

# 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
  - $\Rightarrow$  *Syndrome d'immobilisation*
- Anorexie persistante
- Dépression, tentative de suicide, demande d' euthanasie
- Repli, mutisme, prostration
  - $\Rightarrow$  *Détachement et désinvestissement de l'entourage*
- Régression psycho-motrice
- Syndrome confusionnel
- Troubles du comportement
  - $\Rightarrow$  *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	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....				
Heure	.....h .....									
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.										
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.										
<b>3 • Plaintes</b> « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.										
<b>4 • Corps</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.										
<b>5 • Comportements</b> Agitation ou agressivité, agrippement.										
<b>Total OUI</b>	<b>1 /5</b>	<b>0 /5</b>								
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				



- 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® ?

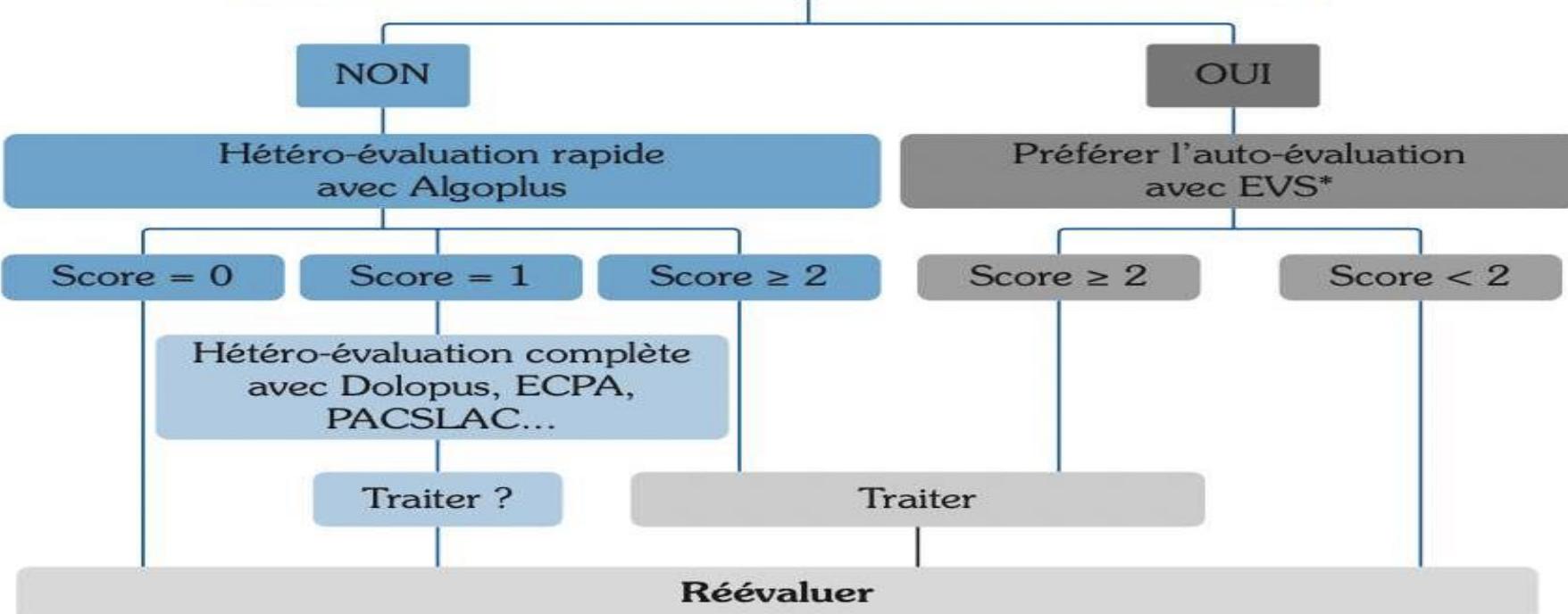
- Vous avez raison : Risque de sous évaluation quand Algoplus® est < 2/5, Évaluation réduite à 5 items

→ 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

Une auto-évaluation de la douleur est-elle possible ?



**Bonin-Guillaume S, Rat P. An Algorhythm 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**

\* EVS à 5 points

**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 ÂGÉE

NOM :	Prénom :	Service :	DATES			
Observation Comportementale						
RENTENISSEMENT SOMATIQUE						
1- Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>pas de plainte</li> <li>plaintes uniquement à la sollicitation</li> <li>plaintes occasionnelles</li> <li>plaintes permanentes</li> </ul>	0	0	0	0	
2- Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> <li>pas de position antalgique</li> <li>le sujet évite certaines positions de repos occasionnelle</li> <li>position antalgique permanente et efficace</li> <li>position antalgique permanente inefficace</li> </ul>	0	0	0	0	
3- Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>pas de protection</li> <li>protection à la sollicitation n'empêche pas la poursuite de l'activité ou des soins</li> <li>protection à la sollicitation empêche tout assouvissement des soins</li> <li>protection au repos, en l'absence de toute sollicitation</li> </ul>	0	0	0	0	
4- Minceur	<ul style="list-style-type: none"> <li>minceur habituelle</li> <li>minceur sans exprimer la douleur à la sollicitation</li> <li>minceur semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation</li> <li>minceur engendrée en permanence et de manière inhabituelle (sente, rigole, regard voilé)</li> </ul>	0	0	0	0	
5- Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> <li>sommeil habituel</li> <li>difficultés d'endormissement</li> <li>rêves fréquents (agitation nocturne)</li> <li>insomnie avec réveil nocturne sur les phases d'aval</li> </ul>	0	0	0	0	
RENTENISSEMENT PSYCHOMOTEUR						
6- Télescopie et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>possibilités habituées inchangées</li> <li>possibilités habituées peu diminuées (préoccupations très courtes)</li> <li>possibilités habituées très diminuées, malgré un/ou habillage étant difficiles et perturbés</li> <li>difficulté et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tenue</li> </ul>	0	0	0	0	
7- Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> <li>possibilités habituées inchangées</li> <li>possibilités habituées actives, limites de mouvement avec certains mouvements, diminuer son permis de marche</li> <li>possibilités habituées actives et passives limitées (même siège, le malade diminue ses mouvements)</li> <li>movement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition</li> </ul>	0	0	0	0	
RENTENISSEMENT PSYCHOSOCIAL						
8- Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>inchangée</li> <li>interrompue (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)</li> <li>diminuée (la personne s'oublie)</li> <li>absente ou refus de toute communication</li> </ul>	0	0	0	0	
9- Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...)</li> <li>participation aux différents événements uniquement à la sollicitation</li> <li>refus partiel de participation aux différentes activités</li> <li>refus de toute vie sociale</li> </ul>	0	0	0	0	
10- Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>comportement habituel</li> <li>troubles du comportement à la sollicitation et intermittent</li> <li>troubles du comportement à la sollicitation et permanent</li> <li>troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)</li> </ul>	0	0	0	0	
COPYRIGHT				SCORE		

- Score seuil : 5/30
- Lexique accompagne son utilisation
- Validée en douleur en chronique, elle peut être utilisée en douleur aigüe
- 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

### RETENTISSEMENT SOMATIQUE

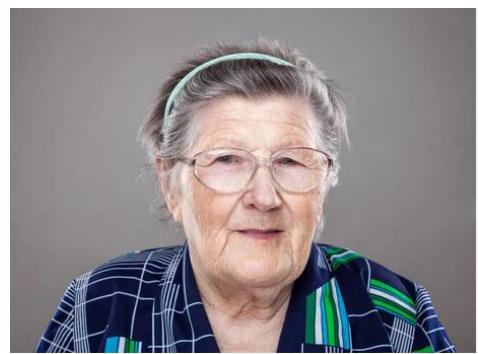
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte . . . . . • plaintes uniquement à la sollicitation . . . . . • plaintes spontanées occasionnelles . . . . . • plaintes spontanées continues . . . . .	DATES			
		0	1	2	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique . . . . . • le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle . . . . . • position antalgique permanente et efficace . . . . . • position antalgique permanente inefficace . . . . .	0	1	2	3
3 • Protection de zones douloureuses	• 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
4 • Mimique	• 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 (atone, figée, regard vide) . . . . .	0	1	2	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel . . . . . • difficultés d'endormissement . . . . . • réveils fréquents (agitation motrice) . . . . . • insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil . . . . .	0	1	2	3

### RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6 • Toilette et/ou habillage	• 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 . . . . .	DATES			
		0	1	2	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées . . . . . • possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) . . . . . • possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) . . . . . • mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition . . . . .	0	1	2	3

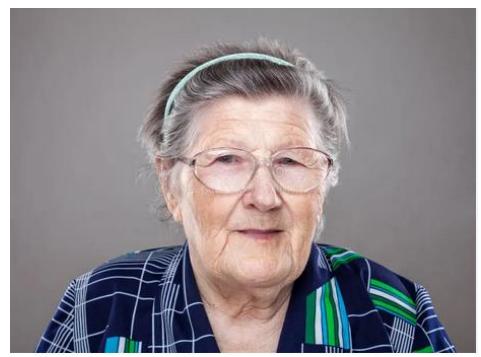
### RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8 • Communication	• inchangée . . . . . • intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) . . . . . • diminuée (la personne s'isole) . . . . . • absence ou refus de toute communication . . . . .	DATES			
		0	1	2	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) . . . . . • participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation . . . . . • refus partiel de participation aux différentes activités . . . . . • refus de toute vie sociale . . . . .	0	1	2	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel . . . . . • troubles du comportement à la sollicitation et itératif . . . . . • troubles du comportement à la sollicitation et permanent . . . . . • troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) . . . . .	0	1	2	3



- 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 tassemement 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 Panel 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 !

