



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Douleur chronique et État de Stress Post-Traumatique chez la personne âgée



Chronic pain and Posttraumatic Stress Disorder in elderly

Nicolas Delrue^{a,*}, Arnaud Plagnol^{b,c}^a EHPAD Les Mimosas, groupe ORPEA-CLINEA, avenue Saint-Laurent, 06520 Magagnosc-de-Grasse, France^b Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie, université Paris 8, 2, rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis, France^c Institut d'histoire et de philosophie des sciences et des techniques, 13, rue du Four, 75006 Paris, France

I N F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Reçu le 15 décembre 2014

Accepté le 15 décembre 2014

Disponible sur Internet le 10 mars 2016

Mots clés :

Cas clinique

Douleur chronique

Établissement pour personne âgée

Personne âgée

Syndrome post-traumatique

Trouble psychosomatique

Trouble réactionnel

Keywords:

Chronic pain

Clinical case

Facility for seniors

Old person

Posttraumatic syndrome

Psychosomatic disorder

Retirement/nursing home for elderly

Trouble reaction

R É S U M É

Des travaux récents mettent en évidence l'existence fréquente de plaintes somatiques co-morbides lors d'États de Stress Post-Traumatique avec des facteurs de maintien similaires pour les deux entités. Cependant, concernant le sujet âgé, les données disponibles sont très restreintes. Nous proposons l'hypothèse que les douleurs chroniques présentées par les sujets âgés institutionnalisés peuvent révéler un État de Stress Post-Traumatique. Nous vérifions la pertinence de cette hypothèse chez cinq sujets âgés douloureux féminins récemment entrés en institution. Dans ces cinq situations, la douleur chronique s'avère être en lien avec la réactivation d'un traumatisme ancien ou l'impact d'un traumatisme récent. De plus, un protocole thérapeutique bref fait régresser tant la douleur que l'État de Stress Post-Traumatique. Nos résultats invitent à rechercher systématiquement une telle pathologie lors de douleurs somatiques chez une personne âgée entrée en institution.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

A B S T R A C T

Background. – Recent studies have highlighted the frequent co-occurrence of somatic complaints in Posttraumatic Stress Disorders. Moreover, symptoms of Posttraumatic Stress Disorder are more severe during associated chronic pain. However, the data about the elderly are very scarce.

Objectives. – This study investigates the hypothesis that chronic pains presented by the elderly in retirement/nursing home may be a manifestation of Posttraumatic Stress Disorder. Moreover we argue that the two entities would tend to maintain each other but that a simultaneous treatment could be efficient.

Patients. – We present five clinical cases of female patients of 84, 88, 91, 92 and 97 years. Each of these patients has recently entered a nursing home (less than one year) and was complaining about a chronic pain that was unexplained by a medical factor.

Method. – In each case, the pain was measured on Algoplus scale, a detailed physical check-up was negative, and a Posttraumatic Stress Disorder was diagnosed using a clinical interview and the Clinician Administered PTSD Scale. After diagnosis, a short treatment protocol was proposed to decrease pain and Posttraumatic Stress Disorder symptoms. The Algoplus scale and the Clinician Administered PTSD Scale were filled again after treatment and after six months of follow-up.

Results. – For each patient the reactivation of a trauma has been evidenced. The trauma was related to a war situation (several decades before) or related to a recent bereavement in the family. Our data highlight some mechanisms involved in the maintenance of pain in relation with a Posttraumatic Stress Disorder, in particular the role of hypervigilance and avoidance. In each case, five to thirteen weeks of specific treatment have improved both the pain and the Posttraumatic Stress Disorder.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.delrue@etud.univ-paris8.fr (N. Delrue).

Conclusions. – These results suggest the interest of a systematic search for a Posttraumatic Stress Disorder when the clinician encounters a painful patient who has recently entered a nursing home, especially for the age groups concerned with war and deportation.

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Depuis la sortie du DSM-III en 1980 [1] et la définition des États de Stress Post-Traumatiques (ESPT), les syndromes traumatiques ont acquis une nouvelle visibilité en psychiatrie. En 1991, une recherche menée par Davidson et al. s'attarde pour la première fois sur les troubles psychosomatiques co-morbides, révélant que les sujets ayant présenté un ESPT sont 90 fois plus nombreux que les autres à souffrir de douleurs et somatisations diverses [12]. Depuis, de multiples travaux ont cherché à qualifier les liens entre ESPT et troubles somatiques. Cependant, les modèles et traitements ont été jusqu'ici testés principalement chez les jeunes adultes et les vétérans de guerre. Nous proposons ici une étude exploratoire des liens entre douleur chronique et ESPT chez la personne âgée.

2. L'État de Stress Post-Traumatique chez la personne âgée

Rappelons que l'ESPT est caractérisé par trois groupes de signes :

- symptômes de reviviscence de l'événement traumatique ;
- symptômes d'évitement des pensées, lieux, personnes rappelant l'événement traumatique, associés à une paralysie émotionnelle ;
- symptômes d'hyper-éveil tels des troubles du sommeil et de l'attention, une hypervigilance et une irritabilité. Un ESPT se développe après l'exposition à une situation où la personne a ressenti une menace concernant son intégrité ou celle d'autrui, avec une peur intense et un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

On distingue l'ESPT « récent », survenant peu de temps après l'exposition traumatique, et l'ESPT « différé » (ou « retardé »), dont les symptômes se déclenchent au moins six mois après l'exposition, et parfois après plusieurs années de vie sans symptôme.

Toute personne exposée à un événement traumatique ne développe pas un ESPT. La vulnérabilité personnelle, l'âge au moment de l'exposition, le support social, l'accumulation de facteurs de stress ou le courage personnel jouent un rôle important [21]. Certaines recherches estiment que 69 % de la population générale sont exposées à au moins un événement traumatique au cours de la vie [29]. Environ 5 à 10 % de la population générale connaissent un épisode d'ESPT [4,20,26,27], avec une prévalence plus élevée pour les femmes (10 %) que pour les hommes (5 %) [20]. Cependant, les études sur l'ESPT chez le sujet âgé restent peu nombreuses [10].

2.1. Aspects épidémiologiques et cliniques

Il semble difficile d'obtenir des taux de prévalence de l'ESPT chez les personnes âgées car les sujets qui ont subi un traumatisme dans leur jeunesse n'ont souvent pas été diagnostiqués et l'ESPT chez les plus âgés « est souvent confondu avec des symptômes physiques qui masquent le tableau psychologique » ([22], p. 98). Ce trouble concernerait 0,9 % des plus de 60 ans [11] mais ce chiffre serait nettement sous-estimé pour Averill & Beck [6]. En particulier, l'ESPT concernerait 28 % des individus victimes de catastrophes naturelles âgés de 62 à 73 ans [14], tandis que chez les

vétérans de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée, le taux oscille considérablement (de 3 à 56 % selon les études !), même s'il semble très élevé chez les anciens prisonniers de guerre (67 %) [6].

Des études récentes considèrent que la symptomatologie de l'ESPT chez la personne âgée est proche de celle décrite chez l'adulte plus jeune [6,11], avec toutefois quelques particularités selon que les patients ont subi un traumatisme jeune ou à un âge avancé. Chez les sujets âgés ayant connu un événement traumatique jeunes, une évolution épisodique de l'ESPT semble dominer avec des périodes d'exacerbation des symptômes et des périodes de rémission. Plusieurs études, parfois contradictoires, menées sur les vétérans de guerre, suggèrent une plus grande variabilité des symptômes dont l'importance se modifie au cours du temps et selon le traumatisme subi [23,40]. Chez les individus âgés ayant subi un traumatisme à un âge avancé, les symptômes rapportés semblent différer légèrement de ceux observés au sein d'une population plus jeune : notamment les troubles du sommeil ou les crises de larmes semblent être majorés [15].

Pour Charles et al. [11], quatre formes d'ESPT sont à distinguer chez la personne âgée :

- l'ESPT *aigu* ou *de novo*, consécutif à un traumatisme subi après 60 ans ;
- l'ESPT *chronique*, c'est-à-dire la persistance chez un sujet âgé d'un ESPT apparu plus jeune ;
- l'ESPT *complexe*, qui correspond à des modifications durables de la personnalité quand des traumatismes répétés ont eu lieu au cours du développement ;
- enfin et surtout, l'ESPT *retardé* ou *différé* qui serait le plus spécifique et le plus fréquent chez le sujet âgé. Cette dernière forme correspond à la décompensation tardive d'un traumatisme psychique ancien ou à la réactivation d'un ESPT parfois après plusieurs décennies sans symptôme.

Ainsi, les personnes exposées à des traumatismes tels que les guerres peuvent vivre de façon adaptée pendant de longues années, puis être envahies par les symptômes de l'ESPT dans leur vieillesse, alors qu'augmente leur vulnérabilité physique et psychologique [6]. Briole et al. [9] évoquent plus précisément un syndrome de répétition traumatique resté silencieux de nombreuses années mais qui se réactiverait lors de la confrontation à deux types d'événements :

- ceux qui entraînent une perte de l'étayage ou des ruptures sociales (hospitalisation ou institutionnalisation du patient, pathologie organique sévère...);
- et ceux qui reproduisent les circonstances de l'événement traumatique initial (comme une commémoration).

2.2. Origines de l'État de Stress Post-Traumatique

Les événements traumatiques les plus fréquents à l'origine d'un ESPT différé chez la personne âgée seraient liés aux guerres [10]. Plusieurs études suggèrent qu'un traumatisme lors de la Seconde Guerre mondiale en tant qu'enfant ou jeune adulte induit un risque plus élevé d'ESPT différé au cours du vieillissement

[23]. Une recherche portant sur 124 sujets juifs internés dans le camp d'Auschwitz puis émigrés au Canada montre ainsi que cette population est trois fois plus susceptible de présenter les symptômes d'un ESPT retardé que ceux n'ayant pas connu de camp de concentration [10]. Chez les anciens prisonniers de guerre, les symptômes d'un ESPT peuvent apparaître de nombreuses années après l'exposition traumatique [17]. Une étude récente portant sur 814 personnes aléatoirement sélectionnées au sein de la population allemande indique que le pourcentage de personnes âgées ayant vécu au moins un traumatisme durant leur vie s'accroît avec l'âge et que ce pourcentage atteint 64,3 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus, les auteurs notant que la principale cause de ces traumatismes est la Seconde Guerre mondiale [13].

2.3. Vulnérabilité à l'État de Stress Post-Traumatique différé

Malgré le peu d'éléments recueillis sur l'ESPT différé chez la personne âgée, plusieurs hypothèses ont été proposées [22] :

- les sources de stress seraient multipliées au cours du vieillissement, ce qui userait progressivement les capacités de réponse de la personne âgée. Par exemple, 43 % des sujets qui vivent l'apparition tardive d'un ESPT avaient des changements de vie significatifs durant l'année précédente, comme un départ à la retraite, un deuil, une entrée en maison de retraite [6] ;
- les individus âgés auraient moins de souplesse cognitive pour éviter les souvenirs et les sentiments liés au traumatisme ;
- avec l'avancée en âge, la capacité de *coping* physique et psychique serait diminuée, ce qui augmenterait l'impact de certains facteurs de stress susceptibles de précipiter un ESPT retardé ;
- le grand âge serait une période de réflexion et de mise en cohérence de la vie. Or, donner un sens à un événement traumatique vécu des années auparavant pourrait représenter une tâche impossible, précipitant le déclenchement possible d'un ESPT différé. Hertz [18] suggère aussi que les individus âgés bénéficient de davantage de temps pour réfléchir aux événements de leur vie, y compris aux épisodes traumatiques, ce qui expliquerait la forte prévalence de l'ESPT différé au sein de cette population ;
- des événements qui ressemblent au traumatisme initial (en particulier certains types de conflit) pourraient s'accumuler avec l'âge, au point d'entraîner finalement un ESPT retardé [30].

3. La douleur chronique dans l'État de Stress Post-Traumatique

La douleur se définit comme une sensation désagréable et une expérience émotionnelle associée à des lésions tissulaires réelles, potentielles ou décrites comme telles, et est qualifiée de « chronique » quand elle persiste au-delà de six mois [24]. Des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont impliqués dans l'expérience douloureuse, faisant de la douleur un phénomène complexe et éminemment subjectif [5]. Environ 30 % des adultes des pays développés connaissent des douleurs persistantes qui entraînent de la souffrance mais également de la détresse, un sentiment de ne pas être compris, des limitations fonctionnelles significatives et une consommation abusive ou inappropriée de médicaments [5,36,37].

Depuis quelques années, dans le cadre d'un modèle multifactoriel (bio-psycho-socioculturel) de la douleur chronique [37], des travaux se penchent sur la possible causalité psychologique de certaines souffrances physiques, explorant notamment le domaine des troubles anxieux. Certaines études mettent en évidence des liens entre plaintes somatiques et ESPT [5]. Schnurr [33] indique ainsi que des douleurs chroniques accompagnent souvent l'ESPT,

tandis que selon St. Cyr et al. [35] près de 70 % des patients recevant un traitement pour une douleur chronique pourraient recevoir un diagnostic d'ESPT (contre 8 % en population générale). Symétriquement, Verrier [37] souligne que les traumatismes constituent un facteur de risque de troubles douloureux, et pour Rothschild [31] l'ESPT comporte d'importantes composantes somatiques : le système nerveux végétatif activé face à la menace d'un événement traumatisant est de nouveau stimulé à chaque nouvel indice du traumatisme, provoquant des flash-backs somatiques.

Ces liens entre douleurs chroniques et ESPT ont surtout été étudiés chez les adultes jeunes, les accidentés et les victimes de crimes. Concernant les sujets âgés, les vétérans de guerre ont constitué la principale population d'étude. Ceux chez qui un ESPT est diagnostiqué présentent des symptômes douloureux massifs, des problèmes de santé continus et une mortalité accrue [39]. Un militaire vétéran sur cinq souffrant de stress post-traumatique développe une douleur chronique [38] et certaines études avancent des taux de co-morbidité de 20 à 30 % [3] et même de 80 % chez les vétérans de combat [7]. Cependant, cette association entre État de Stress Post-Traumatique et douleur chronique a été très peu étudiée chez les personnes âgées civiles. Seule une recherche de Häuser et al. [16] prend pour cible une population spécifique de sujets allemands âgés de 60 à 85 ans : sur 773 individus étudiés, 19 % présentent des douleurs généralisées ; au sein de ce groupe, une majorité notable rapporte des épisodes traumatiques et 10,9 % un ESPT complet.

Selon Briole et al. [9], des douleurs somatiques associées à l'ESPT se retrouveraient fréquemment chez le sujet vieillissant, en raison d'une plus grande fragilité organique. Cependant, le trouble somatique peut être négligé par la personne car vécu comme une souffrance normale à cet âge [11]. Les douleurs musculaires ou stomacales, les troubles du sommeil, le ralentissement, l'inhibition, l'hypervigilance... peuvent ainsi être attribués à tort au vieillissement, aboutissant à une méconnaissance du syndrome traumatique. Par ailleurs, l'ESPT partage des symptômes avec d'autres pathologies psychiatriques comme la dépression, ce qui rend parfois le diagnostic difficile, et cela est particulièrement vrai pour le sujet âgé chez qui la plainte somatique se retrouve aussi bien dans la dépression masquée que dans l'ESPT. Le risque est alors de manquer le diagnostic d'ESPT au profit d'un diagnostic de trouble de l'humeur.

3.1. Maintien mutuel entre douleur chronique et EPST

Asmundson et al. [5], après avoir passé en revue la littérature, suggèrent qu'il existe des mécanismes liant étroitement ESPT et douleurs chroniques, les deux entités s'influençant négativement. Il semble que la présence simultanée des deux entités augmente la gravité des symptômes de l'une et de l'autre par des facteurs communs comme la peur, l'évitement ou encore la sensibilité à l'anxiété et la tendance à développer des anticipations catastrophiques. Quatre modèles explicatifs ont été élaborés pour éclairer le lien spécifique entre ESPT et douleurs, ces modèles restant encore à tester empiriquement.

A. *Modèle du « maintien mutuel »* de Sharp et Harvey (2001) [34]. La relation entre plainte somatique et ESPT relèverait de sept facteurs associés :

- les biais d'attention présents dans les douleurs somatiques chroniques et l'ESPT, si bien que les patients portent une attention spéciale aux stimuli douloureux ou menaçants ;
- la sensibilité à l'anxiété qui favorise une vulnérabilité aux événements catastrophiques ;
- l'évitement qui est adopté dans les deux troubles pour minimiser les douleurs et les pensées dérangeantes ;

- la fatigue et la léthargie associées à la dépression qui contribue au maintien des deux entités ;
- l'anxiété générale qui maintient à la fois les douleurs et les symptômes de l'ESPT ;
- les demandes cognitives exigées par les symptômes de la douleur et de l'ESPT qui limitent l'utilisation de stratégies adaptatives (*coping*) ;
- la douleur qui est un rappel de l'événement traumatique, amenant une réponse d'activation neurovégétative, d'où l'évitement de la cause de la douleur et de tous les souvenirs associés au traumatisme.

B. *Modèle de la « vulnérabilité partagée »* d'Asmundson et al. (2002) [5]. La sensibilité à l'anxiété serait un facteur prédisposant au développement et au maintien simultané de la douleur et de l'ESPT. Une personne avec un haut niveau de sensibilité à l'anxiété devient craintive à chaque sensation physique anormale et croit que ces symptômes sont les signaux d'une catastrophe imminente.

C. *Modèle de « l'évitement de la peur »* de Norton et Asmundson (2003) [25]. Les symptômes d'hyperactivation, augmentation du rythme cardiaque, de la circulation sanguine, de la tension musculaire... pourraient avoir pour conséquence d'augmenter directement les sensations de douleur, de renforcer les peurs et d'ancrer une croyance selon laquelle les activités physiques sont synonymes de souffrance, impliquant des comportements d'évitement.

D. *Modèle de la « triple vulnérabilité »* de Keane et Barlow (2002) [19]. Une triple vulnérabilité devrait être présente pour développer un trouble anxieux (ce qui s'appliquerait à la fois au développement d'un ESPT et d'une douleur chronique) :

- une vulnérabilité psychologique générale issue d'expériences précoces de non-contrôle sur des événements de vie saillants ;
- une vulnérabilité psychologique plus spécifique avec laquelle l'individu a appris à se focaliser de façon anxieuse sur des situations spécifiques ;
- et une vulnérabilité biologique générale.

Ces modèles n'ont pas encore été pleinement testés empiriquement, en particulier auprès des sujets âgés pour qui les données sur les liens entre ESPT et douleurs chroniques restent très restreintes.

3.2. Traitement de la douleur chronique liée à un État de Stress Post-Traumatique

Quelques études se sont penchées sur les spécificités du traitement de l'ESPT en présence de douleurs chroniques, essentiellement chez le jeune adulte, en soulignant l'intérêt des interventions qui favorisent la confiance en sa propre efficacité et la réduction des attentes catastrophiques. Les techniques cognitivo-comportementales proposent ainsi de traiter l'ESPT avec une prise en compte spécifique de la douleur combinée à un abord de la sensibilité à l'anxiété, ce qui permettrait de réduire à la fois les symptômes de l'ESPT et ceux de la douleur récurrente. Pour cela, la méthode de l'exposition intéroceptive, c'est-à-dire une exposition aux sensations internes allant à l'encontre de la tendance à les fuir, est préconisée. Scaer [32] a travaillé sur une telle approche chez des victimes d'accidents automobiles ayant développé un ESPT : il se base sur le ressenti somatique (*Somatic experiencing*, c.-à-d. l'ensemble des sensations provenant des organes sensoriels) pour accéder au traumatisme et traiter l'ESPT et la douleur chronique. Si Scaer conclut qu'une telle approche semble efficace, cette méthode n'est pas encore assez validée et n'a pas été spécifiquement testée auprès du sujet âgé.

4. Hypothèses et méthode

Les considérations précédentes nous conduisent à formuler l'hypothèse que les plaintes somatiques ou les douleurs chroniques présentées par la personne âgée entrant en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) peuvent manifester un ESPT méconnu. De plus, une prise en charge adaptée pourrait permettre de traiter simultanément et favorablement le syndrome douloureux et le syndrome traumatique.

Nous présentons ici cinq cas cliniques qui soutiennent ces deux hypothèses. Les cinq sujets, tous de sexe féminin, ont été rencontrés dans le cadre d'une activité de psychologue clinicien dans un EHPAD¹. Âgés de 84 à 97 ans, ils ont récemment été « institutionnalisés » (moins d'un an). À leur entrée en institution, les cinq sujets présentaient des niveaux élevés de douleur. La douleur a été mesurée avec l'échelle comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée (Algoplus : Rat et al., 2007 [28]) : un score supérieur ou égal à deux indique la présence d'une douleur, ce qui était le cas pour les cinq sujets. Chacun a bénéficié d'un bilan médical complet qui n'a révélé aucune cause organique notable sous-jacente aux souffrances physiques ressenties. En outre, à leur entrée en EHPAD, aucun des cinq sujets n'avait reçu auparavant un diagnostic d'État de Stress Post-Traumatique. Pour diagnostiquer un ESPT, la *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS : Black et al., 1990 [8]) a été utilisée au cours d'entretiens cliniques. Cette interview structurée permet de mesurer la présence, la fréquence et l'intensité des symptômes d'ESPT, tant actuels que dans la vie antérieure, en appliquant les critères du DSM-IV-TR [2] : exposition à un événement traumatique (A), symptômes de reviviscence (B), symptômes d'évitement (C), et symptômes d'hyper-éveil (D). Pour les cinq sujets étudiés, un diagnostic d'ESPT a ainsi été posé selon les critères de la CAPS.

Pour réaliser les prises en charge, les protocoles de traitement des douleurs chroniques dans l'ESPT, expérimentés sur d'autres populations [32], nous ont servi de guide pour définir les modalités thérapeutiques : nous précisons celles-ci après avoir présenté les sujets.

5. Présentation des cas

Nous décrivons d'abord pour les cinq patientes ce qui a conduit à proposer dans chaque cas l'hypothèse d'une interaction douleurs-ESPT, avant de décrire leur évolution avec le protocole thérapeutique mis en place.

5.1. Madame V.

Mme V. est une patiente âgée de 84 ans, entrée en EHPAD quatre mois auparavant. Depuis son institutionnalisation, Mme V. se plaint de douleurs aux jambes, l'empêchant de rester assise ou allongée et la poussant à marcher jusqu'à l'épuisement. Elle présente également de forts maux de ventre avec perte d'appétit et de poids, sans cause organique claire. Les entretiens cliniques permettent de mettre en évidence la présence d'un ESPT retardé qui se manifeste par l'ensemble des symptômes décrits par le DSM-IV-TR [2]. La patiente, de confession juive, a vécu la déportation à l'âge de six ans et a subi des violences physiques et psychologiques extrêmes, notamment des coups aux jambes pour l'empêcher de s'enfuir. Cette patiente n'avait jamais parlé ouvertement de ce traumatisme. Son entrée en EHPAD, vécue comme une privation de liberté, semble avoir provoqué la reviviscence somatique d'un événement traumatique (la déportation) resté silencieux très longtemps. On note une hypervigilance et un évitement concernant tant les douleurs

¹ L'investigateur de terrain est le premier auteur de cet article (N. Delrue).

(notamment aux jambes avec évitement de la position assise ou allongée) que les stimuli liés au traumatisme (avec de nombreuses réactions de sursaut).

5.2. Madame W.

Mme W. est une femme âgée de 97 ans. Depuis son entrée en EHPAD, neuf mois auparavant, la patiente se plaint de fatigue excessive ou de maux de ventre accompagnés de troubles alimentaires, et surtout de fortes douleurs au bras droit, sans cause organique évidente. Au cours des entretiens cliniques, un ESPT retardé est mis au jour chez Mme W. En effet, pendant la Seconde Guerre mondiale, la patiente a vécu à l'âge de cinq ans la mort de son père dont le bras fut arraché. Elle fut alors élevée par une mère démunie et a souffert de la faim. Les douleurs présentées par la résidente depuis son entrée en EHPAD semblent être une reviviscence somatique d'un ESPT resté silencieux pendant de nombreuses années, comme le suggère le lien possible entre les douleurs intenses au bras et la mort de son père. En outre, les douleurs stomacales et les troubles alimentaires (avec une hyperphagie pour les aliments sucrés) pourraient être en rapport avec la privation de nourriture pendant la guerre (Mme W. mangeait des sucreries cachées dans une boîte en fer). On retrouve une hypervigilance : Mme W. guette chaque douleur mais également le moindre bruit et la moindre venue jusqu'à l'épuisement. Elle a également recours à l'évitement *via* la fatigue qui justifie le repli dans sa chambre et le sommeil qui permet de fuir la douleur.

5.3. Madame X.

Âgée de 91 ans, Mme X. est une femme qui montre des troubles anxieux et dépressifs depuis son entrée en EHPAD il y a sept mois. Elle se plaint de maux de ventre et de fortes douleurs dentaires qui l'empêchent de manger, avec une peur de se mordre les lèvres, de saigner de la bouche et un début de perte de poids. Un ESPT retardé, selon les symptômes décrits par le DSM-IV-TR [2], est mis en évidence au cours d'entretiens cliniques. La patiente originaire du Nord de la France a été chassée violemment de chez elle avec ses parents par l'armée pendant la Seconde Guerre mondiale, alors qu'elle était une enfant. Elle a connu l'exil et la faim. Chez cette patiente, le traumatisme semble réactivé par l'entrée en EHPAD et la perte du domicile, ce qui se manifesterait donc par des reviviscences somatiques. En effet, aucun symptôme de cet ordre n'était présent avant son entrée en institution et la patiente n'avait jamais vraiment parlé de ce traumatisme lié à la guerre. En ce sens, les douleurs dentaires et la peur des saignements buccaux pourraient être liées au souvenir traumatique de l'exil : la résidente raconte que la faim provoquait un goût de sang « atroce » dont elle se souvient encore. Ses douleurs dentaires l'empêchent de s'alimenter, tout comme la fuite de sa ville de naissance l'a empêchée de se nourrir. Nous retrouvons l'hypervigilance car la patiente guette tous les stimuli lui rappelant sa région d'origine ou les changements de lieu. Elle est également hypervigilante aux aliments pouvant provoquer des douleurs dentaires ou des maux de ventre. Nous retrouvons également l'évitement : Mme X. évite les stimuli associés à la guerre et, s'il est compréhensible qu'elle évite les douleurs par un refus alimentaire, on peut remarquer que la résidente refuse plus spécifiquement de manger de la viande par peur du goût du sang.

5.4. Madame Y.

Mme Y. est une patiente âgée de 88 ans. Depuis son entrée en EHPAD deux semaines plus tôt, elle se plaint de fortes céphalées et de fatigue, sans cause organique démontrable. Au cours des premiers entretiens cliniques, un ESPT récent est mis en évidence.

Mme Y. est entrée en EHPAD à la suite du décès de son époux, vécu comme un événement traumatique. Chez elle, les céphalées semblent être un symptôme physique de cet ESPT sous-jacent. La patiente explique en effet à quel point la maladie de son époux l'a préoccupée jour et nuit, l'empêchant de dormir tant elle ne pouvait s'empêcher d'y penser. Les maux de tête renverraient à cette période d'intenses préoccupations. Nous retrouvons là encore hypervigilance et évitement : Mme Y. guette tout ce qui peut provoquer les douleurs mais aussi tout ce qui pourrait lui rappeler la perte du conjoint, évitant de penser au décès de son époux et se protégeant des céphalées par de longues périodes de sommeil.

5.5. Madame Z.

Mme Z. est âgée de 92 ans. Quelques jours après son entrée en EHPAD, elle commence à présenter des douleurs multiples : aux yeux, aux oreilles, à la bouche, aux mains, aux jambes, aux pieds... Les entretiens cliniques permettent d'envisager sous un angle nouveau les symptômes physiques en mettant en évidence la présence d'un ESPT partiel de déclenchement récent. Effectivement, Mme Z. est entrée en institution à la suite du décès de son époux, ce qui a provoqué une perte d'autonomie rapide puis une hospitalisation et une entrée en EHPAD. Dans ce contexte, les douleurs ressenties apparaissent comme de probables symptômes physiques d'un ESPT récent. Les douleurs de la résidente nécessitent d'ailleurs de fréquents séjours à l'hôpital, comme ce fut le cas pour l'époux de la patiente avant son décès. L'hypervigilance est exacerbée : Mme Z. guette la moindre douleur ou le moindre indice rappelant le traumatisme vécu récemment, et l'évitement la conduit à rester isolée, sans participer à la moindre activité.

6. Traitement et évolution

Une prise en charge spécifique a été proposée à chacun des sujets, visant à lever le maintien mutuel des douleurs chroniques et de l'ESPT. Pour leur traitement simultané, la durée et la fréquence ont été ajustées individuellement, en particulier en fonction de la disparition plus ou moins rapide des symptômes ayant motivé la prise en charge. La thérapie a duré entre cinq et treize semaines à raison de deux séances hebdomadaires pour chaque patiente, sauf Mme X. pour laquelle une séance hebdomadaire s'est révélée suffisante (Tableau 1).

La douleur étant la première mise en avant, les ressentis des sujets ont été abordés par la plainte somatique. La première étape consistait en effet à demander aux patientes de se centrer sur les sensations somatiques dans l'ici et maintenant et de parler de leur vécu douloureux. Puis, à partir d'une lecture rétrospective de la vie antérieure ou des événements récents, il était demandé si de telles sensations avaient déjà été vécues : un tel mouvement mnésique permet une remontée vers l'événement traumatique, de façon non frontale.

La deuxième étape avait pour objectif de permettre une libération de la parole des sujets à propos de l'événement traumatique pour apporter un soulagement immédiat aux patientes. L'alliance thérapeutique a ici été un élément clé, les

Tableau 1
Modalités du protocole de soins pour chaque sujet.

Sujets	Durée de la thérapie	Fréquence des séances	Nombre de séances
Mme V.	13 semaines	2 séances hebdomadaires	25
Mme W.	10 semaines	2 séances hebdomadaires	20
Mme X.	5 semaines	1 séance hebdomadaire	5
Mme Y.	10 semaines	2 séances hebdomadaires	20
Mme Z.	6 semaines	2 séances hebdomadaires	12

patientes demandant sans cesse au psychologue si elles pouvaient avoir confiance en la confidentialité des échanges et en son non-jugement. Il s'agissait, à ce moment de la prise en charge, de créer un havre sécuritaire pour des personnes ayant subi l'insécurité d'un événement traumatisant.

La prise en charge s'est poursuivie par un travail *conjoint* sur l'ESPT et la douleur chronique :

- concernant le travail sur l'ESPT, la principale difficulté consistait à aborder les sentiments de culpabilité et de honte attachés à l'événement traumatique, à l'origine de la réticence à en parler. Par un travail d'extériorisation des émotions et par le remaniement de celles-ci, les sujets peuvent passer d'une vision de fatalité à une position de victime, ne restant plus prisonniers du traumatisme mais pouvant s'inscrire de nouveau dans le présent et envisager un futur ;
- le travail sur la douleur chronique s'est appuyé sur la relaxation, tant les sujets étaient tendus et à l'affût de la moindre douleur. Il visait à aider les patientes à donner un sens à leurs douleurs, les perturbations somatiques engendrées par le traumatisme devant trouver une signification pour faire disparaître leur impact.

Pour cela, trois phases ont été suivies :

- aider les sujets à ressentir et identifier les sensations douloureuses;
- utiliser le langage pour les nommer et les décrire;
- éclairer le lien existant entre ces sensations et le traumatisme.

En utilisant ce protocole d'intervention brève, la fin du traitement a été caractérisée par une disparition des douleurs chroniques mesurées avec l'échelle Algoplus (< 2) et une disparition des symptômes majeurs d'ESPT mesurés avec la CAPS. À six mois, l'évolution des cinq sujets continuait d'être positive, avec une diminution durable des douleurs et une résorption de l'ESPT. Lors de ces re-tests à six mois, il apparaissait que les patientes avaient replacé l'événement traumatique dans le passé et n'étaient plus affectées par les reviviscences somatiques liées au choc initial. Toutes avaient repris des activités au sein de l'établissement sans être désormais perturbées par des plaintes somatiques et n'avaient plus peur des échanges interpersonnels.

7. Discussion

Notre échantillon reste limité, étant en particulier exclusivement féminin. Des recherches tant quantitatives que qualitatives sont nécessaires pour confirmer et vérifier de façon systématique les données présentées. Néanmoins, les cinq cas étudiés mettent en évidence certaines interactions existant entre douleurs chroniques et ESPT chez le sujet entrant en EHPAD, tout au moins chez les femmes, comme le montre l'efficacité du traitement simultané, en accord avec nos deux hypothèses.

Lorsqu'aucune cause organique n'est démontrable, la douleur peut constituer un symptôme révélant un ESPT chez l'individu âgé, ce d'autant que la parole ne va pas de soi pour des générations qui n'ont pas l'habitude des prises en charge psychologiques : nos sujets, conformément à la culture de l'époque de leur jeunesse, avaient tous tendance à garder un secret pudique sur tout événement traumatique. La somatisation peut donc être une voie d'expression privilégiée des difficultés psychiques : à l'inverse des observations sur l'adulte jeune qui mettent surtout l'accent sur la douleur chronique comme conséquence de l'ESPT, la douleur chronique peut être le premier syndrome repérable chez le sujet âgé, d'où l'importance pour les cliniciens pratiquant en EHPAD de rechercher systématiquement un ESPT associé à une telle douleur en l'absence de facteur organique explicatif.

Sur les cinq sujets étudiés, deux présentent un ESPT de déclenchement récent et trois un ESPT différé. Il semble donc nécessaire pour le clinicien confronté à une douleur persistante chez la personne âgée de prêter attention tant aux événements de vie récents qui peuvent avoir été d'autant plus traumatiques que les défenses diminuent avec l'avancée en âge, qu'aux événements de vie anciens remontant parfois à des dizaines d'années, voire à l'enfance. Ceci incite à nuancer les travaux qui ont tendance à mettre l'accent uniquement sur l'ESPT retardé au sein de cette classe d'âge. Les douleurs chroniques associées à ces deux formes d'ESPT ne sont d'ailleurs pas spécifiques et peuvent être traitées par un même type de protocole thérapeutique.

Pour les cinq cas étudiés, des mécanismes similaires ont pu contribuer au développement et au maintien des deux entités, que l'ESPT soit de déclenchement récent ou différé. L'hypervigilance et l'évitement semblent en particulier au cœur des processus communs à la douleur et à l'ESPT, expliquant en partie l'interaction complexe entre les deux conditions. Nos cinq observations confirment ainsi, au moins pour des sujets âgés, les hypothèses avancées dans le cadre des modèles de Sharp et Harvey ou d'Asmundson [5,34], de même que la nature dynamique des relations somatique-psychique dans l'ESPT suggérée par Verrier [37].

Une attention à la présence d'un ESPT sous-jacent à une douleur chronique, dès lors qu'aucune cause biologique ne pouvait expliquer celle-ci complètement, a permis dans chaque cas la proposition d'un traitement spécifique qui s'est révélée rapidement efficace. Les protocoles de soins expérimentés sur d'autres populations semblent donc transférables au sujet âgé, dès lors qu'ils abordent simultanément les symptômes physiques et psychiques. Bien entendu, ces protocoles doivent être appliqués avec souplesse, en adaptant la fréquence et la durée du traitement à chaque sujet en fonction de sa demande, de son histoire et de ses ressources.

8. Conclusion

Ces données exploratoires suggèrent l'intérêt de rechercher systématiquement un ESPT chez un patient âgé douloureux entrant en institution. La perte de domicile et des liens familiaux peut en effet susciter des douleurs chroniques liées à la réactivation d'un traumatisme. Celui-ci peut être récent mais peut aussi provenir d'un passé parfois très ancien, ce d'autant que les classes d'âges concernées ont souvent connu des situations de guerre ou de déportation.

Des douleurs chroniques chez une personne âgée devraient donc inciter une équipe soignante non seulement à réaliser un bilan somatique mais à pratiquer une anamnèse complète : (recueil de l'histoire du patient et des traumatismes avec leur nature, intensité, durée, contexte...) et à évaluer systématiquement la présence d'un syndrome de répétition. Associer trop rapidement une plainte somatique sans base organique à des affects dépressifs ou à un vague « déclin » pourrait conduire en effet à ne pas traiter un ESPT resté méconnu. Or, des protocoles thérapeutiques simples à mettre en œuvre semblent pouvoir traiter avec efficacité tant la douleur que le syndrome traumatique.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] American Psychiatric Association. DSM-III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third Edition, Washington DC: American Psychiatric Publishing; 1980.

- [2] American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth Edition, Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
- [3] Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D. Posttraumatic stress disorder tenderness and fibromyalgia. *J Psychosom Res* 1997;42:607–13.
- [4] Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 1998;79:131–8.
- [5] Asmundson GJG, Coons MJ, Taylor S, Katz J. PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psychiatry* 2002;47:930–7.
- [6] Averill P, Beck J. Posttraumatic stress disorder in older adults: a conceptual review. *J Anxiety Disord* 2000;14:133–56.
- [7] Beckham JC, Crawford AL, Feldman ME, Kirby AC, Hertzberg MA, Davidson JRT. Chronic posttraumatic stress disorder and chronic pain in Vietnam combat veterans. *J Psychosom Res* 1997;43:379–89.
- [8] Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS, et al. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1. *Behav Ther* 1990;13:187–8.
- [9] Briole G, Clervoy P, Vallet D. Pathologie post-traumatique du sujet âgé. In: Léger JM, Clément JP, Wertheimer J, editors. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris: Flammarion; 1999. p. 234–42.
- [10] Cappelier P, Landreville P, Vézina J. *Psychologie clinique de la personne âgée*. Paris: Masson; 2000.
- [11] Charles E, Garand L, Ducrocq F, Clément J. État de stress post-traumatique chez le sujet âgé. *Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse* 2005;3:291–300.
- [12] Davidson J, Hughes D, Blazer D, George L. Post-traumatic stress disorder in the community: epidemiological study. *Psychol Med* 1991;21:713–21.
- [13] Glaesmer H, Gunzelmann T, Braehler E, Forstmeier S, Maercker A. Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative population-based survey. *Int Psychogeriatr* 2010;22:661–70.
- [14] Green B, Gleser G, Lindy J, Grace M, Leonard A. Age-related reactions to the Buffalo Creek Dam collapse: effects in the second decade. In: Ruskin P, Talbott J, editors. *Aging and posttraumatic stress disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996. p. 101–26.
- [15] Hagstrom R. The acute psychological impact on survivors following a train accident. *J Trauma Stress* 1995;8:391–402.
- [16] Häuser W, Glaesmer H, Schmutzer G, Brähler E. Widespread pain in older Germans is associated with posttraumatic stress disorder and lifetime employment status – results of a cross-sectional survey with a representative population sample. *Pain* 2012;153:2466–72.
- [17] Herrmann N, Eryavec G. Delayed onset post-traumatic stress disorder in World War II veterans. *Can J Psychiatry* 1994;39:439–41.
- [18] Hertz D. Trauma and nostalgia. *Int J Psychiatry Relat Sci* 1990;27:189–98.
- [19] Keane TM, Barlow DH. *Posttraumatic stress disorder*. In: Barlow DH, editor. *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press; 2002. p. 418–53.
- [20] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593–602.
- [21] King DW, King LA, Fairbank JA, Keane TM, Adams G. Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *J Pers Soc Psychol* 1998;74:420–34.
- [22] Le Rouzo ML. *La personne âgée. Psychologie du vieillissement*. Paris: Bréal; 2008.
- [23] McLeod A. The reactivation of posttraumatic stress disorder in later life. *Aust N Z J Psychiatry* 1994;28:625–34.
- [24] Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain*. Seattle: IASP Press; 1994.
- [25] Norton PJ, Asmundson GFG. Fear-avoidance model of chronic pain: what is the role of physiological arousal? *Behav Ther* 2003;34:17–30.
- [26] Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *J Anxiety Disord* 2013;27:33–46.
- [27] Pietrzaka RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Anxiety Disord* 2011;25:456–65.
- [28] Rat P. Présentation de l'échelle de la douleur aiguë pour personnes âgées : ALGOPPLUS. *Douleurs* 2007;8(S1):45–6.
- [29] Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:984–91.
- [30] Robinson S, Netanel R, Rapaport J. Reactions of Holocaust survivors to the Gulf War and Scud missile attacks on Israel. In: Robinson S, editor. *Echoes of the Holocaust*, 1. Jerusalem: Talbieh Mental Health Center; 1992. p. 1–12.
- [31] Rothschild B. *Le corps se souvient. Mémoire somatique et traitement du trauma*. Bruxelles: De Boeck; 2008.
- [32] Scaer R. *The body bears the burden. Trauma dissociation and disease*. Binghamton: The Haworth Medical Press; 2007.
- [33] Schnurr PP, Trauma. PTSD and physical health, 7(3). *The National Center of Post-Traumatic Stress Disorder Research Quarterly*; 1996. p. 1–3.
- [34] Sharp TJ, Harvey AG. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clin Psychol Rev* 2001;21:857–77.
- [35] Cyr StK, McIntyre-Smith A, Contractor AA, Elhai JD, Richardson JD. Somatic symptoms and health-related quality of life among treatment-seeking Canadian forces personnel with PTSD. *Psychiatry Res* 2014;218:148–52.
- [36] Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:678–90.
- [37] Verrier P. Docteur, ce n'est pas dans ma tête, j'ai vraiment mal. *Le Medecin du Quebec* 2013;38:53–60.
- [38] White P, Faustman W. Coexisting physical conditions among inpatients with post-traumatic stress disorder. *Mil Med* 1989;154:66–71.
- [39] Wolfe J, Schnurr PP, Brown PJ, Furey JA. Posttraumatic stress disorder and war-zone exposure as correlates of perceived health in female Vietnam War veterans. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:1235–40.
- [40] Yehuda R, Kahana B, Schmeidler J, Southwick S, Wilson S, Giller E. Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in Holocaust survivors. *Am J Psychiatry* 1995;152:1815–8.