

Prise en charge diagnostique

Evaluation de la douleur chez la personne âgée atteinte de démence

Plusieurs études, même récentes, ont montré que les troubles cognitifs sont, comme l'âge, un facteur de risque indépendant pour recevoir un traitement antalgique inadéquat par rapport à l'intensité des douleurs [1]. Alors qu'aucune étude ne nous permet à ce jour de conclure que les patients âgés atteints de démence, ont une perception de la douleur diminuée [2]. De nombreuses autres causes peuvent expliquer ce « sous traitement », mais la difficulté de détecter et d'évaluer la douleur dans cette population est largement citée, en particulier chez les patients avec une démence sévère qui ont des troubles de la communication. Par ailleurs, dans cette population, la douleur peut se manifester de façon atypique par une agitation, une confusion accrue et une mobilité diminuée [3]. Bien que de multiples instruments d'évaluation de la douleur soient actuellement disponibles, ils ne sont pas toujours utilisés de façon systématique.

Auto-évaluation

La douleur est une expérience subjective, pour laquelle il n'y a aucun marqueur biologique objectif. Elle ne peut pas être mesurée comme la température à l'aide d'un thermomètre ou comme la tension artérielle avec un tensiomètre. Les professionnels doivent aller auprès des patients pour évaluer au plus précis la douleur. L'intensité de la douleur mesurée par le patient est considérée comme le mode d'évaluation le plus approprié sachant que les soignants et les proches ont tendance à sous-estimer ou surestimer l'intensité de la douleur. Celle-ci doit être évaluée pour valider la plainte, mesurer sa sévérité et par la suite l'efficacité des traitements antalgiques introduits. Plusieurs études ont démontré que les patients



PD Dr méd.
Sophie Pautex
Genève

atteints de démence peuvent utiliser des échelles d'autoévaluation de la douleur et que la mesure de l'intensité est fiable.

Bien entendu, nous devons prendre le temps d'expliquer son fonctionnement au patient, d'éviter les doubles-tâches, de choisir l'échelle qui est la plus adaptée et de tenir compte des éventuels troubles d'audition ou de la vue [4-6].

Différentes échelles unidimensionnelles d'autoévaluation de la douleur sont disponibles :

- ▶ L'échelle visuelle analogique horizontale (EVA) se compose d'une ligne de 10 centimètres ancrée par deux extrémités de douleur: aucune douleur et douleur maximale imaginable avec un curseur que les patients sont invités à placer pour indiquer le niveau de la douleur qu'ils perçoivent à un moment précis.
- ▶ A son verso, se trouve souvent une échelle numérique (EN) numérotée soit de 0 à 10 ou de 0 à 100.
- ▶ L'échelle faciale (EF) qui comporte six ou sept visages qui expriment une douleur croissante. Elle a été adaptée à la population âgée à partir des échelles pédiatriques.
- ▶ L'échelle d'évaluation verbale (EV) qui contient entre 5 et 6 de qualificatifs de la douleur, comme absente, faible, modérée, forte, très forte, extrêmement forte.

Echelles d'hétéroévaluation ou d'observation

Si le patient ne communique plus ou n'a pas les facultés d'utiliser un outil d'autoévaluation, une éventuelle douleur devrait être recherchée, si le patient présente une aggravation des fonctions cognitives, une diminution de la mobilité, des cris ou des gémissements, une modification des activités sociales, des troubles du sommeil ou des troubles du comportement nouveaux. Nous devons aussi être très attentifs à toutes les pathologies ou les gestes potentiellement douloureux.

Plusieurs manifestations de l'état confusionnel comme les gémissements, les cris ou l'agressivité sont proches des manifestations de la douleur chez les patients atteints de démence. Mais, à l'inverse, la douleur est une cause fréquente d'état confusionnel dans cette population, d'où l'importance d'évaluer de façon régulière ces patients.

De nombreuses échelles d'observation ont été développées au cours de ces dernières années [7]. Elles évaluent pour la plupart des modifications de l'expression faciale, de l'expression verbale, des mouvements corporels, des interactions sociales, des activités quotidiennes et des fonctions cognitives. Par exemple, l'échelle Doloplus-2, évalue 3 retentissements de la douleur : somatique, psychomoteur et psychosocial. Doloplus-2 devrait être complétée régulièrement, par l'ensemble des professionnels qui se sont occupés du patient ce jour-là et qui si possible le connaissent bien pour repérer au mieux les modifications. Les items qui ne sont pas connus ne doivent pas être cotés [8]. Doloplus-2 a l'avantage d'avoir un excellent matériel didactique pour enseigner aux professionnels l'utilisation de l'outil. Selon les explications de Doloplus-2, un patient doit être suspecté d'être douloureux à partir d'un score >5 sur un total de 30. D'autres échelles d'hétéroévaluation existent aussi, comme l'échelle ECPA, plus adaptée pour les patients qui ont des soins de plaies par exemple ou l'échelle Algoplus récemment mise à disposition pour l'évaluation de la douleur aiguë. La place exacte de ces différentes échelles dans les différents lieux de soins, dans les douleurs aiguës et chroniques doit encore être définie. Un groupe de travail européen (COST initiative : TD1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia) est en train de créer une boîte à outil commune et adaptée à cette population.

Les différents outils cités, ainsi que leur mode d'administration sont disponibles sur le site du Réseau douleur HUG : reseau douleur.hug-ge.ch

L'anamnèse douleur

L'évaluation de l'intensité de la douleur doit bien entendu être complétée, dans la mesure des capacités de communication et des troubles cognitifs des patients par une anamnèse complète, comprenant la localisation, les caractéristiques (qualificatifs), l'irradiation, la recherche d'un facteur déclenchant, les facteurs aggravants et soulageants, ainsi que la présence d'une dépression et d'une anxiété.

Cette anamnèse complète nous permet aussi de faire la différence entre une douleur nociceptive et une douleur neuropathique. Elle doit être complétée d'un examen clinique ciblé et quelques fois d'examen complémentaires afin de trouver l'étiologie. Une revue récente souligne que la douleur neuropathique, en particulier centrale, est largement sous diagnostiquée chez les patients atteints de démence [9]. Si le mot douleur ne signifie plus rien pour le patient,

il ne faut pas hésiter à utiliser d'autres mots : « est-ce que cela fait mal, brûle ou pique ? » par exemple.

Conclusion

La douleur doit être dépistée et évaluée de façon systématique, à l'aide d'outils d'évaluation validés, chez toutes les personnes âgées et bien sûr traitée. Les échelles d'évaluation sont un moyen permettant de viser la cohésion entre professionnels vers le meilleur soulagement de la douleur. Elles sont aussi un support de communication avec une famille ou des proches pour expliciter, rassurer et interagir entre le patient, la famille et les professionnels.

Bien entendu l'évaluation est inutile, si celle-ci n'est pas suivie d'un examen clinique, quelquefois d'examen complémentaires et d'un traitement symptomatique et si possible étiologique adéquat. La douleur doit être réévaluée par la suite à des intervalles réguliers.

PD Dr méd. Sophie Pautex

Unité de soins palliatifs communautaire
Service de médecine de premier recours
Hôpitaux Universitaires de Genève, c/o IMAD
36, av Cardinal-Mermillod
1227 Carouge
sophie.pautex@hcuge.ch

Références :

1. Hwang, U., et al., The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 270-5
2. Scherder, E.J., J.A. Sergeant, and D.F. Swaab, Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurol* 2003; 2: 677-86
3. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: S205-24
4. Ferrell, B.A., B.R. Ferrell, and D. Osterweil, Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 409-14
5. Pautex, S., et al., Feasibility and reliability of four pain self-assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly demented patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60: 524-9
6. Pautex, S., et al., Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1040-5
7. Herr, K., K. Bjoro, and S. Decker, Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 170-92
8. Wary, B., Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur. *Soins gériatrie* 1999; 19: 25-27
9. Scherder, E.J. and B. Plooi, Assessment and management of pain, with particular emphasis on central neuropathic pain, in moderate to severe dementia. *Drugs Aging* 2012; 29: 701-6

Message à retenir

- ◆ Une évaluation de la douleur de base doit être effectuée chez toute personne âgée qui a un contact avec un lieu de soins ou un professionnel de la santé
- ◆ L'autoévaluation de la douleur doit toujours être essayée indépendamment du niveau de fonctionnement cognitif
- ◆ La douleur doit ensuite être évaluée, sur une base régulière, afin de mettre en évidence des comportements inhabituels de la personne
- ◆ Le fonctionnement des échelles doit être expliqué au patient en étant attentif par exemple aux doubles tâches
- ◆ Dans la mesure du possible, les conditions d'évaluation devraient être maintenues constantes (par exemple, utiliser le même outil d'évaluation ou évaluation de la douleur lors des situations similaires)