

# La douleur et sa prise en charge

T. Cudennec  
Hôpital Sainte Périne, Paris

---

La douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable. Elle est liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion. La douleur est donc toujours en partie subjective, y compris chez la personne âgée. La douleur physique, qu'elle soit aiguë ou chronique, altère la qualité de vie et peut souvent modifier l'état général comme le désir de vie du sujet. Elle rassemble des composantes sensorielles, émotionnelles, cognitives et comportementales.

## LES TROIS TYPES PHYSIOPATHOLOGIQUES DE DOULEUR

**Les douleurs par excès de nociception.** Ces douleurs proviennent de lésions dont l'innervation, ou les connexions aux centres médullaires, restent intacts.

**Les douleurs neurogènes,** anciennement appelées « douleurs par désafférentation », correspondent à une perturbation du système d'intégration de la douleur liée, en plus d'une lésion tissulaire, à une lésion nerveuse périphérique ou centrale.

**Les douleurs psychogènes** regroupent un vaste ensemble de douleurs sans lésion apparente, dues au psychisme ou massivement exagérées par celui-ci.

## EVALUATION DE LA DOULEUR

L'évaluation de la douleur est une procédure complexe. L'intérêt de la systématisation du recueil des données est de garder une rigueur, même dans des contextes fortement émotionnels.

**Les comportements douloureux,** visibles dès le premier contact avec le patient sont signifiants. Le « dire » et le « faire » du patient se combinent. Mimiques, aspects du faciès, posture, agitation, gestuelle, impotence, sont autant d'éléments qui peuvent s'analyser à l'aide de grilles d'évaluation.

**La description** de la douleur, par le patient et/ou par son entourage, nous apporte également beaucoup d'informations, tout en sachant que la description d'une douleur dépend aussi de celui qui l'écoute. Ceci est particulièrement vrai en gériatrie. L'entretien, moment fort de l'évaluation, doit s'efforcer de recueillir : la topographie de la douleur, son histoire, son mode d'installation (comment a-t-elle débuté), son évolution, son retentissement sur l'humeur et sur les activités de la vie quotidienne, les différentes tentatives de traitement, l'éventuelle présence d'autres signes ou symptômes.

**L'utilisation des échelles d'évaluation** trouve sa place lorsque l'auto-évaluation est impossible ou en cas de doute. La systématisation de l'évaluation permet une meilleure adaptation des traitements et une meilleure prise en charge de la douleur.

Pour les patients non déficitaires, l'auto-évaluation est toujours indispensable à prendre en compte. L'auto-évaluation associe le discours du patient à l'utilisation d'une échelle simple comme l'Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.) ou l'Echelle Numérique (E.N.). L'évaluation est alors reproductible par les soignants et facilement renouvelable par le patient lui-même.

Pour les patients déficitaires ou non communicants, le recours aux informations délivrées par la famille ou les soignants est primordial. Un entretien, insistant sur les modifications du comportement (lors de la toilette, des transferts, de l'alimentation), permet le plus souvent d'entendre et de décrypter une plainte douloureuse. De nombreuses échelles gériatriques ont analysé ces modifications comportementales, parmi lesquelles Doloplus, l'Echelle Comportementale de la Personne Agée

(ECPA) ou encore l'Echelle Comportementale Simplifiée (ECS). Ces échelles reposent sur l'observation et l'analyse du comportement d'un sujet âgé douloureux. L'échelle Doloplus, par exemple, est constituée de 10 items avec 4 réponses possibles pour chacun d'entre eux. On évalue ainsi la douleur par l'observation de son retentissement somatique, psychomoteur et psycho-social.

## **TRAITEMENTS DE LA DOULEUR**

*Le traitement est étiologique*, quand cela est possible et raisonnable, chez le sujet âgé. Cette attitude renvoie à une estimation éthique de la stratégie à adopter.

*Un traitement symptomatique* doit être associé dans tous les cas. Il peut être non médicamenteux en fonction des étiologies et des possibilités du contexte. Il peut aussi être médicamenteux : antalgiques, co-antalgiques, antidépresseurs, anticonvulsivants, ou encore multifactoriel.

### **A. Les douleurs par excès de nociception.**

La progression en puissance des antalgiques se fait de manière graduée selon l'échelle O.M.S. Cette échelle ne concerne que les antalgiques, et doit être utilisée en constante adaptation à la clinique et à l'étiologie, en se servant de la panoplie des co-analgésiques. La crainte excessive d'une accumulation chez l'insuffisant rénal doit être relativisée en matière d'antalgie, l'évaluation de la douleur étant clinique et non biologique. Si les médicaments d'un palier sont inefficaces, on passe au palier suivant. Il n'est pas légitime d'associer des produits d'un même palier. **Le palier 1 de l'échelle O.M.S.** concerne les douleurs légères. On utilise pour le traitement de ces douleurs des antalgiques dits « périphériques » comme le paracétamol et l'acide acétyl salicylique. L'utilisation de ce dernier sera prudente en gériatrie du fait de l'importance des effets secondaires notamment digestifs. **Le palier 2 de l'échelle O.M.S.** concerne les douleurs moyennes et regroupe les morphiniques mineurs, ainsi que d'autres classes médicamenteuses. Le chef de file du palier 2 est la codéine. Sont également employés : le dextropropoxyphène, le tramadol et la noramidopyrine. **Le palier 3 de l'échelle O.M.S.** concerne les douleurs importantes et fait appel aux morphiniques majeurs. Leur chef de file est la morphine. Ces traitements s'appliquent aux douleurs chroniques rebelles aux antalgiques de palier 1 ou 2. La décision d'instaurer un traitement de palier 3 est indépendante de l'âge, du temps restant à vivre ou de la nature de la maladie. Deux règles essentielles de prescription sont à respecter: une administration à intervalles dictés par la pharmacocinétique sans attendre une recrudescence de la douleur, et le fait que l'effet antalgique est proportionnel à la dose. Dans tous les cas, il faudra penser à prévenir et à corriger la survenue d'effets secondaires : les nausées et les vomissements, la constipation quasi-constante, la somnolence, les troubles psychiques et cognitifs, les sueurs, l'hypotension orthostatique et la rétention urinaire. Un traitement morphinique par voie orale, chez un patient douloureux, n'entraîne pas d'accoutumance. De même, la tolérance est acceptable chez ces patients, y compris après plusieurs mois d'utilisation consécutifs. Les opiacés peuvent être à effet immédiat, retard, en prise orale, injectable ou en patch trans-cutané.

### **Les co-analgésiques.**

Leur association à des produits antalgiques permet le plus souvent de renforcer leur activité. Ils ont le plus souvent une action indirecte sur le mécanisme même de la douleur comme des spasmes, une inflammation ou une infection. **Les corticostéroïdes** trouvent une large place dans le traitement des processus inflammatoires. Ils trouvent tout particulièrement leur indication dans le traitement des douleurs spécifiques rhumatologiques, de métastases osseuses, des douleurs à composante inflammatoire, des lymphoedèmes, de l'anorexie ainsi que lors d'une altération de l'état général, de lésions intracérébrales et lors d'asphyxie de fin de vie. **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens** sont d'une utilité majeure dans la co-analgésie de certaines situations douloureuses où l'inflammation est importante. Tous sont utilisables à doses réellement efficaces, sous protection gastrique chez les patients âgés polymédiqués. **Les antidépresseurs**, outre leur intérêt antidépresseur, trouvent une place importante dans le traitement des douleurs neuropathiques. **Les sédatifs** représentent un traitement essentiel de la composante anxieuse de la douleur. Parmi les autres traitements de la douleur, nous pouvons citer la radiothérapie, la kinésithérapie ou encore la relaxation.

**B. Les douleurs neurogènes**, sont peu ou pas sensibles aux antalgiques classiques. Leur traitement utilise essentiellement des médicaments psychotropes. Les douleurs à fond continu sont le plus souvent

sensibles aux antidépresseurs tricycliques. Les douleurs paroxystiques répondent davantage aux anticonvulsivants. Les anti-inflammatoires sont indispensables dans bien des cas.

**C. Les douleurs psychogènes**, nécessitent le plus souvent une approche multifactorielle, notamment comportementale. En gériatrie, il s'agit en fait le plus souvent d'intrications entre dépression, souffrance morale et déficit cognitif qui dérèglent les sensations corporelles.

## **LES SPECIFICITES DU TRAITEMENT CHEZ LES PERSONNES AGEES.**

**Quelques principes généraux** conditionnent l'usage des antalgiques chez les personnes âgées. Il faut accorder le bénéfice du doute à un patient qui se plaint, et pratiquer un test thérapeutique si cela est nécessaire. De même, il est souhaitable de se renseigner sur les traitements antérieurs et sur leur efficacité. Enfin, une réévaluation régulière de leur efficacité permet une meilleure prise en charge.

**Les douleurs d'arthrose.** Lorsqu'elles sont permanentes, elles nécessitent des antalgiques au long cours, à intervalles réguliers adaptés à la cinétique des produits. A prédominance nociceptive, justifiant le recours aux antalgiques et aux anti-inflammatoires parfois utilisés sous forme d'infiltration, ces douleurs peuvent présenter une composante neuropathique et dépressive. Le recours aux antidépresseurs tricycliques est alors justifié. Ces douleurs sont le plus souvent positionnelles : intenses à la marche, absentes en position assise ou allongée. Outre le traitement antalgique, des soins de kinésithérapie et un soutien psychologique peuvent s'avérer nécessaires.

**Les douleurs d'escarres.** Lorsqu'elles sont permanentes, un traitement antalgique continu est nécessaire. Celui-ci peut nécessiter l'utilisation d'antalgiques de palier 3. Si la douleur survient de façon aiguë, essentiellement lors des soins, l'emploi d'un antalgique, souvent de palier 3 et de courte durée d'action, peu s'avérer nécessaire. On utilise le plus souvent la voie sous-cutanée pour son administration.

**Les douleurs séquellaires des accidents vasculaires cérébraux** sont souvent difficiles à évaluer et à traiter car elles résultent de l'intrication de douleurs nociceptives d'ankylose et de grabatisation, et de douleurs neuropathiques. Il faut insister sur la nécessité des réévaluations et sur l'association des traitements.

**La douleur du patient dément** est au mieux dépistée par une évaluation systématique et le recueil régulier des témoignages de l'entourage et des soignants intervenant au domicile quotidiennement. En cas de doute sur l'existence de la douleur, un test thérapeutique avec des antalgiques peut s'avérer nécessaire; il permettra alors d'évaluer les changements de comportement du patient à domicile.

## **CONCLUSION**

La douleur, en gériatrie, est source d'anorexie persistante, de perte d'autonomie et de dépression. La dépression accentue l'intensité des douleurs organiques. Non contrôlée, la douleur peut aboutir à l'observation d'états régressifs, avec repli sur soi, détachement et désinvestissement de l'entourage. La douleur peut à tout moment générer un syndrome confusionnel chez une personne âgée. La méconnaissance de la douleur ou une prise en charge insuffisante peut être très préjudiciable à la qualité de vie de ces patients.

## **REFERENCES**

1. Trichet-Llory V, Sachet A, Gouronnec A, Pautas E. Evaluation de la douleur en gériatrie : enquête à l'entrée en court séjour. *Revue de Gériatrie*, 2004; 29: 103-108
2. Abadie M, Michel Laengh N, Moussa H, Ranovona C, Baptiste N, Gaillard P, Maugourd MF. Douleur par excès de nociception du sujet âgé: protocoles thérapeutiques. *Revue de Gériatrie*, 2002; 27: 259-264
3. Abadie M, Michel Laengh N, Moussa H, Ranovona C, Baptiste N, Gaillard P, Maugourd MF. La douleur chez le sujet âgé : un protocole d'évaluation. *Revue de Gériatrie*, 2001; 26: 737-742
4. J.M.Gomas, T.Cudennec, C.Jousselin, F.Knorreck, B.LeDastumer, A.Petrognani, F.Leroux, J.Delporte. Aspects cliniques et thérapeutiques de la douleur. *Soins Gériatrie*, 2002 ; 37 : 21-27

**Exemple d'échelle d'hétéro-évaluation : l'échelle Doloplus.**

<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>	
<b>1. Plaintes somatiques</b>	
pas de plainte	0
plaintes uniquement à la sollicitation	1
plaintes spontanées occasionnelles	2
plaintes spontanées continues	3
<b>2. Positions antalgiques au repos</b>	
pas de position antalgique	0
le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1
position antalgique permanente et efficace	2
position antalgique permanente inefficace	3
<b>3. Protection des zones douloureuses</b>	
pas de protection	0
protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1
protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2
protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3
<b>4. Mimique</b>	
mimique habituelle	0
mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1
mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2
mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle	3
<b>5. Sommeil</b>	
sommeil habituel	0
difficultés d'endormissement	1
réveils fréquents	2
insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>	
<b>6. Toilette et/ou habillage</b>	
possibilités habituelles inchangées	0
possibilités habituelles peu diminuées	1
possibilités habituelles très diminuées	2
toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3
<b>7. Mouvements</b>	
possibilités habituelles inchangées	0
possibilités habituelles actives limitées	1
possibilités habituelles actives et passives limitées	2
mouvement impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL</b>	
<b>8. Communication</b>	
inchangée	0
intensifiée	1
diminuée	2
absence ou refus de toute communication	3
<b>9. Vie sociale</b>	
participation habituelle aux différentes activités	0
participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1
refus partiel de participation aux différentes activités	2
refus de toute vie sociale	3
<b>10. Troubles du comportement</b>	
comportement habituel	0
troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1
troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2
troubles du comportement permanent	3
<b>SCORE TOTAL SUR 30</b>	