

# Soins palliatifs et patient âgé non communicant

## comment reconnaître la souffrance ?

par Sabrina Leclair

Monsieur C., 74 ans, est atteint d'une démence de type Alzheimer. Depuis un certain temps, il ne parvient plus à communiquer avec son entourage. Récemment, il a été admis à l'unité de soins palliatifs dont vous avez la charge pour une néoplasie du pancréas plurimétastatique. Sa famille est désespérée. « Est-il souffrant docteur ? » Comment savoir ? Quels outils avons-nous pour reconnaître la douleur chez le patient non communicant ?

### Impact du vieillissement sur la perception de la douleur

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge. **En effet, le tiers des aînés soutiennent éprouver de la douleur, mais ce chiffre est plus élevé chez les patients de plus de 75 ans et ceux en fin de vie<sup>1</sup>.** Le vieillissement en soi n'aurait que peu d'effet sur le seuil douloureux après l'exposition à un stimulus nociceptif. Aucune donnée probante ne permet actuellement de croire que la personne âgée a une plus grande tolérance à la douleur. Toutefois, elle réagit différemment du sujet jeune en raison de facteurs associés à l'âge, tels que l'histoire personnelle, les expériences douloureuses antérieures, l'exposition à la douleur chronique, les troubles affectifs (anxiété, dépression, etc.) et les croyances personnelles sur le sujet.

*La D<sup>re</sup> Sabrina Leclair, omnipraticienne, est professeure d'enseignement clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et exerce au Service de gériatrie et à l'hospitalisation de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville ainsi qu'en cabinet privé.*

Il est également à noter qu'il existe une grande différence interindividuelle en regard du vécu de la douleur. En effet, deux personnes du même âge vivront généralement un même stimulus douloureux de façon différente en fonction de leur bagage antérieur.

Enfin, les études sur la sénescence de la perception de la douleur n'ont pas jusqu'à présent donné de résultats pouvant s'appliquer à la pratique clinique auprès de la clientèle âgée.

### Outils classiques d'évaluation de la douleur

L'évaluation du patient souffrant nécessite une approche globale et un processus continu<sup>2</sup>. Le recueil de données, l'examen physique et l'établissement d'un diagnostic précis demeurent la façon systématique d'évaluer tout patient. Personne ne remettra en question l'importance de l'anamnèse. Elle permet de caractériser le type de douleur, sa localisation, sa durée, son intensité, les facteurs déclenchants ou soulageants et ses répercussions sur la vie quotidienne. Il n'est toutefois pas aisé pour un patient, quel que soit son âge, de décrire la douleur ressentie et son intensité. Lorsque la personne âgée n'a pas de troubles cognitifs, elle peut

**Le sujet âgé réagit différemment du sujet jeune en raison de facteurs associés à l'âge, tels que l'histoire personnelle, les expériences douloureuses antérieures, l'exposition à la douleur chronique, les troubles affectifs (anxiété, dépression, etc.) et les croyances personnelles sur le sujet.**

**Lorsque la personne âgée n'a pas de troubles cognitifs, elle peut auto-évaluer sa douleur à partir des outils classiques utilisés couramment chez l'adulte.**

auto-évaluer sa douleur à partir des outils classiques utilisés couramment chez l'adulte<sup>3</sup>. Ces outils, paraissant *a priori* fort simples, ont cependant leurs limites. En effet, la proportion réelle de patients âgés chez lesquels ils peuvent être utilisés est estimée au plus à 50 %<sup>4</sup>.

Quels sont ces outils? Il en existe plusieurs, dont l'échelle numérique de 0 à 10 sur laquelle le patient « quantifie » l'intensité de sa douleur (0 signifiant l'absence de douleur et 10 indiquant la pire douleur jamais ressentie). Il s'agit de l'échelle la plus utilisée, car elle est facilement comprise et peut être faite visuellement ou verbalement. Il existe aussi des échelles plus visuelles, comme l'Échelle visuelle analogique ou EVA, sur lesquelles le patient situe l'intensité de sa douleur de la teinte la plus pâle à la teinte la plus foncée.

Ces divers outils ont été validés auprès des patients âgés, mais en réalité leurs limites d'utilisation sont multiples chez ce groupe de patients, encore plus si la personne ne peut communiquer. D'abord, ces échelles nécessitent de la part du patient une bonne capacité d'abstraction et de compréhension. La personne âgée a souvent de la difficulté à comprendre le lien entre une valeur numérique et sa douleur. La difficulté est encore plus notable avec l'échelle visuelle analogique. Il est estimé que trois personnes âgées sur dix en saisissent réellement le fonctionnement. Certains comprennent mal comment un code de couleur peut servir à mesurer leur douleur et ne peuvent concevoir que ce soit à eux d'établir le niveau de douleur alors qu'un médecin est supposé être là pour les évaluer et les débarrasser de leur souffrance... De plus, ces échelles manquent de sensibilité. Il n'est pas rare dans la population âgée de trouver des gens qui craignent de déranger. Chez ces personnes, la douleur sera souvent sous-évaluée<sup>5,6</sup>. Inversement, les patients ayant des problèmes concomitants, tels qu'un trouble anxieux ou un tableau dépressif, auront parfois tendance à surévaluer leur malaise. Devant ces limites, il est facile de réaliser que l'utilisation d'outils d'autoévaluation devient impossible lorsque le patient âgé ne peut communiquer. Alors comment aborder les patients non communicants?

## Évaluation du patient non communicant

Près du tiers des personnes âgées hospitalisées présentent des déficits cognitifs ou sensoriels ou encore des troubles du langage rendant difficile l'expression de la douleur. Les patients dont les fonctions cognitives sont touchées se plaignent moins souvent de douleur. Plus l'atteinte est avancée, plus rares encore sont les plaintes<sup>1</sup>.

Lorsqu'il s'agit d'un tableau de démence grave, le patient ne possède plus les mécanismes de défense nécessaires pour intégrer et comprendre la douleur ressentie. Il n'a plus la capacité de s'adapter à cette dernière lorsqu'elle récidive. L'effet surprise de la douleur le déstabilise chaque fois. Lorsque l'épisode douloureux est passé, le patient l'oublie jusqu'à la prochaine crise qui le surprendra de nouveau. Évaluer la douleur chez de tels patients devient, pour le clinicien, un véritable défi.

## Stratégies d'évaluation de la douleur chez le patient non communicant

Lorsque l'auto-évaluation devient impossible, l'hétéroévaluation devient nécessaire.

Certains paramètres physiologiques permettent de soupçonner la présence de douleur, tels que les changements de la fréquence cardiaque ou respiratoire, l'augmentation du tonus musculaire, la diaphorèse, etc. Toutefois, l'observation du comportement du patient non communicant demeure l'outil-clé dans la détermination d'une souffrance physique ou psychologique<sup>7</sup>. Faute de mots, c'est le corps qui parle!

L'observateur surveillera les changements de comportement dans les trois sphères principales, soit les changements physiologiques, psychologiques et sociaux<sup>2,4</sup>.

### Les changements physiologiques

Il s'agit ici de déceler les symptômes et les signes de douleur chez le patient. Il faut cependant se rappeler que les modifications du comportement ne sont pas uniquement liées à la douleur, mais peuvent être occasionnées

**Les patients dont les fonctions cognitives sont touchées se plaignent moins souvent de douleur. Plus l'atteinte est avancée, plus rares encore sont les plaintes.**

**L'observation du comportement du patient non communicant demeure l'outil-clé dans la détermination d'une souffrance physique ou psychologique. Faute de mots, c'est le corps qui parle!**

par de multiples autres raisons.

Il faut porter attention à la posture adoptée par le patient au repos. Prend-il une position antalgique ? Reste-t-il prostré sur lui-même ? Présente-t-il une hypertonie musculaire ? À l'action, le patient peut avoir un changement de démarche, une résistance à certains mouvements. L'expression du visage est une source précieuse d'information. Des mimiques particulières, pouvant aller d'un simple froncement de sourcils jusqu'au visage complètement crispé en passant par un regard apeuré, doivent immédiatement sonner l'alarme. Il faut aussi accorder de l'attention aux verbalisations du patient. Des sons plaintifs, des cris, de l'agressivité verbale, de simples sons respiratoires qui diffèrent de l'habitude pour un patient donné peuvent signaler un malaise. En fait, toute expression ou tout comportement inhabituel méritent qu'on s'y attarde (*voir tableau*).

### Les changements psychologiques

Cette sphère englobe la composante affective liée à la douleur, les perturbations de la structure du sommeil et les répercussions psychologiques de la souffrance. L'évaluation de cette dimension est parfois plus ardue. Le patient dont les fonctions cognitives sont altérées peut présenter des manifestations de peur. Il ne comprend pas ce qui se produit, ne peut l'interpréter... Il peut donc devenir anxieux, être même paniqué lorsqu'il est confronté à la douleur. Certains patients subiront une détérioration de légère à importante de leurs fonctions cognitives usuelles. Un *delirium* survient fréquemment, la démence augmentant de façon considérable la vulnérabilité du cerveau à l'agression aiguë qu'est la douleur. Des épisodes d'errance peuvent se produire.

La modification du sommeil est aussi à surveiller. Le patient présente-t-il un sommeil plus agité, plus léger ou, inversement, une somnolence accrue ?

Chez le patient possédant encore la capacité de comprendre ce qui lui arrive, mais qui ne peut exprimer ce qu'il ressent, (aphasie post-AVC, par exemple), nous retrouvons fréquemment des états dépressifs, voire même régressifs.

## T A B L E A U

### Signes et symptômes signalant la douleur

#### Postures

- Attitude prostrée
- Position antalgique
- Rigidité
- Modification à la mobilisation

#### Mimiques

- Visage crispé
- Grimaces
- Froncement des sourcils
- Faciès triste
- Faciès anxieux

#### Verbalisations

- Changement du ton de la voix (murmures, cris)
- Sons plaintifs
- Agressivité verbale
- Changements respiratoires
- Toute plainte = signal d'alarme

Il est essentiel d'être à l'affût de ces changements d'humeur qui signalent une importante détresse psychologique.

### Les changements sociaux

La modification des activités quotidiennes ne doit pas être négligée. Des changements de comportement au cours de la toilette, des transferts ou de l'alimentation sont souvent des signes déguisés de souffrance. Un patient qui laisse tomber ses routines habituelles doit aussi nous mettre la puce à l'oreille.

La personne âgée éprouvant de la douleur peut présenter de l'agressivité, des comportements « dérangeants », une certaine résistance face aux intervenants, une diminution des interactions sociales et, ultimement, un retrait social complet. Le refus de collaborer aux soins peut survenir. Il est donc important de surveiller l'apparition d'un contre-transfert au sein de l'équipe soignante.

L'évaluation de la douleur chez le patient présentant un déficit cognitif est, il va sans dire, une procédure des plus complexes. Afin de rendre la tâche plus

facile, différents groupes de recherche ont produit des échelles d'hétéro-évaluation pouvant servir de balise dans l'approche du patient âgé ayant des troubles de compréhension ou de communication. Ces échelles prennent leur inspiration de l'échelle DEGR (Douleur Enfant Gustave Roussy) mise au point pour évaluer la douleur chez l'enfant cancéreux.

Une des plus connues est l'échelle Doloplus 2, dont l'utilisation est surtout répandue en France (*boîte à outils*). Son utilisation auprès des personnes âgées a été validée en 1999. Elle comporte dix points répartis en trois sous-groupes (retentissement somatique, psychomoteur et psychosocial) et cotés de 0 à 3. La douleur est confirmée si le score obtenu est égal ou supérieur à 5 sur 30.

Il est recommandé que cet outil soit utilisé par une équipe multidisciplinaire et non seulement par le médecin. Toutefois, l'évaluation par une seule personne est préférable à une simple estimation de la douleur. Que ceux qui s'inquiètent du temps que nécessite une telle évaluation se rassurent, car une cotation ne prend que de 2 à 5 minutes.

Échelle Doloplus<sup>4</sup>

Évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

## Observation comportementale

## Retentissement somatique

		Dates				
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 et 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 impossible, 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, animation, 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 itératif	1	1	1	1
		troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
		troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		<b>Score</b>				

La douleur est confirmée si le score obtenu est égal ou supérieur à 5 sur 30.

Source : Wary B et collectif Doloplus. À propos des échelles d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Site Web : [www.doloplus.com](http://www.doloplus.com). Reproduit avec l'autorisation de Bernard Wary.

Il existe d'autres outils, tels que l'Échelle comportementale simplifiée (ECS) et l'Échelle comportementale d'évaluation de la douleur pour la personne âgée (ECPA), dont les étapes de validation ne seraient pas encore terminées, mais dont l'utilisation est déjà répandue en Europe. Il y a aussi, aux États-Unis, la liste des indicateurs non verbaux de la douleur ou le CNPI (checklist of non verbal pain indicators).

Les créateurs de ces échelles en justifient l'utilisation par le fait qu'elles permettent de déceler la douleur plus rapidement, faisant ainsi gagner du temps et surtout évitant des souffrances inutiles au patient en le soulageant aussitôt<sup>4</sup>. Il faut cependant savoir interpréter les résultats obtenus. La douleur évolue, et l'échelle doit être utilisée de façon cinétique et non statique. Le patient doit être réévalué régulièrement afin de noter rapidement les changements et de réajuster le traitement antidouleur. Un autre argument en faveur de l'utilisation de ces outils d'hétéro-évaluation est qu'ils offrent une méthode « standardisée » d'évaluation, ce qui permet de diminuer les différences entre les observateurs. Dans les services hospitaliers actuels, le personnel infirmier change quotidiennement, tandis que les médecins se relaient de semaine en semaine. Chaque membre du personnel soignant peut être plus ou moins habile à percevoir les comportements non verbaux du patient. Les échelles d'hétéro-évaluation permettent d'outiller rapidement chaque intervenant de façon semblable et diminuent donc la subjectivité.

Il faut toutefois reconnaître que de telles échelles ont leurs limites. Les changements de comportement peuvent signaler autre chose que de la douleur. Par exemple, les troubles affectifs peuvent nous induire en erreur. Aussi, il arrive que l'évaluation donne un score inférieur à la limite signalant une douleur et que le patient soit tout de même souffrant. Tout outil a une marge d'erreur. Il faut donc savoir utiliser son jugement clinique.

**D**E FAÇON GÉNÉRALE, la prise en charge de la douleur chez la personne âgée nécessite, comme chez les autres adultes, une approche systématique. L'âge en soi ne modifie pas la perception de la douleur. C'est plutôt le bagage personnel d'un patient – ce qu'il a déjà vécu – qui le fera réagir de façon unique à la douleur. Les outils d'auto-évaluation de la douleur peuvent être utilisés chez le sujet âgé dont les capacités cognitives le permettent. Il faut cependant garder en tête que ces outils ont des limitations qui sont souvent sous-estimées.

## S U M M A R Y

**Palliative care for the elderly with communication problems: how to identify suffering?** Pain is a common symptom in the elderly patient. Its assessment can be hard if the patient is unable to express himself, e.g. in a case of aphasia or in advanced dementia. Hetero-evaluation is then required. The observer will have to look for every change in the patient's attitudes. Physiological, psychological and social modifications are all possible manifestations of pain and the physician has to recognize them. Scales can be used to help with the evaluation but they must be used carefully and with clinical judgment.

**Key words:** pain, evaluation, auto-evaluation, scale, pain, elderly patients

Face au patient âgé non communicant, comme dans le cas de Monsieur C., l'étude du comportement devient l'élément-clé pour évaluer la souffrance. Il faut savoir reconnaître les signes et symptômes, tant d'ordre physique et psychologique que social, pouvant signaler une douleur. Les outils d'hétéro-évaluation peuvent aider à uniformiser les évaluations des membres d'une même équipe, mais le jugement clinique demeure primordial. ☞

**Date de réception :** 29 janvier 2004

**Date d'acceptation :** 13 mai 2004

**Mots clés :** douleur, évaluation, auto-évaluation, échelle, douleur et personnes âgées

## Bibliographie

1. Santé Canada : [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca).
2. Arcand-Hébert. *Précis pratique de gériatrie*. 2<sup>e</sup> éd. FMOQ, Maloine : Edisem Inc ; 1997.
3. Cleeland C, Gonin R, Hartfield A, Edmonson J, Blum R, Stewart JA et coll. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994 ; 330 (9) : 592-6.
4. Wary B et collectif Doloplus. À propos des échelles d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Site Web : [www.doloplus.com](http://www.doloplus.com).
5. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R et coll. Management of pain in the elderly patients with cancer. *JAMA* 1998 ; 279 (23) : 1877-82.
6. Cleeland CS. Undertreatment of cancer pain in elderly patients. *JAMA* 1998 ; 279 (23) : 1914-5.
7. Gloth FM 3rd. Pain management in older adults: prevention and treatment. *J Am Geriatr Soc* 2001 ; 49 (2) : 188-99.
8. Société canadienne de la douleur : [www.canadianpainsociety.ca](http://www.canadianpainsociety.ca)