



Fiche d'information N°. 6

Les soins palliatifs pour une personne âgée douloureuse

A travers le monde, la population des plus de 60 ans va doubler d'ici 2050 [11]. Du fait que les gens vivent plus longtemps, un plus grand nombre vont vivre avec et mourir de pathologies chroniques, multi-morbidités, fragilité comme la défaillance cardiaque ou rénale. De plus, les personnes âgées peuvent expérimenter des stress psychologiques comme la perte d'autonomie et le deuil.

Que sont les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs ont pour but de maintenir ou améliorer la qualité de vie et soulager, grâce à une mise en évidence précoce, une évaluation détaillée, et un traitement des symptômes [4]. Chez les personnes âgées, cela:

- Associe des soins médicaux gériatriques et palliatifs se concentrant sur une évaluation complète afin d'intégrer des facteurs sociaux, spirituels et environnementaux.
- Nécessite une compréhension de la multi-morbidité, des prescriptions sûres et une approche multidisciplinaire.
- Hiérarchise une bonne communication, la considération de l'autonomie, l'implication dans la prise de décision, et l'existence de dilemmes éthiques.
- Travaille avec les personnes âgées et leurs familles dans des cadres (maison, soins de longue durée, hospices, et hôpitaux) et au cours des transitions [7].

Evaluation de la douleur

Comment les personnes âgées expérimenter et rapportent une douleur est le fruit d'une grand nombre de facteurs sociaux et psychologiques, dont le stoïcisme, qui peuvent conduire à sous-évaluer la douleur [2]. Le standard de référence reste l'auto-

évaluation [3]. Les questions concernant la douleur comprennent les trois dimensions clés: 1) sensorielle, 2) affective et émotionnelle et 3) l'impact [8].

Démence et altération cognitive

Evaluer une douleur peut rester un défi chez la personne âgée avec altération cognitive secondaire à une démence et autres maladies neurodégénératives, accident vasculaire cérébral, facteurs culturels ou linguistiques. Beaucoup de personnes avec une démence peuvent évaluer une douleur sérieusement, fidèlement [12], mais il est essentiel d'obtenir des renseignements historiques. L'observation directe ou des échelles validées observationnelles reconnaissent comment la douleur ou l'inconfort peuvent conduire à des modifications comportementales [9]. Les recommandations de la Société Américaine de Gériatrie [3] intègre un éventail d'indicateurs:

	Champ	Exemple
1	Expressions faciales	Froncement des sourcils
2	Verbalisations et vocalisations	gémissements, geignements
3	Mouvements corporels	Protégeant une zone du corps, mouvements rythmiques
4	Changements d'attitudes inter-personnelles	Être en retrait, agressivité
5	Changements d'activités ou d'habitudes	Appétit, activités quotidiennes, sommeil
6	Changements d'état mental	Délire, pleurs, tristesse

La plupart des outils observationnels contiennent des items de ces champs. Les outils fréquemment utilisés comprennent l'Echelle de Douleur de Abbey [1], l'Echelle d'Evaluation de la Douleur dans la Démence Evoluée (Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) [10], et la L'Evaluation de la Douleur par Liste pour les Seniors avec Capacité limitée de Communication (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) [5].

Principes de prise en charge

La prise en charge non pharmacologique, comme l'exercice physique, dispositifs d'assistance, ou la relaxation [2], ou les préparations topiques, dont les AINS pour douleur musculaire localisée [2], peuvent être efficaces en premier lieu. Le traitement pharmacologique de la douleur chez les personnes âgées peut être un défi. La polymédication est fréquente et les modifications de métabolisme et d'excrétion des médicaments augmentent les risques d'interactions et d'effets indésirables. Les recommandations ont été faites [2] (AGS 2009) afin de diminuer le risque d'effets secondaires:

- Prescrire selon les paliers de la douleur de l'OMS (<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>).
- Débuter à faible dose avec un médicament et augmenter la dose lentement pour obtenir une réponse.
- Utiliser la voie d'administration la moins invasive.

	Indication	Notes
Paracétamol/acétaminophène	Douleur musculo-squelettique et arthrosique	Antalgique efficace et sûr
Anti-inflammatoire non stéroïde i.e. naproxène, ibuprofène	Douleur musculo-squelettique et arthrosique quand le paracétamol n'est pas efficace	Risque plus élevé d'effets secondaires. Hémorragie gastro-intestinale, effets secondaires cardiovasculaires (augmentation du risque d'hypertension artérielle, insuffisance cardiaque) et aggravation d'une maladie rénale chronique.
Codéine	Opioïde faible pour douleur modérée	Sédation, hallucinations, délire, nausée, vomissements, constipation, rétention urinaire, chutes, fractures. Fentanyl ou buprenorphine disponibles en patchs mais ne peuvent être utilisés chez des patients naïfs d'opioïdes.
Morphine, oxycodone, fentanyl	Opioïdes forts pour douleur sévère dans la douleur cancéreuse ou non cancéreuse	
Amitriptyline	Douleur neuropathique	Hypotension orthostatique, arythmie cardiaque, rétention urinaire, glaucome et détérioration des fonctions cognitives
Prégabaline, gabapentine	Douleur neuropathique	Effets anxiolytiques et sédatifs

Conclusion

Une approche de soin palliatif s'assure que les symptômes et les objectifs des traitements sont régulièrement reconsidérés. Discuter une « limitation des soins » avec la personne ou sa famille pour élaborer un plan d'escalade thérapeutique renforce une bonne prise en charge de la douleur en envisageant des décisions comme l'arrêt d'interventions douloureuses. Cela peut réduire le risque pour les patients de subir des transferts stressants en fin de la vie, particulièrement dans les hôpitaux [6]. En soin palliatif, nous considérons le concept de « douleur totale » en explorant la détresse psychologique, qui peut influencer la perception de la douleur et la souffrance.

REFERENCES

- [1] Abbey J, Piller N, De BA, Esterman A, Parker D, Giles L, Lowcay B. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *IntJPalliatNurs* 2004;10(1):6-13.

- [2] Abdulla A, Bone M, Adams N, Elliott AM, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson EL, Schofield P. Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people. *Age Ageing* 2013;42(2):151-153.
- [3] American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6 Suppl):S205-224.
- [4] Davies E, Higginson IJ. *Better palliative care for older people*, 2004.
- [5] Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain ManagNurs* 2004;5(1):37-49.
- [6] Obolensky L, Clark T, Matthew G, Mercer M. A patient and relative centred evaluation of treatment escalation plans: a replacement for the do-not-resuscitate process. *J Med Ethics* 2010;36(9):518-520.
- [7] Pautex S, Curiale V, Pfisterer M, Rexach L, Ribbe M, Van Den Noortgate N. A common definition of geriatric palliative medicine. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(4):790-791.
- [8] Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. *Concise guidance to good practice series, Vol. 8*, 2007.
- [9] Scherder E, Herr K, Pickering G, Gibson S, Benedetti F, Lautenbacher S. Pain in dementia. *Pain* 2009;145(3):276-278.
- [10] Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *JAmMedDirAssoc* 2003;4(1):9-15.
- [11] World Health Organisation. *Global Health Observatory (GHO) data; mortality and global health estimates, Vol. 2017*, 2017.
- [12] Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain* 2006;126(1-3):210-220.

AUTEURS

Elizabeth L Sampson, PhD
Marie Curie Palliative Care Research Department,
University College London
London, United Kingdom

Sophie Pautex, MD
Division of Palliative Medicine
University Hospital Geneva, Geneva University
Geneva, Switzerland