



Fiche d'information N°. 5

La douleur chez la personne âgée

Nous faisons face à une démographie vieillissant rapidement à travers le monde et la prévalence de la douleur est connue pour être la plus élevée dans cette population, avec une exception [2]. Des revues systématiques récentes d'études épidémiologiques avec des échantillons assez grands confirment que la douleur augmente avec l'avancée en âge. Les plaintes douloureuses les plus fréquentes sont les genoux, les hanches et la douleur lombaire. Il existait également un consensus que la plupart des douleurs étaient d'origine musculosquelettique (ostéoporose ou arthrose) [13]. L'âge et le handicap accroissent le potentiel de douleur chronique [8]. Les sites douloureux les plus fréquents sont les genoux, les hanches et le bas du dos associant souvent arthrose et ostéoporose. Les femmes sont plus susceptibles de développer une douleur chronique et cela est souvent associé à une obésité (McCarthy et al 2009, Patel et al 2013). Pris ensemble, le risque accru de souffrir d'une douleur gênante couplée à une capacité réduite à faire face et éviter les nuisances potentielles associées à la douleur mettent en lumière les vulnérabilités particulières des segments les plus vieux de notre communauté. Une incidence élevée de douleur neuropathique a été trouvée dans la population en maison de retraite [15]. En général, cette situation représente un risque très accru de souffrir d'une douleur gênante.

Une douleur et une souffrance rendent souvent la personne touchée plus vulnérable et cela est particulièrement vrai dans le cas des adultes âgés. Toutefois, l'âge avancé en lui-même peut aussi conduire à une plus grande vulnérabilité plaçant potentiellement ce segment de notre population dans une double menace. Les adultes âgés sont connus pour avoir l'incidence la plus élevée de maladie; beaucoup d'entre elles peuvent être douloureuses [3]. Le taux de chirurgie, de procédures interventionnelles, de blessures [1] et d'hospitalisation sont aussi plus élevés dans cette tranche d'âge [12]. Le vieillissement est aussi associé à une guérison plus lente et une moins bonne récupération des lésions aiguës ou des maladies et cela peut entraîner un risque potentiellement plus élevé de développer un problème douloureux permanent et persistant [10].

Un autre aspect important de la vulnérabilité est lié à un potentiel de préjudices plus grands en réponse à un événement ou une pathologie déclencheurs. Pour une certaine proportion de la population âgée, des co-morbidités psychiatriques (particulièrement la démence) et médicales,

fragilité et perte de la réserve physiologique, peuvent tous diminuer la capacité de l'individu âgé à gérer efficacement les aspects négatifs d'une douleur non traitée. La polymédication et les maladies co-morbides peuvent aussi réduire le nombre et le type d'options thérapeutiques disponibles et ainsi compromettre une prise en charge efficace d'une douleur gênante [7]. Par exemple, 63% des adultes âgés avec démence ont une douleur invalidante chronique comparés à 54% chez des adultes sans démence dans un échantillon de 7609 adultes âgés en collectivité [5]. Le manque relatif de programmes de traitement de la douleur spécifiquement dédié à cet âge, le manque de recherche appropriée concernant l'identification des différences liées à l'âge dans la douleur et son impact, autant que le manque reconnu depuis longtemps d'études randomisées contrôlées réalisés spécifiquement sur des populations âgées a été noté [9]. En conséquence, il existe une pauvreté de preuve pour aider dans la pratique clinique actuelle et alors une plus grande propension à souffrir chez ces personnes âgées avec une problématique douloureuse. Un certain nombre d'articles ont discuté l'auto-gestion de la douleur chez cette cohorte d'âge [6, 14] principalement en raison du manque d'options pharmacologiques disponibles.

Malgré notre attention accrue sur la prévalence de la douleur parmi la population âgée et notre compréhension de l'impact de la douleur dans ce groupe, le sous-traitement reste courant. Des conceptions largement répandues retenues par les professionnels de santé et les adultes âgés eux-mêmes représentent une barrière à un traitement adéquat. Un article intéressant de Thielke et al (2012) a identifié quatre mythes fréquemment retenus concernant la douleur et l'âge, dont: la douleur est une part naturelle du vieillissement; la douleur s'aggrave avec le temps; le stoïcisme conduit à une tolérance de la douleur; la prescription d'antalgique est fortement addictive. L'article passe en revue les preuves derrière chacun de ces mythes et conclut que la douleur n'est pas une composante naturelle du vieillissement et reste actuellement stable dans le temps. Le fait que les adultes âgés sont souvent stoïques ne signifie pas qu'ils s'habituent à la douleur. Ils montrent également que plus de 80% des adultes âgés avec une arthrose souhaitent plus d'information concernant l'évolution de la maladie, mais seulement environ un tiers a reçu cette information.

Alors, où allons-nous à partir de ce constat ? Nous comprenons les problèmes autour de la douleur chez les adultes âgés et nous savons que l'incidence de la douleur est élevée dans cette population, qui est souvent désorientée par des barrières de communication et des conceptions erronées parmi les professionnels de santé. Nous devons trouver un moyen pour éduquer nos patients et nos pairs à comprendre ces problèmes et chercher à prendre en charge la douleur plus efficacement dans cette population, peut-être en travaillant avec eux en les aidant à mieux comprendre qu'ils ne doivent pas vivre avec la douleur, qu'elle n'est pas « une étape prévue du vieillissement ».

REFERENCES

- [1] Stubbs B, Eggermont L, Binnekade T, Sphery A, Patchay S, Schofield P. (2013) Pain and the risk for falls in community dwelling older adults: A systematic review and Meta-analysis . Archives of Physical Medicine and Rehabilitation [10 Sep 2013, 95(1):175-187. e9].
- [2] Fejer R, Ruhe A (2012) What is the prevalence of musculoskeletal problems in the elderly population in developed countries? A systematic critical literature review. Chiropr Man Therap. 2012; 20: 31.
- [3] Ferrucci, L Giallauria, F & Guralnik, J (2008) Epidemiology of Ageing. Radiology Clinics of North America July 46(4) 643- v

- [4] Hemmingsson ES, Gustafsson M, Isaksson U, Karlsson S, Gustafson Y, Sandman PO, Lövheim H. (2018) Prevalence of pain and pharmacological pain treatment among old people in nursing homes in 2007 and 2013. *Eur J Clin Pharmacol.* 2018 Apr;74(4):483-488. doi: 10.1007/s00228-017-2384-2. Epub 2017 Dec 20.
- [5] Hunt LJ, Covinsky KE, Yaffe K, Stephens CE, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. (2015) Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: Results from the National Health and Aging Trends Study. *J Am Geriatr Soc.* 2015 Aug;63(8):1503-11. doi: 10.1111/jgs.13536. Epub 2015 Jul 22.
- [6] Karttunen NM, Turunen JH, Ahonen RS, Hartikainen SA. (2015) Persistence of noncancer-related musculoskeletal chronic pain among community-dwelling older people: a population-based longitudinal study in Finland. *Clin J Pain.* 2015 Jan;31(1):79-85. doi: 10.1097/AJP.000000000000089.
- [7] Nobili A, Garattini S, Mannucci PM. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *J Comorb.* 2011;1:28-44. Published 2011 Dec 27.
- [8] Molton I, Cook KF, Smith AE, Amtmann D, Chen WH, Jensen MP. Prevalence and impact of pain in adults aging with a physical disability: comparison to a US general population sample. *Clin J Pain.* 2014 Apr;30(4):307-15. doi: 10.1097/AJP.0b013e31829e9bca.
- [9] Reid MC, & Pillemer K. (2015) Management of chronic pain in older adults. *BMJ* 2015; 350
- [10] Schofield P (2007) Pain in Older Adults. *Rev Pain.* 2007 Aug; 1(1): 12-14
- [11] Smith AK, Cenzer IS, Knight SJ, Puntillo KA, Widera E, Williams BA, Boscardin WJ, Covinsky KE. (2010). The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Ann Intern Med.* 2010 Nov 2;153(9):563-9. doi: 10.7326/0003-4819-153-9-201011020-00005 [12] Søreide K, Wijnhoven. B (2016) Surgery for an Ageing Population. *BJS* 2016; 103: e7-e9
- [13] Woo J, Leung J, Lau E. (2009) Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life. *Public Health.* 2009 Aug;123(8):549-56. doi: 10.1016/j.puhe.2009.07.006. Epub 2009 Aug 25
Patel et al 2013
- [14] Tse M, Wan VT, Wong AM. (2013) Pain and pain-related situations surrounding community-dwelling older persons. *J Clin Nurs.* 2013 Jul;22(13-14):1870-9. doi: 10.1111/jocn.12238. Epub 2013 May 17
- [15] van Kollenburg EG, Lavrijsen JC, Verhagen SC, Zuidema SU, Schalkwijk A, Vissers KC. (2012) Prevalence, causes, and treatment of neuropathic pain in Dutch nursing home residents: a retrospective chart review. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Aug;60(8):1418-25. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04078.x. Epub 2012 Jul 12.

AUTEURS

Patricia Schofield, PhD, Co-Chair Global Year Task Force
Faculty of Health, Education, Medicine and Social Care
Abertay University
Dundee, United Kingdom

Stephen Gibson, PhD
National Ageing Research Institute
Melbourne, Australia