

Jeudi 13 Février

15:30 – 16:30

Auditorium 1

Colloque : Douleur chronique du sujet âgé

Modérateur(s) : B. LAURENT (Lyon), J. RAFFIN-RICARD (Fort-de-France)

- Évaluation de la douleur chez le sujet âgé
L. MOUNSAMY (Fort-de-France)
- Douleur chronique et pathologie psychiatrique
I. ROUCH-LEROYER (Lyon)
- Douleur et fonctionnement cognitif
B. LAURENT (Lyon)
- Douleur et soins palliatifs
N. SIMO (Pointe-à-Pitre)

La douleur afro-caribéenne

La réalité derrière les mythes et légendes





13/02/2025

La douleur afro-caribéenne

3



Un peu d'histoire

- Première vague: peuples caribéens
 - Les amérindiens (Tainos, Callinas)
 - La maladie = sort // esprit (Zémi)
 - Le Malade = victime d'une malveillance (sorcier ou femme ou Zémi mal nourri)
 - La guérison = Désignation par un esprit du/des "responsables"
 - Gare au sorcier qui n'obtient pas la guérison!!



Un peu d'histoire 2



- Deuxième vague: les colons européens de la Renaissance
 - La médecine du XVe = théorie des humeurs (sang, lymphe, bile jaune et noire) incarnant les forces cosmiques (eau, terre, air, feu // chaud, froid, sec, humide)
 - Les thérapeutes : "médecins" = riches catholiques parlant le latin ou "chirurgiens" = barbiers ou herboristes
 - Les thérapeutiques = saignées, purges, lavements, régimes
 - Phytothérapie ou "Rimed Razie" -> Tisanes pour rafraichir et thés pour réchauffer



Un peu d'histoire 3

- Troisième vague : les esclaves africains

- Milieu et conditions peu propices à la transmission des savoirs
- Mais, Résistance -> plantes pour nourrir, se soigner et se protéger/nuire
- Utilisation de la phytothérapie // pharmacopées africaine, européenne, amérindienne



- Quatrième vague: les migrations orientales

- Arrivée des paysans indiens avec leur us et coutumes et médecine tradi hindoue.
- Maladie = surnaturelle
- Plan de soin = rituels par des prêtres dans les temples // utilisation de pharmacopée à base de plantes



De nos jours

- énième vague:
 - Toujours en cours
 - Inter-iles et avec le reste du monde
 - Médecine = cohabitation de médecine populaire et médecine moderne (biomédecine)



Chiffres clés de la douleur dans la caraïbe?



Pour cerner la douleur dans les Caraïbes

- Les causes?
- La douleur des populations caribéennes en dehors des Caraïbes
- Les représentations de la douleur de nos jours
 - Dimension somatique et psychique
 - Dimension mystico-religieuse
 - Dimension sociale (à travers le regard des autres)
- La prise en charge de la douleur



Pour cerner la douleur dans les Caraïbes

- Les causes?
- La douleur des populations caribéennes en dehors des Caraïbes
- Les représentations de la douleur de nos jours
 - Dimension somatique et psychique
 - Dimension mystico-religieuse
 - Dimension sociale (à travers le regard des autres)
- La prise en charge de la douleur



Pathologies susceptibles de causer des douleurs et fréquentes aux Antilles

- Maladies tropicales
 - La Dengue
 - Chikungunya
 - Paludisme
 - Maladie de Chagas
 - Zika
- Maladies chroniques
 - Drépanocytose (fréquence des porteurs du trait drépanocytaire est 2 x plus important dans les DOM que dans l'hexagone)
 - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 03 juillet 2012, n°27-28 La drépanocytose en France : des données épidémiologiques pour améliorer la prise en charge
 - Diabète 2 (2 x moyenne nationale)
 - Santé Publique France. La Santé en action, 2020, n° 451,p.6-8 – Les grands enjeux de santé publique sur le territoire de la Martinique
 - HTLV1 associée à la neuromyélopathie appelée « paraparésie spastique tropicale »
 - Cancers (cancer de la prostate, cancer gastrique, myelome multiple)
 - Plummer JM, Gibson TN, McFarlane ME, Hanchard B, Martin A, McDonald AH. Clinicopathologic profile of gastric carcinomas at the University Hospital of the West Indies. West Indian Med J. 2005 Dec;54(6):364-8. doi: 10.1590/s0043-31442005000600004. PMID: 16642652.
 - Profil clinique et biochimique des gammopathies monoclonales chez les patients des Caraïbes dans un contexte aux ressources limitées. *Journal Asie-Pacifique de prévention du cancer*, 2012 ; 13(12): 6501-6504.



Pour cerner la douleur dans les Caraïbes

- Les causes?
- La douleur des populations caribéennes en dehors des Caraïbes
- Les représentations de la douleur de nos jours
 - Dimension somatique et psychique
 - Dimension mystico-religieuse
 - Dimension sociale (à travers le regard des autres)
- La prise en charge de la douleur



Concept de douleur dans les populations afro-caraïbéennes

surexpression de la douleur chez les minorités ethniques par rapport à la pop blanche d'une même localité.

Crude prevalence of pain and disability among respondents aged 45–64 by ethnicity^a

	Total respondents	Any m-s pain (%)	Back pain (%)	Neck pain (%)	Shoulder pain (%)	Elbow pain (%)	Head pain (%)	Hip pain (%)	Knee pain (%)	Pain in most joints (%)	MHAQ > 0 (%)
White men ^b	555	54	25	15	19	13	12	11	21	6	33
African Caribbean men	38	82	42	24	53	29	34	45	50	34	32
Indian men	46	63	52	33	33	17	26	17	41	33	57
Pakistani men	29	79	48	28	45	28	17	21	45	35	41
Bangladeshi men	41	83	66	17	44	22	27	46	49	37	80
White women ^b	611	56	26	19	19	7	19	15	23	8	36
African Caribbean women	46	72	39	33	46	13	33	30	37	30	26
Indian women	50	84	52	32	46	20	43	38	54	44	62
Pakistani women	19	90	42	42	53	58	37	47	47	37	58
Bangladeshi women	58	67	41	22	29	17	19	24	33	28	52

Rogers A, Allison T. What if my back breaks? Making sense of musculoskeletal pain among South Asian and African-Caribbean people in the North West of England. J Psychosom Res. 2004 Jul;57(1):79-87. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00570-1. PMID: 15256299.



Concept de douleur dans les populations afro-caribéennes 2

- **Etude qualitative** menée dans le **nord-ouest de l'Angleterre**, qui s'appuie sur les résultats des études épidémio révélant une surexpression de la douleur chez les minorités ethniques
- 32 participants, souffrants de douleurs généralisées ou dorsales
 - 13 hommes (4 Afro-caribéens, 9 indiens, Bangladais et Pakistanais)
 - 19 femmes (6 Afro-caribéenne, 13 ...)
- Entretiens menés au domicile.
- Questions sur la cause, l'expérience de la douleur, mais aussi sur l'utilisation des services ou autres ressources de soins de santé

- Rogers A, Allison T. What if my back breaks? Making sense of musculoskeletal pain among South Asian and African-Caribbean people in the North West of England. J Psychosom Res. 2004 Jul;57(1):79-87. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00570-1. PMID: 15256299.



Concept de douleur dans les populations afro-caribéennes 3

- Résultats
 - Les causes
 - L'"**usure**" est la cause principale (travailler dur)
 - Douleur actuelle faisant écho à un **traumatisme plus jeune** ou au **climat**
 - Parallèle entre douleur et **fragilité** -> Diminution de la manœuvrabilité des articulations
 - Parallèle entre la psyché et le soma -> le **stress** comme élément causal à la douleur physique
 - Faire face
 - Prières, analgésiques et absentéisme plus fréquent chez les asiatiques (VS A-C)
 - La population A-C fait face en **pensant à autre chose**
 - Usage intensif de remèdes maison et profanes chez les personnes âgées (toutes ethnies)
 - Utilisation acculturée des produits chez les plus jeunes
 - Plus de **stratégie d'adaptation individualisées**



Concept de douleur dans les populations afro-caribéennes 4

- **The Relationship Between Ethnicity and the Pain Experience of Cancer Patients: A Systematic Review** Pub en 2014

- 11 articles (1998-2013)
- 2 thèmes principaux
 - Prise en charge de la douleur
 - Perception de l'expérience de la douleur

- Kwok W, Bhuvanakrishna T. La relation entre l'ethnicité et l'expérience de la douleur des patients atteints de cancer : une revue systématique. Indien J Palliat Soins. Septembre 2014 ; 20(3):194-200. DOI : 10.4103/0973-1075.138391. PMID : 25191006 ; PMCID : PMC4154166.



Concept de douleur dans les populations afro-caribéennes 5

- Général:
 - L'expérience de la douleur cancéreuse diffère selon les ethnies
 - Les patients issus de minorités sont confrontés à des obstacles pour la gestion de la douleur (problèmes de **communication** et **mauvaise évaluation** de la douleur)
- Pour les Afro-caribéens
 - Moins susceptibles de voir leur douleur prise en compte par rapport à la population blanche de référence.
 - **63%** de moins d'être traité
 - En interrogeant les familles endeuillées (69) -> **risque de souffrir x 7**
 - Cependant, abs de différence significative pdt la dernière semaine de vie



Concept de douleur dans les populations afro-caribéennes 6

- Une étude descriptive transversale sur la prévalence de la **lombalgie au Suriname** (qui est décrit comme multiethnique)
 - **18 % de lombalgie** VS 11% en Amérique Latine.
 - Prévalence plus importante dans la communauté **urbaine** et chez les **femmes**.
 - Prévalence plus importante chez les Hindustani (24%) VS créoles et indigènes (20%), VS Marrons (14%).
- 50% des patients douloureux avaient une incapacité fonctionnelle.
Or dans ce sous-groupe, les personnes ayant des pensées négatives concernant les traitements (il n'y a pas de véritable ttt pour les douleurs, les douleurs du dos aggravent tout dans la vie, une fois que vous avez eu des problèmes du dos il y a toujours une faiblesse, ...) étaient plus nombreuses.
- Les personnes qui avaient le plus de pensées négatives étaient ceux vivant dans les milieux **ruraux** et les **marrons**.
- Les facteurs contribuant à la recherche d'une solution thérapeutique étaient l'Age, l'origine ethnique, et l'incapacité fonctionnelle.
- Ho-A-Tham N, Ting-A-Kee B, Struyf N, Vanlandewijck Y, Dankaerts W. Low back pain prevalence, beliefs and treatment-seeking behaviour in multi-ethnic Suriname. Rheumatol Adv Pract. 2021 Nov 2;5(3):rkab074. doi: 10.1093/rap/rkab074. PMID: 34778699; PMCID: PMC8578690.



Pour cerner la douleur dans les Caraïbes

- Les causes?
- La douleur des populations caribéennes en dehors des Caraïbes
- **Les représentations de la douleur de nos jours**
 - Dimension somatique et psychique
 - Dimension mystico-religieuse
 - Dimension sociale (à travers le regard des autres)
- La prise en charge de la douleur



Représentations de la douleur de nos jours

- Définition commune (1)

- Dans une étude qualitative comparant noirs-caribéens et caucasien britanniques en phase avancée de cancer
 - Douleur = un défi à "maîtriser"
 - Douleur = ennemi / attaque / injuste

- (1) Koffman J, Morgan M, Edmonds P, Speck P, Higginson I. Cultural meanings of pain: a qualitative study of Black Caribbean and White British patients with advanced cancer. Palliat Med. 2008 Jun;22(4):350-9. doi: 10.1177/0269216308090168. PMID: 18541639.

- Dimension mystico-religieuse (1) (2)

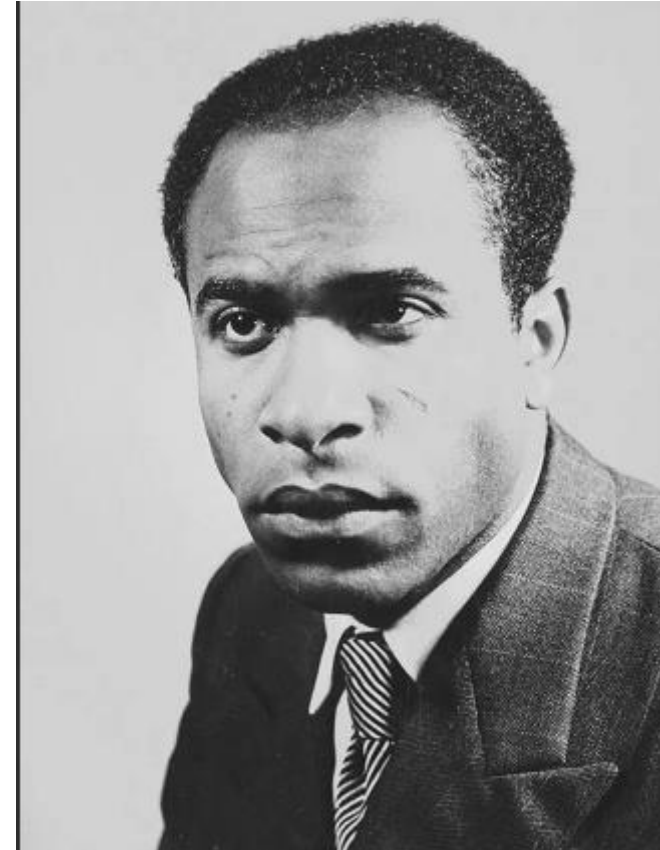
- Douleur = pré-purgatoire
- Test de foi
- Punition

- (2) Océane Perriau. De l'influence de la tradition chrétienne sur la perception de la douleur et sa prise en charge contemporaine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. ffdumas-04164539f



Dimension sociale de la douleur : La douleur des Afro-caribéens vue par l'autre

- Frantz FANON
- Psychiatre, écrivain
- Publie en 1952 un article sur le "syndrome nord-Africain"
 - Soignants sont conditionnés à penser que les N-A sont incapables d'exprimer correctement leurs symptômes
 - Le N-A serait "un simulateur, un menteur, un tire-au-flanc, un fainéant, un feignant, un voleur".



Le syndrome méditerranéen

- Enquête transversale internationale réalisée entre le 14 juillet et le 14 août 2023
- 1 563 participants de 159 villes différentes ont rempli le questionnaire.
- Les deux questions posées étaient les suivantes :
 - évaluer visuellement, sur une échelle de 0 à 10, l'intensité de la douleur que l'intervenant attribuerait au patient ;
 - établir le niveau de priorité au niveau de la zone de triage des urgences en attribuant un chiffre allant de 1 (urgence vitale nécessitant des soins immédiats) à 5 (urgence relative pouvant attendre au moins 2 heures pour être prise en charge).



Le syndrome méditerranéen

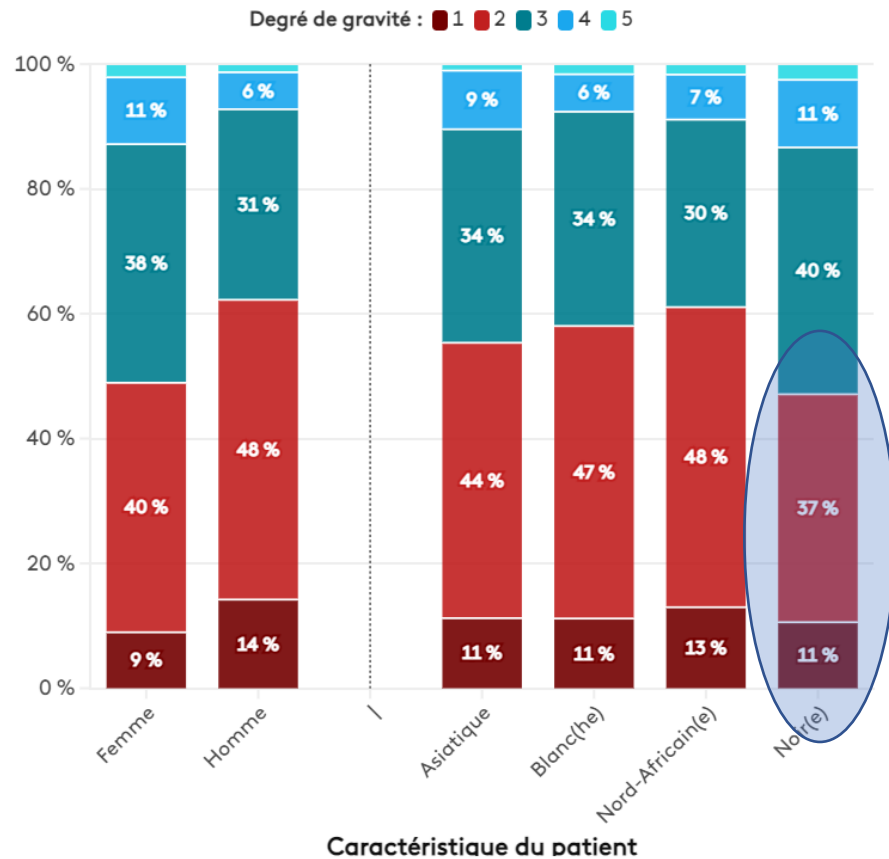
- : « Vous êtes dans la zone de triage d'un service **d'urgence**.
- Patient(e) sur la photo ci-dessus, âgé(e) de **50 ans**, a été admis.
- Depuis ce matin, il/elle rapporte des **douleurs tho**, mais n'arrive pas à décrire et il/elle semble **dyspnéique**.
- Effort = 0, mais exprime un **contexte d'anxiété lié à des problèmes familiaux**.
- ATCD: épisode dépressif majeur il y a 2 ans. ATCD familiaux =0. TTT=0
- Il/elle déclare avoir fumé environ un demi-paquet par jour pendant 12 ans, sevré depuis 5 ans.
- TA 135/75 mmHg ; FC 83 min ; Sat 98% AA FR 16 min.



Le syndrome méditerranéen ou nord-africain

Évaluation de la priorité à donner au patient selon le sexe et l'apparence ethnique

Pour le même cas clinique



- Coisy, Fabien^a; Olivier, Guillaume^b; Ageron, François-Xavier^c; Guillermou, Hugo^d; Roussel, Mélanie^e; Balen, Frédéric^f; Grau-Mercier, Laura^a; Bobbia, Xavier^g. Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients?. European Journal of Emergency Medicine 31(3):p 188-194, June 2024. | DOI: 10.1097/MEJ.0000000000001113

Pour cerner la douleur dans les Caraïbes

- Les causes?
- La douleur des populations caribéennes en dehors des Caraïbes
- Les représentations de la douleur de nos jours
 - Dimension somatique et psychique
 - Dimension mystico-religieuse
 - Dimension sociale (à travers le regard des autres)
- La prise en charge de la douleur



Prise en charge de la douleur, égalité pour tous?

- Une revue systématique de la litt sur l'impact des préjugés raciaux implicites des médecins sur la prise de décision clinique publiée en 2017
 - 9 études utilisant l'IAT (test d'association implicite)
 - Seules 2 des 9 études ont trouvé des preuves de relation entre les préjugés implicites et la prise de décision clinique.
 - Cependant, quand elle est objectivée, elle n'est pas forcément en faveur des patients "blancs" (ibuprofène //oxycodone en post op)
 - **Conclusion: préférence implicite pour les personnes blanches mais sans pour autant que cela n'ai d'impact sur la prise de décision clinique**
- *Médecine d'urgence académique 2017 ; 24 : 895 – 904 .*

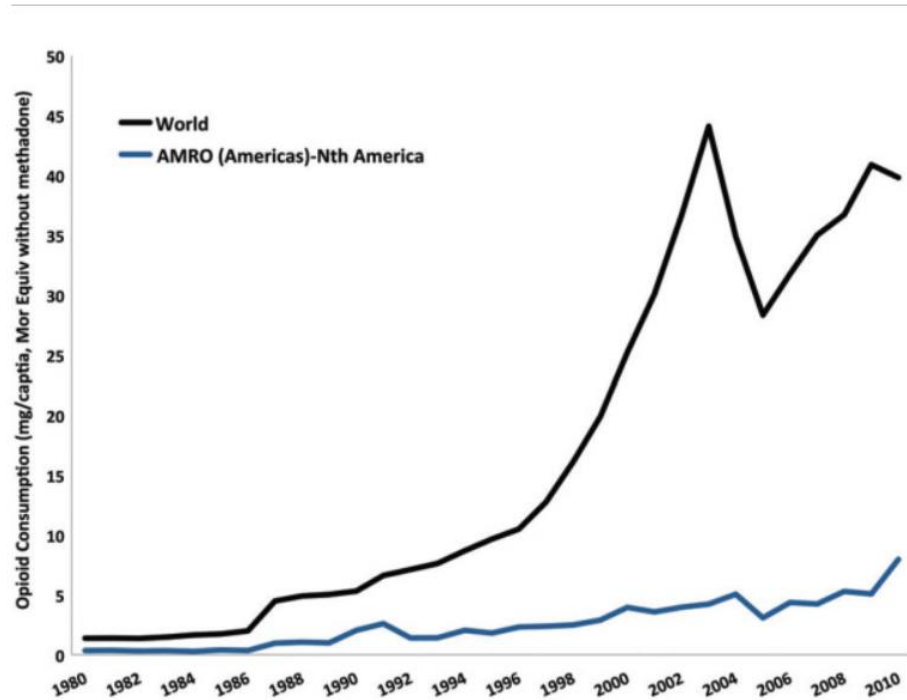


Utilisation des opioïdes dans la Caraïbe

- **Projet GOPI (Global Opioid Policy Initiative)**
 - Evaluation de la disponibilité et l'accessibilité des opioïdes pour la prise en charge des douleurs cancéreuses en Afrique, en Asie, en Amérique Latine, dans les Caraïbes et en Moyen Orient
 - Restriction réglementaire spécifique à l'accessibilité -> réduit leur accès
 - Attitude des patients et de leur famille à l'égard des opioïdes
 - Connaissances et attitudes des prescripteurs (utilisation des opio et PEC de la douleur)
 - Disponibilité et accessibilité des autres thérapeutiques non médicamenteuses (radioTh).



Utilisation des opioïdes dans les Caraïbes et en Amérique Latine



Télécharger : [Télécharger l'image en taille réelle](#)

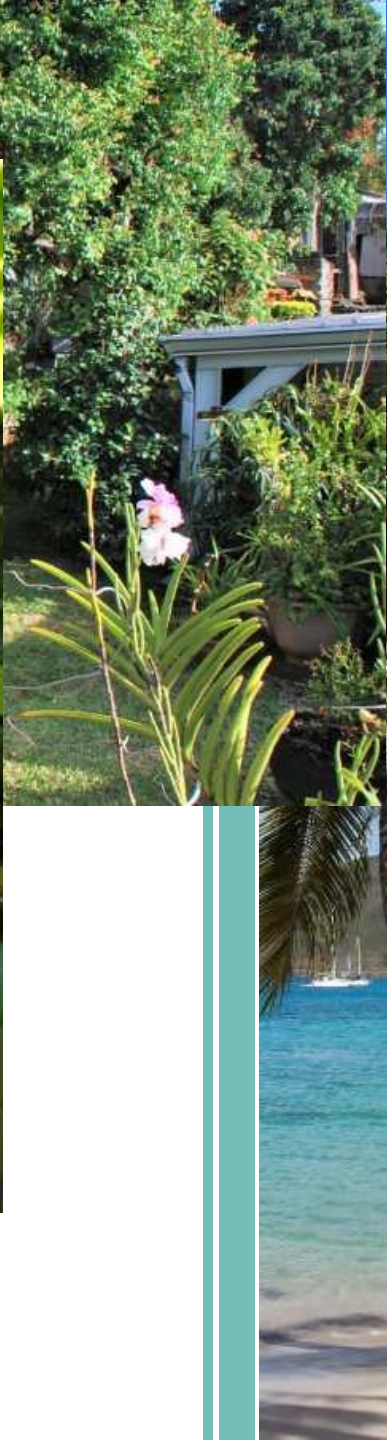
Graphique 2. Comparaison de la consommation d'opioïdes (mg/habitant en équivalent morphine sans méthadone) dans le monde, les bureaux régionaux de l'OMS pour les Amériques (AMRO), sans l'Amérique du Nord de 1980 à 2010.

- La consommation d'opioïdes en Amérique latine et dans les Caraïbes est variable avec des niveaux de consommation modérés par rapport aux normes internationales (1 à 10 mg d'équivalents morphine/habitant/an)

Prise en charge de la douleur plus proche de chez nous

- Un audit au CH du Lamentin en 2011
 - Révèle que **2/3 des patients avaient l'impression que le max était fait**
 - faible sollicitation des référents douleur et un usage insuffisant des protocoles d'analgésie
 - Les médecins ont attesté être peu formés sur la prise en charge de la douleur, ce qui représente un frein à l'analgésie dans les services.
 - Coquet, E., Bouraima, A.A., Ouro Bang'na Maman, A.F. *et al.* Évaluation de la prise en charge de la douleur au centre hospitalier du Lamentin en Martinique. *Douleur analg* 25, 118–124 (2012). <https://doi.org/10.1007/s11724-011-0274-4>





Pharmacopée antillaise (exemples)



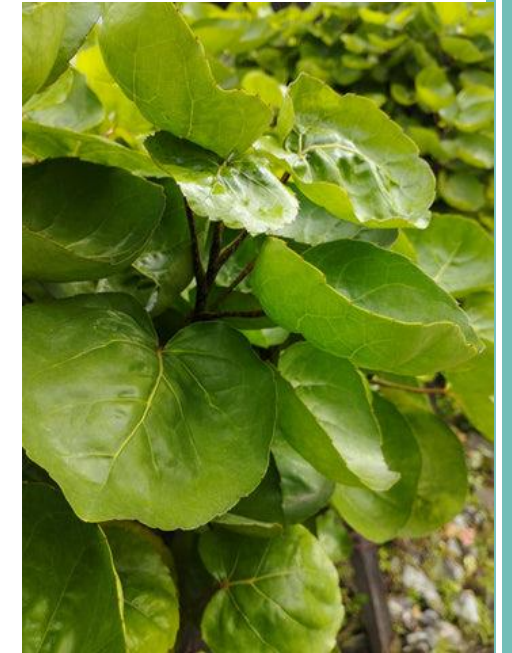
Alpinia zerumbet, famille des Zingiberaceae.

«lavande blanche»,
« fleur de mon âme »,
« larmes de la vierge »,
« gingembre coquille »,
« fleur du paradis »
« longose ».

Nord est de l'inde



Plectranthus barbatus,
ou *Coleus forskohlii*,
famille des Lamiaceae,
originaire de l'Inde.
appelée Coléus à
forskoline ou Coléus de
l'Inde



Peumus boldus,
arbuste de la famille
des Monimiaceae

Originnaire de
Malaisie



Prise en charge de la douleur

- Toujours sous l'influence de concepts mystico-religieux et mêlant la biomédecine, la médecine traditionnelle et la vie religieuse.
 - Guérisseurs, marabouts, Quimboiseurs
 - Tisanes, thés et autres décoctions
 - Cierge à l'église et prières ou acceptation
 - Antalgiques



Merci de votre attention



Jeudi 13 Février

15:30 – 16:30

Auditorium 1

Colloque : Douleur chronique du sujet âgé

Modérateur(s) : B. LAURENT (Lyon), J. RAFFIN-RICARD (Fort-de-France)

- Évaluation de la douleur chez le sujet âgé
L. MOUNSAMY (Fort-de-France)
- Douleur chronique et pathologie psychiatrique
I. ROUCH-LEROYER (Lyon)
- Douleur et fonctionnement cognitif
B. LAURENT (Lyon)
- Douleur et soins palliatifs
N. SIMO (Pointe-à-Pitre)



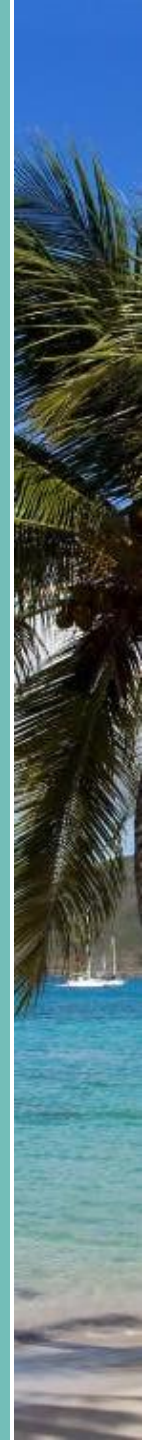
J B Carpeaux:
la Douleur

Facteurs psychologiques, traumatismes précoces et douleurs chroniques

Isabelle Rouch^{1,2}

¹ *Memory center, neurology unit, saint Etienne university hospital;*

² *INSERM U1219 ACTIVE team, Bordeaux Population Health*



Introduction DC et personnes âgées



- Douleur chronique (DC) → douleur persistante ou récurrente > 3 mois (*Treede*).
- DC du sujet âgé : **très fréquente** – prévalence augmente avec l'âge
 - **50%** chez les plus de 75 ans (*Bouhassira et al., 2008*) - voire **70%** après 70 ans ++ institution (*Rottenberg*).
- Pathologies rhumatismales et ostéo-articulaires → causes les plus fréquentes (60 à 80%),
- Puis douleurs neuropathiques liées à des pathologies somatiques chroniques (10-30%) (zona, diabète, radiculopathies, AVC, cancer..)
- Outre ses **répercussions psychiques**, la DC, notamment chez les plus âgés,
 - affecte la **sphère locomotrice**, → limite la mobilité,
 - augmente le risque de **confinement** et d'**isolement social** (*Cai et al., 2021*).

Introduction DC et personnes âgées

- Par ailleurs, la DC → **mortalité prématurée** et **augmentation du recours aux services de soins** (*Romanelli et al., 2017*).
 - **Passage aux urgences** pour **plainte douloureuse**: 4X plus fréquents après 85 ans qu' à 50 ans (*Capriz et al., 2017*).
- **Mais**
 - Absence de concordance clinico-radiologique, ,
 - multitude des sites ou la localisation particulière de ceux ci (céphalée, lombalgie, douleurs thoraciques)
 - → **interrogent le praticien**
- Peu d'efficacité des antalgiques
 - → seuls **30 à 40%** des patients continuent d'en prendre régulièrement
- A l'inverse : escalade thérapeutique aux opioïdes (dérivés du Fentanyl) des douleurs bénignes → 120 décès/jour aux USA
- → **DE PRESCRIRE+++**



Pathologies psychiatriques et personnes âgées

- **50%** des **65 ans** et plus → **antécédents de troubles psychiatriques (TP)**,
- **17 %** : au moins un TP (*Ancelin ML et al. 2005*).
 - **dépression** (25 % des patients gériatriques hospitalisés),
 - **troubles anxieux** (14 % des 65 +),
 - bipolarité,
 - les troubles liés à la dépendance (addiction)
- DC = **mal connue** dans cette population
 - mais → **plus élevée** qu'en **population générale** (*Bair et al., 2003 ; Birgenheir et al., 2013*).
 - *Etude épidémiologique DocPPA au CH le Vinatier*



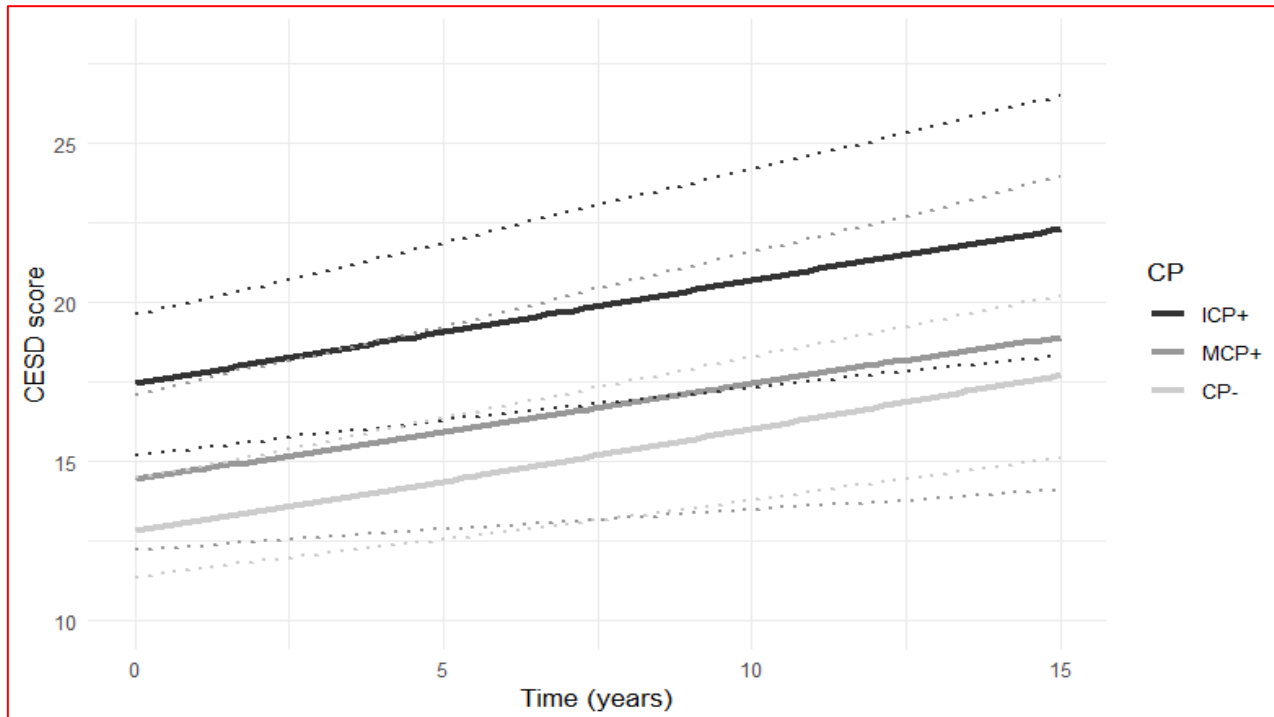
DC et MP : une relation bidirectionnelle

- Personnes atteintes de **DC** → plus susceptibles de développer:
 - des troubles du **sommeil** (> 50% des patients âgés avec DC),
 - des troubles **anxieux**, (OR 1,9 à 3,6)
 - des symptômes **dépressifs** (OR 1,8 à 3,7)
 - des **idées suicidaires et suicide***(Tunks ER et al. 2008, Von Korff M et al. 2005, Makara-Studzińska M et al. 2021)*
- Facteurs **psychologiques et psychiatriques** : rôle primordial → **émergence** et **pérennisation** des **symptômes douloureux**,
- Avec l'âge, la maladie psychiatrique (MP) est souvent **somatoforme** **avec davantage** de manifestations **somatiques** *(Clément JP et al. 2019).*



DC et évolution des symptômes dépressifs

- **Cohorte PAQUID** : 3777 sujets de 65 et plus suivis sur 30 ans en **population générale**
- Etude du lien entre **douleur chronique initiale** et **évolution** de la **symptomatologie dépressive** (CES-D) sur **15 ans** :
- 3 groupes : DC modérée, intense, et absence de DC.



- **Evol. Des Symptômes dépressifs sur 15 ans**
 - → **proportionnels** à **l'intensité douloureuse** au départ

Facteurs psychologiques et risque de DC

- Prévalence de la DC patients dépressifs et bipolaires:
 - > population générale (*Bair MJ, et al. 2003, Birgenheir DG 2013*)
 - Explication possible : la MP (états sévères ++) : souvent associée à :
 - davantage de comorbidités somatiques
 - une moins bonne prise en charge médicale
- Etudes cliniques : Facteurs développementaux
 - **personnalité névrotique**
 - **Traumas** psychiques de l'enfance
 - → rôle **central** : genèse des DC en particulier (*Tidmarsh LV, et al.)*
- Etudes longitudinales
 - vulnérabilité psychiatrique → favorise l'émergence ultérieure de la DC (*Hotopf et al.*)



Facteurs psychologiques et risque de DC

- Cohorte lausannoise PsyCoLaus,
- > 4000 sujets en population Générale
 - Etude prospective du lien :

- troubles dépressifs,
- troubles anxieux,
- traits de personnalité
(*modèle du Big Five*),
- événements traumatiques
de l'enfance



- Survenue
- Persistance
De la DC



Mesures

- **Douleur chronique:**

- questionnaire TNS Sofres (*Bouhassira Laurent et al.*)
- → définition selon IASP
- → caractérisation de la DC (localisation, intensité..)
- → douleur neuropathique

- **Événements traumatiques** avant 17 ans

- **Attachement parental**

- **Dépression et trouble anxieux** : **entretien** semi-structuré (DSM 5)

- **Personnalité:** (basé sur modèle en 5 facteurs)



Personnalité : approche dimensionnelle Big Five

- Névrosisme
- Conscienciosité
- Ouverture
- Extraversion
- Agréabilité

Five-Factor Model of Personality



Prédicteurs de l'incidence de la DC à 5 ans

OR (95CI)

Depression and anxiety disorders in the beginning

Major depressive disorder

Current

1.52 (0.98;2.38)

Remitted

1.22 (0.99;1.52)

NS

Lifetime anxiety disorders

Early-life traumatic events (before age 17 years)

Number of early-life event or abuse (cont.)

1.07 (0.97;1.18)

Personality traits

Neuroticism (cont.)

1.21*** (1.08;1.36)

Extraversion (cont.)

1.18** (1.06;1.32)

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; Analyses controlled for sex, age, education, psychotropic and analgesic drugs, presence of non-chronic pain at the beginning of the interval

⁴⁵
Rouch, et al., Pain 2023

Prédicteurs de la persistance de la DC à 5 ans

	OR (95CI)
Major depressive disorder	
Current	2.14** (1.34;3.44)
Remitted	1.29* (1.00;1.66)
Lifetime anxiety disorders	NS
Early-life traumatic events	
Number of early-life event or abuse	1.00 (0.89;1.12)
Personality	
Neuroticism (cont.)	1.10 (0.96;1.26)
Extraversion (cont.)	0.83** (0.74;0.93)

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; Analyses controlled for sex, age, education, psychotropic and analgesic drugs, CP location at the beginning of the interval

Douleurs nociplastiques et facteurs psychologiques

- Nos analyses → dépression, personnalité, *Événements traumatiques précoces* → DC
- **Poids** of des facteurs psychologiques sur la **survenue** des **différents types** de DC?
- Littérature → douleur **multisite**, **nociplastique** (DC sans réel substrat lésionnel, sensibilisation centrale =rheostat de la douleur augmenté)
 - → **liée aux traumatismes précoces** (*Generaal et al.*)
 - Cependant → études en **population clinique**
 - **Peu d'études** se sont intéressées à cette question en **population générale**; étude **qualitative** des traumatismes



Analyse des douleurs multisites nociplastiques

Objectif: étudier le lien entre **événements traumatiques de l'enfance (ETEs)**, **personnalité** et le risque de survenue de **DC multisite**

- CP 'no multisites' 1 à 3 localisations (*ref. Coggon et al*) **28 %**
- CP 'multisites' > 3 localisations **4,9%**

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

- DN4 = utilisée pour dépister les douleurs neuropathiques
- mais sensible aux douleurs **nociplastiques**,
- Qui sont définies par une **variable combinée « DN4 et multisites »**

Association entre ETEs et risque de douleurs nociplastiques à 5 ans

OR

Divorce ou séparation des parents

Non multisite DN4+	1.75
Non multisite DN4-	0.99
multisite DN4+ (nociP)	4.57**
multisite DN4-	1.41

Nominal logistic regression, controlled for sex, age, education, psychotropic and analgesic drugs, presence of non-chronic pain at the beginning of the interval, lifetime mental disorders

**** $P < 0,001$**

Rouch et al. Eur Psychiatry

Discussion – Evenements traumatiques et DC

- **Séparation parentale** prédit **DC multisite dans notre population**.
 - Des études antérieures portant sur la **douleur généralisée, nociplastique (fibromyalgie++)** ont mis en évidence un lien avec les **abus sexuels et physiques**
 - Nos résultats → ETE **plus banal** → prédit l'apparition d'une DC.
 - Hypothèse : Sujets avec traumatismes graves et pathologies douloureuse primaires ? Refus de participer à l'étude ?
 - **Augmentation ++** du risque de développer une DC de type nociplastique = *sensibilisation centrale* à la douleur dans une population générale
- **Prise en charge possible pour expliquer au patient douloureux chronique la part autobiographique de sa douleur = la parole est une thérapie**

Parental bonding et douleur chronique

- Concernant le lien DC-attachement :
 - Rôle de la **mère** dans **l'apprentissage de la gestion de la douleur** chez **l'enfant**
 - Qu'en est-il du **rôle parental** sur la **perception douloureuse chez l'adulte** ?
- PBI : pour chaque parent:
 - **'care'** : ex : 'mon parent était attentionné pour moi'
 - **'déni d'autonomie'** ex : 'mon parent essayait de contrôler tt ce que je faisais'
 - **'encouragement à la liberté'** ex: 'mon parent m'encourageait à prendre mes propres décisions, me laissait décider pour moi-même'





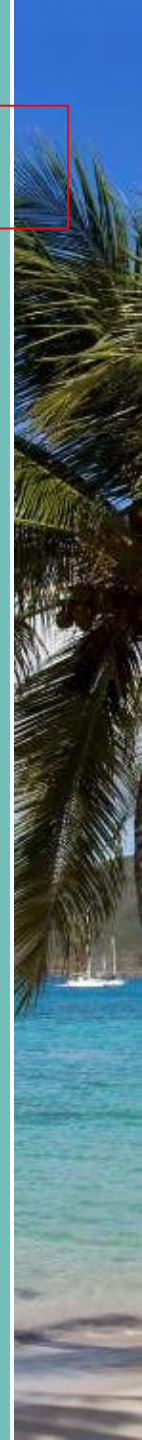
Relation entre scores au PBI à baseline et DC à 5 et 10 ans

	Modèle 1 OR	Modèle 2 OR
	CP+CP+ (vs CP-CP-)	CP+CP+ (vs CP-CP-)
Déni d'autonomie Père +	1.07**	1.05*
Encouragement à liberté Père -	0.95 *	0.97

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

All models were adjusted for age, education, medication (analgesics, psychotropics)

Model 2 was also adjusted **Depression**



Que faire face à un patient douloureux chronique ?

- Qu'il s'agisse de douleurs **nociplastiques** ou de DC **organiques** ou **mixte**,
 - intérêt d'une **prise en charge multimodale**, intégrant le **contexte autobiographique** du patient
- Expliquer à des **adultes ou des PA** souffrant de **DC** que leur **douleur** peut être **liée à des événements de leur vie** → les aider à **mieux comprendre et gérer** leur douleur
- Certains patients → **soulagés** d'exprimer leur **détresse émotionnelle**
 - → envisager un **traitement spécifique** adapté à leurs besoins.
- Pour certains →
 - la douleur physique → réponse plus tolérable que l'émergence à la conscience d'un traumatisme psychique trop intense,
 - qu'il conviendra alors de respecter.



Jeudi 13 Février

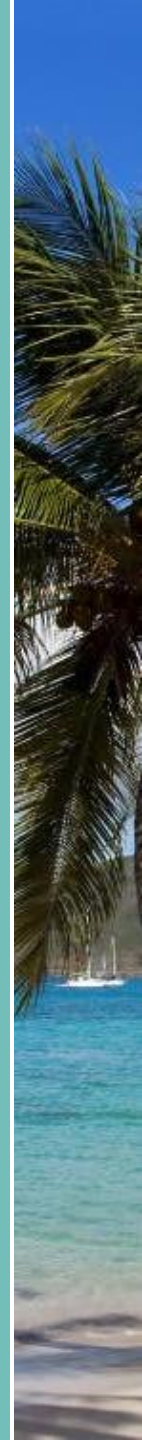
15:30 – 16:30

Auditorium 1

Colloque : Douleur chronique du sujet âgé

Modérateur(s) : B. LAURENT (Lyon), J. RAFFIN-RICARD (Fort-de-France)

- **Évaluation de la douleur chez le sujet âgé**
L. MOUNSAMY (Fort-de-France)
- **Douleur chronique et pathologie psychiatrique**
I. ROUCH-LEROYER (Lyon)
- **Douleur et fonctionnement cognitif**
B. LAURENT (Lyon)
- **Douleur et soins palliatifs**
N. SIMO (Pointe-à-Pitre)



Douleur et cognition

B.Laurent INSERM 1028

Deficit cognitif et douleur chronique un double lien

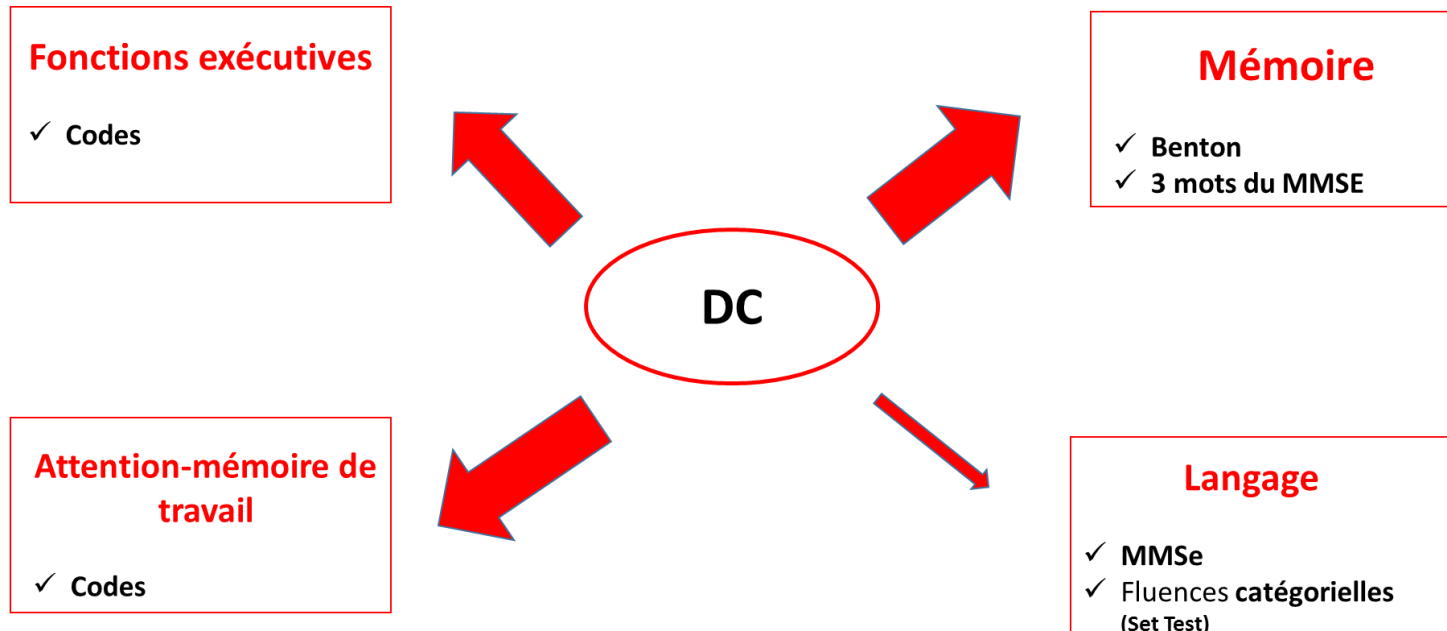
Les lésions de la MA modifient-elles l'intégration de la douleur

Comment les tr cognitifs interfèrent avec le récit de douleur :
épisodique-sémantique...

Et la démence frontotemporale ?

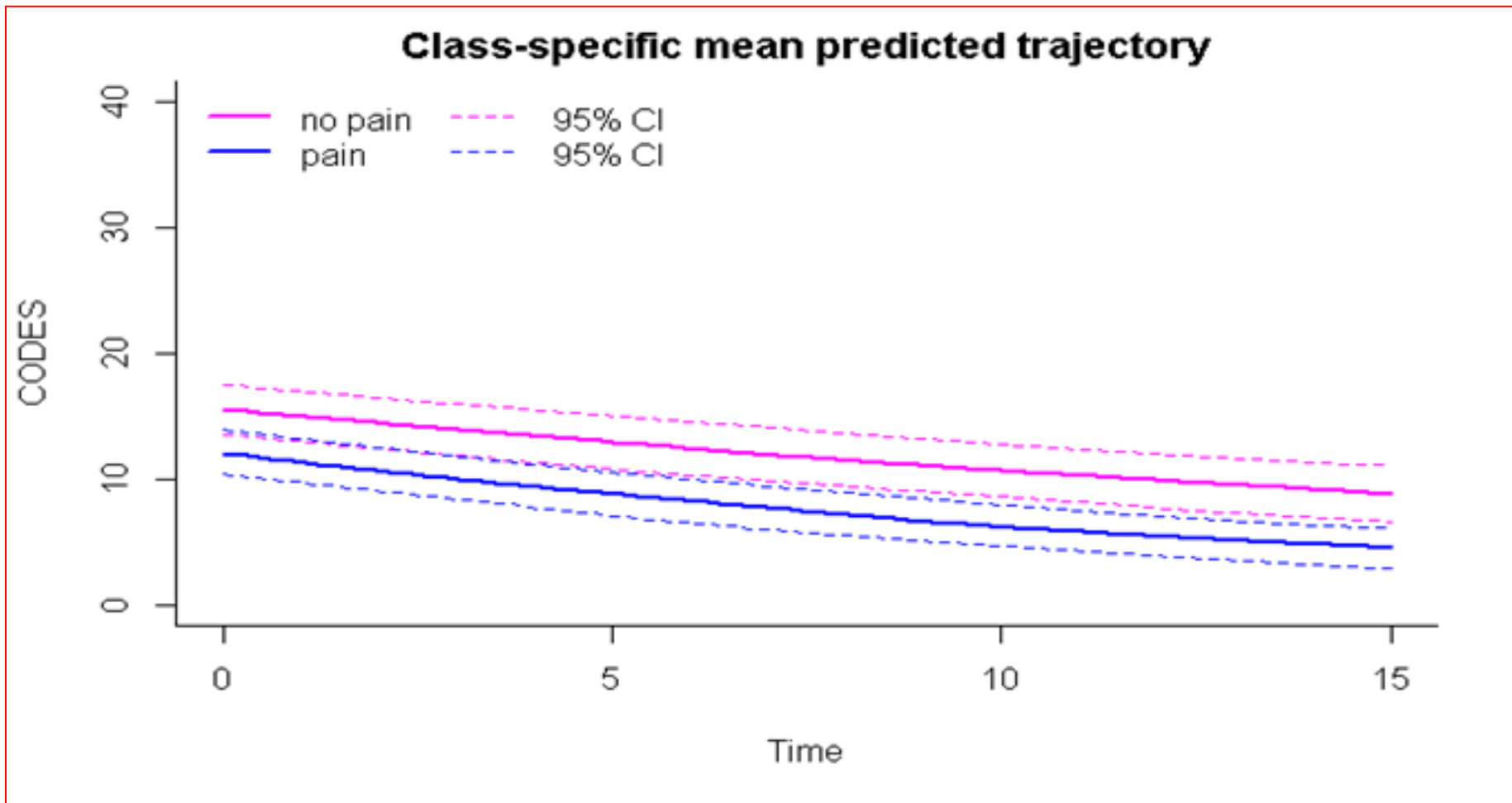
Comment aborder la douleur de la maladie d'Alzheimer

DC et fonctionnement cognitif



- ✓ cohorte de 3777 sujets âgés 65 et plus en population générale suivis depuis 27 ans (PAQUID)
- ✓ **685 sujets** ayant bénéficié d'une évaluation de la douleur à T3 ont été inclus.

✓ *Rouch et al Pain 2021*



2	3	4	5	6	7	8	
L	□	L	L	○	△	×	=

Test						
1	2	1	2	9	7	
—	⊥	⊥				
5	9	6		8	1	

- **Codes** : **prédicteur de vulnérabilité cérébrale**
plusieurs pathologies neurologiques ou psychiatriques
(maladie d'Alzheimer, AVC, maladie de Parkinson, dépression)

- *Amiéva et al Dementia Ger Cogn Dis 2019*

✓ **4 groupes cohorte PAQUID:**

- DC - Antalgiques –
- DC - Antalgiques +
- DC + Antalgiques _
- DC + Antalgiques +

Survenue de démence ?

- ✓ Risque de démence évalué sur 24 ans
- ✓ Diagnostic : Visite à domicile tous les 2 ans et expertise neurologue
- ✓ Lien DC-démence : modèles mixtes illness-death
- ✓ Analyses = contrôlées pour âge, sexe, éducation, comorbidités, dépression, antidépresseurs, analgésiques

FDR de démence

- Age (exponentiel)
- Sexe féminin (OR=1,5)
- bas niveau d'études

DC + antalg HR 1.73

Non signif dans analyses
ajustées

Absence de lien entre **DC**
et **délai de survenue** de la
démence (p=0,22)

Original Reports

Does Cognitive Functioning Predict Chronic Pain in Older Adult? Results From the CoLaus|PsyCoLaus Longitudinal Study

Isabelle Rouch,^{*,†,1} Jean-Michel Dorey,^{‡,§,1} Marie-Pierre F. Strippoli,[¶] Mehdi Gholam,[¶] Pedro Marques-Vidal,^{||} Bernard Laurent,^{*,††} Armin von Gunten,[§] and Martin Preisig[¶]

La cognition prédit elle la douleur chronique ?

Analyses were based on data of the first (FU1) and the second follow-up (FU2) of CoLaus|PsyCoLaus, a prospective cohort study conducted in the general population of Lausanne (Switzerland) including the participants aged 65 and over. Neuropsychological functioning including memory, language, attention and executive function was measured at FU1. CP was assessed at FU1 and FU2 by self-rating questionnaire. The association between cognitive scores and subsequent CP was determined using multiple logistic regressions. Among the 337 participants without CP at FU1, 107 (31.8%) developed CP at FU2. A significant association was observed between higher Stroop color-time and interference index at FU1 and a higher risk of CP at FU2 (OR = 1.02; $P = .03$ and OR = 1.49; $P = .03$, respectively). Our results suggest that patients with inhibitory deficit may be at higher risk of developing CP in the presence of painful events. A cognitive assessment could be recommended to identify frail patients in these situations.

337 sujets de plus de 65ans sans DC : 32% développent une DC au cours du suivi de 5 ans (>65 ans) avec une expertise neuropsychologique **complète avant** la douleur ...

Table 1. Pain Location at 5-Year Follow-Up Among Participants With Chronic Pain at Follow-up 2.

PAIN LOCATION	N (%)
Face	0 (0)
Neck	8 (7.25)
Shoulder	24 (22.4)
Chest	5 (4.7)
Back	50 (46.7)
Arms (except joints)	5 (4.7)
Elbow	4 (3.7)
Wrist or hands	34 (31.8)
Hip or groin	31 (30)
Buttock or thigh	15 (14.0)
Knee	36 (33.6)
Legs (except joints)	17 (15.9)
Ankle or feet	43 (40.2)
Other	9 (8.4)

Pain locations >25% of the participants, considered as frequent are indicated in bold.
N = 107.

Dos 50% ,hanche 31% ,pied 43%
genoux 36%, main 34%, épaule 24%

Table 3. Neuropsychological Tests Scores at FU1 According to CP Status at FU2 (N = 337).

	CHRONIC PAIN AT 5-YEAR FOLLOW-UP			TEST STATISTIC	P
	ALL (N = 337)	YES (N = 107)	NO (N = 213)		
MMSE	29.42 (1.18)	29.49 (1.20)	29.39 (1.16)	t = −.74*	.46
DO 40	39.80 (0.59)	39.87 (0.39)	39.76 (0.66)	U = −1.31†	.19
FCSRT					
Sum of free recall	35.22 (4.86)	35.88 (4.51)	34.90 (4.99)	U = −1.85†	.07
Sum of total recall	46.51 (2.44)	46.88 (1.85)	46.33 (2.66)	U = −.81†	0.42
Delayed free recall	12.06 (2.52)	12.35 (2.41)	11.93 (2.57)	t = −1.39*	.17
Delayed total recall	15.73 (0.69)	15.75 (0.77)	15.73 (0.66)	t = −.29*	.78
Category Fluency	30.73 (8.03)	30.15 (7.35)	31.00 (8.34)	t = .89*	.37
Letter Fluency	21.57 (7.76)	21.41 (7.34)	21.64 (7.96)	t = .25*	.80
Stroop test					
Dot time	16.44 (5.38)	16.94 (6.52)	16.20 (4.74)	t = −1.16*	.25
Word time	20.27 (5.61)	20.40 (5.18)	20.21 (5.80)	t = −.27*	.78
Color time	32.39 (12.05)	34.73 (13.86)	31.30 (10.96)	t = −2.41*	.017
Interference index	2.05 (0.65)	2.16 (0.75)	1.98 (0.60)	t = −2.22*	.027

MMSE, Mini mental state examination; DO 40, Denomination of Object 40 items; FCSRT, Free and cued selective reminding test.
Significant variables are indicated in bold.
*Student t test.
†Mann-Whitney z.

Seul
prédicteur
le stroop

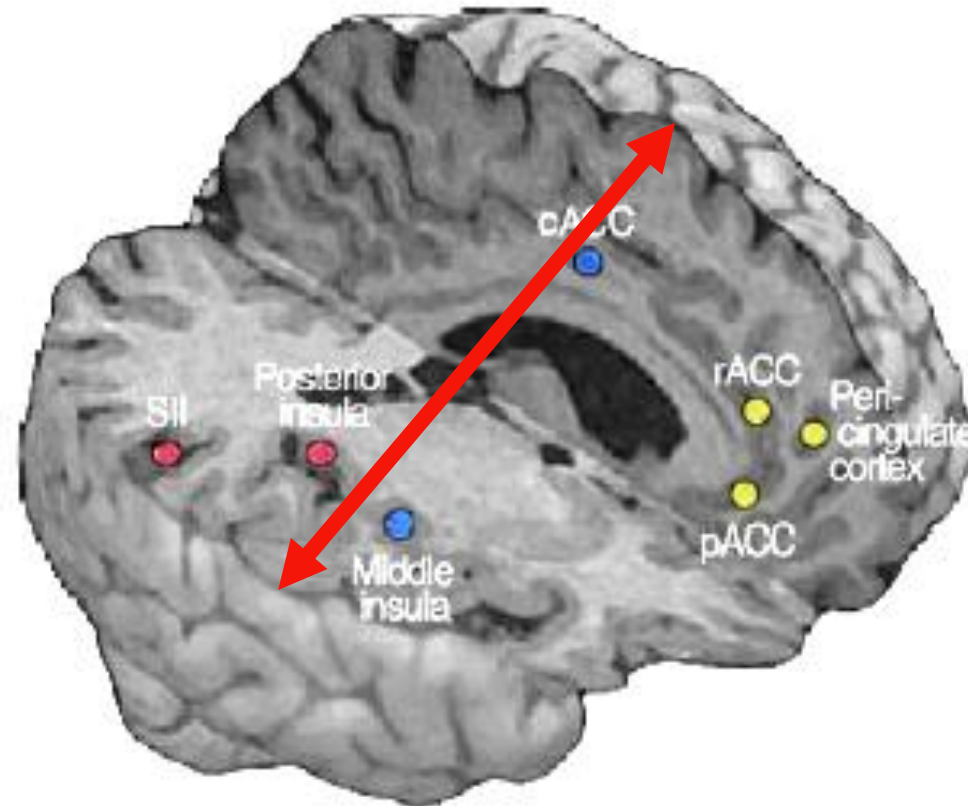
Est ce que la pain-matrix et la cartographie des lésions de la maladie d'Alzheimer sont communes ?

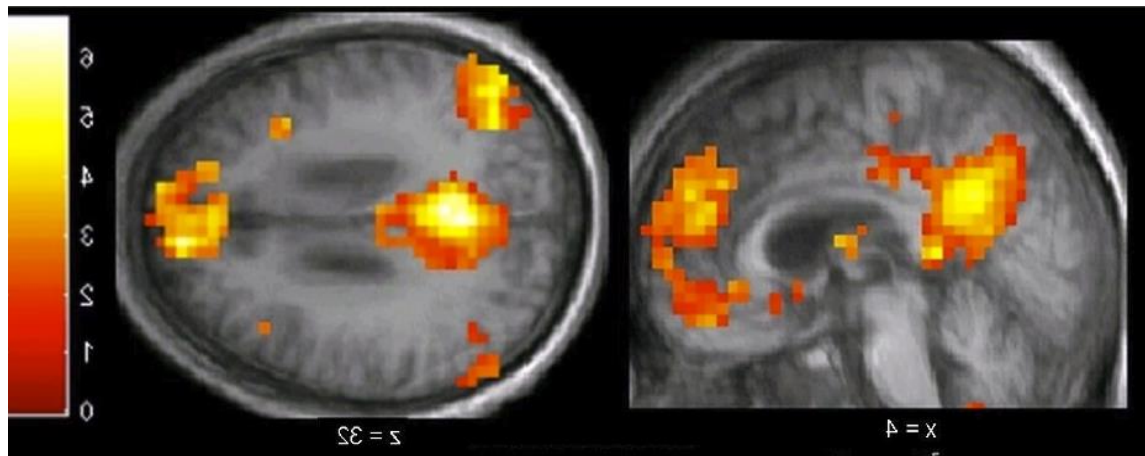
NON pour l'entrée du message : thalamus, cortex pariétal S1 S2, insula post ne sont pas touchés **MATRICE DE NOCICEPTION**

OUI pour le traitement émotionnel est affecté (atteinte limbique et mediofrontale)

MATRICE DE SOUFFRANCE

LES PROCESSUS DE CONTRÔLE (SGPA) sont affectés (Parvizi 2000)



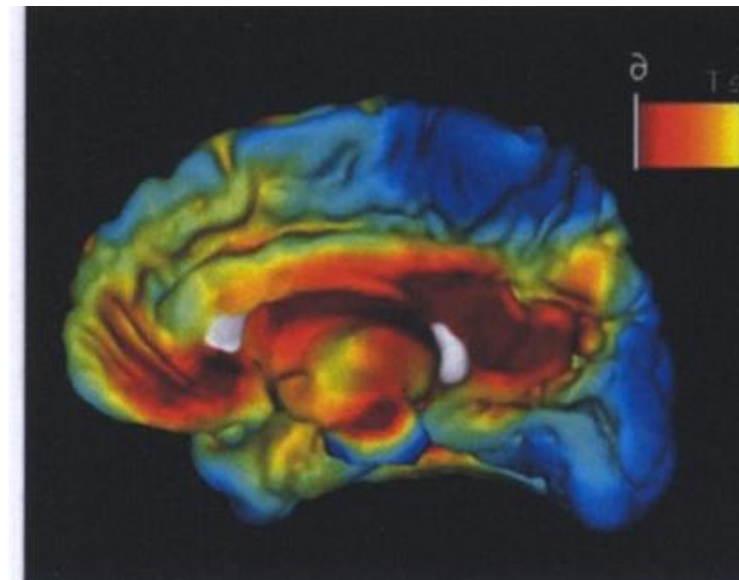
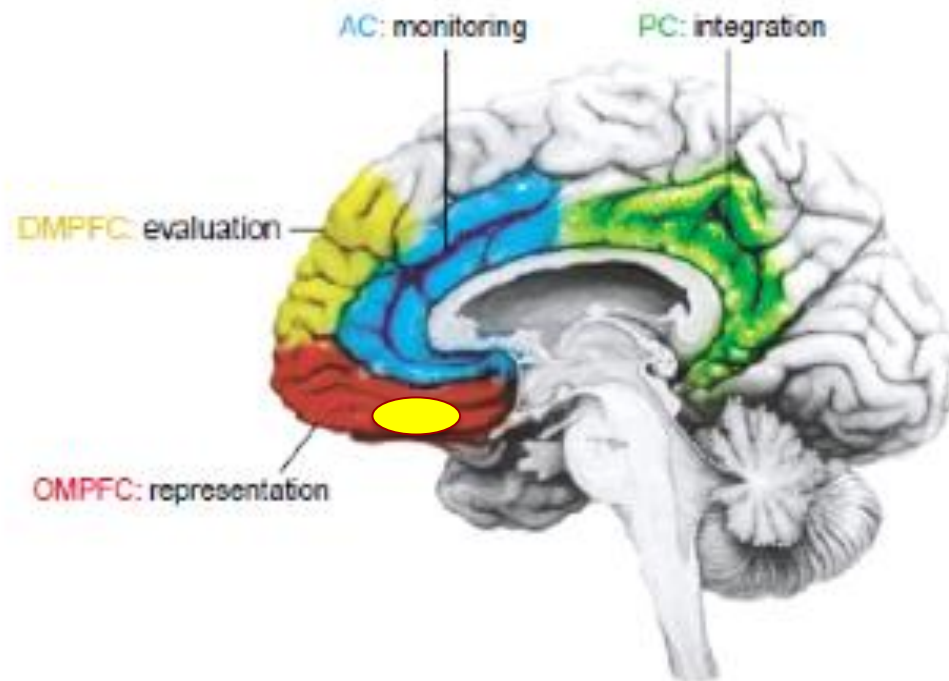


Le réseau de repos

Très vite touché dans la MA

Très impliqué dans la vie émotionnelle et souffrance

Cortex périgénual impliqué dans le contrôle de la douleur



MCI type MA (CICERON)

UNE PREVALENCE DIFFICILE A APPRECIER

Alzheimer et douleur chronique : 57% souvent de type *Musculosquelettique association avec une dépression entre 35%* (*Pautex 2006*) *20.5%* (*Arbus et al., 2010*) *ou 87%* (*Strober and Arnett, 2009*)

Prévalence estimée en EHPAD par le personnel entre 40 et 80%

J Am Geriatr Soc. 2012 Jul;60(7):1274-8..

Discrepancy between self- and proxy-rated pain in Alzheimer's disease: results from the Danish Alzheimer Intervention Study. **Jensen-Dahm C**

Étude de 321 MA (MMS >20) avec échelles douleur dépression QAV

EuroQol EQ-5D (caregiver- and self-rated). The Cornell Scale for Depression in Dementia, Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale, EQ-5D visual analog scale, Mini-Mental State Examination, and Neuropsychiatric Inventory Questionnaire
33% des patients rapportent de la douleur alors que leurs accompagnants la signalent dans 52% des cas

Le plus souvent des femmes, plus dépressives avec d'autres symptômes du NPI

Interprétation de cette différence ? Anosognosie ? Tr de mémoire ? Inquiétude des caregivers ?

ECHELLE DOLOPLUS (suite)				
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE				
RETENEMENT 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 assis, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3
RETENEMENT 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 temporaire	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2
	troubles du comportement persistant (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3

Les paradoxes de la sémiologie douloureuse dans la MA :

Refus de demande d'aide

Immobilité repli...

Mimique inexpressive atone

Opposition à la toilette aux repas

Agitation agressivité

AUTO ou HETERO évaluation ?

Si MMS >15 auto type EVS (> EVA;;)

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage sourcil	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard égaré et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE AU REPOS (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* le même sujet a déjà présenté ** ou position

NB : les deux critères ci-dessus sont à considérer en priorité les premiers des deux pour les deux autres

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	0
Même type de contact que d'habitude*	1
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	2
Évite la relation contrairement à l'habitude*	3
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	4

* le même sujet a déjà présenté

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANOÛSÉE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, sursauts, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet résiste de la main ou gèle les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémît ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM :	Prénom :	Sexe :	Âge :	
Date :	Service :			
Heure :	Nom du Soignant :			

SCORE

LES DROGUES ANTALGIQUES PERTURBENT ELLES LA COGNITION dans la MA ?

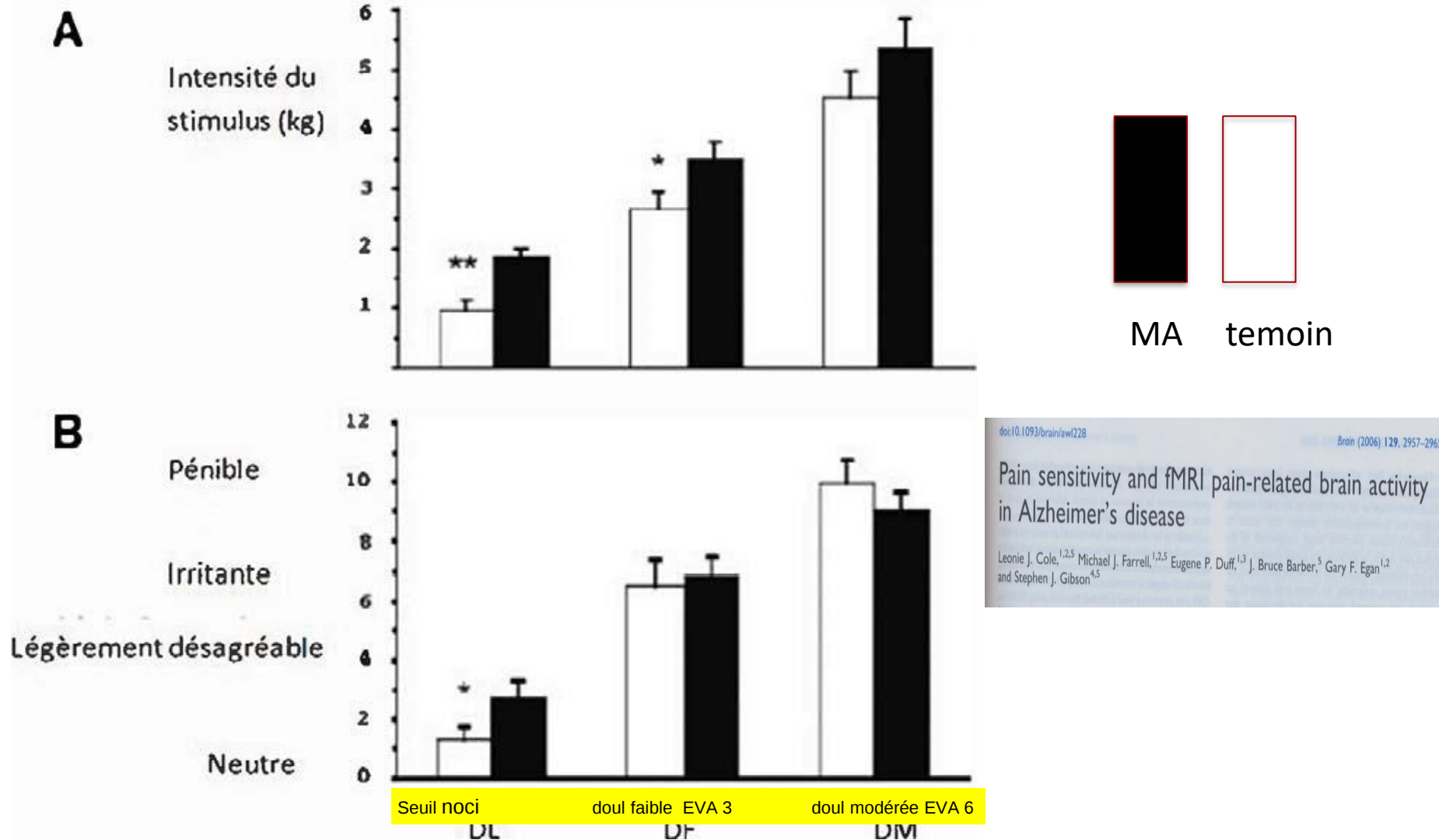
Drugs Aging. 2012 May 1;29(5):377-84..Pain medication and global cognitive functioning in dementia patients with painful conditions. [Plooi B,](#)

187 sujets âgés d' institution dont 61 avec douleurs chroniques

45% des MA douloureuses ne recevaient aucun traitement antalgique

On analyse les **traitements antalgiques** et la cognition avec une analyse de régression sur le MMS

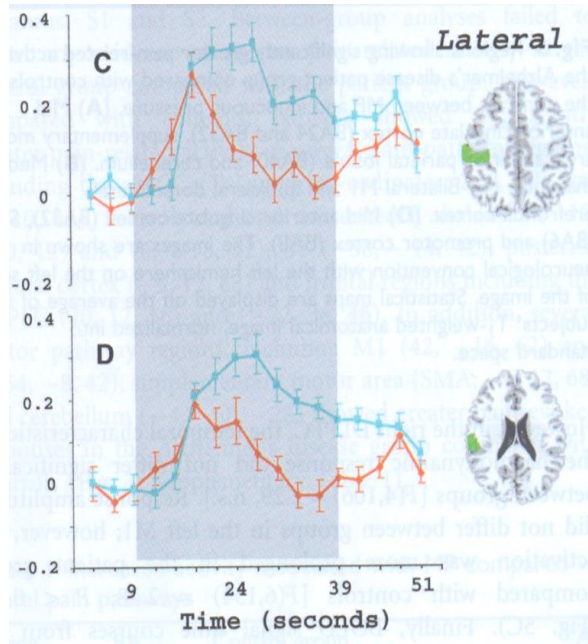
AUCUNE RELATION ENTRE LA CONSOMMATION ANTALGIQUE ET LE NIVEAU DE MMS



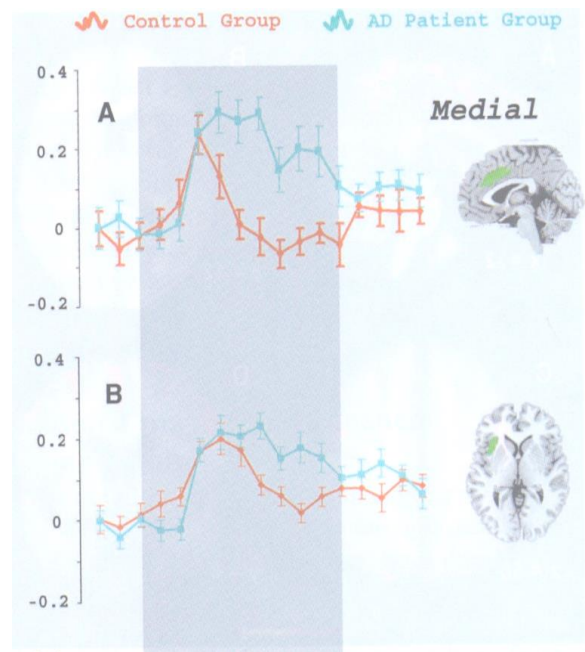
A : seuils moyens de sensibilité à la douleur enregistrés pour un groupe de 14 patients atteints de la maladie d'Alzheimer (barres pleines) MMS moyen 19 +/- 5 et d'un groupe témoin de 15 cognitivement intact (barres vides) à la suite d'une stimulation par pression ;

B : notations subjectives du désagrément des stimuli de pression délivrés à chaque niveau de seuil. * P < 0,05 ; ** P < 0,001. JNP : seuil nociceptif ; WP : douleur faible ; MP : douleur modérée (Petzke et al., 2005).

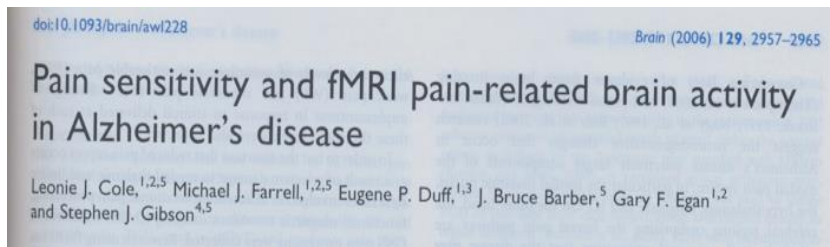
Globalement petite élévation des seuils mais élévation des réponses de souffrance sur l'échelle de 1 à 20



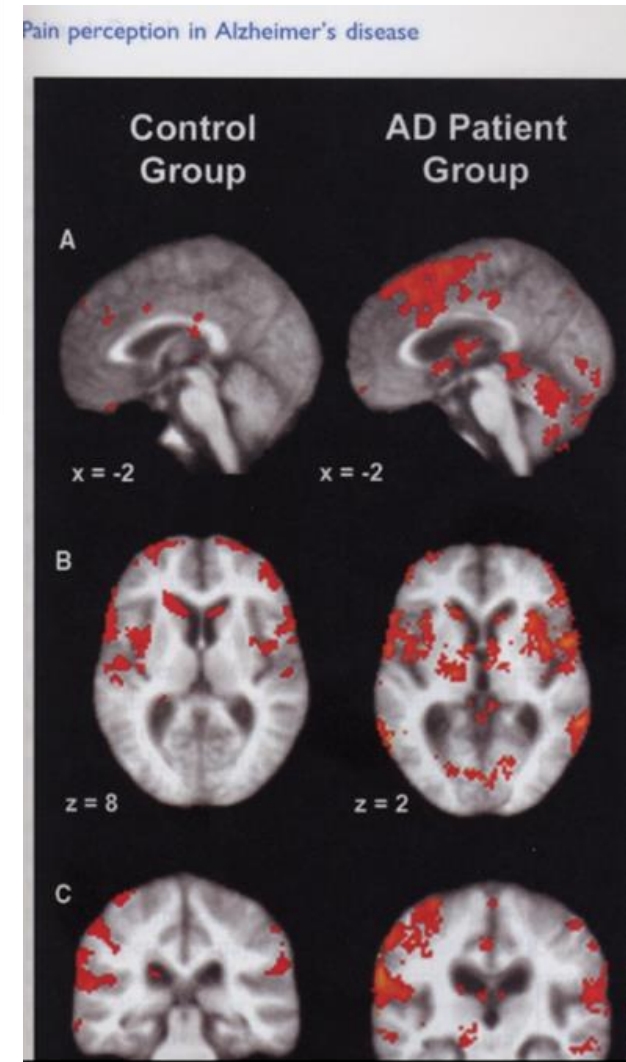
SI et SII



ACC et insula



Réponses augmentées de la matrice douleur chez les MA



How do patients with Alzheimer's disease imagine their pain?

Céline Borg^{1,2} | Emilie Sala¹ | Hanna Chainay³ | Julien Labouré¹ |
Jean-Claude Getenet¹ | Jean-Michel Dorey⁴ | Bernard Laurent^{1,5} | Isabelle Rouch¹

¹Neurology/Neuropsychology CMRR Unit,

Rang	Imaginez l'intensité de la douleur que vous pourriez ressentir dans chacune des situations décrites ci-dessous - Évaluez cette intensité avec l'échelle des sensations (partie droite de l'écran) et introduisez le chiffre correspondant à votre choix dans la colonne "ma réponse".	Mes réponses
1	Le dentiste fore une de vos dents sans l'endormir.	
2	Mes sinus sont bouchés.	
3	Le dentiste examine mes dents au cours d'un examen de contrôle.	
4	J'ai marché pied nu sur un morceau de verre tranchant.	
5	Je me mord la langue.	
6	J'attrape une poussière dans l'œil.	
7	Mes doigts sont coincés dans une portière de voiture.	
8	Je reste couché dans la même position sur un matelas dur pendant une heure.	
9	J'ai fait une chute de 2 mètres dans les escaliers.	
10	Je suis piqué par un moustique.	
11	Un médecin examine ma gorge au cours d'une consultation de contrôle.	

ECHELLE DES SENSATIONS

1 = indifférent
2 = légèrement gênant
3 = désagréable
4 = très légèrement douloureux
5 = légère douleur
6 = douloureux
7 = nettement douloureux
8 = extrêmement douloureux
9 = douleur atroce
10 = la pire des douleurs

**SPQ questionnaire
Sémantique « personnelle » de
la douleur basée sur
l'expérience**

Abstract

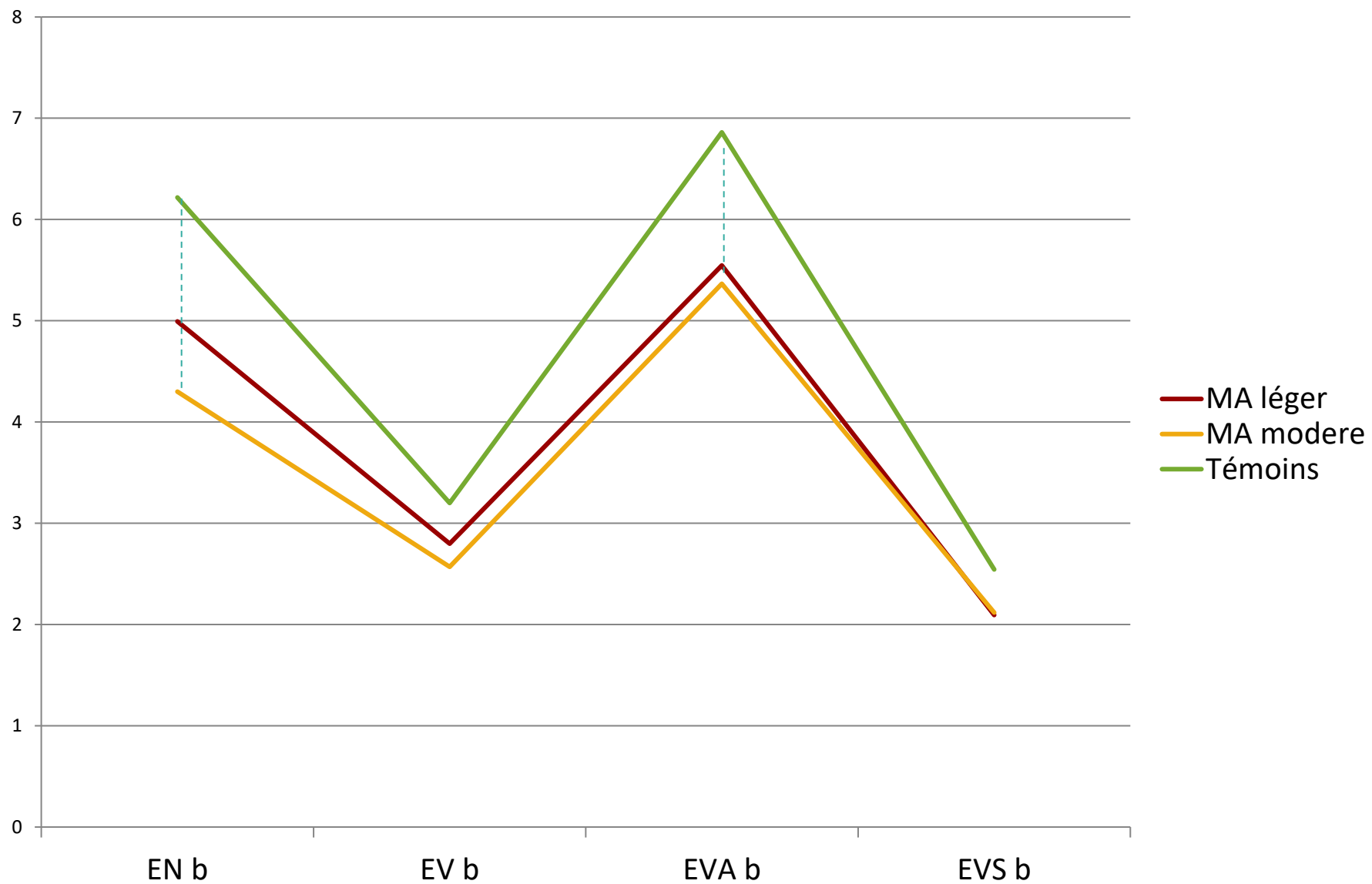
Introduction: Pain is underdiagnosed and undertreated in patients with Alzheimer's disease (AD). Pain management is of major importance in this population to limit behavioural and functional consequences. Our study aimed to assess the capacity of AD patients to represent pain using a questionnaire exploring daily painful situations and to determine the most appropriate pain scale assessment.

Methods: Twenty-eight patients with mild AD, 21 with moderate AD and 28 matched controls underwent the Situation Pain Questionnaire (SP-Q) and assessed imaginary pain with four pain scales. Two scores were compared between the three groups: the P(A) discrimination score and the response bias β score. P(A) reflects the degree of discrimination between high-pain and low-pain events, whereas the β score means the degree to which situations are considered as painful.

Results: Our results showed that AD patients hardly discriminated the high- from low-pain events. Compared to controls, the mean P(A) score was significantly lower for Mild AD ($p < 0.03$) and Moderate AD ($p < 0.004$). In addition, the β score indicated that the response bias is higher for AD patients ($p < 0.01$) in that they overestimated the level of pain.

Conclusion: The present results suggest that patients with Mild and Moderate AD are able to recognize and assess an imagined painful situation even though their pain tolerance is lower than that of controls. The pain scales used should be chosen according to the cognitive, sensorial and personal profiles of the patients.

Significance: The present research is significant because it examines how patients with Alzheimer's disease understand and assess painful situations. Cognitive impairments can modify this ability. Pain is a sensory and subjective experience and to define its feeling can help us in our clinical practice.



Histogramme des réponses pour les groupes Témoins, MA léger >20 , MA modéré entre 10 et 20, pour chaque échelle d'auto-évaluation : réponses supérieures de l'échelle numérique (EN) et de l'EVA par rapport à l'échelle verbale simple (EVS) et celle des visages (EV)

- Globalement élévation des seuils douloureux et de la tolérance à la douleur mais avec des variations importantes selon les cas (Carlino et al., 2010).

Dem Fronto Temporale

- Par ex dans la **variante comportementale de la DFT** absence de réaction à la douleur alors qu'une hyperréactivité peut exister dans **la démence sémantique** (Bathgate et al., 2001; Snowden et al., 2001).
- Des perturbations de la perception du chaud et du froid et de la thermoregulation sont fréquents dans la DFT et la démence sémantique (Ahmed et al., 2015).

Comment s'adresser à un patient présentant des tr cognitifs sévères (Small JA, 2002, 2003, 2004 et 2005)

1. éliminer les facteurs de distraction, seul à seul dans un lieu silencieux,
2. S'approcher du patient lentement et de face, créer et maintenir un contact visuel
3. Phrases simples et les plus courtes possibles, Les questions positives sont mieux comprises. **Ex : "avez-vous mal ?"**
4. Une seule question ou instruction à la fois. Questions fermées qui appellent réponse par "oui" ou par "non » : **avez vous mal au ventre ?**
5. Attendre la réponse avant de poser une autre question. Eviter d'interrompre le sujet et lui accorder tout le temps nécessaire pour répondre.
6. Encourager le sujet à s'approcher verbalement ou à décrire le mot qu'il est en train de chercher, encourager les circonlocutions et les périphrases,
7. **DOULEUR : échelle verbale simple ou de visages voire numérique plus que l'EVA**
8. **Montrer la partie douloureuse plutôt que dénommer ou surtout dessiner...**

Jeudi 13 Février

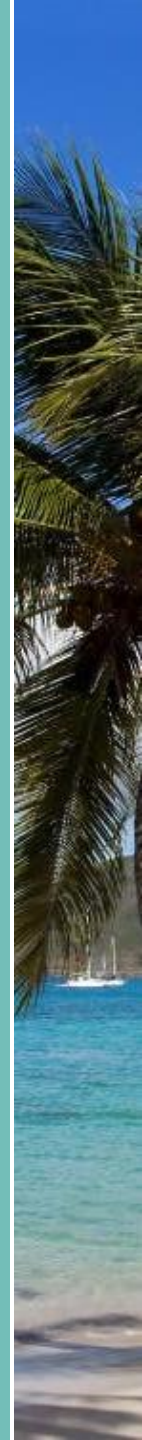
15:30 – 16:30

Auditorium 1

Colloque : Douleur chronique du sujet âgé

Modérateur(s) : B. LAURENT (Lyon), J. RAFFIN-RICARD (Fort-de-France)

- **Évaluation de la douleur chez le sujet âgé**
L. MOUNSAMY (Fort-de-France)
- **Douleur chronique et pathologie psychiatrique**
I. ROUCH-LEROYER (Lyon)
- **Douleur et fonctionnement cognitif**
B. LAURENT (Lyon)
- **Douleur et soins palliatifs**
N. SIMO (Pointe-à-Pitre)



GESTION DE LA DOULEUR EN SOINS PALLIATIFS

Nadine SIMO TABUE , MD

Service de Soins Médicaux et de Réadaptation Gériatrique





Définitions



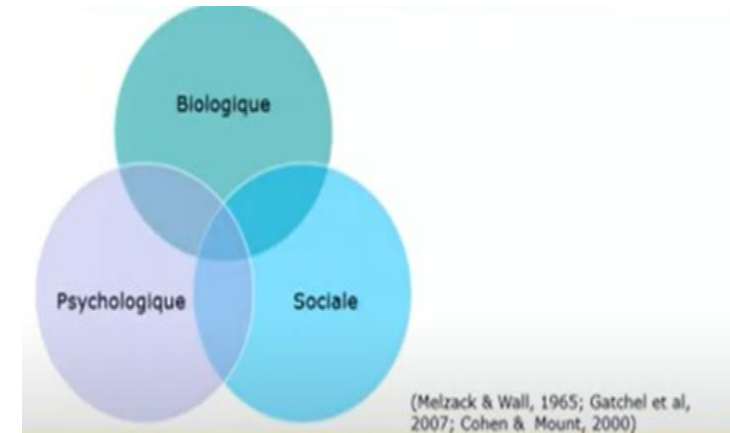
- **Soins palliatifs**

- soins actifs dans une approche globale de la personne
- améliorer la qualité de vie.
- prévention et le soulagement de la souffrance.
- le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels.
- -----**douleur est la pierre angulaire de la prise en charge palliative.**
- véritable enjeu de santé publique depuis 1999



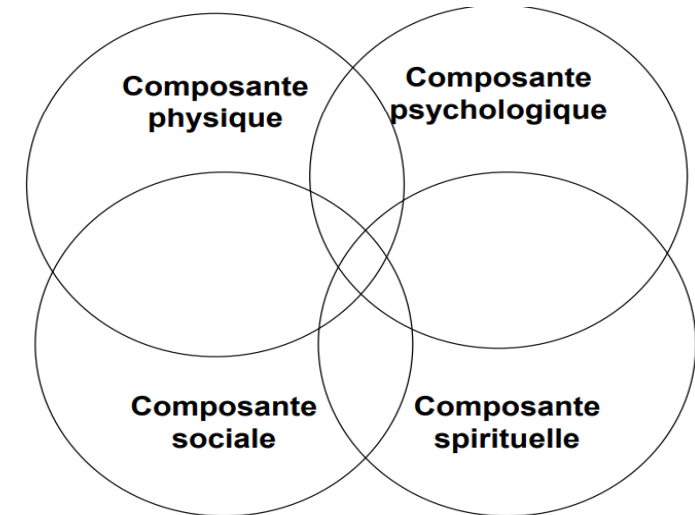
• Douleur

- expérience biopsychosocial (*Melzack et wall*)
- Présente dans tout le contexte de soins palliatif



➤ Concept de souffrance globale:

- Traduction du concept anglais de « total pain »
- Développé par *Cicely Saunders*
- « *La douleur totale c'est une douleur morale, physique, spirituelle et sociale. Le seuil de tolérance de la douleur est différent pour chacun, et il varie en fonction de certains facteurs* »

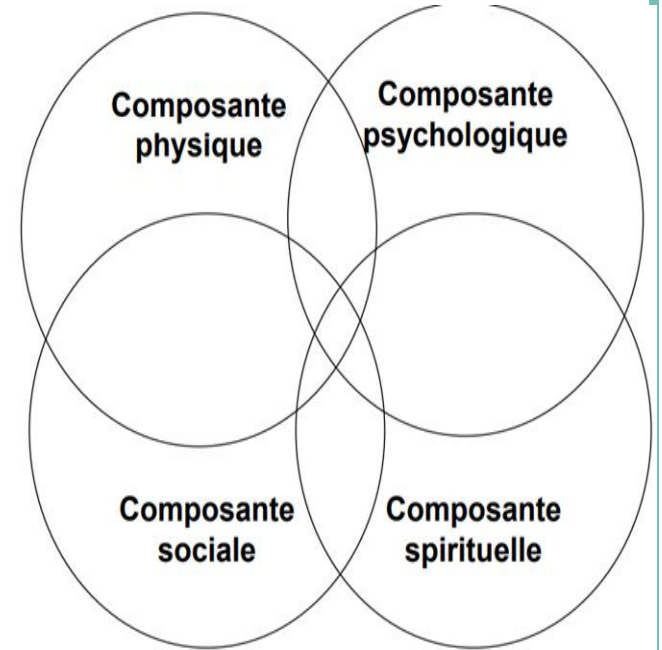


- « *sensation désagréable et expérience émotionnelle en réponse à une réelle ou potentielle atteinte tissulaire sfap* » *sfap*

❖ **prendre soin des patients dans sa globalité et travail en équipe pluridisciplinaire.**

« Lorsqu'il n'y a plus rien à faire, ce qui reste à entreprendre est peut-être l'essentiel »

- véritable enjeu de santé publique depuis 1995



Enjeu de santé publique depuis 1995

Où en sommes nous ?

Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years

M H J van den Beuken-van Everdingen ¹, J M de Rijke, A G Kessels, H C Schouten, M van Kleef, J Patijn

Affiliations + expand

PMID: 17355955 DOI: [10.1093/annonc/mdm056](https://doi.org/10.1093/annonc/mdm056)

Free article

Objectifs : étudier la prévalence de la douleur chez les patients atteints de cancer en fonction des différents stades et types de cancer.

33 % douleur après le traitement
59 % douleur en cours de traitement
64% douleur à un stade avancé ou en fin de vie
53 % à tous les stades de la maladie

Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis

Marieke H J van den Beuken-van Everdingen ¹, Laura M J Hochstenbach ², Elbert A J Joosten ³, Vivianne C G Tjan-Heijnen ⁴, Daisy J A Janssen ⁵

Affiliations + expand

PMID: 27112310 DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340)

Free article

Objectifs : Examiner l'état actuel de la prévalence et de la gravité de la douleur chez les patients atteints de cancer.

39,3 % de patients présentent de la douleur après le traitement
55 % de patients ressentent de la douleur en cours de traitement
66,4% de patients en stade avancé ou en fin de vie
53 % à tous les stades de la maladie

Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis

[Rolf A H Snijders](#)^{1,2,*}, [Linda Brom](#)^{1,2}, [Maurice Theunissen](#)^{3,4}, [Marieke H J van den Beuken-van Everdingen](#)^{3,4}

Editors: Wendy H Oldenmenger, Evelien JM Kuip

Objectif: Evaluer la prévalence de la douleur et leur sévérité chez les patients cancéreux à toutes les phases de la maladie.

35,8 % de patients présentent de la douleur après le traitement

50,3 % de patients douloureux dans différentes phases de traitement

54,3 % douleur chez les patients sous traitement palliatif

34,2 % à tous les stades de la maladie

Baisse de la prévalence et de la gravité de la douleur cancéreuse.

Néanmoins, avec **44,5 %** des patients atteints de cancer ressentent encore de la douleur, **la prévalence reste élevée**

Nécessité d'une attention continue concernant la gestion de la douleur cancéreuse.

Que doit on faire pour améliorer cela ?

- complexité clinique de la douleur
- Contexte varié
- Variabilité populationnelle (pédiatrique , adulte , gériatrique)
- ----- nécessité **d'une évaluation et une gestion adaptée**
- L'évaluation de la douleur est une **étape primordiale**
- Première étape pour une prise en charge Judicieuse et efficace.





douleur = symptôme complexe

- Plusieurs types: Douleurs aiguës, chroniques (>3 mois).
- **Données séméiologiques : nociceptives, neuropathiques, douleur mixtes, douleurs par dysfonctionnement sympathique, douleurs dysfonctionnelles** (*Anderson, 2011*)
- 30 % des douleurs neuropathiques (*Mellar P Davis, 2018*)
- 85 % vivraient >1 type de douleurs , 40% vivraient avec tous les types de douleurs (*twycross, et al*)
- Des traitements spécifiques sont issus de cette évaluation .

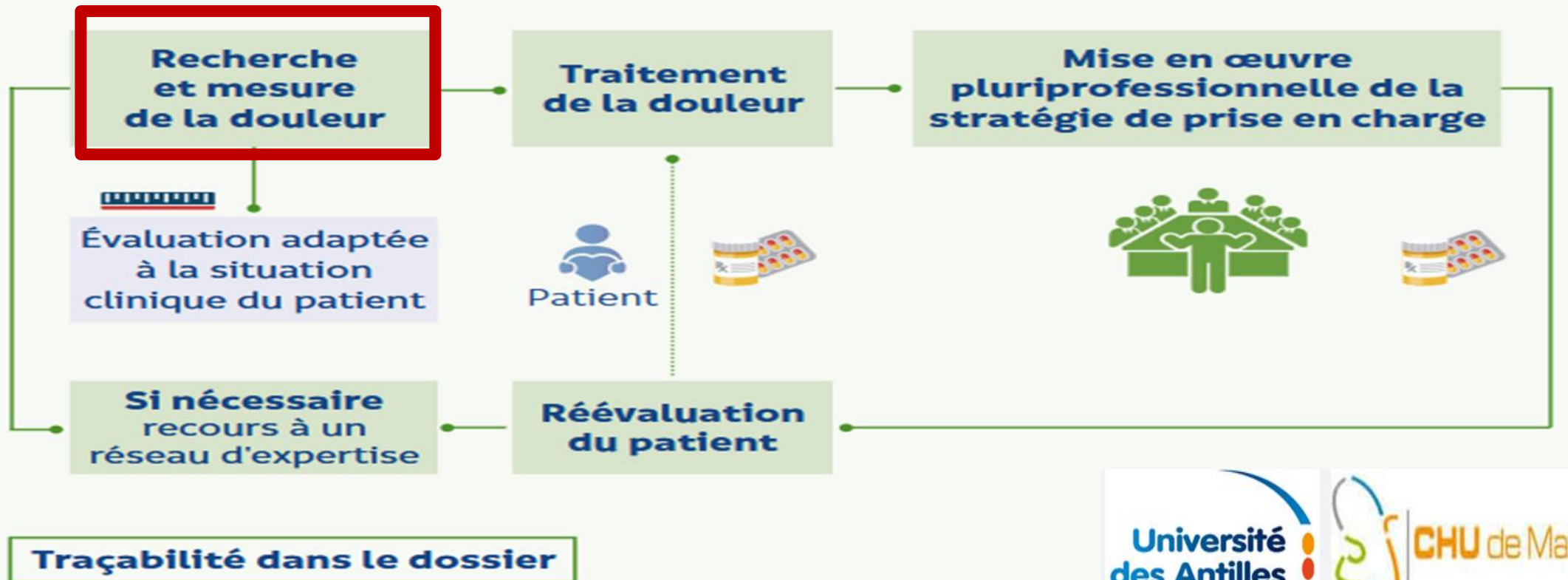


Focus : douleur et vieillissement

-  vieillissement de la population.
-  nombre de personnes âgées qui ont besoin d'un traitement adapté pour la douleur
- Malheureusement la douleur chez la personne âgée encore mal comprise et est sous traitée.



Zoom sur les mesures à mettre en œuvre dans le cadre de la douleur





- Recherche systématique
- Passe par une **évaluation**.
- Tient compte des facteurs psychosociaux , des traitements et des croyances.
- passe par l'utilisation des **échelles fiables et valides** et **adapté** à la situation clinique du patient.



- Quelques échelles qui ont fait l'objet d'une littérature:
 - Echelle **unidimensionnelle** d'auto-évaluation: L'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle d'évaluation numérique (ENR), l'échelle d'évaluation verbale simple (EVS).
 - Prise en charge de la douleur si EVA ou EN $\geq 4/10$ (échelle de 0 à 10 en cm) ou EVA $\geq 40/100$ (échelle de 0 à 100 en mm) et si EVS ≥ 2 (échelle de 0 à 4).
 - Echelles **multidimensionnelles**: Mc Gill Pain Questionnaire, QDSA
 - Echelles **comportementales**: Doloplus

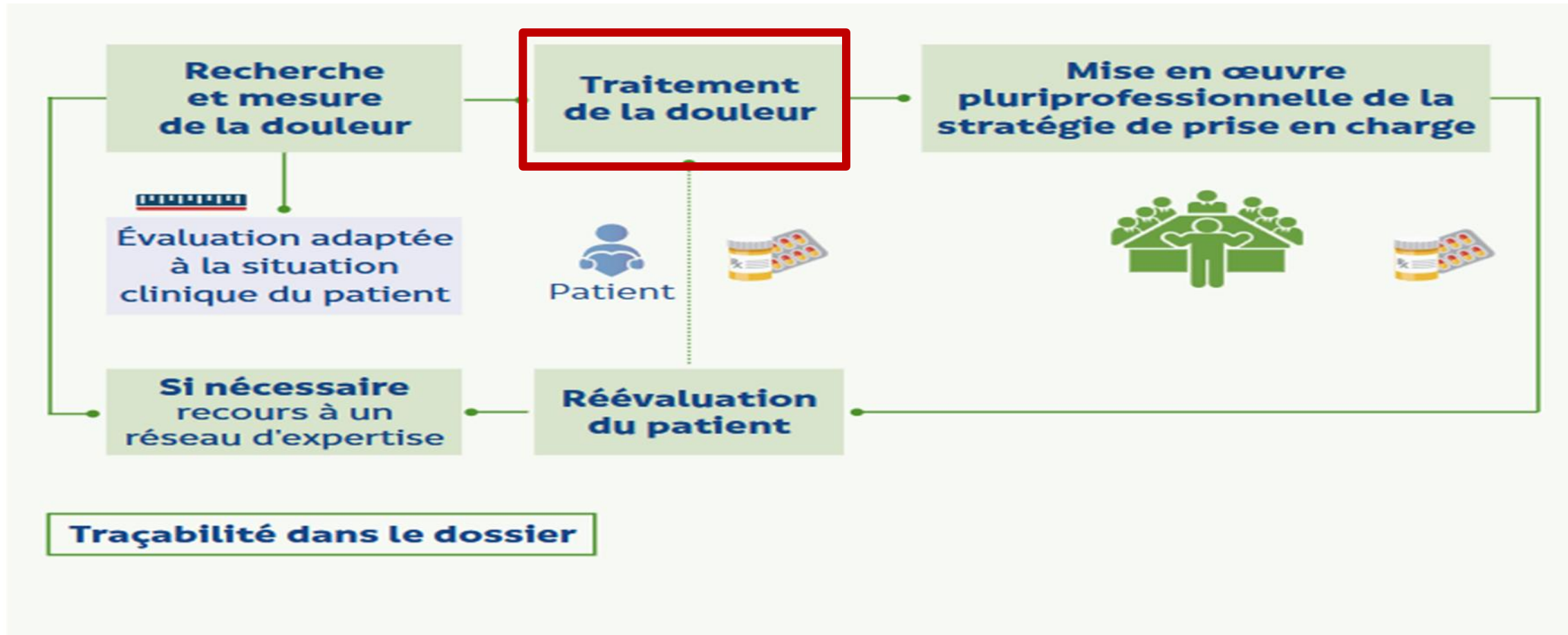


- **Avantages :**

- ✓ identifier les malades présentant une douleur.
- ✓ faciliter les prises de décisions de traitements antalgiques
- ✓ contrôler l'efficacité des traitements.
- ✓ permettre aux équipes soignantes d'utiliser des critères communs.
- ✓ améliorer et permettre la transmission de l'information entre le malade et les soignants.
- ✓ améliorer la relation soignant-malade.
- ✓ implication de la famille dans la recherche d'épisodes douloureux.



Zoom sur les mesures à mettre en œuvre dans le cadre de la douleur



➤ **Traitement médicamenteux** : 3 paliers de l'O.M.S.:

- Palier 1 : Antalgiques non opioïdes: Paracétamol, Aspirine
- Palier 2 : Antalgiques opioïdes faibles: Tramadol, Acupan, Codeine
- palier 3 : Opioïdes forts: Morphine, Fentanyl, Oxycodone.
- les Co-analgésiques : corticoïdes, AINS
- Antidépresseur: Laroxyl,
- Antiépileptique: rivotril,
- Antispasmodiques: spasfon.

➤ **Moyens non médicamenteux** (kinésithérapie, radiothérapie, relaxation , hypnose, sophrologie, acupuncture, ...).



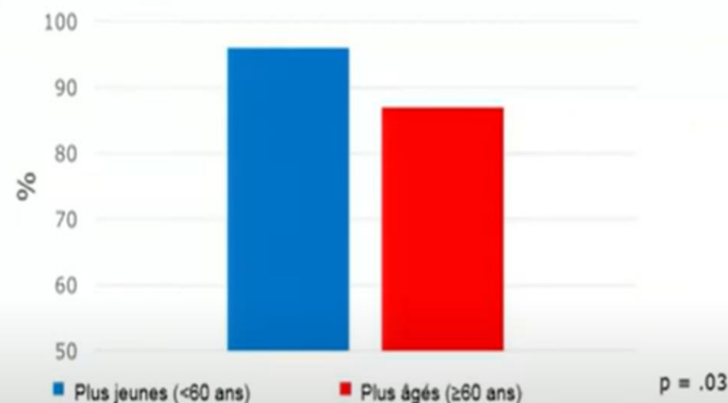


Focus sur la personnes âgée

Management of Pain in Elderly Patients With Cancer

Roberto Bernabei, MD; Giovanni Gambassi, MD; Kate Lapane, PhD; et al

Les personnes âgées sont moins susceptibles de se faire prescrire un opioïde

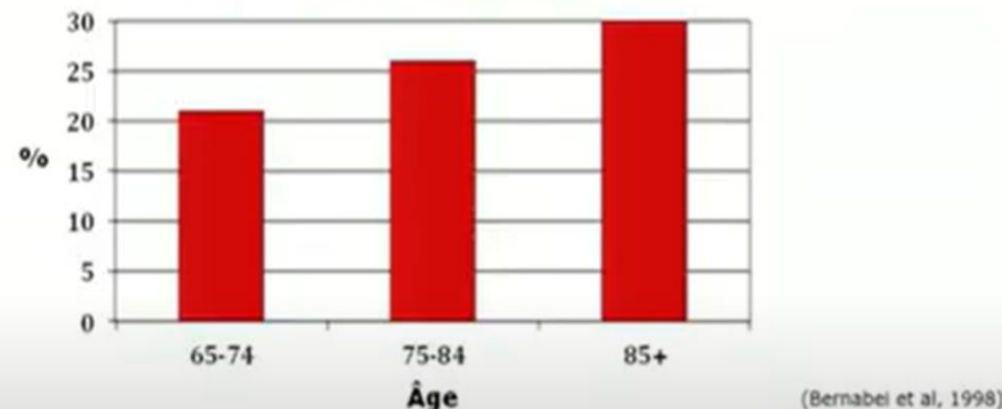


Les patients âgés étaient moins susceptibles de recevoir de la morphine ou d'autres opiacés puissants

Objectif.— Évaluer l'adéquation de la prise en charge de la douleur chez les patients âgés atteints de cancer admis dans des maisons de retraite.

Gestion de la douleur liée au cancer chez les personnes âgées en soins de longue durée

Patients ne recevant aucun analgésique



Personnes âgées en USLD avec un cancer ,
Taux alarmant à 30 % de PA >85 ans ne recevaient aucune analgésie

Pas de changement au cours des 20 dernières années



Obstacles au traitement



➤ Mythes et Croyances :

- les sujets âgées gèrent et endurent mieux la douleur.
- Les sujets âgées sont réticentes à signaler la douleur.
- La douleur fait partie du processus de vieillissement normal.
- Peur à la dépendance et de la confusion.
- Ne pas distraire l'attention du médecin du traitement du cancer.
- La gestion de la douleur devrait être réservée pour la fin de vie.

Mc pherion et al 2014, Kirsten Auret & Stephan A. Schug 2012



Should we treat pain in the elderly palliative care cancer patients differently?

[Marin Golčić](#)^{1,✉}, [Renata Dobrila-Dintinjana](#)¹, [Goran Golčić](#)¹, [Ivana Plavšić](#)², [Lidija Gović-Golčić](#)³, [Borislav Belev](#)⁴, [Domagoj Gajski](#)^{5,6,7}, [Krešimir Rotim](#)^{5,6,8}

► Author information ► Article notes ► Copyright and License information

PMCID: PMC8212638 PMID: [34177047](#)

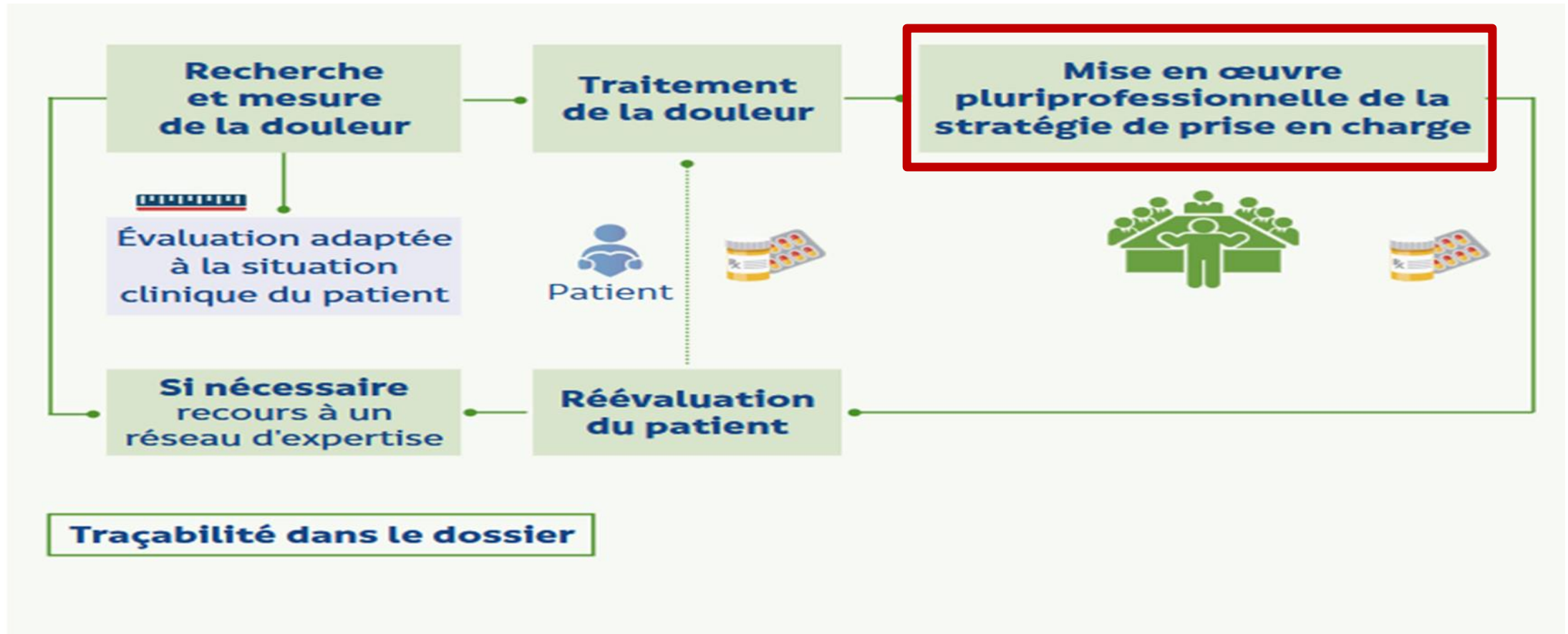
Les opioïdes sont considérés comme la pierre angulaire de la gestion de la douleur en soins palliatifs

Objectifs : évaluer la relation entre les scores de douleur, la qualité de vie, la dose d'opioïdes et la survie chez les patients cancéreux en soins palliatifs .

Deux groupes de patients : âge de 65 ans comme valeur seuil

- pas de **différence de survie** entre les deux groupes (17,36 contre 17,58 jours).
- Les patients âgés ont utilisé moins des analgésiques non stéroïdiens et plus souvent du paracétamol.
- Par conséquent, l'utilisation **de doses plus faibles d'opioïdes chez les patients cancéreux âgés en soins palliatifs n'entraîne pas une aggravation de la douleur**

Zoom sur les mesures à mettre en œuvre dans le cadre de la douleur





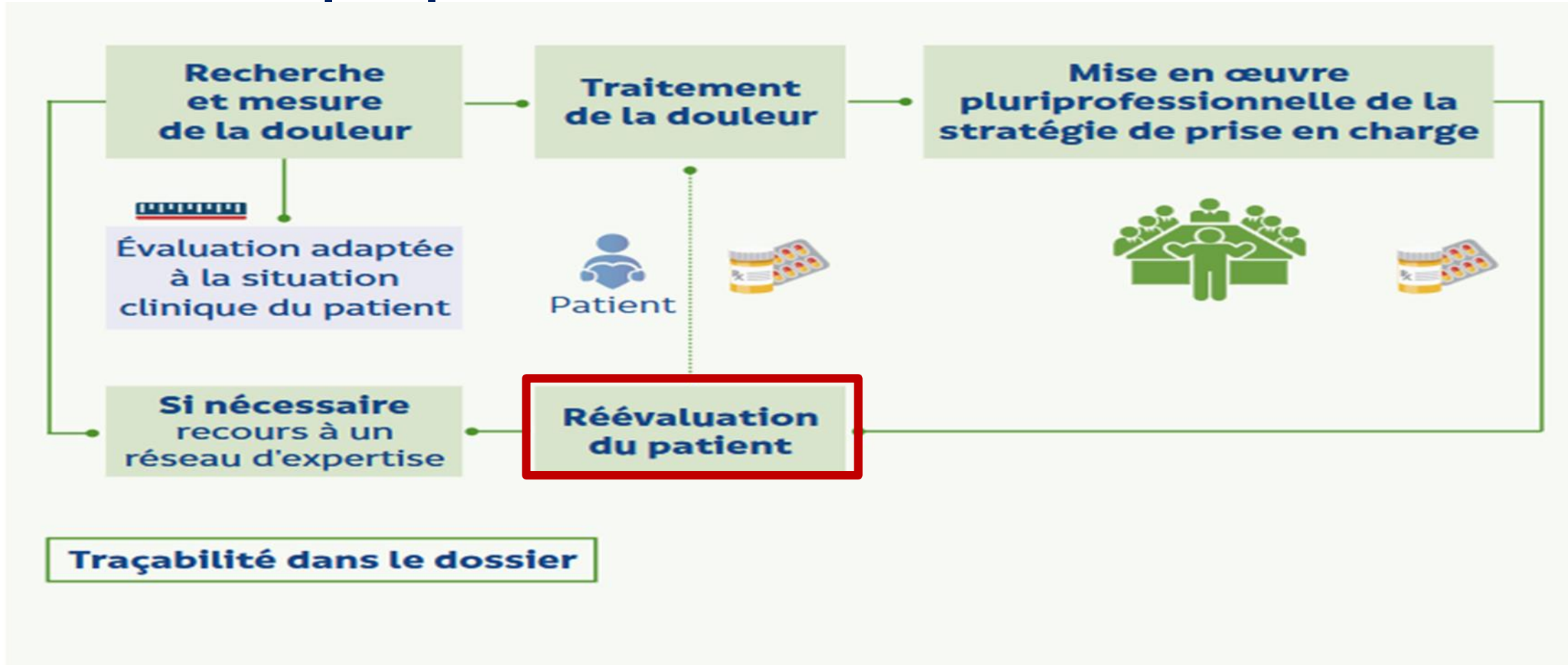
- Prise en charge ou démarche palliative **pluri professionnelle, coordonnée en associant** le patient.
- Projet de soins élaboré de façon adaptée, avec une **priorisation** et une **coordination** des interventions.
- Elaboration d'un projet de soins **défini** avec toute l'équipe de soins .
- Approche construite en cohérence avec les **volontés exprimées** par le patient.
- Il doit exister une réflexion éthique sur le juste soin (obstination déraisonnable)



- L'implication des proches et/ou aidants est fondamentale.
- Leur présence est recherchée et facilitée par les équipes
- Une proposition d'accompagnement par l'équipe mobile de soins palliatifs, ou psychologue clinicien peut être proposée à la famille



Zoom sur les mesures à mettre en œuvre dans le cadre de la



- Lors d'une modification de l'état clinique du patient, suite à une mise en œuvre d'une stratégie.
- Recherche des effets indésirables du traitement ou signes d'inconforts .
- Réalisée jusqu'à disparition **complète et durable** de la douleur.

-----**Les résultats de la réévaluation permettent d'adapter les modalités de prise en charge du patient**





TAKE HOME



- Douleur véritable enjeu de santé publique.
- Le soulagement de la douleur est une composante majeure des soins palliatifs.
- S'intègre dans une PEC globale de la personne malade.
- Nécessite une attention continue.
- Sous évaluée et sous traitée chez la personnes âgées.
- Mérite d'être réévaluer autant que possible.





MERCI DE VOTRE ATTENTION



Jeudi 13 Février

15:30 – 16:30

Auditorium 1

Colloque : Douleur chronique du sujet âgé

Modérateur(s) : B. LAURENT (Lyon), J. RAFFIN-RICARD (Fort-de-France)

- **Évaluation de la douleur chez le sujet âgé**
L. MOUNSAMY (Fort-de-France)
- **Douleur chronique et pathologie psychiatrique**
I. ROUCH-LEROYER (Lyon)
- **Douleur et fonctionnement cognitif**
B. LAURENT (Lyon)
- **Douleur et soins palliatifs**
N. SIMO (Pointe-à-Pitre)

