

DOULEUR MASQUEE CHEZ LA PERSONNE AGE ?

Une présentation clinique spécifique ?

Josiane BEAUNE IDE Evaluatrice en Gériatrie

Claire GIMBERGUES-CADET Gériatre

23/01/2026

Une population très concernée...

- Grande prévalence de la douleur chez la PA

- ⇒ Prévalence de la douleur varie de 40 à 85 % selon les situations
- ⇒ 25 à 50 % des personnes âgées vivant à domicile
- ⇒ 40 à 70 % des personnes âgées vivant en institution

- La douleur de la personne âgée est sous estimée et sous traitée

- ⇒ La proportion de PA douloureuses correctement soulagées est au mieux de 50 %
- ⇒ Si douleur non cancéreuse et PA avec TNC majeurs : 20 %



Pourquoi la douleur s'exprimerait autrement chez l'âgé?

- Moindre perception de la douleur avec l'âge ?

- Aucune étude ne le prouve

« L'avancée en âge n'est pas un facteur de diminution des douleurs, mais simplement un facteur de diminution de la plainte »

- *Difficultés à verbaliser et localiser la douleur*

- Troubles sensoriels
 - Troubles cognitifs
 - Troubles de la communication
 - *Expression atypique de la douleur*

- Fatalisme

- *C'est normal c'est l'âge*

- Pour certains : se plaindre est un signe de faiblesse

- La douleur fait peur à la PA :

- *De « déranger »*
 - *Des investigations, du traitement, du diagnostic*
 - *D'être hospitalisé, d'être « placé »*
 - *De perdre son autonomie*

- Résignation

- *Ne se plaint plus à force de ne pas avoir été entendu...*

Contexte médical : Les maladies susceptibles d'être douloureuses sont plus fréquentes au grand âge, souvent associées

- Musculo-squelettiques
- Cancer
- Vasculaires
- Neurologiques
- Le syndrome d'immobilisation
 - ✓ *Mécanisme multiple, majorées par les mobilisations*
 - ✓ *Maintien prolongé d'une attitude vicieuse*
 - ✓ *Escarres (douleur mixte)*

Les conséquences de la persistance de la douleur chez l'âgé sont graves ... et plus ou moins réversibles sur le plan fonctionnel et psychique

- Perte des capacités fonctionnelles
 - ⇒ *Syndrome d'immobilisation*
- Anorexie persistante
- Dépression, tentative de suicide, demande d'euthanasie
- Repli, mutisme, prostration
 - ⇒ *Détachement et désinvestissement de l'entourage*
- Régression psycho-motrice
- Syndrome confusionnel
- Troubles du comportement
 - ⇒ *Attitude d'opposition aux soins et/ou refus alimentaire*
- Perte de qualité de vie...Engagement du pronostic vital...

La douleur plus complexe à évaluer chez la personne âgée ?

✓ OUI

- ✓ Fait appel à une expérience de vie et de maladies longues et multiples
- ✓ La plainte douloureuse peut devenir un mode de communication avec l'entourage
- ✓ Fréquemment associée
 - *A la survenue de la dépendance*
 - *À l'accumulation des pertes fonctionnelles et sociales*
 - *A la souffrance morale*
 - *Aux troubles cognitifs*

Nécessite une analyse individuelle et une prise en charge globale et pluridisciplinaire



Madame Lucie D.

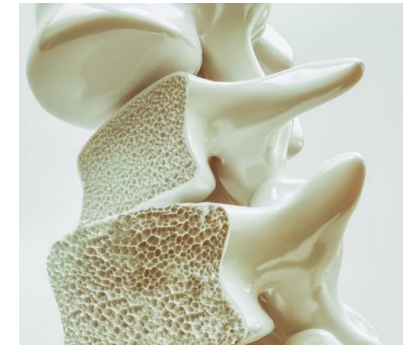
- Me D. 85 ans, hospitalisée en SMR depuis 8 jours, pour réadaptation à la suite d'une hospitalisation il y a 15 jours en chirurgie digestive, en raison d'une angiocholite, résolutive sous antibiothérapie et drainage endoscopique.
- Elle vit seule à domicile, en milieu urbain, dans une maison à étages
- veuve depuis 10 ans,
- Elle a 1 fils qui n'habite pas la région,
- Institutrice et directrice d'école jusqu'à sa retraite





- Autonomie : ADL = 6/6
IADL = 3/8
- Plan d'aide à domicile
 - Passage IDEL 1fois/semaine pour la préparation du semainier
 - Aide-ménagère 2h30 x 2 par semaine pour aide aux courses, au ménage et entretien du linge
 - Téléalarme





- ATCD:

- médicaux :

- HTA
 - DNID
 - Cardiopathie rythmique : ACFA
 - Cardiopathie valvulaire : RAC suivi
 - Varices bilatérales
 - Ostéoporose fracturaire
 - Arthrose diffuse

- chirurgicaux :

- PTH bilatérale
 - Fracture du poignet gauche suite à une chute il y a 2 ans

- AMLODIPINE 5 mg/jour
 - FUROSEMIDE 40 mg/jour
 - APIXABAN 5 mg x 2/jour
 - METFORMINE 700 mg x 3/jour
 - FOSAVANCE 70 mg/jour le lundi
 - PARACETAMOL 1 gr x 3/jour « si douleur »



Autonomie dans le service SMR

- Aide partielle pour la toilette intime au lit, le dos et les jambes, Elle fait le reste au lavabo seule. Aide partielle à l'habillage,
- elle se déplace avec un déambulateur 2 R dans la chambre. Quelques fuites urinaires
- Autonome pour l'alimentation.

→ADL = 4/6

- Patiente orientée, cohérente, souriante avec le personnel plutôt joviale, comportement adapté, pas d'opposition aux soins ni à la prise des TTT
- Elle participe activement aux séances de rééducation avec la kinésithérapeute du service, 3 à 4 fois par semaine
- Elle prend ses repas en salle à manger



Depuis 3 jours...vous avez remarqué un changement de comportement :

- Me D. est perdue, désorientée dans le temps et l'espace,
- Elle a des propos incohérents,
- Elle somnole une partie de la journée.
- L'équipe de nuit rapporte des difficultés à s'endormir et une déambulation subite et inhabituelle
- Elle est agitée lorsqu'elle est au fauteuil, elle parle toute seule
- Les mobilisations dans le lit sont plus difficiles et elle ne fait plus que les transferts lit/fauteuil avec aide. La toilette est réalisée entièrement au lit par le personnel soignant.
- La prise du traitement devient compliquée, elle refuse parfois d'aller prendre ses repas en SAM même en fauteuil roulant



Que faites vous ?



→ Vous notez ce changement de comportement dans une transmission ciblée ?

- OUI

→ Vous signalez ce changement de comportement au médecin ?

- OUI



Que faites-vous?



→ Vous contentionnez la patiente de peur qu'elle ne tombe en déambulant ?

- Uniquement si mise en danger et sur prescription médicale avec réévaluation quotidienne

→ Vous donnez le médicament prescrit en « si besoin » : si agitation ?

- OUI mais ...

Que faites vous ?



→ Vous suspectez une douleur devant cette agitation et vous décidez d'évaluer la douleur ?

- OUI

Quelle type d'évaluation allez vous utiliser?

→ une hétéro évaluation?

→ une auto évaluation?

- Auto-évaluation : même si propos incohérent comme cette dame, ou si ATCD de troubles cognitifs mineurs, la PA peut être capable de s'auto évaluer et il faut la tenter
- Hétéro évaluation : pas en 1ère intention



Auto-évaluation

Echelle verbale simple : EVS

Echelle numérique : EN

Echelle visuelle analogique : EVA

Echelle « des visages »

...

- 25 à 50 % des personnes âgées sont suffisamment communicantes et coopérantes pour être capable de s'auto évaluer
- Une étude confirme que les soignants sous estiment la douleur des patients : 1,5 à 2 points d'écart
- Le choix de l'échelle dépend des capacités du patient, à modifier selon l'état du patient
- Depuis COVID, on sait que la reconnaissance faciale chez une PA passe par le bas du visage



- Réponse de Me D. à l'EN:
« Oh!...vous m'embêtez avec vos questions, laissez moi tranquille, je
dois aller chercher le petit à l'école... »





- Que faites-vous ?

→ Vous changer d'échelle pour une autre échelle d'auto-évaluation et vous tentez une EVS ?

- OUI

→ Elle ne comprend pas plus la question

→ Vous décidez d'utiliser une échelle d'hétéro-évaluation?

- OUI



Hétéro-évaluation

- Elle repose sur *l'aspect du patient prenant en compte le faciès, la position (fœtale ou rétraction), la plainte, les limitations des mouvements.*
- Elle est facile d'utilisation avec seulement *5 items.*
- Cotation binaire (absence ou présence)
- Validée pour la *détection de la douleur aigue chez la PA avec trouble de la communication verbale*
- Pas nécessité de connaître la personne
- Adapté aux services d'Urgences et aux services de Court Séjour Gériatrique
- *Le seuil de traitement est de 2/5.*



1 • Visage

Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.

2 • Regard

Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.

3 • Plaintes

« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.

4 • Corps

Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.

5 • Comportements

Agitation ou agressivité, agrippement.



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale
de la **douleur aiguë** chez la personne âgée
présentant des troubles
de la communication verbale

Identification du patient



Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	1 / 5											
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe					



- Comme le score Algoplus[®] est à 1/5, que faites vous?

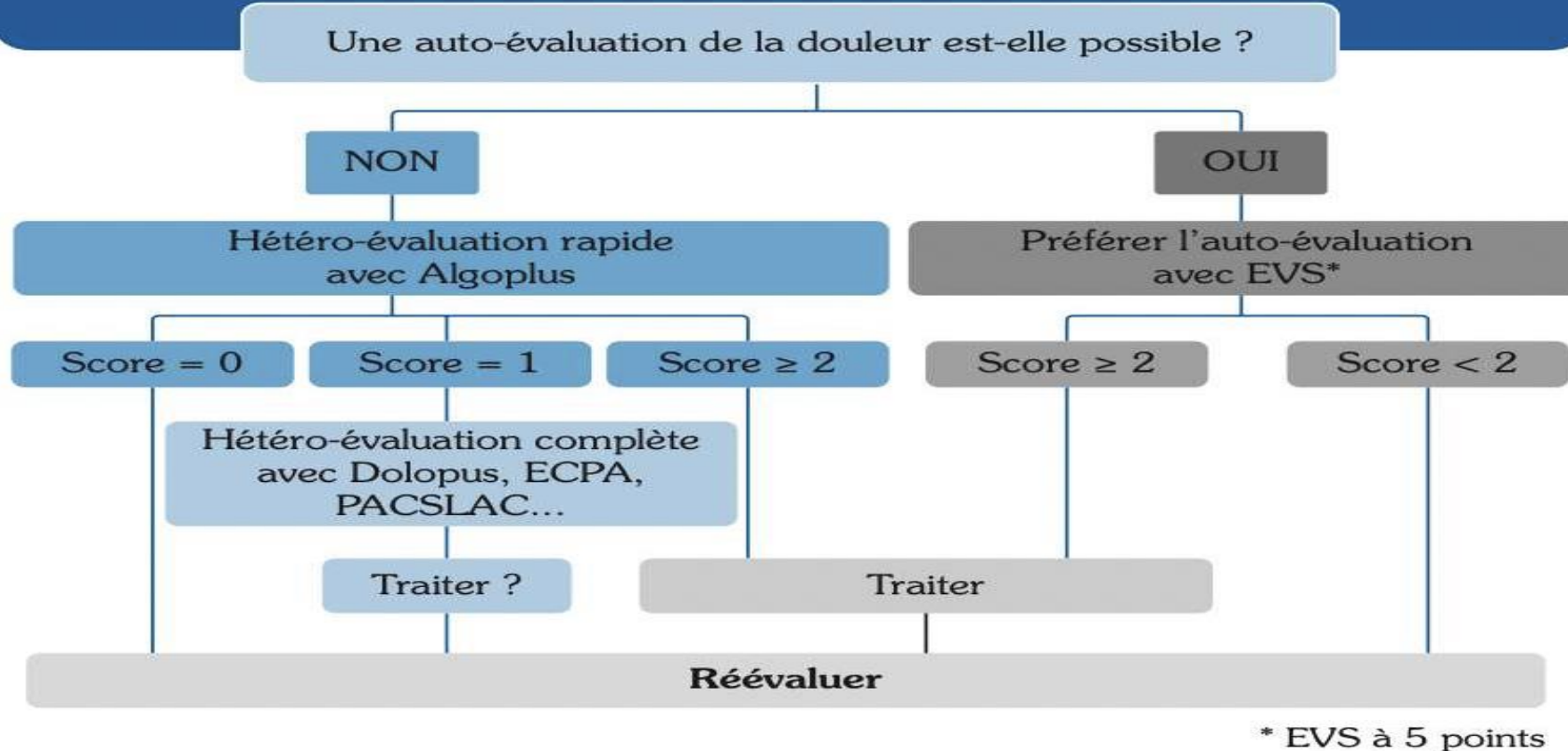
→ Dans le doute, vous donnez 1 gr de PARACETAMOL. Elle est moins agitée ce qui vous confirme la forte probabilité de douleur : vous décidez de faire une échelle DOLOPLUS[®] ?

- Vous avez raison : Risque de sous évaluation quand Algoplus[®] est < 2/5, Évaluation réduite à 5 items

→ vous considérez qu'elle n'a pas de douleurs? Score <2, vous ne donnez pas le « si douleur » 1 gr de PARACETAMOL ?

- NON vous ne pouvez pas certifier l'absence de douleur.
Etude CALDOL 2016 (JAGS)

Algorithme pour optimiser la détection et la prise en charge de la douleur chez les patients âgés



Bonin-Guillaume S, Rat P. An Algorithm to Optimize Pain Detection and Management in Older Patients in Routine Practice. OBM Geriatrics 2020; 4 : 9. 34. Version française d'après Bonin-Guillaume S et Rat P. OBM Geriatrics 2020

Abréviations : EVS : Échelle Verbale Simple ; ECPA : Échelle Comportementale pour Personnes Âgées ; PACSLAC : Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate.

ECHELLE DOLOPLUS - 2 ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE

NOM :		Prénom :		Service :		DATE :			
Observation Comportementale									
RETENTISSEMENT SOMATIQUE									
1- Plaines somatiques	<ul style="list-style-type: none"> pas de plainte plaintes uniquement à la sollicitation plaintes spontanées occasionnelles plaintes spontanées continues 	0	1	2	3	0	1	2	3
2- Postures analgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> pas de posture analgique le sujet adopte certaines postures de façon occasionnelle posture analgique permanente et efficace posture analgique permanente inefficace 	0	1	2	3	0	1	2	3
3- Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> pas de protection protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins protection au repos, en l'absence de toute sollicitation 	0	1	2	3	0	1	2	3
4- Mimique	<ul style="list-style-type: none"> mimique habituelle mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (sourire, riges, regard vide) 	0	1	2	3	0	1	2	3
5- Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> sommeil habituel difficultés d'endormissement réveils fréquents (agitation nocturne) insomnie avec réinvestissement sur les phases d'éveil 	0	1	2	3	0	1	2	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR									
6- Toilette et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative 	0	1	2	3	0	1	2	3
7- Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles actives limitées de manière à ne pas gêner les mouvements, diminuer son périmètre de marche possibilités habituelles actives et passives limitées (indigne aide, le malade diminue ses mouvements) mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition 	0	1	2	3	0	1	2	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL									
8- Communication	<ul style="list-style-type: none"> échange interruption de la personne après l'attention de manière inhabituelle diminution de la personne s'isole absence ou refus de toute communication 	0	1	2	3	0	1	2	3
9- Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> participation habituelle aux différents activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...) participation aux différents activités uniquement à la sollicitation refus partiel de participation aux différentes activités refus de toute vie sociale 	0	1	2	3	0	1	2	3
10- Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> comportement habituel troubles du comportement à la sollicitation et éphémère troubles du comportement à la sollicitation et permanent troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation) 	0	1	2	3	0	1	2	3
COEFFICIENT						SCORE			

- Score seuil : 5/30
- Lexique accompagne son utilisation
- Validée en douleur en chronique, elle peut être utilisée en douleur aiguë
- **Sa force** : prise en compte par l'observation du retentissement somatique, psychomoteur et psychosocial de la douleur sur le comportement par rapport à un comportement antérieur
- **Sa faiblesse**: elle peut sembler décourageante à réaliser
- Elle participe à dépister les dépressions gériatriques à « masque somatique »





ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :

Prénom :

Service :

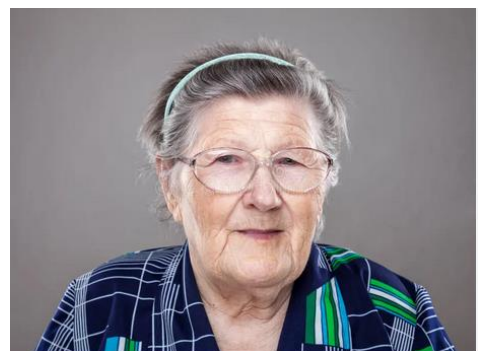
Observation comportementale

DATES			
20			

RETENTISSEMENT SOMATIQUE				
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR				
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL				
8 • Communication	• inchangée	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3
SCORE		13		



- DOLOPLUS® = 13
- Vous prévenez le médecin du service
- Le PARACETAMOL donné est partiellement efficace
- Examen clinique : douleur à la palpation du rachis dorsal, suspicion de tassement vertébral
- Radiographie standard du rachis dorsal retrouve une fracture-tassement de T12 sans signe d'instabilité. Pas de signes de compression neurologique.
- Un traitement antalgique palier 3 est instauré



- Vous réalisez l'échelle DOLOPLUS® plusieurs fois/jour
- Importance de la cinétique des scores pour adapter la prise en charge
- Amélioration progressive du score DOLOPLUS®
- Au bout de 72h00, score < 5
- Me D n'est plus confuse, ses propos sont cohérents
- Elle vous explique qu'elle a eu une violente douleur en se tournant brutalement durant une séance de kiné et n'a pas osé en parler
- Vous lui proposer une auto évaluation pour adapter le traitement antalgique (utilisation de la même échelle par toute l'équipe)
- vous tracez les résultats dans les transmissions écrites

Les Symptômes d'Emprunt

- Expression de la douleur sous forme de symptômes empruntés à d'autres pathologies (dépression, confusion), non spécifiques de la douleur
- Confusion, anorexie, trouble du sommeil, agitation, majoration des symptômes psychologiques et comportementaux
- American Geriatrics Society Pnel on Persistent Pain in Older Persons. J Am Geriatr Soc; 2002



Conclusion

- La douleur chez la PA se cache là où on ne l'attend pas !
 - Souvent le PA ne « dit » pas sa douleur
 - Y penser devant tout changement de comportement
 - Oser aller au bout de sa démarche si on la suspecte
 - Evaluer avec les outils dédiés, validés et adaptés aux capacités de la PA et réévaluer
- *Nécessite une analyse et une prise en charge globale, individuelle et pluridisciplinaire*



- Merci de votre attention !

