

Chapitre 12 - *Prise en charge* de la douleur et des malades en fin de vie

Plan du chapitre

- 1. La douleur**
Définition
Mécanismes physiopathologiques
- 2. Spécificités cliniques de la douleur chez les sujets âgés**
Fréquence
Localisation
Particularités sémiologiques
Retentissement fonctionnel
- 3. Evaluation de la douleur**
La verbalisation des symptômes
Evaluation verbale de l'intensité de la douleur
Evaluation non verbale de la douleur
Manque d'évaluation par un entourage absent ou peu attentif
- 4. La prise en charge de la douleur des sujets âgés**
Principes généraux
Paliers d'antalgie
Adjuvants ou traitements coantalgiques
Techniques non médicamenteuses
Douleur de l'agonie
- 5. La fin de vie**
Les obligations déontologiques
Les soins palliatifs
Les soins terminaux
- 6. Réactions psychologiques des patients âgés face aux maladies en phase terminale**
Le refus, la dénégation sous l'effet du choc
La colère, la révolte, l'agressivité
La culpabilité et le marchandage
La tristesse et la dépression
L'acceptation, la résignation, le lâcher prise
- 7. Autres symptômes d'inconfort en fin de vie**
Nursing et mobilisation
Hydratation, alimentation et symptômes digestifs
La dyspnée
L'incontinence et la rétention urinaire
Le sommeil, la vigilance et l'agitation
- 8. L'accompagnement psychologique**
- 9. L'aide aux familles**
- 10. L'aide aux équipes**
- 11. Conclusion**

La prévalence des douleurs augmente avec l'âge, notamment chez les patients porteurs d'une polyopathie avec perte

d'autonomie d'origine physique et / ou psychique ou chez les sujets en fin de vie, le vieillissement modifie peu les seuils douloureux provoqués par des stimuli nociceptifs mais la perception est influencée par les expériences douloureuses antérieures, l'anxiété, la dépression et le vieillissement pathologique des zones corticales impliquées dans la douleur.

La symptomatologie douloureuse est souvent atypique et l'expression d'une douleur chronique peut prendre un masque trompeur à type de confusion, de perte d'autonomie ou de repli sur soi. L'évaluation est difficile, car 30 à 40 % des hospitalisés âgés présentent des déficiences sensorielles ou cognitives ou des troubles du langage.

L'approche de la mort provoque des réactions psychologiques qui doivent être analysées par l'équipe soignante et l'entourage pour assurer une prise en charge adaptée. Il importe de connaître les particularités d'utilisation des antalgiques au grand âge et les traitements des symptômes générateurs d'inconfort en fin de vie.

1. La douleur

1.1 Définition

La douleur est une expérience sensitive et émotionnelle désagréable survenant après une lésion tissulaire aiguë ou présentée comme telle.

L'aspect pluridimensionnel de la douleur oblige à considérer :

- la composante sensori-discriminative correspondant aux mécanismes de détection et d'analyse du stimulus nociceptif ;

- la composante affective et psychique correspondant à la perception douloureuse qui est modulée par l'anxiété ou la dépression ;
- la composante cognitive qui se réfère à la mémoire, au vécu, aux phénomènes d'attention ou d'interprétation
- la composante comportementale correspondant aux manifestations observables : verbales (plaintes, gémissements...), motrices (postures, attitudes antalgiques) et végétatives (sueurs...).

La durée d'évolution de la douleur doit être prise en compte car la persistance d'un symptôme douloureux (douleur aiguë : signal d'alarme) peut se modifier et devenir un syndrome à part entière (douleur - maladie).

La douleur est dite chronique lorsqu'elle évolue depuis plus de 3 mois. Elle s'accompagne alors d'anxiété, d'insomnie, de perte d'autonomie et de détérioration de la qualité de vie, souvent associées à un sentiment d'abandon et / ou d'insécurité. La douleur exprimée par les patients n'est plus en rapport avec la lésion initiale. Elle est pérennisée ou entretenue par des facteurs psychiques, somatiques et environnementaux : c'est la douleur globale.

La douleur nociceptive est directement liée à un dommage tissulaire. L'allodynie est une douleur provoquée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur. L'hyperpathie est un syndrome douloureux caractérisé par une réponse exagérée à un stimulus douloureux. La causalgie associe une douleur continue, à type de brûlure, à une allodynie et à une hyperpathie après une lésion nerveuse traumatique. Elle est souvent associée à une activation constante du système sympathique et expose à des troubles trophiques.

1.2 Mécanismes physiopathologiques

■ **Les deux grands types de douleur**

La douleur par excès de nociception résulte de la stimulation des terminai-

sons nerveuses cutanées, musculaires ou viscérales. Le message est véhiculé jusqu'à la corne postérieure de la moelle par des fibres A delta myéliniques de petit calibre et des fibres C amyéliniques plus lentes.

La douleur neurogène résulte d'une lésion du système nerveux périphérique (douleur de désafférentation) ou central (douleurs cordonnales ou thalamiques). La douleur s'exprime par des brûlures avec des paroxysmes parfois fulgurants. Il peut s'y associer une hypo ou une hyperesthésie dans la zone douloureuse.

■ **Impact du vieillissement sur la douleur**

Les seuils et la tolérance de la douleur sont similaires chez les sujets jeunes et chez les sujets âgés.

La localisation de la douleur devient avec le vieillissement moins précise et la tolérance aux stimulations nociceptives de forte intensité est réduite.

Du fait d'une baisse des neuromédiateurs (noradrénaline, sérotonine), les systèmes de contrôle de la douleur sont moins efficaces.

On observe avec le vieillissement une augmentation du syndrome de désafférentation notamment lors des zones, des amputations, des thermocoagulations du trijumeau.

L'histoire individuelle joue un rôle important par l'acquis d'une mémoire de la douleur tout au long de la vie. Les douleurs fantôme traduisent l'activation de cette mémoire sensori-motrice lors de certaines stimulations.

Les processus d'intégration corticaux de la douleur semblent parfois altérés au cours de la démence expliquant la modification des comportements douloureux.

Il existe un lien entre douleur chronique, anxiété et dépression. Avec le vieillissement, la fréquence de la dépression accompagnant une douleur chronique augmente.

En conclusion, aucun argument n'autorise à penser que les sujets âgés ont une plus grande tolérance à la douleur. L'histoire personnelle, la chronicité du passé douloureux, l'état psychothymique modifient les réponses à la douleur.

2. Spécificités cliniques de la douleur chez les sujets âgés

2.1 Fréquence

La prévalence des plaintes douloureuses augmente avec l'âge. En milieu communautaire, le pourcentage des personnes qui déclarent avoir ressenti une douleur dans les deux semaines précédentes est de 25 à 30 % pour les 70 - 80 ans et de 40 % pour les plus de 80 ans, avec une nette prédominance féminine.

En institution, la douleur est encore plus fréquente (45 à 70 %). Elle est chronique dans un tiers des cas. Sa prévalence augmente chez le patient en fin de vie. Dans le mois qui précède la mort, 65 à 70 % des personnes présentent des douleurs permanentes ou très fréquentes.

2.2 Localisation

Les sujets âgés sont avant tout exposés aux douleurs musculosquelettiques dans le cadre de l'arthrose, de l'ostéoporose et des conséquences mécaniques des chutes. Pour les pathologies neurologiques, les douleurs sont liées à des neuropathies périphériques, à des crampes des membres inférieurs ou à un syndrome des jambes sans repos. Les séquelles d'accident vasculaire cérébral associent des douleurs par troubles du tonus, des rétractions tendineuses, des algodystrophies et plus rarement, un syndrome thalamique.

Certaines affections sont responsables de douleurs chroniques rebelles comme les cancers évolués incurables avec métastases osseuses et / ou compression de voisinage, les ischémies tissulaires d'origine artérielle, les immobilisations prolongées

au lit ou au fauteuil avec constitution d'escarres et de rétractions tendineuses.

2.3 Particularités sémiologiques

- Des pathologies aiguës chirurgicales ou médicales classiquement douloureuses surviennent sans douleur ou avec une symptomatologie atypique et trompeuse. Certaines affections comme l'infarctus du myocarde, l'ulcère de l'estomac ou les urgences abdominales surviennent, dans plus de la moitié des cas, en l'absence de douleur aiguë évocatrice. Les localisations de la douleur sont souvent atypiques : douleurs abdominales de l'infarctus du myocarde et des pneumopathies.
- Inversement, les douleurs chroniques sont plus fréquentes que chez l'adulte. Le zona entraîne des algies post-zostériennes dans 70 % des cas après 70 ans. La névralgie faciale par conflit anatomique vasculo-nerveux n'apparaît qu'après 60 ans. Les douleurs post-traumatiques ou post-chirurgicales comme les douleurs des membres fantôme après amputation sont fréquentes chez les personnes âgées, de même que les algodystrophies et les causalgies.
- Les plaintes douloureuses traduisent volontiers d'autres souffrances difficiles à exprimer comme le sentiment de solitude, la crainte de la maladie grave, la peur de la mort. Les plaintes sont alors multiples, imprécises, diffuses. Elles apparaissent disproportionnées par rapport aux données somatiques. Elles s'accompagnent d'une asthénie matinale, de troubles du sommeil avec une insomnie de la deuxième partie de la nuit et d'une variabilité des troubles somatiques dans la journée. La douleur est parfois utilisée par les personnes âgées pour justifier un confinement au domicile, une clinophilie ou une dépendance par rapport aux tiers. Un traitement d'épreuve par des antidépresseurs réduit ou fait disparaître la symptomatologie algique.

2.4 Retentissement fonctionnel

La douleur est source d'anorexie persistante, de perte d'autonomie et de dépression. La dépression accentue l'intensité des douleurs organiques. La douleur non contrôlée conduit à des états régressifs avec détachement, repli sur soi, désinvestissement de l'entourage et désir de mort.

Enfin, la douleur peut à tout moment précipiter la personne âgée dans un syndrome confusionnel.

3. Evaluation de la douleur

La prise en charge correcte de la douleur chez les personnes âgées nécessite, comme chez l'adulte jeune, le recueil de l'anamnèse, un examen clinique et un diagnostic précis.

3.1 La verbalisation des symptômes

L'interrogatoire du patient et de son entourage reste l'élément déterminant dans l'évaluation de la plainte douloureuse. Il fera préciser la localisation, le type, la durée, l'intensité de la douleur, les facteurs déclenchants ou soulageants. Il permet d'apprécier le retentissement sur les activités de la vie quotidienne et le vécu de la douleur. Néanmoins, un tiers des patients âgés hospitalisés présentent des handicaps sensoriels, des troubles du langage ou un déficit cognitif gênant l'expression de leur douleur.

Pour cette catégorie de personnes âgées, il est important d'observer certains paramètres physiologiques tels que la fréquence cardiaque et respiratoire, la présence de sudation, le tonus musculaire, mais surtout le comportement du patient (posture, cris, expression du visage).

3.2 Evaluation de l'intensité de la douleur

Lorsque la communication est possible, les capacités visuelles et cognitives permettent l'utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA). Cette échelle d'auto-

évaluation permet au patient d'indiquer sur une ligne de 10 cm l'intensité de sa douleur au moment de l'examen.

Elle a été validée en gériatrie, mais elle demande des capacités d'abstraction et de compréhension qui en limitent l'usage chez les personnes âgées (en pratique, moins de 3 personnes âgées sur 10 comprennent le fonctionnement de l'échelle visuelle analogique).

De ce fait, l'échelle verbale simple et l'échelle numérique ont la préférence de certaines équipes soignantes.

Chez les patients ayant des troubles de la compréhension et/ou de la communication, des échelles d'observation comportementale sont utilisées comme chez l'enfant. L'observateur doit analyser les modifications comportementales des personnes âgées douloureuses dans trois registres :

- le retentissement somatique en notant la position antalgique au repos, l'hyper-tonie et l'opposition à la mobilisation, la protection des zones douloureuses, les plaintes, les cris et surtout l'expression du visage (rictus, grimaces, froncement des sourcils, yeux clos...)
- le retentissement psychologique en notant le sommeil, la communication avec l'entourage, l'angoisse, l'existence d'un état régressif ou dépressif.
- le retentissement psychosocial en notant la limitation des actes de la vie quotidienne provoquée par la douleur au moment des transferts, de la marche, de la toilette et des repas

L'échelle Doloplus est un instrument d'hétéro-évaluation validé, fondé sur l'observation comportementale (Tableau 1).

L'évaluation comportementale de la douleur contribue à la prise en considération, trop souvent négligée, de la douleur chez les patients âgés dépendants.

Tableau 1 : Echelle Doloplus®

NOM :		Prénom :		Service :			
Observation comportementale		dates					
Retentissement somatique							
1. Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> pas de plainte plaintes uniquement à la sollicitation plaintes spontanées occasionnelles plaintes spontanées continues 	0	0	0	0		
		1	1	1	1		
		2	2	2	2		
		3	3	3	3		
2. Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> pas de position antalgique le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle position antalgique permanente et efficace position antalgique permanente et inefficace 	0	0	0	0		
		1	1	1	1		
		2	2	2	2		
		3	3	3	3		
3. Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> pas de protection protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins protection au repos, en l'absence de toute sollicitation 	0	0	0	0		
		1	1	1	1		
		2	2	2	2		
		3	3	3	3		
4. Mimique	<ul style="list-style-type: none"> mimique habituelle mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide) 	0	0	0	0		
		1	1	1	1		
		2	2	2	2		
		3	3	3	3		
5. Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> sommeil habituel difficultés d'endormissement réveils fréquents (agitation motrice) insomnie avec retentissement 	0	0	0	0		
		1	1	1	1		
		2	2	2	2		
		3	3	3	3		
Retentissement psychomoteur							
6. Toilette et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) possibilités habituelles très diminuées toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative 	0	0	0	0		
		1	1	1	1		
		2	2	2	2		
		3	3	3	3		
7. Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> 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	0	0	0		
		1	1	1	1		
		2	2	2	2		
		3	3	3	3		
Retentissement psychosocial							
8. Communication	<ul style="list-style-type: none"> inchangée intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) diminuée (la personne s'isole) absence ou refus de toute communication 	0	0	0	0		
		1	1	1	1		
		2	2	2	2		
		3	3	3	3		
9. Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> 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	0	0	0		
		1	1	1	1		
		2	2	2	2		
		3	3	3	3		
10. Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> comportement habituel troubles du comportement à la sollicitation et itératif troubles du comportement à la sollicitation et permanents troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation) 	0	0	0	0		
		1	1	1	1		
		2	2	2	2		
		3	3	3	3		
SCORE							

L'échelle Doloplus® : WARY-B - Collectif Doloplus, «Plaidoyer pour l'évaluation de la douleur chez le sujet âgé», Gérontologie et Société, 1997, 78, 83, 94.

4. La prise en charge de la douleur des sujets âgés

La prise en charge de la douleur de la personne âgée souffrante ne se limite pas à la prise en charge de la douleur. Plus que chez le jeune, la douleur chronique du sujet âgé est améliorée par une approche globale qui tient compte du retentissement psychologique et social de la pathologie algique. Il est nécessaire de traiter parallèlement à la douleur, l'anxiété, l'angoisse et la dépression réactionnelle. Il s'y associe le traitement des autres symptômes comme la dyspnée, la toux, les nausées, l'insomnie et l'agitation souvent présente au stade terminal de la maladie.

4.1 Principes généraux

Les soignants doivent toujours expliquer aux sujets âgés la nature de leurs douleurs et les moyens mis en oeuvre pour les calmer.

Il est nécessaire de se fixer des objectifs : il est prioritaire de supprimer les douleurs de repos ; il faut obtenir un sommeil de bonne qualité ; il est nécessaire de réévaluer régulièrement l'effet du traitement et d'adapter les doses des antalgiques.

Lors de douleurs continues, il faut, comme chez les sujets jeunes, préférer la voie orale chaque fois que cela est possible. Il est indispensable de respecter des horaires de prises fixes déterminés, jour et nuit, par la durée d'action du médicament. Il est fondamental de maintenir un effet antalgique constant par une posologie régulière en évitant la prise au coup par coup (jamais de prescription : "en cas de besoin"...).

4.2 Paliers d'antalgie

La stratégie thérapeutique en trois niveaux de l'OMS est un repère intéressant pour les douleurs chroniques et aiguës (Tableau 2).

Il existe néanmoins des précautions d'utilisation particulières à prendre au grand âge.

■ 1^{er} palier : les antalgiques non opiacés

Le paracétamol est actuellement le médicament de référence, car il est le mieux toléré en gériatrie. La prise à raison de 500 mg à 3 g toutes les 4 heures, sans dépasser 3 g par jour, permet le soulagement de douleurs assez invalidantes. En cas d'insuffisance rénale sévère, il faut espacer les prises et réduire la posologie journalière. Le proparacétamol injectable est un bon antalgique durant la période post-opératoire.

L'aspirine, très efficace pour certaines douleurs rhumatismales avec des doses quotidiennes supérieures à 1 g, est souvent mal tolérée sur le plan gastrique chez les personnes âgées.

■ 2^e palier : le paracétamol associé à des opioïdes faibles

Les associations du paracétamol avec de la codéine ou du dextropropoxyphène, prises toutes les 4 heures, permettent de prendre en charge des douleurs plus importantes. Cependant, chez le sujet âgé, ces opioïdes faibles favorisent une somnolence et des troubles du transit intestinal avec parfois des rétentions urinaires. Le dextropropoxyphène (demi-vie 24 heures chez les sujets âgés), favorise des états confusionnels avec hallucinations. La tramadol (Topalgic®) est un opioïde de nouvelle génération dont les effets neuropsychiques semblent également majeurs chez les sujets âgés (convulsions, confusion).

■ 3^e palier : les morphiniques

La morphine par voie orale est chez la personne âgée l'antalgique de référence dans les douleurs sévères.

En raison des modifications pharmacocinétiques et dynamiques liées au vieillissement, le traitement morphinique au long cours s'accompagne d'un risque important d'accumulation de métabolites actifs. Cliniquement, la sensibilité du sujet âgé est 3 à 4 fois supérieure à celle du sujet jeune.

Tableau 2 : Schémas thérapeutiques de la douleur

Excès de nociception		
Douleur faible	Antalgique périphérique	Paracétamol - Aspirine
Douleur moyenne	Opioïde faible	Paracétamol - Codéine Paracétamol - Dextropropoxyphène Topalgic
Douleur forte	Opioïde majeur	Sirop de morphine Moscontin® - Skénan® - Durogésic®
Méta osseuse Tassement Compression	1 ^{ère} intervention Corticoïdes	AINS Solumédrol® Solupred® - Cortancyl®
Désafférentation		
Superficielle Brûlure Dysesthésie	Tricycliques Inhibiteur recapture sérotonine Electrostimulation	Anafranil® - Laroxyl® Floxifral®
Profonde Fulgurante En éclair (décharge neurone)	Antiépileptiques	Rivotril® Tégrétol®

Pour cette raison, la période de titration impose l'utilisation de la morphine-base avec une posologie initiale très faible de 2 à 5 mg toutes les 4 heures (posologie plancher : 12 mg / 24 heures) (1 ml de solution = 1 mg de chlorhydrate de morphine). Une réévaluation régulière de l'effet antalgique permet d'adapter la posologie. Le relais, une fois le plateau d'efficacité atteint, peut être pris par la morphine à libération prolongée (Moscontin® ou Skénan®) qui est active sur une période de 8 à 12 heures et qui permet d'éviter les prises nocturnes. La dose peut être augmentée toutes les 12 ou 24 heures. Il faut prévenir le patient et son entourage d'une somnolence possible au début du traitement. La constipation est constante et doit être traitée systématiquement par des laxatifs. De même, la fréquence des nausées impose la prescription systématique d'antiémétiques.

La voie intraveineuse est rarement utilisée pour le contrôle de la douleur, mais elle est nécessaire si le patient vomit, a des troubles de la déglutition ou de la conscience. Il faut utiliser de préférence la voie sous-cutanée en

injection toutes les 4 heures ou en continu à la seringue électrique grâce à une épicroténienne laissée en place 3 à 7 jours. Le chlorhydrate de morphine est deux à trois fois plus actif en injection que par la bouche. Il faut diviser la posologie par deux lorsqu'on passe de la voie orale à la voie sous-cutanée. L'utilisation d'un agoniste morphinique comme le Fentanyl par voie percutanée sous forme d'un patch (Durogésic®) est possible en deuxième intention à la posologie initiale de 25 mg toutes les 72 heures.

La pratique montre, comme chez l'adulte jeune, que l'état de dépendance psychologique et l'accoutumance ne s'observent pas chez les patients qui souffrent. De nombreux patients prennent des posologies stables au long cours et les posologies moyennes utilisées en fin de vie sont de l'ordre de 25 mg / 24 heures par voie sous-cutanée.

Les techniques d'attribution autocontrôlée de morphine par le biais d'une pompe (technique PCA) ne s'appliquent qu'aux personnes âgées qui ont des capacités de compréhension conservées.

Les autres opiacés sont d'utilisation moins codifiée et ne sont pas indiqués dans les douleurs chroniques.

Ils peuvent être utilisés pour des douleurs aiguës, de manière ponctuelle. Le sulfate de morphine à libération immédiate (Sevredol®) a une demi-vie brève et peut être associé à la prise simultanée de morphine au long cours. Par contre la buprénorphine (Temgésic®) et la pentazocine (Fortal®) ont une action de type agoniste-antagoniste et ne peuvent pas être utilisés avec un autre morphinique. Ils sont souvent mal tolérés chez le sujet âgé.

4.3 Adjuvants ou traitements coantalgiques

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont une activité analgésique limitée. Ils se fixent sur les protéines sériques et entrent en concurrence avec d'autres médicaments fréquemment prescrits chez la personne âgée (anticoagulants, antidiabétiques oraux, digoxine, antiépileptiques).

Les antidépresseurs, en cas de syndrome dépressif associé, ont une place de choix comme traitement adjuvant. Les tricycliques sont déconseillés du fait de leurs effets anticholinergiques majeurs. Néanmoins, dans le cas particulier des douleurs neurogènes, l'utilisation de faibles doses de tricycliques a montré une efficacité reconnue.

Les antiépileptiques, carbamazépine (Tégréto®), clonazépam (Rivotril®), gabapentine (Neurontin®) sont utiles dans les douleurs de désafférentation mais leur posologie initiale doit être extrêmement faible pour éviter la survenue d'effets secondaires neuropsychiques.

La corticothérapie sous forme de méthylprédnisolone (Solumédrol®), à la dose de 40 à 120 mg / j, permet de réduire les effets secondaires de l'extension tumorale (hypercalcémie associée à des métastases osseuses, oedème cérébral, compressions nerveuses). Elle est utilisée à un stade tardif, souvent dans un but palliatif, car elle a un effet bénéfique sur l'état général même à 20 mg par jour.

4.4 Techniques non médicamenteuses

La kinésithérapie a une place de choix dans la prise en charge globale de la douleur. La mobilisation douce passive et les massages permettent de réduire les contractions douloureuses et l'enraidissement articulaire et ils procurent, s'ils sont prudents, une sensation de bien-être. En stimulant la proprioception, les séances de kinésithérapie maintiennent le schéma corporel et évitent la désafférentation proprioceptive.

Les méthodes de relaxation comme la sophrologie représentent un savoir-faire particulier, peu répandu en gériatrie. Elles ont une utilité certaine en fin de vie chez des sujets n'ayant pas de trouble cognitif trop sévère.

Les techniques d'interruption des voies de la douleur sont rarement utilisées en dehors de la thermocoagulation percutanée du ganglion de Gasser dans les névralgies du trijumeau.

La neurostimulation transcutanée se discute pour les douleurs par lésion d'un plexus nerveux ou d'une racine d'un nerf périphérique.

5. La fin de vie

La mort en gériatrie ne doit pas être comprise comme un échec bien que la médecine moderne revendique souvent le pouvoir de repousser les limites de la vie. Dans nos sociétés, 80% des gens qui meurent ont plus de 65 ans. La médecine gériatrique doit être capable d'établir un projet de soin et d'accompagnement incluant les proches, basé sur le soulagement de la douleur et l'écoute des besoins exprimés par le patient.

5.1 Les obligations déontologiques

L'Article 37 du Nouveau Code de Déontologie Médicale paru en 1995 établit pour le médecin une obligation de faire tout son possible pour soulager la souffrance du malade. Cette obligation n'admet pas

d'exception : elle s'applique en toutes circonstances.

L'Article 38 stipule : «Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.»

Le Code de la Santé Publique indique que les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux doivent mettre en oeuvre des moyens propres définis par le Projet d'Etablissement pour prendre en charge la douleur des personnes qu'ils accueillent.

La Charte du patient hospitalisé (1995) précise que lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques. Elles sont accompagnées si elles le souhaitent par leurs proches et les personnes de leur choix et naturellement par le personnel.

5.2 Soins palliatifs et soins terminaux

Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne en phase évoluée d'une maladie potentiellement mortelle. Dans ce concept, il devient primordial de prendre en compte et de soulager les douleurs physiques, ainsi que la souffrance psychologique et spirituelle des patients. Les soins palliatifs sont souvent associés à des soins curatifs encore utiles dans le contexte de la maladie causale. Les effets positifs ou les inconvénients des traitements entrepris (sonde, perfusion...) sont évalués très régulièrement par les équipes soignantes pour éviter le risque de trop d'abstention thérapeutique et celui de l'escalade thérapeutique.

La pratique de soins palliatifs en gériatrie s'est étendue à d'autres pathologies que le cancer: défaillances viscérales graves (insuffisance cardiaque ou rénale), AVC étendus, polypathologies évoluées avec dépendance lourde et démences.

Une réflexion éthique est alors indispensable avec l'équipe soignante avant d'entreprendre des interventions chirurgicales lourdes, la mise en place de sonde d'alimentation ou d'intubation ou même des techniques de réanimation de pratique courante chez les sujets plus jeunes.

A ce moment l'imminence du décès doit être dite par le médecin à l'ensemble des intervenants, dont la famille, sur la base des observations recueillies. Cette annonce vise à éviter les discordances d'une équipe où chacun percevrait à des moments différents le passage à la phase terminale, mais tend à assurer, au contraire, la participation concertée, chacun dans son rôle, aux soins de fin de vie. Dès lors, l'objectif essentiel est le confort du patient évitant les examens complémentaires et les thérapeutiques inutiles, en prenant en considération les risques (épuisement, douleur ...) et l'effet thérapeutique escompté.

Les soins terminaux considèrent le malade comme un vivant et sa mort comme un processus normal. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès.

6. Réactions psychologiques des patients âgés face aux maladies en phase terminale

La fin de vie provoque une période de crise psychologique intense durant laquelle la personne doit intégrer les pertes, accepter les changements, faire le deuil de sa vie et être capable de réinvestissement dans une existence devenue autre.

L'évolution psychologique qui mène à la mort se fait lors d'étapes qui dépendent du stade de la maladie, de la personnalité et des mécanismes de défense propres à chaque individu. E. Kübler - Ross a décrit schématiquement 5 étapes n'ayant pas un lien chronologique obligatoire entre elles.

- **Le refus, la dénégation sous l'effet du choc**, la prise de conscience de

l'irréversibilité de la maladie et de la proximité de la mort, entraînent un état momentané de paralysie totale, physique et psychologique qui laisse la personne sidérée, vide de sentiments et de repères. Elle n'intègre pas les informations, elle refuse d'admettre un diagnostic ou un pronostic grave. Cette attitude traduit un mécanisme de défense inconscient qui permet à une personne confrontée au bouleversement de son existence de ne pas être détruite.

■ **La colère, la révolte, l'agressivité**

Elle est le signe d'une frustration insupportable par rapport à ce que la maladie ou la vieillesse nous oblige à accepter et ce à quoi il faut renoncer. C'est une agressivité contre ceux qui ont encore la possibilité de vivre et de faire des projets. La colère peut se projeter sur la famille ou les soignants.

■ **La culpabilité et le marchandage**

Le patient ressent une culpabilité à renoncer et à accepter la fin, alors qu'il souhaite encore s'accrocher à la vie. Certains connaissent une boulimie et une soif de vivre qui bouleversent l'entourage.

■ **La tristesse et la dépression**

L'approche de la mort est une expérience de séparation qui entraîne de la tristesse. Un travail d'acceptation est nécessaire. Le passage par un état dépressif est fréquent.

■ **L'acceptation, la résignation, le lâcher prise**

Le malade accède à cette dernière étape s'il a eu du temps d'évoluer et a été aidé pour franchir les étapes précédentes. Il peut, dans l'ambivalence, exprimer en même temps une acceptation de la mort et de la vie. Malgré l'imminence de la mort, le patient sait vivre chaque instant intensément et est encore capable de projets. Inversement, certains patients confrontés à la fin de vie vivent cette crise sans expression, sans

sursaut, avec un glissement progressif dans l'abandon, insensibles aux sollicitations de l'entourage. Parfois, la phase terminale déclenche des comportements régressifs pouvant se manifester par des propos confus ou délirants, ou évoquer des attitudes de nourrisson.

Tout au long de l'évolution psychologique de la phase terminale, il est important pour le personnel soignant de comprendre et de respecter les mécanismes de défense face à l'angoisse de la mort. L'écoute et la présence permettent au patient de partager ce qu'il ressent et d'accéder au stade de l'acceptation.

7. Les symptômes d'inconfort en fin de vie

Si la lutte contre la douleur est une priorité essentielle, l'accompagnement en fin de vie nécessite une évaluation rigoureuse d'autres besoins fondamentaux.

7.1 Nursing et mobilisation

Des soins de base méticuleux participent au confort du malade. La toilette, la coiffure et le rasage doivent être étalés dans le temps en cas d'épuisement physique. L'examen attentif des zones d'appui, leur protection et les changements de position répétés évitent l'apparition d'escarre. Les matelas mousse compartimentés ou les matelas à air alterné sont justifiés chez les sujets à risque.

La mise au fauteuil est effectuée systématiquement tant qu'elle est confortable. Les mobilisations quotidiennes effectuées par les aides soignantes et les kinésithérapeutes évitent les attitudes vicieuses.

7.2 Hydratation, alimentation et symptômes digestifs

Pour maintenir la notion de plaisir et de convivialité liée aux repas, l'alimentation et l'hydratation orale restent la forme privilégiée d'alimentation. Malgré la fréquence des troubles digestifs en phase

terminale, 90 % des patients peuvent boire et manger jusqu'à leur dernier jour de vie, grâce à des soins de bouche adaptés.

■ **L'hydratation**

L'hydratation est effectuée en priorité par voie orale chez les sujets âgés les boissons doivent être proposées à heures fixes. En fin de vie, l'hydratation artificielle n'apporte aucun confort supplémentaire. A l'inverse, les soins de bouche réguliers sont indispensables.

Lorsqu'une hydratation est souhaitée, la voie sous-cutanée (hypodermoclyse) est la méthode privilégiée en raison de son innocuité et de sa facilité de surveillance. Elle permet en outre l'adjonction de certains médicaments de confort (tableau 3).

■ **Les soins de bouche**

Une bouche propre et bien hydratée permet une parole et une déglutition plus faciles ; l'haleine reste fraîche.

Avec le vieillissement, les atteintes buccales sont fréquentes en raison d'une réduction des sécrétions salivaires, des effets secondaires de médicaments, du port de prothèses dentaires (persistance fréquente de chicots), d'une respiration par la bouche et des mycoses.

Les lésions buccales gênent l'alimentation, deviennent douloureuses, altérant la qualité de vie (haleine fétide). Les équipes soignantes doivent être sensibilisées à l'importance des soins de bouche qui sont un élément essentiel au confort du patient en phase terminale (tableau 4).

■ **L'alimentation**

L'alimentation par la bouche doit être conservée le plus longtemps possible. Il est nécessaire de fractionner les repas et de proposer des collations avec des boissons enrichies en protéines. Les aliments les mieux acceptés sont lactés et sucrés. La présentation des repas est importante.

Tableau 3 : Utilisation de la voie sous-cutanée en fin de vie

Spécialité	DCI et spécialités	Posologie / 24h habituelle
Solutés	Glucose 5 % / Na Cl 0,9 %	0,5 -> 1,25 l
	Glucose 2,5 + Na Cl 0,45 %	0,5 -> 1,25 l
	Trophysan simple	0,5 l
Antalgiques	Chlorydrate de morphine	1/2 dose orale par Ampoule de 10 ou 20 mg / pousse-seringue
	Buprénorphine (Temgésic)	1/2 à 1 ampoule 0,3 mg 500 mg puis selon fonction rénale
Antibiotiques	Amikacine (Amiklin)	500 mg puis selon fonction rénale
	Ceftriaxone (Rocéphine)	500 mg / perfusion (risque de nécrose)
	Teicoplanine (Targocid)	400 mg puis selon fonction rénale
Antisécrétoires	Atropine	1/2 ampoule 0,25 mg / 4 fois
	Scopolamine (Scopos)	1/2 ampoule 0,25 mg / 4 fois
Antiémétiques	Métoclopramide (Primpéran)	1 ampoule 10 mg / 4 fois
	Halopéridol (Haldol)	1/2 ampoule 2,5 mg / 4 fois
Psychotropes et Antiépileptiques	Diazépam (Valium)	1/2 ampoule 10 mg / 4 fois
	Phénobarbital (Gardéнал)	1/2 ampoule 200 mg / 2 fois
	Midazolam (Hypnovel)	1 ampoule 5 mg / pousse-seringue
Corticoïdes	Dexaméthasone (Soludécadron)	1 ampoule 4 mg / 3 fois
	Méthylprédnisolone (Solumédrol)	1 ampoule 40 mg / 3 fois

Tableau 4 : Soins de bouche**Hydrater la bouche avec :**

eau en petites quantités
glaçons à sucer, glaces en sorbet
gelodiet
pulvérisation : spray d'Evian ou de Vittel

Nettoyage avec compresses imbibées :

d'eau bicarbonatée (bicarbonate 1,4 %)
toutes les 4 heures
à distance des repas

En cas de mycose surajoutée :

adjoindre à 500 ml de bicarbonate de sodium
à 1,4 %, 40 ml de Fungizone (100 mg / ml)
ou 5 ml de Mycostatine (100 000 U / ml)

En cas d'ulcérations douloureuses :

Xylocaïne gel 2 % en application locale
Ulcars 3 comprimés par jour à sucer
lentement avec chaque repas

Les préparations maintenues à température ambiante :

sont à renouveler toutes les 24 heures

L'indication d'une assistance nutritionnelle doit rester exceptionnelle à ce stade.

■ **Les nausées et les vomissements**

Ces symptômes sont fréquents en fin de vie et entraînent de l'inconfort.

Le métoclopramide (Primpéran®) et le dompéridone (Motilium®) ont une action centrale, normalisent le péristaltisme et relâchent l'antrum pré-pylorique.

Les butyrophénones (Haldol®) sont des antagonistes de la dopamine et sont efficaces sur les vomissements induits par la morphine. Les anticholinergiques (Atropine ou Scopolamine), de même que les corticoïdes, sont aussi actifs.

■ **La constipation et l'occlusion intestinale**

La constipation est habituelle en fin de vie sous l'effet de l'immobilisation, des modifications alimentaires et des médicaments (opiacés, anticholinergiques, neuroleptiques). La gêne abdominale est variable ; il y a fréquemment des fausses diarrhées secondaires à l'hypersecretion colique provoquée par la

stase fécale. Une surveillance régulière du transit intestinal est indispensable. En cas de constipation avérée un toucher rectal doit être systématique à la recherche d'un fécalome. Les laxatifs sucrés (Duphalac®, Lactulose®) ou osmotiques (Transipeg®, Movicol®) sont utilisés à titre préventif et curatif.

Les laxatifs utilisés par voie rectale déclenchent des réflexes exonérateurs (suppositoires de glycérine, Microlax®, Normacol lavement®).

En cas d'occlusion secondaire à une carcinose péritonéale ou à des tumeurs colorectales, il faut discuter l'indication d'une chirurgie palliative. Si elle n'est pas possible, les crises coliques sont améliorées par la scopolamine, le Buscopan® ou le Solumédrol® à fortes doses (120 - 240 mg / jour).

7.3 La dyspnée

La dyspnée se caractérise par une sensation subjective de gêne respiratoire. Elle n'est pas toujours proportionnelle à une lésion causale. Elle est souvent intriquée à l'angoisse. Les causes organiques principales sont l'encombrement bronchique avec bronchospasme, l'insuffisance cardiaque et les cancers évolués.

En cas d'encombrement pulmonaire, la kinésithérapie est la thérapeutique de première intention. Les fibro-aspirations au lit du malade ont une efficacité ponctuelle mais ne sont pas possibles dans tous les services et sont souvent mal supportées. Les corticoïdes réduisent le bronchospasme.

En cas d'hypersecretion bronchique importante ou dans les râles d'agonie, le bromhydrate de scopolamine (Scopos® 250 µg / ampoule à raison d'une ampoule / 8 heures par voie sous-cutanée) permet de réduire les sécrétions bronchiques et a un effet bronchodilatateur. Associé à la morphine, le bromhydrate de scopolamine atténue l'anxiété.

L'oxygénothérapie diminue l'effort respiratoire et rassure le patient. Elle doit être

utilisée lors d'une dyspnée aiguë (oedème aigu du poumon, embolie pulmonaire...).

La morphine a un effet bénéfique sur la sensation pénible de dyspnée. Si le patient n'est pas déjà traité par la morphine, le chlorhydrate de morphine à raison de 2,5 mg toutes les 4 heures par voie sous-cutanée, ou en injection continue à la seringue électrique, améliore son confort. Lorsque le patient reçoit déjà de la morphine, il convient d'augmenter la posologie jusqu'à la sédation de la dyspnée.

Les anxiolytiques contribuent à ralentir la fréquence respiratoire grâce à leur effet myorelaxant et apaisent l'angoisse induite par l'hypoxie. Le diazépam (Valium®) peut être utilisé par voie intrarectale à l'aide d'une canule adaptable à la seringue (par 1/2 ampoule de 10 mg). Le midazolam par voie sous-cutanée (Hypnovel® injectable 1/2 ampoule à 1 ampoule de 5 mg au pousse-seringue) entraîne une sédation vigile rapide et profonde.

7.4 L'incontinence et la rétention urinaire

L'immobilisation au lit et la déshydratation favorisent la survenue d'infections urinaires symptomatiques. En phase terminale, il apparaît une rétention urinaire incomplète ou complète avec des pertes d'urine favorisées par la stase fécale, soit par les médicaments (opiacés et anticholinergiques surtout). La mise en place d'une sonde à demeure peut, dans ces cas, améliorer le confort.

7.5 Le sommeil, la vigilance et l'agitation

La qualité du sommeil doit être maintenue. Elle est étroitement liée au contrôle de la douleur physique. Elle dépend aussi de l'anxiété et de l'état thymique.

Des états confusionnels d'origine multifactorielle (troubles métaboliques, stress, infection, anoxie cérébrale) peuvent apparaître dans les derniers moments de la vie. Ils sont favorisés par une sédation excessive d'origine médicamenteuse. La correc-

tion de l'hyperthermie et des troubles métaboliques, la réduction de la thérapeutique, améliorent la vigilance. Parallèlement, il est fondamental d'aider le patient à garder des repères (chambre calme et éclairée) et des contacts fréquents avec sa famille et l'équipe soignante.

Si l'agitation est importante avec cauchemars et hallucinations, il faut penser à réduire ponctuellement la posologie des opiacés et à utiliser l'halopéridol avec posologie initiale inférieure à 1 mg / 24 heures.

8. L'accompagnement psychologique

La personne âgée accepte plus facilement que l'adulte jeune l'idée de sa mort proche. Elle parle généralement de sa mort en employant un langage symbolique ("Je veux partir, je n'ai plus d'attache, j'ai fait ma vie..."). Il est important d'être à l'écoute de ses désirs et de lui apporter un apaisement en lui signifiant qu'elle est comprise. En institution, la connaissance des anciennes habitudes de vie, de l'histoire familiale et des liens avec l'entourage facilitent le travail d'accompagnement.

Lorsque l'on accompagne un patient confus ou dément, la relation verbale est réduite voire inexistante, il faut alors s'aider d'autres moyens de communications comme le toucher ou la simple présence.

Pour favoriser les échanges au dernier moment de la vie, il faut faire prendre conscience à la famille de la proximité de la mort et accueillir les proches nuit, et jour si nécessaire, avec un minimum de contraintes.

Il convient également d'éviter de mettre ses proches en situation de devoir prendre des décisions concernant la poursuite ou l'interruption de traitement, qui pourraient entraîner une culpabilisation ultérieure.

9. L'aide aux familles

L'aide aux familles au moment d'un décès doit être associée à la prise en charge du patient en phase terminale.

Le travail de deuil s'élabore plus facilement si les familles ont été régulièrement informées du déroulement de la maladie, du pourquoi des soins et des choix faits par l'équipe soignante. Il existe de l'amertume ou de la culpabilité lorsque le deuil survient de "manière prématurée" ou en l'absence d'un membre de la famille.

Lorsque la famille s'interroge sur les derniers moments de vie, il importe de lui donner les informations les plus exactes possibles, notamment si le patient n'a pas ressenti de souffrances physiques. Une agressivité envers l'équipe soignante est le signe d'une souffrance familiale : tristesse, peur de la mort de l'autre ou de soi, questionnement existentiel, problème de succession, situation sociale précaire du survivant...

Après le décès, une entrevue avec l'évocation de la mémoire du défunt permet d'apporter une aide et un apaisement à la famille.

10. L'aide aux équipes

Pour une équipe soignante, en cas de deuils répétés, un soutien psychologique est nécessaire par un personnel qualifié, généralement un psychologue. L'expression du personnel au sein du groupe de parole lui permet d'aborder le thème de la mort, en vue de réduire les sentiments de culpabilité et d'angoisse.

11. Conclusion

Le traitement de la douleur et l'accompagnement d'une personne âgée mourante sont des réalités pour les professionnels. Dans ce contexte il importe pour le gériatre d'élargir le concept de soins palliatifs aux phases terminales de toutes les maladies. Le travail de l'équipe gériatrique est de maintenir jusqu'au bout une relation entre le malade, sa famille et les soignants. L'écoute et l'aide pour faire face à la mort malgré la souffrance, les difficultés de communication, les bouleversements affectifs induits par l'épuisement physique, le polymorphisme des symptômes et les difficultés techniques requièrent de la part de l'équipe et du médecin une formation et des qualités professionnelles et humaines.