posologie initiale 100 mg par jour pouvant être augmentée progressivement jusqu'à 800 mg par jour) (37, 66).

Tableau 5. Principaux médicaments utilisés dans les douleurs neuropathiques (20, 82).

Médicament	Posologie initiale par 24 heures	Modifications pharmacologiques	Recommandations
Antidépresseurs			
Amitriptyline Desipramine Imipramine	10 mg	Sensibilité accrue aux effets secondaires, en particulier anticholinergiques	Surveillance prudente des effets anticholinergiques, semblant moindres pour la desipramine ; débiter à la dose minimale efficace et augmenter progressivement de 10 mg tous les 3 à 5 jours
Anticonvulsivants			
Clonazépam	0,25 à 0,5 mg	Sommolence et baisse de la vigilance	Privilégier les prises vespérales
Carbamazépine	100 mg	Sommolence, ataxie, vertiges, leucopénie, thrombocytopenie	Débiter à des posologies basses puis augmenter de 100 mg par jour ; la dose efficace est atteinte en 2 à 8 semaines
Gabapentine	100 mg	Semble avoir des effets secondaires moins importants que la carbamazépine	Titration lentement progressive en fonction de l'efficacité et de la tolérance

L'association antidépresseurs tricycliques–anticonvulsivants est utile dans les douleurs neuropathiques rebelles, mais il faut alors être très vigilant en raison de la potentialisation des effets secondaires, fréquents, gênants, voire graves chez la personne âgée. Des précautions devront être prises dans l'adaptation de l'environnement du patient, en particulier dans l'assistance à la déambulation et l'installation au lit et au fauteuil.

Des études non encore abouties préciseront l'intérêt de certaines molécules sérotoninergiques et antiépileptiques (83, 84).

V.2.4. Traitement des douleurs psychogènes

Le terme psychogène est impropre dans la mesure où il suggère une causalité unidirectionnelle et un déterminisme initial excluant la participation de facteurs somatiques associés (85). Même si la nature *sine materia* d'une douleur peut être suspectée précocement, c'est souvent tardivement que l'origine psychogène d'une douleur finit par être évoquée, avant tout sur la négativité du bilan clinique et paraclinique (86). Il ne devrait pas pour autant s'agir d'un diagnostic d'élimination. Divers cadres nosographiques peuvent être évoqués : conversion hystérique, somatisation d'états anxieux, dépression masquée, hypochondrie.

Une consultation psychiatrique est utile pour confirmer ou établir le diagnostic de douleurs psychogènes en s'appuyant sur une séméiologie psychopathologique précise et en replaçant l'histoire de la douleur dans la biographie du patient.

Sur le plan thérapeutique, les douleurs psychogènes relèvent d'approches médicamenteuses (antidépresseurs et anxiolytiques, sachant que les benzodiazépines chez les personnes âgées sont cause de confusion) et d'approches comportementales. Si les premières sont classiques et abordables, qu'en est-il des secondes chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication ? Peuvent-elles participer à une psychothérapie ? Peuvent-elles apprendre des conduites adaptatives ? Cela dépendra du type de « non-communication » comme défini précédemment (non verbalisants, non comprenant, non participants).

V.2.5. Les co-analgésiques

Ce sont des médicaments qui ne sont analgésiques que dans certaines situations particulières : inflammation, œdème, spasticité.

— *Corticoïdes*

Ils n'ont pas d'activité antalgique intrinsèque mais soulagent les douleurs à composante inflammatoire ; cet effet est particulièrement net dans certains rhumatismes inflammatoires chroniques tels que la polyarthrite rhumatoïde et la pseudo-polyarthrite rhizomélique, où les corticoïdes sont efficaces dès les faibles doses (0,1 à 0,2 mg/kg/j d'équivalent prednisone) (65, 87).

Par leur action anti-œdémateuse, les corticoïdes diminuent également les douleurs par compression et infiltration d'organes, fréquentes en cancérologie.

Chez la personne âgée, il faut rappeler leurs effets gastro-toxiques et diabétogène, la rétention hydrosodée pouvant occasionner une décompensation cardio-respiratoire, les effets dysphoriques et au long cours, la majoration d'une ostéoporose ainsi que de troubles trophiques cutanés et musculaires (8, 67).

— *Décontracturants*

Les antispastiques peuvent avoir un intérêt dans les hypertonies pyramidales. L'intérêt des myorelaxants dans les lombalgies ou les cervicalgies, aiguës ou chroniques, n'est pas formellement démontré (88).

— *Antispasmodiques*

Les antispasmodiques sont utiles pour les coliques intestinales dues à un état subocclusif ou pour les spasmes de la vessie provoqués par une tumeur ou une sonde urinaire.

— *Calcitonine*

La calcitonine peut être utile dans la phase chaude des syndromes algodystrophiques. De par son action anti-ostéoclastique, elle est également utilisée dans la maladie de Paget et le syndrome fracturaire vertébral, plus rarement dans les lésions lytiques osseuses malignes. La posologie préconisée chez la personne âgée est de 100 à 200 UI par jour.

V.2.6. Les techniques locales

Elles permettent souvent de limiter le recours aux AINS chez la personne âgée ou de réduire les posologies d'antalgiques ou de co-analgésiques. Outre les infiltrations locales bien connues, les blocs anesthésiques régionaux sont proposés dans des contextes hyperalgiques où les antalgiques sont insuffisants ou mal tolérés (effets secondaires trop gênants par exemple) (75) :

- artérite stade IV inopérable ;
- pancréatite aiguë ;
- cancers de la région pelvienne ;
- compressions nerveuses (sur arthrose, hernie discale, fibrose) ;
- névralgies (post-herpétique par exemple) (89).

Des blocs sympathiques locorégionaux (guanethidine) peuvent être proposés dans les algodystrophies hyperalgiques. Les blocs locorégionaux peuvent être temporaires si l'on utilise des anesthésiques locaux ou permanents si l'on utilise des agents neurolytiques (alcool, phénol). Ces blocs neurolytiques peuvent entraîner un déficit sensitivo-moteur et devraient nécessiter l'accord du patient, ce qui est difficilement envisageable chez les patients âgés non communicants.

V.2.7. Douleur et souffrance

Douleur physique et douleur morale sont intimement liées, mais la souffrance se limite-t-elle à la douleur morale ? Le dualisme corps-âme est souvent proposé alors que la caractéristique de l'humain est celle d'être incarné, c'est-à-dire qu'âme et corps sont intimement liés. La douleur physique a des répercussions sur la souffrance et la souffrance s'inscrit dans le corps. L'inscription possible d'une douleur physique à partir d'une souffrance morale est au centre de toute prise en charge psychologique ou relationnelle (90).

Comme le rappelle Sebag-Lanoë, la douleur peut être un prétexte pour entrer en relation avec les soignants, pour attirer leur attention et obtenir le moment d'échange. C'est un langage du corps qu'il faut savoir écouter pour maintenir la relation et aborder ultérieurement d'autres souffrances plus difficiles à verbaliser : sentiment de solitude, crainte de la maladie grave, de l'invalidité ou de la mort, situation familiale conflictuelle, problèmes financiers ou de logement, deuil du conjoint ou deuils rapprochés. La douleur peut être aussi utilisée pour justifier un confinement au domicile ou dans la chambre, pour légitimer une dépendance. Cette majoration inconsciente ne doit pas être méprisée, mais plutôt intégrée dans la relation dans une complicité affectueuse relative aux « vieilles douleurs ». La douleur ou plutôt les douleurs peuvent également traduire une dépression masquée (8). Aussi, Turk propose de ne pas évaluer la douleur uniquement dans sa composante somatique et son intensité, mais d'intégrer les dimensions psychologiques et comportementales dans toute évaluation de la douleur (91).

Avec le sociologue David Le Breton (92), rappelons enfin qu'un individu souffre dans la globalité de son être et qu'il manifestera et peut-être éprouvera sa peine de façon différente selon sa culture et son histoire personnelle. Les soignants doivent en tenir compte. Dans le soulagement de la douleur, la technicité médicale et le recours judicieux aux antalgiques doivent aller de pair avec une écoute de la plainte et une qualité de présence au chevet du malade. L'apaisement de l'angoisse qui s'attache à toute douleur, l'instauration d'une confiance avec l'équipe soignante concourent à l'efficacité des antalgiques. La technicité des soins médicaux et infirmiers appelle l'attention sur la singularité d'un malade qui est le seul à pouvoir témoigner de ce qu'il éprouve. Le soulagement efficace de la douleur sollicite une médecine centrée sur la personne. La médecine s'occupe toujours non seulement du corps, mais aussi de la personne

V.3. Thérapies non médicamenteuses

Il n'existe actuellement aucune étude de qualité méthodologique optimale dans ce domaine. Pourtant, les thérapies non médicamenteuses de la douleur sont nombreuses, même si quelques-unes sont à écarter de par la non-communication ou non-participation d'une partie de la population âgée (17).

En attendant la réalisation d'études, citons ici les techniques non médicamenteuses qui pourraient être intéressantes dans le traitement de la douleur des personnes âgées non communicantes, en améliorant également leur confort.

- Massokinésithérapie et physiothérapie (10, 93)

Chez la personne âgée non communicante, seules les techniques passives peuvent être utilisées, à savoir massothérapie, mobilisations passives, postures et physiothérapie.

- Ergothérapie (94)

L'ergothérapie peut participer au traitement de la douleur (installation au lit et au fauteuil, orthèses, prothèses, aides techniques), y compris dans sa composante psychogène (activités artisanales, ludiques, activités de la vie quotidienne, adaptation du lieu de vie).

- Podologie

Soins d'hygiène, traitements unguéaux, orthèses, semelles, chaussage et autres aides techniques (cannes, déambulateur, etc.).

- Musicothérapie

Méthode de relaxation pouvant influencer les contrôles inhibiteurs périphériques de la douleur et la composante cognitivo-comportementale (95-97).

VI. PREVENTION ET DOULEUR

Si la douleur peut se traiter, elle peut également être parfois prévenue.

VI.1. Coma

Penser que la douleur disparaît avec le coma est un préjugé. Si la douleur préexistait et si celle-ci peut être modifiée par l'atteinte de la vigilance, on laissera cependant le bénéfice du doute au patient et on n'interrompra pas le traitement antalgique ; celui-ci devra évidemment être administré par une voie adaptée, en tenant compte des règles d'équi-analgésie.

La mise du patient dans un état de coma iatrogène n'est pas l'objectif du traitement antalgique. Cependant le coma artificiel peut être utile dans des conditions de risque extrême.

VI.2. Douleurs induites

Les soins peuvent engendrer des douleurs (injections, pansements, nursing et manipulations) et relever de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques (98-99).

VI.3. Moyens pharmacologiques

La prescription de bolus antalgiques et d'inter-doses par des médicaments à demi-vie courte permet de prévenir ces douleurs induites (10). Les posologies, la classification pharmacologique (attention aux antagonismes) et l'heure du soin ou de la manipulation par rapport à l'heure effective d'administration des bolus doivent être précisées. Cette planification rigoureuse est indispensable.

L'application topique d'anesthésiques locaux (gel de xylocaïne, crème Emla[®]) est un moyen simple et efficace pour prévenir les douleurs induites par les petits gestes invasifs (injections, poses de cathéter).

VI.4. Moyens non pharmacologiques

Les techniques de nursing peuvent aussi bien participer à la prévention qu'au traitement de la douleur (toilette, habillage, installation, transferts). L'installation soigneuse du patient vise son confort, mais également la prévention des douleurs, des escarres et des chutes. Cet acte technique est également un acte relationnel. Rappelons ici l'importance de la communication non verbale (ton et rythme de la voix, positionnement corporel du soignant par rapport au malade, regards, toucher, odeurs) et de la préparation au nursing (à expliquer au malade).

D'autres « petits moyens » pouvant réduire les douleurs induites :

- noter sur un schéma les zones douloureuses du patient afin d'éviter les manipulations intempestives ; ce schéma doit être affiché dans la chambre à la vue de tous ;
- ne pas tirer sur les épaules d'un patient pour l'asseoir ;
- utiliser la technique du drap pour le mobiliser ;
- faire des soins de bouche adaptés et non pas systématiquement avec des solutions toutes prêtes du commerce, souvent trop astringentes et inadaptées à l'étiologie (mycose, ulcère, hémorragie, etc.).

REFERENCES

1. Harkins SW, Price DD. Assessment of pain in the elderly. In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of pain assessment. London : The Guilford Press; 1992. p.315-331.
2. American Pain Society. Treatment of pain at the end of life. A position statement from the American Pain Society. APS Bulletin 1997;7(1).
3. Wary B. Les personnes âgées: ces oubliées du traitement de la douleur. JALMALV 1998;(55): 13-9.
4. Cartwright A. Dying when you are old. Age Ageing 1993;22:425-30.
5. Charru P, Elies D, Lidy C. Douleur et sujet âgé. Gériologie Pratique 1995;64:2-4.
6. Beyeler Y. Soulagement de la douleur: retrouvons nos manches ! InfoKara 1996;(41):3-5.
7. Melding PS. Is there such a thing as geriatric pain ? Pain 1991;46:119-21.
8. Sebag-Lanoë R. Traitement de la douleur chez les personnes âgées. In: Serrie A, Thuret G, éditeurs. La douleur en pratique quotidienne. Paris: Arnette; 1994. p.521-34.
9. National Institute of Health. Acute pain in the elderly. Symptom management acute pain. Vol.6. Bethesda (MA): NIH; 1994.
10. Popp B, Portenoy RK. Management of chronic pain in the elderly : pharmacology of opioids and other analgesic drugs. In: Ferrell BR, Ferrell BA, editors. Pain in the elderly. Seattle: IASP Press; 1996. p.21-34.
11. Wary B, Beziaud V, Dumay M. Essai de communication non verbale avec le patient dément. Rev Gériologie 1989;71:62-4.
12. Jean A, Morello R, Alix M. Évaluation de la douleur du sujet très âgé hospitalisé en long séjour. Rev Gériologie 1998;23:253-6.
13. Villard JF, Wary B, Wagner C. L'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. Les dossiers de l'UNASP 1993;(1):9-19.
14. Villard JF, Wary B. Les douleurs ignorées: personnes âgées, patients inconscients. Les dossiers de l'UNASP 1995;(3):27-34.
15. Rat P, Bonin Guillaume S. Proposition d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur. Gériologie Pratique 1996;(82):6-7.
16. Wary B. Plaidoyer pour l'évaluation de la douleur chez les sujets âgés. Gériologie Société 1997;78:83-94.
17. Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. Ann Intern Med 1995;123:681-7.
18. Parmelee PA. Assessment of pain in the elderly. In: Lawton MP, Teresi J, editors. Annual review of gerontology and geriatrics. New York: Springer; 1994. p.281-301.
19. Ferrell BA. Pain management in elderly people. J Am Geriatr Soc 1991;39:64-73.
20. American Geriatrics Society. The management of chronic pain in older persons. J Am Geriatr Soc 1998;46:635-51.
21. Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. Pain 1984;18:299-314.
22. Lavsky Shulan M, Wallace RB, Kohout FJ. Prevalence and functional correlates of low back pain in the elderly. The Iowa 65+ rural health study. J Am Geriatr Soc 1985;33:23-8.
23. Roy R, Thomas M. A survey of chronic pain in an elderly population. Can Fam Physician 1986;32:513-6.
24. Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. J Am Geriatr Soc 1990;38:409-14.
25. Brochet B, Michel P, Barberger-Gateau P, Dartigues JF, Henry P. Pain in the elderly : an epidemiological study in south-western France. Pain Clinic 1991;5:73-9.
26. Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. Pain 1996;67:29-34.

27. Groux-Frehner D, Rapin CH. Les douleurs chroniques dans un home de personnes âgées. *InfoKara* 1996;(41):16-25.
28. Cornu HP, Chah-Wakilian A, Lambert C. Émile-Roux, un jour, la douleur. Enquête de prévalence dans un hôpital gériatrique. *Rev Gériatr* 1997;22:155-62.
29. Agency for Health Care Policy and Research. Pain in special populations. In: *Management of cancer pain*. Rockville (MD): AHCPR; 1994. p.115-41.
30. Ebener MK. Older adults living with chronic pain. An opportunity for improvement. *J Nurs Care Qual* 1999;13:1-7.
31. Foley KM. Analgesic drug therapy in cancer pain: principles and practice. *Med Clin North Am* 1987;71:207-32.
32. Marzinski L. The tragedy of dementia : clinically assessing pain in the confused, nonverbal elderly. *J Gerontol Nurs* 1991;17:25-8.
33. Sengstaken EA, King SA. The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:541-4 .
34. Closs SJ. Pain in elderly patients: a neglected phenomenon? *J Adv Nurs* 1994;19:1072-81.
35. Hofmann MT, Farnon CU, Javed A, Posner JD. Pain in the elderly hospice patient. *Am J Hosp Palliat Care* 1998;15:259-65.
36. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. The relation of pain to depression among institutionalized aged. *J Gerontol* 1991;46:15-21.
37. Mihout MF. La douleur du zona chez la personne âgée. *Rev Gériatr* 1999;24:271-4.
38. Bayer A, Chada JS, Farag RR, Pathy J. Changing presentation of myocardial infarction with increasing old age. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:263-6.
39. Bender JS. Approach to the acute abdomen. *J Am Geriatr Soc* 1989;73:1413-22.
40. Davis MA. Epidemiology of osteoarthritis. *Clin Geriatr Med* 1988;4:241-55.
41. Cunin G. Physiopathologie de la douleur du zona chez la personne âgée. *Rev Gériatr* 1998;23:345-9.
42. Vigano A, Bruera E, Suarez-Almazor ME. Age, pain intensity, and opioid dose in patients with advanced cancer. *Cancer* 1998;83:1244-50.
43. Gagliese L, Melzack R. The assessment of pain in the elderly. In: Mostofsky DI, Lomranz J, editors. *Handbook of pain and aging*. New York: Plenum Press; 1997. p.69-96.
44. Michel M, Michel O, Gauquelin F. Les outils d'évaluation de la douleur chez la personne âgée. *InfoKara* 1996;41:7-15.
45. Michel M, Michel O, Gauquelin F, Piquet M. Limites des outils d'auto-évaluation de la douleur chez la personne âgée. Première journée lorraine de soins palliatifs 27 juin 1998. Thionville. 1998. P.15-8.
46. Walker JM, Akinsanya JA, Davis BD, Marcer D. The nursing management of elderly patients with pain in the community: study and recommendations. *J Adv Nurs* 1990;15:1154-61.
47. McDowell I, Newell C. Pain measurements. In : *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press; 1987. p.229-57.
48. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997;70:3-14.
49. Boureau F. Douleur: pourquoi et comment évaluer son intensité ? *Rev Prat* 1998;12:15-20.
50. Aubry C, Savean C, Wary B, Bories E, Revillon L. Analyse des items d'une échelle psychocomportementale de la douleur chez le sujet âgé. *Rev Gériatr* 1998;23:207-10.
51. Morello R, Fermanian J, Alix M. Échelle comportementale pour personnes âgées (ECPA). In : *Santé et maison de retraite. Volume 2*. Paris : Serdi Edition; 1999. P. 90-7.
52. Gauvain-Piquard A, Meignier M. La douleur de l'enfant. Paris: Ed. Calmann Levy;1993.
53. Sebag-Lanoë R, Iefebvre-Chapiro S. La douleur chez les personnes âgées en fin de vie. *Rev Prat* 1999;13:985-8.
54. Harkins SW, Bush FM, Price DD. La douleur chronique et son évaluation chez le sujet âgé. In: Basseur L, Chauvin M, Guilbaud G, éditeurs. *Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie*,

- douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. Paris: Maloine; 1997. p.547-66.
55. Lamberg L. New guidelines on managing chronic pain in older persons. *JAMA* 1998;280:311
56. Collège des Médecins du Québec. Traitement de la douleur : le point sur l'utilisation des narcotiques. Montréal: Collège des Médecins du Québec. 1998; p.1-19.
57. Meyer RA, Campbell JN, Raja SN. Peripheral and neural mechanisms of nociception. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. New York: Churchill Livingstone; 1994. p.13-44.
58. Bennett GJ. Neuropathic pain. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. New York: Churchill Livingstone; 1994. p.201-24.
59. Craig KD. Emotional aspects of pain. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. New York: Churchill Livingstone; 1994. p.261-74.
60. Dellasega C, Keiser CL. Pharmacologic approaches to chronic pain in the older adult. *Nurse Pract* 1997;22:20-2.
61. Legrain S. La prescription médicamenteuse chez la personne âgée. *Encycl Méd Chir*. Paris : Elsevier ; 1998.
62. Charmes JP, Merle L. Les conséquences du vieillissement rénal en thérapeutique. *Rev Gériatr* 1996;21:447-52.
63. Lefebvre-Chapiro S, Sebag-Lanoë R. Le traitement des douleurs chez les vieillards. *Concours Méd* 1996;118:81-4.
64. Shorr RI, Griffin MR, Daughterty JR, Ray WA. Opioid analgesics and the risk of hip fracture in the elderly : codeine and propoxyphene. *J Gerontol* 1992;47:M111-5.
65. Bannwarth B. Les douleurs rhumatismales relèvent-elles de la stratégie antalgique par paliers de l'OMS ? *Rev Rhum* 1999;66:277-80.
66. World Health Organization. *Cancer pain relief with a guide to opioid availability*. Geneve: WHO;1996.
67. Lefebvre-Chapiro S. Le maniement des antalgiques en gériatrie. *Rev Gériatr* 1998;23:259-60.
68. Lightfoot TC. Drug management in the palliative care of older people. *Aust J Hosp Pharm* 1998;28:45-9.
69. Ruoff G. Management of pain in patients with multiple health problems: a guide for the practicing physician. *Am J Med* 1998; 105:53S-60S.
70. Greenberger NJ. Update in gastroenterology. *Ann Intern Med* 1997;127:827-34.
71. Griffin MR, Piper JM, Daughterty JR, Snowden M, Ray WA. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and increased risk for peptic ulcer disease in elderly persons. *Ann Intern Med* 1991;114:257-63.
72. Kennedy DT, Small RE. Analgesics and elderly patients. The use of nonsteroidal anti inflammatory drugs. *APS Bulletin* 1997;7(6).
73. Hawkey CJ. Cox-2 inhibitors. *Lancet* 1999;353:307-14.
74. Carr DB, Goudas LC. Acute pain. *Lancet* 1999;353:2051-8.
75. Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. *Lancet* 1999;353:1865-9.
76. Poulain P. Existe-t-il une spécificité de l'antalgie chez le grand vieillard ? *Rev Gériatr* 1998; 23:251-2.
77. Gonthier R. La morphine en gériatrie. *Rev Gériatr* 1997;22:543-9.
78. Bruera E, MacMillan K, Pither J, MacDonald RN. Effects of morphine on the dyspnea of terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1990;5:341-4.
79. Fulmer TT, Mion LC, Bottrell MM. Pain management protocol. Inappropriate pain management leaves both the elder and the nurse feeling unfulfilled and unhappy with the care. *Geriatr Nurs* 1996;17:222-6.
80. Rose VL. Guidelines from the American Geriatrics Society target management of chronic pain in older persons. *Am Fam Physician* 1998; 58:1213-4, 1217.
81. Onghena P, Van Houdenhove B. Antidepressant-induced analgesia in chronic non-malignant pain. *A*

- meta-analysis of 39 placebo-controlled studies. *Pain* 1992;49:205-19.
82. McQuay HJ, Tramer M, Nye BA, Carroll D, Wiffen PJ, Moore RA. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. *Pain* 1996;68:217-27.
83. Attal N, Brasseur L, Parker F, Chauvin M, Bouhassira D. Effect of Gabapentin on the different components of peripheral and central neuropathic pain syndromes : a pilot study. *Eur Neurol* 1998;40:191-200.
84. Wiffen P, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain (Cochrane review). *The Cochrane Library* 1999;1:1-18.
85. King SA, Ferrell BA, Fine PG. On managing chronic pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:119-23.
86. Boureau F. Dimensions de la douleur. In : *Pratique du traitement de la douleur*. Paris: Doin; 1988. p.11-3.
87. Treves R. La corticothérapie à faible dose au cours de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Rhum (éd fr)* 1995;62:651-8.
88. Koes BW, Bouter LM, van der Heijden GJ. Methodological quality of randomized clinical trials on treatment efficacy in low back pain. *Spine* 1995;20:228-35.
89. Watson PN, Evans RJ. Postherpetic neuralgia. A review. *Arch Neurol* 1986;43:836-40.
90. Grosshans D. Où se bal(1)ade la douleur morale ? *JALMALV* 1998;55:52-4.
91. Turk DC, Okifuji A. Assessment of patients' reporting of pain. An integrated perspective. *Lancet* 1999;353:1784-8.
92. Le Breton D. Douleurs et soins : médecine de la personne. *JALMALV* 1998;55:55-8.
93. Fouquet B. Prescription de la masso-kinésithérapie dans les affections de l'appareil locomoteur. Paris: Elsevier;1997.
94. Mallifage D. De la douleur à la souffrance. *J Ergothérapie* 1994;16:127-31.
95. Glynn NJ. The music therapy assessment tool in Alzheimer's patients. *J Gerontol Nurs* 1992;18:5-9.
96. Schorr JA. Music and pattern change in chronic pain. *Adv Nurs Sci* 1993;15:27-36.
97. Kneafsey R. The therapeutic use of music in a care of the elderly setting: a literature review. *J Clin Nurs* 1997;6:341-6.
98. Camus N. Spécificité de la douleur au cours des soins chez les sujets très âgés en unité de soins palliatifs gériatriques. *Rev Gériatr* 1998;23:257-8.
99. Pradines B. Expérience personnelle et recherches bibliographiques sur les douleurs chez la personne âgée en pratique gériatrique institutionnelle. Association Daniel Goutaine. Available from: <http://users.aol.com/dgeriatrie/dgdouleurexpose.html> ;1999.