



# Douleur et démence comment soulager ?

*Francis Gossard et Van TK Nguyen-Ong*

**Depuis peu, certains membres de l'équipe traitante de M<sup>me</sup> Vitaline Meilleur ont remarqué que la patiente semblait souffrante. Ils se demandaient si elle ressentait de la douleur sans être en mesure de l'exprimer verbalement. Les membres de sa famille, au contraire, trouvaient que la dame allait bien et étaient donc réticents à accepter des traitements analgésiques. Quelle est la réalité et comment évaluer la présence de douleurs ?**

**S**ELON PLUSIEURS ÉTUDES, la douleur est sous-évaluée chez les personnes âgées atteintes d'un trouble cognitif<sup>1</sup>. Par exemple, les patients souffrant de démence qui sont victimes d'une fracture de la hanche recevaient de façon significative moins d'analgésiques opioïdes que ceux sans atteintes cognitives. La douleur est un phénomène complexe et multifactoriel (*encadré*). En effet, plusieurs niveaux de modulation du stimulus nociceptif ont été mis en évidence.

Récemment, un modèle d'évaluation de la douleur tenant compte de ces nouvelles dimensions a été mis au point<sup>3</sup> (*figure*). La douleur nociceptive est localisée et attribuable à une lésion des tissus périphériques (lorsqu'elle provient des récepteurs de la douleur somatique) et souvent diffuse et émanant des organes internes (lorsqu'elle provient des récepteurs de la douleur viscérale). Elle peut aussi être d'origine neuropathique, c'est-à-dire être causée par une lésion du système nerveux central ou périphérique<sup>4</sup>. La sensation de douleur est modulée par la localisation, la durée, la fréquence, l'intensité et la

*Les D<sup>rs</sup> Francis Gossard et Van TK Nguyen-Ong exercent à l'unité de soins de longue durée de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Ils sont aussi responsables de formation clinique au Département de médecine familiale et d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.*

## Encadré

### Modèle conceptuel du mécanisme de la douleur

Le concept de douleur a beaucoup changé depuis trente ans. Le modèle unidimensionnel, dans lequel la douleur perçue est directement proportionnelle à la quantité de fibres nociceptives stimulées, a été remplacé par un modèle multidimensionnel. Dans ce dernier, un portillon de la douleur laisse passer le stimulus douloureux, qui est toutefois modulé par d'autres processus neuronaux. Il existe trois niveaux de modulation du stimulus nociceptif<sup>2</sup>.

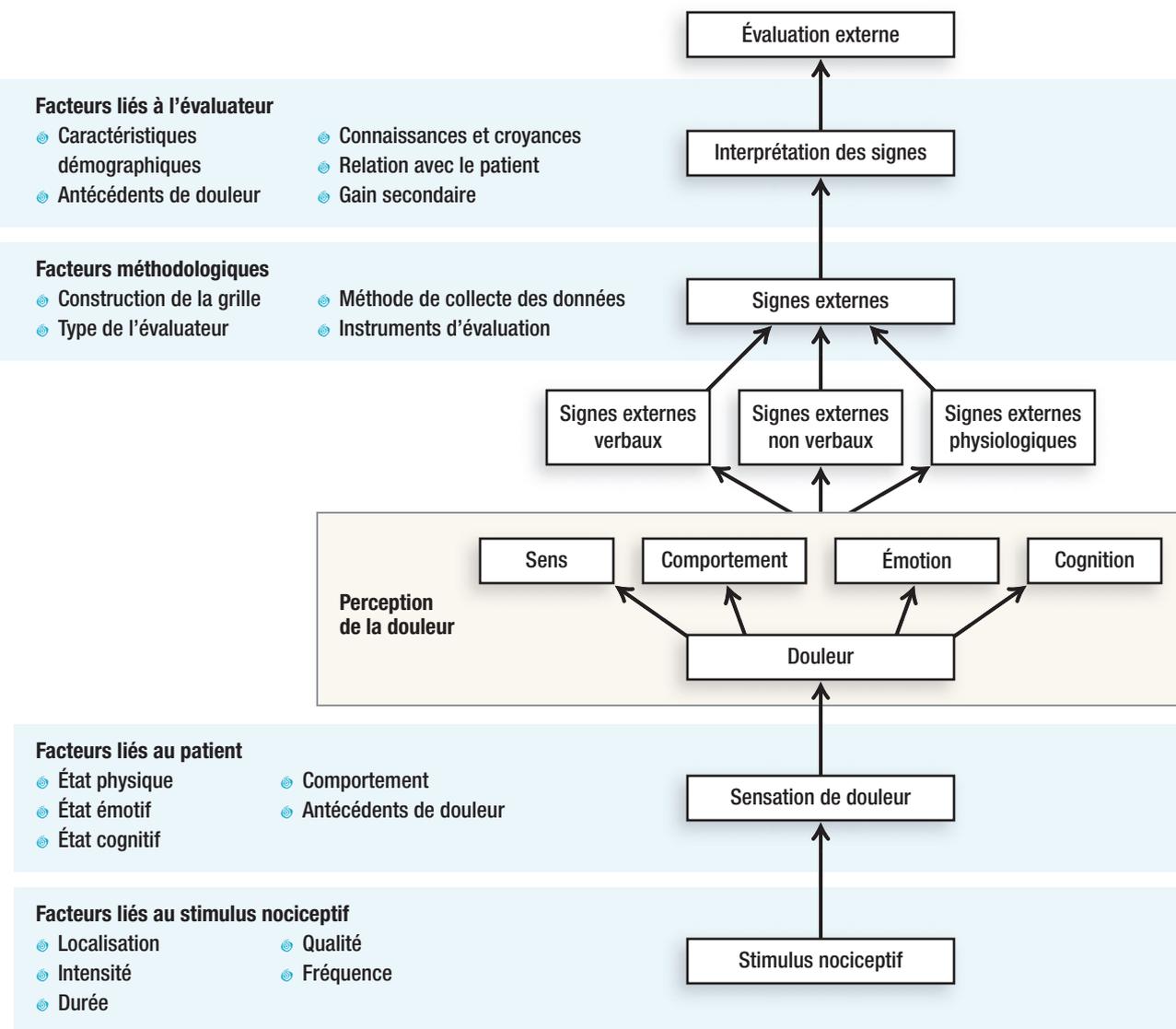
- ⊗ La première modulation est segmentaire. Les fibres activées localement comprennent non seulement des fibres nociceptives, mais aussi d'autres types de fibres pouvant inhiber en partie le stimulus nociceptif. Cette modulation survient dans la corne postérieure de la moelle épinière et est en cause dans les analgésies locales (segmentaires).
- ⊗ La deuxième modulation est bulbospinale, soit au niveau du *subnucleus reticularis dorsalis* du côté caudal du tronc cérébral et du bulbe rostroventromédian du côté ventral. Dans le noyau, des neurones d'inhibition diffuse spéciaux sont spécifiquement activés par des stimulus douloureux provenant de n'importe quelle partie du corps. Ces neurones participeraient à l'analgésie résultant des moyens de contre-stimulation, tels que l'acupuncture. Le bulbe inhibe par voies directes les neurones de la corne dorsale de la moelle. La morphine agirait en partie à ce niveau de modulation.
- ⊗ Le dernier niveau de modulation est le cortex cérébral. Plusieurs réseaux neuronaux sont en cause et ne seront pas décrits dans le présent article. L'influence du cortex dans la perception douloureuse est bien établie. Notons qu'une personne effectuant une tâche exigeant de la concentration ressentira moins fortement un stimulus douloureux.

**Selon plusieurs études, la douleur est sous-évaluée chez les personnes âgées atteintes d'un trouble cognitif.**

Repère

## Figure

### Modèle conceptuel de l'évaluation de la douleur<sup>3</sup>



Source : Snow AL, O'Malley KJ, Cody M et coll. A conceptual model for pain assessment for noncommunicative persons with dementia. *Gerontologist* 2004 ; 44 (6) : 807-17. Reproduction autorisée.

qualité du stimulus nociceptif, tandis que la perception varie en fonction des états sensoriel, émotionnel, comportemental et cognitif du patient. Les changements dans la perception de la douleur correspondent aux niveaux de modulation. Chez les patients atteints de démence, la contribution de l'état cognitif à la douleur est inconnue et difficilement évaluable.

La douleur perçue est finalement exprimée par des signes verbaux (comme des gémissements), non ver-

baux (comme des grimaces) ou physiologiques (comme une accélération du pouls). Chez les patients atteints de démence, l'évaluation de la douleur repose principalement sur les signes externes. Même les personnes au stade de démence légère ont de la difficulté à signaler la douleur.

### Comment évaluer la douleur ?

Une évaluation appropriée de la douleur, très difficile

**Tableau 1**
**PACSLAC : grille d'évaluation de la douleur\***

Expressions faciales	Présent (✓)	Comportement, personnalité, humeur	Présent (✓)
☉ Grimaces	<input type="checkbox"/>	☉ Agression physique (Ex. : pousser les autres ou des objets, griffer, frapper avec ses mains ou ses pieds)	<input type="checkbox"/>
☉ Regard triste	<input type="checkbox"/>	☉ Agression verbale	<input type="checkbox"/>
☉ Visage renfermé	<input type="checkbox"/>	☉ Refus d'être touché	<input type="checkbox"/>
☉ Regard menaçant	<input type="checkbox"/>	☉ Interdiction aux autres d'approcher	<input type="checkbox"/>
☉ Changements au niveau des yeux (plissés, vides, brillants, augmentation des mouvements)	<input type="checkbox"/>	☉ Air fâché ou mécontent	<input type="checkbox"/>
☉ Sourcils froncés	<input type="checkbox"/>	☉ Lancer d'objets	<input type="checkbox"/>
☉ Expression de douleur	<input type="checkbox"/>	☉ Augmentation de la confusion	<input type="checkbox"/>
☉ Visage sans expression	<input type="checkbox"/>	☉ Anxiété	<input type="checkbox"/>
☉ Mâchoires serrées	<input type="checkbox"/>	☉ Visage bouleversé	<input type="checkbox"/>
☉ Visage crispé	<input type="checkbox"/>	☉ Agitation	<input type="checkbox"/>
☉ Bouche ouverte	<input type="checkbox"/>	☉ Impatience et irritabilité	<input type="checkbox"/>
☉ Front plissé	<input type="checkbox"/>	☉ Frustration	<input type="checkbox"/>
☉ Nez froncé	<input type="checkbox"/>		
Activités et mouvements du corps	Présent (✓)	Autres	Présent (✓)
☉ Mouvements constants	<input type="checkbox"/>	☉ Pâleur ou rougeur du visage	<input type="checkbox"/>
☉ Mouvements de recul	<input type="checkbox"/>	☉ Yeux larmoyants	<input type="checkbox"/>
☉ Nervosité	<input type="checkbox"/>	☉ Transpiration excessive	<input type="checkbox"/>
☉ Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	☉ Tremblements	<input type="checkbox"/>
☉ Marche sans arrêt	<input type="checkbox"/>	☉ Peau froide et moite	<input type="checkbox"/>
☉ Errance	<input type="checkbox"/>	☉ Changements du sommeil	<input type="checkbox"/>
☉ Tentative de fuite	<input type="checkbox"/>	☉ Diminution du sommeil ou augmentation du sommeil pendant le jour	<input type="checkbox"/>
☉ Refus de bouger	<input type="checkbox"/>	☉ Diminution ou augmentation de l'appétit	<input type="checkbox"/>
☉ Bousculade	<input type="checkbox"/>	☉ Cris et hurlements	<input type="checkbox"/>
☉ Diminution de l'activité	<input type="checkbox"/>	☉ Appel à l'aide	<input type="checkbox"/>
☉ Refus des médicaments	<input type="checkbox"/>	☉ Pleurs	<input type="checkbox"/>
☉ Mouvements lents	<input type="checkbox"/>	☉ Gémissements ou plaintes	<input type="checkbox"/>
☉ Comportements impulsifs (Ex. : mouvements répétitifs)	<input type="checkbox"/>	☉ Son spécifique ou vocalisation liée à la douleur	<input type="checkbox"/>
☉ Absence de collaboration ou résistance aux soins	<input type="checkbox"/>	☉ Marmonnements	<input type="checkbox"/>
☉ Mouvement de protection du lieu de la douleur	<input type="checkbox"/>	☉ Grognements	<input type="checkbox"/>
☉ Soutien du lieu de la douleur	<input type="checkbox"/>		
☉ Claudication	<input type="checkbox"/>		
☉ Poings serrés	<input type="checkbox"/>		
☉ Position fœtale	<input type="checkbox"/>		
☉ Raideur ou rigidité	<input type="checkbox"/>		

Score global \_\_\_\_\_

\* Chaque élément coché a une valeur de 1.

Les droits d'auteur de la version française du PACSLAC sont détenus par Sylvie LeMay, Maryse Savoie, Shannon Fuchs-Lacelle, Thomas Hadjistavropoulos et Michèle Aubin. Reproduction autorisée.

## Tableau II

### Principaux médicaments pour traiter la douleur chez la personne âgée<sup>13,15,16</sup>

Médicaments	Formes posologiques	Posologie initiale suggérée*	Principaux effets indésirables	Particularités
<b>Analgésiques</b>				
<b>Analgésiques non opioïdes</b>				
Acétaminophène	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimés à action rapide ou prolongée</li> <li>Suppositoires</li> <li>Solution orale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>325 mg – 650 mg, toutes les 4 h à 6 h (dose max. : 2,6 g/j)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peu d'effets indésirables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innocuité à long terme</li> <li>Hépatotoxicité à dose &gt; 4 g par jour</li> <li>Premier choix en présence de douleur légère ou modérée</li> </ul>
Ibuprofène	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimés</li> <li>Suspension orale</li> <li>Gel topique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>200 mg – 400 mg, toutes les 8 h</li> <li>10 % dans agent de diffusion topique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dyspepsie</li> <li>Saignement gastrique</li> <li>Troubles cognitifs</li> <li>Insuffisance rénale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meloxicam, AAS et piroxicam : à éviter chez le patient âgé</li> <li>Utilisation à court terme</li> <li>Cytoprotection concomitante recommandée chez les patients âgés</li> </ul>
Diclofénac	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimés</li> <li>Suppositoires</li> <li>Gel topique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>25 mg – 50 mg, toutes les 8 h</li> <li>1 application topique, toutes les 8 h</li> </ul>		
Naproxène	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimés</li> <li>Suppositoires</li> <li>Suspension orale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>250 mg – 500 mg, toutes les 12 h</li> </ul>		
Célécoxib	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capsules</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100 mg – 200 mg, 1 f.p.j.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque cardiovasculaire</li> </ul>	
<b>Analgésiques opioïdes (commencer par les formes à action rapide pour évaluer les besoins quotidiens)</b>				
Codéine	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimés à action rapide ou prolongée</li> <li>Suppositoires</li> <li>Solution injectable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7,5 mg – 30 mg, toutes les 4 h à 6 h (max. : 60 mg/dose)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nausées</li> <li>Constipation</li> <li>Vomissements</li> <li>Somnolence</li> <li>Troubles cognitifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus de nausées et de confusion chez la personne âgée</li> <li>Inefficace chez 10 % de la population</li> <li>Effet analgésique qui plafonne rapidement</li> </ul>
Morphine	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimés à action rapide ou prolongée</li> <li>Capsules à action prolongée</li> <li>Solution orale ou injectable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0,5 mg – 1 mg, toutes les 4 h à 6 h (dose de départ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comme la codéine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opioïde de référence</li> <li>Nombreuses préparations à action prolongée</li> <li>Les capsules à action prolongée peuvent être ouvertes.</li> </ul>
Oxycodone	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimés à action rapide ou prolongée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2,5 mg – 5 mg, toutes les 4 h à 6 h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comme la codéine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effets potentiellement diminués par les inhibiteurs de l'isoenzyme CYP2D6 ou chez les patients en déficit de CYP2D6</li> </ul>
Hydromorphone	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimés à action rapide ou prolongée</li> <li>Solution orale</li> <li>Suppositoires</li> <li>Solution injectable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0,25 mg – 1 mg, toutes les 4 h à 6 h, au besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comme la codéine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les capsules à action prolongée peuvent être ouvertes</li> <li>Moins d'accumulation en cas d'insuffisance rénale</li> </ul>
Fentanyl	<ul style="list-style-type: none"> <li>Timbre transdermique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 µg/h (ou plus selon la dose équianalgésique calculée)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comme la codéine</li> <li>Irritation locale au point d'application</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Début d'action retardé (jusqu'à 8 h)</li> <li>Les timbres réservoirs ne doivent pas être coupés.</li> <li>Avantageux en cas d'insuffisance rénale</li> </ul>
Tramadol	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimés à action rapide (en association avec l'acétaminophène) et à action prolongée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>37,5 mg toutes les 6 h au besoin (courte durée d'action)</li> <li>100 mg, 1 f.p.j. (longue durée d'action)</li> <li>Dose max. : 400 mg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nausées</li> <li>Constipation</li> <li>Somnolence</li> <li>Hypotension orthostatique</li> <li>Convulsions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Association avec l'acétaminophène étudiée chez le patient âgé</li> <li>À éviter avec un ISRS (risque de syndrome sérotoninergique)</li> <li>Moins d'effets sur le système respiratoire</li> <li>Accumulation en présence d'insuffisance rénale</li> <li>Syndrome de sevrage</li> </ul>

Médicaments	Formes posologiques	Posologie initiale suggérée*	Principaux effets indésirables	Particularités
<b>Coanalgésiques</b> (pour soulager les douleurs nociceptives et neuropathiques et éviter l'escalade des opioïdes)				
<b>Antidépresseurs tricycliques</b>				
Nortriptyline	☉ Capsules	☉ 10 mg, 1 f.p.j. au besoin	☉ Hypotension orthostatique	☉ Privilégier la nortriptyline ou la désipramine en raison de leurs effets anticholinergiques moindres ☉ Rétention urinaire
Amitriptyline	☉ Comprimés	☉ 10 mg, 1 f.p.j. au besoin	☉ Risque de chutes ☉ Sédation	
Désipramine	☉ Comprimés	☉ 25 mg, 1 f.p.j. le matin	☉ Confusion ☉ Constipation ☉ Xérostomie	
<b>Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)</b>				
Citalopram	☉ Comprimés	☉ 10 mg, 1 f.p.j.	☉ Bonne tolérance ☉ Somnolence	☉ Autre solution aux antidépresseurs tricycliques ☉ Effets généralement stimulants
<b>Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRN)</b>				
Venlafaxine	☉ Capsules	☉ 37,5 mg, 1 f.p.j.	☉ Nausées ☉ Xérostomie ☉ Gain de poids ☉ Hausse de la pression artérielle	☉ Utiles pour le traitement concomitant de l'anxiété ☉ La duloxétine est approuvée contre la neuropathie diabétique
Paroxétine	☉ Comprimés	☉ 10 mg, 1 f.p.j.		
Duloxétine	☉ Comprimés	☉ 30 mg, 1 f.p.j.		
<b>Anticonvulsivants</b>				
Carbamazépine	☉ Comprimés ☉ Suspension orale	☉ 100 mg/j	☉ Hyponatrémie ☉ Éruptions cutanées ☉ Somnolence ☉ Irritation gastro-intestinale	☉ Éviter le jus de pamplemousse
Acide valproïque	☉ Capsules ☉ Suspension orale	☉ 250 mg, au besoin	☉ Somnolence ☉ Augmentation du risque de saignement	
Gabapentine	☉ Comprimés ☉ Capsules	☉ 100 mg, 1 f.p.j.	☉ Somnolence ☉ Étourdissements ☉ Troubles de la concentration	☉ Courte demi-vie permettant un ajustement rapide (2 ou 3 jours) ☉ Ajustement en cas d'insuffisance rénale ☉ Risque de syndrome de sevrage ☉ Pas d'hépatotoxicité de la gabapentine ☉ Les capsules peuvent être ouvertes.
Prégabaline	☉ Capsules	☉ 25 mg, 1 f.p.j.		
<b>Corticostéroïdes</b>				
Triamcinolone	☉ Injection intra-articulaire	☉ 10 mg/ml – 40 mg/ml	☉ Ostéoporose ☉ Atrophie cutanée ☉ Trouble psychologique ☉ Suppression surrénalienne ☉ Dyspepsie ☉ Immunodépression	☉ La dexaméthasone est plus utilisée en soins palliatifs, en présence de douleurs osseuses ☉ Cesser en cas d'inefficacité ☉ Commencer par de fortes doses et diminuer rapidement jusqu'à la dose minimale efficace
Dexaméthasone	☉ Comprimés ☉ Solution injectable	☉ 4 mg/j – 12 mg/j		
<b>Hormones</b>				
Calcitonine	☉ Inhalation nasale	☉ 1 inhalation (200 UI), 1 f.p.j. (max. : 800 UI/j)	☉ Rhinite ☉ Épistaxis	☉ Début d'action très rapide ☉ Alternance entre les deux narines

\* Les doses indiquées sont les doses de départ.

Notes : Éviter la mépéridine, la pentazocine et le propoxyphène chez le patient âgé (accumulation des métabolites causant des effets indésirables accrus). Chez le patient âgé, peu d'études ont évalué l'efficacité et l'innocuité de la méthadone pour soulager la douleur. De plus, le médecin désirant prescrire de la méthadone doit obtenir un permis spécial en raison de sa pharmacocinétique complexe. Il ne s'agit pas d'un traitement de première intention chez le patient âgé souffrant de douleur.

**Tableau III****Médicaments selon le type de douleur<sup>11</sup>**

Type de douleur	Médicaments
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Douleur musculosquelettique légère</li> <li>● Maladie inflammatoire : polyarthrite rhumatoïde, arthrose en phase inflammatoire aiguë</li> <li>● Maladie dégénérative en phase terminale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acétaminophène</li> <li>● Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Douleur musculosquelettique modérée ou importante</li> <li>● Maladie inflammatoire</li> <li>● Maladie dégénérative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acétaminophène en association avec un opioïde</li> <li>● AINS en association avec un opioïde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Douleur ostéoporotique avec fracture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Corticostéroïdes en injection locale</li> <li>● Bisphosphonates en injection intraveineuse</li> <li>● Calcitonine</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Douleur neuropathique</li> <li>● Douleur postherpétique</li> <li>● Douleur postAVC</li> <li>● Douleur du membre fantôme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antidépresseurs tricycliques</li> <li>● Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine</li> <li>● Anticonvulsivants</li> <li>● Clonidine</li> <li>● Amantadine</li> </ul>

à faire chez les patients atteints de démence, est à la base d'un traitement et d'un soulagement efficaces. De nombreuses échelles d'évaluation ont été proposées pour ce type de patients. Récemment, trois études comparatives de plusieurs échelles d'évaluation ont été publiées<sup>5-7</sup>. Sur une liste de dix à vingt-quatre outils d'évaluation de la douleur, jugés en partie sur la reproductibilité intra- et interobservateur et la validité du contenu, le test PACSLAC (pour Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) a obtenu les meilleurs scores. Tous les auteurs ont indiqué que les résultats devaient être validés par d'autres études, mais que le PACSLAC est le seul outil qui évalue les changements subtils de comportement et qui est adapté aux personnes âgées atteintes de démence. Le PACSLAC est offert en version française pour le Canada.

**PACSLAC-F**

La version française du PACSLAC évalue soixante comportements liés à la douleur, regroupés en quatre catégories (*tableau I*). Selon des infirmières utilisant trois différentes grilles d'évaluation de la douleur, le PACSLAC est le plus utile<sup>8</sup>. Récemment, une étude comparative longitudinale a permis de constater que les patients évalués et suivis à l'aide du PACSLAC recevaient plus d'ordonnances d'analgésiques lorsqu'ils en avaient besoin que le groupe témoin<sup>9</sup> et que les infirmières présentaient moins de détresse et d'épuisement professionnel.

Malgré sa longueur et sa complexité, le PACSLAC ne demande que quelques minutes. Il permet de savoir si le patient ressent de la douleur, est calme ou est en détresse. Les nombreuses dimensions évaluées permettent d'établir une gradation de la douleur. Le score global de la douleur est obtenu par l'addition des points observés et cochés. Comme pour la plupart des tests d'évaluation de la douleur, aucun seuil minimal n'a été fixé.

**Existe-t-il des traitements non pharmacologiques ?**

Peu d'études ont porté sur le recours à des techniques non médicamenteuses chez les patients atteints de démence. Celles qui existent ont été menées auprès d'enfants et de patients cancéreux, et leurs résultats ont été extrapolés aux personnes atteintes de troubles cognitifs. Les interventions ciblent les différents niveaux neurologiques en cause dans la perception de la douleur<sup>10</sup>. Sur le plan segmentaire, la stimulation des fibres inhibitrices du message de douleur procure un soulagement local. Ces interventions de nature mécanique sont la thérapie thermique, le massage léger, l'application de pressions ou de vibrations favorisant la relaxation et la stimulation électrique transcutanée de faible intensité. L'hydrothérapie et la physiothérapie, tout comme l'exercice physique et la pratique d'activités, peuvent aussi être bénéfiques, mais sont limitées par l'état cognitif de la personne souffrante.

Au niveau du bulbe et du mésencéphale, la stimu-

**Avec les techniques non médicamenteuses de traitement de la douleur, les interventions ciblent les différents niveaux neurologiques en cause dans la perception de la douleur.**

Repère

lation des fibres descendantes inhibitrices apporte un contrôle inhibiteur diffus nociceptif et un soulagement moins localisé de la douleur. Ces modalités comprennent le massage profond, l'acupression et l'acupuncture. Au niveau cérébral, les thérapies existantes nécessitent malheureusement que l'état cognitif du patient soit intact. Ces interventions sont notamment la relaxation, les approches cognitives, l'hypnose, la visualisation et la psychothérapie. Chez le patient atteint de démence, l'application de ces techniques est par conséquent limitée et doit être adaptée en fonction des déficits présents. Des stratégies de distraction peuvent être envisagées, comme la musique, la télévision et la lecture à haute voix par un intervenant.

### Quels sont les traitements pharmacologiques ?

La pharmacothérapie reste la pierre angulaire du traitement de la douleur chez la personne âgée (tableau II). Les origines de la douleur étant variées, le choix du traitement pharmacologique devra être adapté (tableau III). En clinique, des associations médicamenteuses sont souvent nécessaires.

Plusieurs facteurs propres à la personne âgée rendent les résultats de la pharmacothérapie difficiles à prédire (tableau IV). Cette situation provoque des réactions indésirables, prévisibles ou non, qui peuvent être bénignes ou encore parfois graves ou mortelles. Les analgésiques sont très susceptibles d'entraîner des effets indésirables<sup>14</sup>.

Le traitement de la douleur chez la personne âgée atteinte de démence est un défi qui va devenir de plus en plus présent dans les prochaines années. L'évaluation de la douleur est la partie la plus importante et la plus négligée du traitement. Le recours à des méthodes à la fois pharmacologiques et non médicamenteuses est souhaitable.

**P**OUR SAVOIR CE QU'IL EN EST de M<sup>me</sup> Meilleur et avec l'accord des membres de sa famille, vous demandez aux infirmières de remplir une grille d'évaluation de la douleur pendant une semaine. Les comportements

#### Tableau IV

##### Facteurs modifiant la pharmacothérapie chez la personne âgée

- La fragilité résultant d'une déficience d'un ou de plusieurs systèmes organiques<sup>12</sup>
- La perte, liée à l'âge, de l'efficacité thérapeutique, de la pharmacodynamie et de la pharmacocinétique des médicaments<sup>13</sup>
- La polypharmacie ainsi que les interactions médicamenteuses<sup>12</sup>
- L'extrapolation, aux personnes âgées, de la prescription des médicaments destinés aux jeunes adultes.

observés indiquent alors que la patiente n'est pas aussi bien que sa famille le croyait. En revoyant la grille, les proches de la patiente constatent ainsi les subtilités de l'expression de la douleur et que la dame semble effectivement souffrir. Ils acceptent alors que vous commenciez les traitements analgésiques. ☞

Date de réception : le 15 février 2010

Date d'acceptation : le 10 mars 2010

Les D<sup>rs</sup> Francis Gossard et Van TK Nguyen-Ong n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

### Bibliographie

1. Scherder E, Oosterman J, Swaab D et coll. Clinical review: Recent developments in pain in dementia. *BMJ* 2005 ; 330 : 461-4.
2. Monconduit L, Villanueva L. Intégration et modulation de la douleur dans le système nerveux central. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats* 2005 ; 27 : 45-59.
3. Snow AL, O'Malley KJ, Cody M et coll. A conceptual model for pain assessment for noncommunicative persons with dementia. *Gerontologist* 2004 ; 44 (6) : 807-17.
4. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec. *Douleur chronique et opioïdes : L'essentiel*. Mai 2009. Montréal : Publications du Collège des médecins du Québec.
5. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Abu-Saad HH et coll. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics* 2006 ; 6 : 3. Site Internet : <http://biomedcentral.com/1471-2318/6/3> (Date de consultation : le 4 décembre 2009).
6. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal

**La pharmacothérapie reste la pierre angulaire du traitement de la douleur chez la personne âgée. Les origines de la douleur étant variées, le choix du traitement pharmacologique devra être adapté.**

Repère

older adults with dementia: A state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31 : 170-92.

7. Aubin M, Giguère A, Hadjistavropoulos T et coll. L'évaluation systématique des instruments pour mesurer la douleur chez les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer. *Pain Res Manage* 2007; 12 (3) : 195-203.
8. Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain* 2006; 126 : 210-20.
9. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T, Lix L. Pain assessment as intervention. A study of older adults with severe dementia. *Clin J Pain* 2008; 24 (8) : 697-707.
10. Marchand S. Les douleurs d'origine centrale : quand la douleur est entre les deux oreilles. *Le Clinicien* 2005; 20 (2) : 59-62.
11. Nikolaus T, Zeyfang A. Pharmacological treatments for persistent non-malignant pain in older persons. *Drugs Aging* 2004; 21 (1) : 19-41.
12. Barber JB, Gibson SJ. Treatment of chronic non-malignant pain in the elderly. *Drug Safety* 2009; 32 (6) : 457-74.
13. Wiffen PJ, Collins S, McQuay HJ et coll. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. *Cochrane Database System Review* 2005; (3) : CD001133.
14. McLean AJ, Lecouter DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacol Rev* 2004; 56 : 164-84.
15. Pergolizzi J, Böger RH, Budd K et coll. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International

## Summary

**How to alleviate pain in cases of dementia?** Pain is a multifactorial and complex problem. Very frequent among the elderly population, it is often underdiagnosed and undertreated, especially in aged patients suffering from dementia. An obstacle to proper pain treatment is the evaluation difficulties encountered when the patient is unable to express himself verbally. From several reviews of pain assessment tools, this article suggests the use of PACSLAC scale and describes its process. Once properly assessed, pain can be treated by non-pharmacological methods such as transcutaneous electric stimulation. Pharmaceutical tools are presented with emphasis on dosage and side effects among elderly people.

- Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract* 2008; 8 (4) : 287-313.
16. Burgess CL, D'Arcy C, Holman J et coll. Adverse drug reactions in older Australians 1982-2002. *Med J Aust* 2005; 182 : 267-70.