

## Dimensions psychologiques de la douleur chronique chez les personnes âgées

### *Psychological components of chronic pain in the elderly*

ANNE-FRANÇOISE ALLAZ

Service de médecine interne de réhabilitation Beau-Séjour et Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Hôpitaux universitaires de Genève  
<anne-francoise.allaz@hcu-ge.ch>

Tirés à part :  
A.-F. Allaz

**Résumé.** Les douleurs chroniques représentent un phénomène complexe qui ne peut être réduit aux simples aspects lésionnels. La plainte douloureuse du sujet âgé est modulée par de nombreux déterminants psychosociaux. Elle peut avoir une fonction d'appel, de protection contre la souffrance, ou d'étayage de l'estime de soi. La psychopathologie et les modes de *coping* face à la douleur diffèrent peu quantitativement en fonction de l'âge mais des différences qualitatives sont relevées. Comme chez les personnes plus jeunes, l'association entre douleur et dépression est fréquente. Cependant, chez les sujets âgés, le canal somatique d'expression de la détresse psychique est souvent utilisé en lieu et place d'une expression affective de la souffrance. Les causes possibles de cette particularité clinique sont analysées. Une attention soutenue doit lui être portée afin de ne pas sous-estimer la dimension de souffrance exprimée par les plaintes douloureuses complexes.

**Mots clés :** douleur chronique, aspects psychosociaux, personne âgée

**Abstract.** *Chronic pain is a complex multidimensional phenomenon. Pain complaints in the elderly are modulated by several psychosocial factors. They can be understood as a way to indicate suffering or to get attention and sometimes as a mean to regain self-esteem. There is little quantitative change in pain associated psychopathology and coping mechanisms in the elderly as compared to younger patients. However, qualitative changes are identified. The high degree of association between chronic pain and depression remains throughout the age span. However, age variations in the expression of psychological distress are to be noted. Elderly patients have a tendency to make a greater use of somatic complaints and avoid the expression of the emotional dimension of distress. This clinical particularity is discussed. Special attention should be paid to the multidimensional aspects of pain complaints in the elderly in order not to underestimate its affective components.*

**Key words:** chronic pain, psychosocial, elderly

*La douleur est le dernier fruit,  
lui immortel, de la jeunesse.*

René Char

L'association entre douleurs et vieillissement fait autant partie de l'observation clinique quotidienne que de notre imaginaire collectif. Les études épidémiologiques menées dans la population générale ou dans celle des patients étayant largement ces impressions [1]. Afin de contourner le biais lié à la fréquence d'atteintes organiques douloureuses dans le grand âge, nous nous intéresserons ici aux douleurs correspondant aux critères du syndrome douloureux chronique de l'Association internationale pour

l'étude de la douleur (IASP) : « une douleur sans valeur biologique évidente qui persiste au-delà du temps de guérison habituelle d'une atteinte tissulaire ». Considérée ainsi, la douleur déborde son rôle de signal d'alarme d'une lésion organique et devient un véritable syndrome aux multiples modulations. Celles-ci interagissent constamment entre elles d'une manière dynamique, rendant incertaine la séparation entre causes et conséquences. Il ne paraît pas inutile de rappeler quels en sont les déterminants psychosociaux et affectifs, dont la psychopathologie, principal objet de cette revue, est l'un des aspects.

Avant de l'aborder, arrêtons-nous sur la situation particulière de la personne âgée. Le sujet âgé est

confronté non seulement à une diminution de ses capacités fonctionnelles et à la présence d'affections médicales dont certaines sont douloureuses ou handicapantes, mais également à des pertes et à des deuils réels ou symboliques, à des changements de rôles et à des modifications de l'image de lui-même [2]. Les pertes et les deuils peuvent contribuer à la chronicisation de la plainte, comme cela a été montré, par exemple, pour le deuil d'un conjoint [3]. La douleur, supportable quand la perspective de l'avenir est ouverte, ne le devient plus lorsque les liens affectifs et sociaux disparaissent. Devenue chronique, elle peut être investie inconsciemment par la personne âgée et lui servir d'étayage dans la réorganisation de sa relation au monde [4, 5]. La douleur peut également avoir un sens pour tenter de retrouver une « assise narcissique » c'est-à-dire un sentiment d'estime de soi, en adoptant inconsciemment un rôle de malade ou de personne reconnue comme souffrante. Elle peut avoir une fonction d'appel destinée à rapprocher l'entourage, qu'il soit familial ou soignant. Enfin, comme le dit David Le Breton [2], elle peut « servir de parade à la souffrance massive qui touche le goût de vivre ».

La douleur de la personne âgée doit donc être prise en compte de façon globale en évitant plus que jamais le clivage psyché/soma et en lui donnant sa place à l'interface du biologique, du psychologique et du social. Cette intrication est évidente, notamment lorsque l'on examine la relation entre douleur et anxiété ou dépression.

## L'anxiété

Contrastant avec la dépression dont l'association avec les douleurs chroniques est peu modifiée avec l'âge, la plupart des études montrent une tendance à la diminution des divers aspects cliniques de l'anxiété chez les personnes âgées en général, diminution qui est également constatée chez celles qui souffrent de douleurs chroniques. Si tous les aspects cliniques de l'anxiété sont observés jusque dans le grand âge, l'anxiété généralisée y est plus rare, en-dehors de son association avec un état dépressif [6, 7].

Il reste que les différentes formes cliniques d'anxiété sont observées deux fois plus fréquemment chez les patients souffrant de douleurs chroniques que chez les autres personnes âgées [8] et qu'elles sont présentes en association avec les syndromes douloureux les plus souvent rencontrés chez les individus âgés : douleurs lombaires, problèmes ostéo-articulaires, douleurs abdominales et céphalées [9].

Alors qu'une tendance générale à une retenue des plaintes douloureuses est constatée chez les sujets âgés, l'anxiété est fortement associée au fait de se plaindre de ses douleurs [8]. De plus, comme chez les personnes plus jeunes, l'anxiété entraîne dans un cercle vicieux parfois chronicisé une hyper-vigilance et une attention sélective aux sensations somatiques qui peuvent prendre de véritables allures hypocondriaques.

## Les états dépressifs

L'association entre la douleur chronique et les diverses formes cliniques de dépression est largement reconnue. De fait, la dépression est le facteur psychopathologique le plus constamment associé à la douleur chronique. La relation entre les deux entités est très intriquée, tant du point de vue neurobiologique que clinique et thérapeutique. Cliniquement, la contiguïté de la symptomatologie est frappante. Pour certains auteurs, la dépression précède la douleur – qui est parfois considérée comme une simple variante du « spectre d'expression de la dépression » - pour d'autres, la dépression est secondaire à la douleur chronique ou à ses répercussions [10-12]. Qu'il y ait ou non une relation causale entre les deux entités et quelle que soit la direction de l'association, la dépression justifie toujours d'être identifiée et traitée en soi.

L'association (ou la co-occurrence) de la dépression et de la douleur ne semble pas être modifiée par l'âge, que ce soit dans la population consultante ou dans la population générale. Comme chez les adultes jeunes, elle se situe entre 25 % et 60 % des cas dans les études cliniques [6, 10, 13]. Cependant, quelques spécificités semblent caractériser la dépression des sujets âgés souffrant de douleurs chroniques :

- 1) contrairement à ce qui est constaté chez les personnes plus jeunes, il existe une forte corrélation entre intensité de la douleur et état dépressif [10, 13] ;
- 2) la dépression, chez les patients douloureux âgés, est fortement corrélée au handicap, à la dépendance et à l'atteinte des activités de la vie quotidienne, bref à la diminution de l'autonomie ;
- 3) dans la même optique, la présence de comorbidités médicales et d'une évaluation négative de son état de santé sont des facteurs fortement associés à la dépression chez les personnes âgées douloureuses. Ceci est important puisque la présence de comorbidités concerne un grand nombre des patients rencontrés en clinique [14] ;
- 4) enfin, caractéristique qui mérite de s'y attarder, la présentation de la dépression chez les sujets âgés fait

plus appel à une symptomatologie neurovégétative ou somatique qu'affective. Les symptômes les plus fréquemment présentés sont la fatigue et les troubles du sommeil, bien plus que l'anhédonie ou la sensation de tristesse. Les attributions du mal-être à un problème organique sont très prévalentes et les plaintes somatiques – ici les plaintes douloureuses – prédominent. Ces caractéristiques bien connues des cliniciens [15, 16] entraînent des problèmes d'identification des états dépressifs chez les personnes âgées en général et dans le cas de douleurs chroniques en particulier. De fait, en raison de la prédominance de plaintes d'ordre somatique, les états dépressifs restent souvent méconnus et par conséquent insuffisamment traités. Rappelons que la prévalence des états dépressifs chez les patients souffrant de douleurs chroniques est 2 à 5 fois plus importante que dans la population générale et que, dans le cas des personnes âgées, il est estimé que deux tiers des plaintes liées à la dépression ont une expression somatique - le plus souvent une douleur chronique - véritable « masque » d'un état dépressif [11, 12, 17].

## Présentation somatique de la dépression

Pour expliquer cette tendance à la présentation somatique de la dépression chez les personnes âgées, la concomitance de comorbidités organiques et/ou fonctionnelles a été mise en avant [15, 16].

Une autre explication serait celle d'un « effet de cohorte ». Il pourrait exister une certaine pudeur à exprimer sans détour la détresse psychique chez des personnes n'ayant pas connu dès leur jeunesse l'ouverture sociologique récente de notre culture vers le dévoilement des dimensions psychologiques de la souffrance ressentie.

Par ailleurs, l'utilisation d'un canal somatique d'expression du désarroi affectif pourrait être liée à l'émoussement des réponses émotionnelles et au plus grand contrôle des émotions décrit chez les sujets âgés [18, 19]. Cet émoussement a été attribué à une sorte d'immunisation affective [18] ou encore aux sentiments de vulnérabilité ressentis par les personnes âgées, qui les amèneraient à se protéger par un certain retrait émotionnel [4, 20].

Finalement, on peut évoquer un déplacement du vécu vers un primat du perceptif, comme cela est bien décrit par les psychosomaticiens [21, 22], sans forcément retenir, dans le cas des sujets âgés, la notion d'un fonctionnement alexithymique (c'est-à-dire une diffi-

### Points clés

- La douleur chronique est un phénomène complexe, souvent dissocié des trouvailles lésionnelles.
- Les déterminants psychologiques y jouent un rôle important.
- Comme chez les personnes jeunes, l'association entre la douleur chronique et la dépression est fréquente et intriquée.
- Il existe chez les personnes âgées une tendance à l'utilisation privilégiée de plaintes somatiques – en l'occurrence la douleur – pour exprimer une détresse plus globale.
- Les dimensions plurifactorielles de la douleur chronique devraient être prises en compte afin de ne pas ignorer la dimension du message à l'autre et la souffrance psychique qu'elles peuvent exprimer.

culté à identifier et à nommer les émotions qui a été associée aux phénomènes de somatisation).

De fait, cette tendance à ce qui est généralement appelé somatisation de la plainte - c'est-à-dire, selon la définition de Pilowski : « une expression de la détresse psychique ou psycho-sociale dans un langage de plainte corporelle, suivie d'une consultation », est relevée par la majorité des cliniciens s'occupant de personnes âgées [12, 15, 17, 20]. Elle doit donc nous interpeller sur les limites du normal et du pathologique si bien évoquées par Canguilhem [23]. En effet, il est difficile dans un tel contexte de retenir un véritable diagnostic de troubles somatoformes, entité de la nosographie psychiatrique qui est d'ailleurs peu étudiée chez les personnes âgées, sans doute en raison du poids des comorbidités organiques. Probablement est-il plus réaliste d'attribuer les modifications constatées de la présentation de la détresse par la personne âgée au retrait et à la pudeur émotionnelle déjà mentionnés, ainsi qu'à un changement dans l'identification et l'expression du vécu allant vers le perceptif au détriment de l'émotionnel. Par ailleurs, la plainte d'allure somatique représente une expression de désarroi ou de souffrance qui peut être ressentie comme plus socialement acceptable et préservant mieux l'estime de soi [20, 24].

## Le message de la plainte

De plus, ce « J'ai mal » pour « Je vais mal » est toujours une interpellation et une demande d'aide, une demande à être reconnu - au moins comme malade ou comme douloureux - afin de retrouver un étayage identitaire dans des situations où la douleur et ses réper-

cussions fonctionnelles sont un rappel incontournable de l'âge.

Il est d'observation courante que l'association de douleurs et de troubles fonctionnels peut mener la personne âgée à d'importants désinvestissements de soi – véritables équivalents dépressifs – et à des régressions parfois considérables. Il arrive malheureusement que le désinvestissement de soi et des autres soit si massif qu'il entraîne un geste suicidaire ou alors que seule la plainte douloureuse répétitive persiste comme témoin de la vie et d'un désir de relation aux autres. Le patient, gravement résigné, parle de sa douleur inlassablement mais n'attend plus de réponse. Pellerin rappelle que la plainte douloureuse, dans ces cas, est devenue le dernier refuge de l'être : « Chez le sujet âgé, la douleur est peut-être ce qui lui reste pour prouver qu'il est encore en vie. » [12]. Comme le dit Consoli des douleurs chroniques rebelles, elles représentent « le dernier bastion de la subjectivité » [25].

En plus d'une figuration de l'irreprésentable, la plainte douloureuse est toujours - et plus encore chez les personnes âgées - une adresse à l'autre. Elle peut avoir comme fonction une demande d'attention et c'est pourquoi elle doit être interrogée dans sa dimension systémique et relationnelle. C'est dans cette même optique que doivent être décodés les déplacements de plainte dans lesquels la détresse est projetée et se manifeste par des critiques répétées concernant l'environnement ou l'entourage ou prend la forme de refus de soins ou de demande d'euthanasie [4, 24].

Enfin, comme chez la personne plus jeune, la douleur peut avoir un sens, correspondre à une attribution symbolique, représenter une condensation traumatique ou correspondre à une protection contre une souffrance psychique encore plus insupportable [5, 21, 25].

## Coping et croyances

Les mécanismes de *coping* (c'est-à-dire la manière de faire face), décrits dans l'abondante littérature d'inspiration cognitiviste sur la douleur, semblent en moyenne peu modifiés chez les personnes âgées souffrant de douleurs chroniques, bien que ce point fasse l'objet d'une certaine controverse [13, 17]. Pourtant, le modèle souvent cité de médiation cognitive décrit par Rudy et Turk [26] s'applique particulièrement bien à cette population de patients. Pour ce modèle, c'est la perception de l'impact de la douleur sur les capacités et les activités qui module l'association douleur-dépression, ainsi que la perception d'un contrôle sur sa situation. Comme chez les personnes plus jeunes, c'est le sentiment de contrôle et d'efficacité (*self-efficacy*) qui

diminuerait l'incapacité fonctionnelle et la dépression. Cependant, chez les personnes âgées ce sentiment de contrôle aurait un moindre impact sur l'intensité de la douleur [13, 27].

Le sentiment de contrôle sur sa santé est mesuré par l'échelle multidimensionnelle du locus de contrôle dont une version adaptée est fréquemment utilisée auprès des patients souffrant de douleurs chroniques. Ce questionnaire évalue si l'individu attribue sa santé (ou en l'occurrence sa douleur) à des facteurs externes, au hasard, ou à des facteurs internes liés à ses actions ou comportements. En utilisant cette échelle, une étude a montré que les sujets âgés auraient plus tendance à attribuer leurs problèmes à la chance donc à des facteurs externes et non contrôlables, attributions qui sont généralement associées à un plus grand risque de dépression [26, 28]. Par ailleurs, pour faire face à la douleur, les personnes âgées auraient plus souvent recours que les jeunes à la prière et à l'espoir, mais il pourrait s'agir d'un effet de cohorte [6, 28].

Toujours dans le domaine des moyens de *coping*, l'augmentation constatée du stoïcisme chez les personnes âgées doit être relevée [19, 28]. Cette attitude peut correspondre à une adaptation lucide à la situation du vieillissement [6].

En effet, en ce qui concerne les croyances, beaucoup de patients âgés considèrent la présence d'une douleur comme une occurrence normale et attendue [17]. Les personnes âgées présentent par conséquent, en moyenne, une meilleure acceptation de la douleur que les personnes jeunes tant que celle-ci est faible ou modérée. Par contre, lorsque l'intensité de la douleur est importante, les patients âgés l'interpréteraient de manière plus catastrophique que les personnes jeunes et consulteraient plus rapidement [29].

Enfin, bien que ce ne soit pas l'objet de cette revue, relevons que malgré la conservation des voies de conduction de la douleur [30, 31], la démence est associée à une diminution des plaintes douloureuses et à de moindres répercussions affectives. Cependant, les difficultés de communication avec les personnes démentes entraînent un risque d'une prise en compte insuffisante de la douleur, à laquelle les cliniciens se doivent d'être attentifs [31].

## Considérations thérapeutiques

En plus de la prise en charge psychologique des patients douloureux chroniques décrits dans les manuels de référence [5, 32, 33], quelques particularités doivent être prises en compte chez les personnes âgées :

- il s’agit de résister à la simplification explicative d’un trouble douloureux ou d’y répondre trop rapidement par une thérapeutique antalgique sans avoir pris le temps d’identifier la présence d’une souffrance psychique sous-jacente. Cette hypothèse doit être explorée en présence de plaintes douloureuses rebelles répétitives, de fatigue, de troubles du sommeil ou d’un retrait régressif chez une personne âgée qui se plaint de douleurs ;
- il est nécessaire d’accepter la plainte et son mode de présentation. Avant de pouvoir approcher la détresse psychique masquée par la plainte douloureuse, il est indispensable d’offrir prioritairement une légitimation de l’état de malade, une reconnaissance de la souffrance et une attention aussi individualisée et personnalisée que possible [5] ;
- plus que jamais, il est important de créer des liens de confiance, de reconnaître à la personne sa dignité, en offrant un respect valorisant qui peut passer initialement par des prises en charge corporelles, voire esthétiques, pour donner réponse à la souffrance sans trop bousculer les capacités de défense du sujet ;
- la plainte doit être entendue dans sa dimension relationnelle. Confrontées à des pertes, les personnes âgées peuvent chercher attention et réassurance autant qu’un soulagement algique. Une lecture multidimensionnelle de la douleur s’impose [34, 35]. Elle seule permet de comprendre les vrais enjeux de la douleur et une approche de sa fonction, voire de son sens ;
- lors de ces prises en charge, les thérapeutes ne devraient pas se décourager devant la profondeur d’une régression ou d’un refus de soins et devraient savoir identifier et gérer les affects contre-transférentiels induits par certaines mises en échec ou récriminations hostiles ;
- les éventuelles prescriptions d’antalgiques doivent être individualisées et prudentes. Elles doivent tenir compte des représentations des patients (peur des médicaments, notamment des opiacés) et s’inscrire dans un projet thérapeutique régulièrement réévalué ;
- en cas d’état dépressif avéré, la prescription d’antidépresseurs peut être indiquée et bénéfique en association avec une prise en charge relationnelle, si possible psychothérapeutique. Elle se heurte cependant souvent à une importante réticence initiale des patients

dont le symptôme manifeste est la douleur. De plus, les antidépresseurs tricycliques – qui ont une efficacité antalgique reconnue – induisent des effets secondaires souvent mal tolérés et sont parfois contre-indiqués chez les personnes âgées. Dans la pratique, la prescription d’antidépresseurs n’est donc pas toujours aisée. Cependant, après une explicitation soignée des bénéfices attendus, notamment sur divers aspects de la qualité de vie, la molécule antidépressive choisie peut généralement être prescrite en suivant les règles habituelles de bonne pratique (sur la thérapie de la dépression lors de douleurs chroniques, voir les revues récentes citées sous références [11, 12, 32]).

Enfin, une réelle priorité doit être donnée à la formation des soignants et des médecins de premier recours. En effet, ce sont les personnes les plus régulièrement confrontées à des plaintes douloureuses répétitives chez les patients âgés. En réalité, les prises en charge des sujets âgés déprimés se font pour la plupart chez les médecins généralistes, étant donné la préférence marquée de ces patients pour un suivi par le médecin de famille [36], autrement dit par une personne connue et de confiance.

## Conclusion

Les dimensions psychologiques de la douleur chez les personnes âgées ne diffèrent quantitativement pas ou peu de ce qui est observé dans des cohortes de patients douloureux chroniques plus jeunes.

Cependant, des modifications qualitatives sont évidentes, dont le recours fréquent à des plaintes somatiques - en particulier des douleurs - pour exprimer une détresse plus globale. Il s’agit d’éviter le piège d’une approche antalgique simplificatrice ou trop conquérante en sachant identifier la souffrance et l’atteinte à l’estime de soi si souvent masquées par une plainte douloureuse chronique rebelle.

Le but des traitements est d’offrir une réponse aux dimensions plurifactorielles de la douleur et de la souffrance. Il s’agit d’aider les sujets à s’adapter au remaniement de leurs capacités en retrouvant une nouvelle forme d’estime de soi et en s’appuyant sur leurs savoirs et ressources propres, dont l’expérience de la vie et de ses joies et difficultés n’est pas la moindre.

## Références

1. Brochet B. Épidémiologie de la douleur chez les sujets âgés. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D, eds. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson, 2002 : 82-95.
2. Le Breton D. Douleur et vieillesse : approche anthropologique. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D, eds. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson, 2002 : 9-17.
3. Bradbeer M, Helme RD, Yong HH, Kendig HL, Gibson SJ. Widowhood and other demographic associations of pain in independent older people. *Clin J Pain* 2003 ; 19 : 247-54.
4. Brocq H. Facteurs de vulnérabilité psychique chez le patient douloureux chronique. In : *Aspects psychologiques de la douleur chronique*. Paris : Institut Upsa de la douleur, 2003 : 65-78.
5. Allaz AF. *Le messager boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*. Genève : Médecine & Hygiène, 2003.
6. Corran TM, Gibson SJ, Farrell MJ, Helme RD. Comparison of chronic pain experience between young and elderly patients. In : Gebhart GF, Hammond DL, Jensen TS, eds. *Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on pain, Progress in pain research and management*. Volume 2. Seattle : IASP Press, 1994 : 895-906.
7. Cook AJ, Chastain DC. The classification of patients with chronic pain : age and sex differences. *Pain Res Manage* 2001 ; 6 : 142-51.
8. Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, Lawton MP, Katz IR. The relationships among anxiety, depression and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain* 1995 ; 61 : 271-6.
9. Mc Williams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions : results from a nationally representative sample. *Pain* 2004 ; 111 : 77-83.
10. Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National health and nutrition examination. I. Epidemiologic follow-up study. *Pain* 1993 ; 53 : 163-8.
11. Allaz AF, Desmeules J. Douleurs chroniques et dépression. In : Lempérière T, ed. *Dépression et comorbidités somatiques*. Paris : Masson, 2003 : 43-67.
12. Pellerin J. Douleurs et dépressions. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D, eds. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson, 2002 : 187-201.
13. Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression : role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995 ; 61 : 93-101.
14. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* 1999 ; 14 : 249-54.
15. Gallo JJ, Anthony JC, Muthen BO. Age differences in the symptoms of depression : a latent trait analysis. *J Gerontol* 1994 ; 49 : 251-64.
16. Christensen H, Jorm AF, Mackinnon AJ, Korten AE, Jacomb PA, Henderson AS, et al. Age differences in depression and anxiety symptoms : a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychol Med* 1999 ; 29 : 325-39.
17. Farrell MJ, Gibson SJ. Psychosocial aspects of pain in older people. In : Dworkin RH, Breitbart W, eds. *Psychosocial aspects of pain : a handbook for health care providers*. Seattle : IASP Press, 2004 : 495-511.
18. Jorm AF. Does old age reduce the risk of anxiety and depression ? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychol Med* 2000 ; 30 : 11-22.
19. Yong HH, Gibson SJ, Horne DJ, Helme RD. Development of a pain attitudes questionnaire to assess stoicism and cautiousness for possible age differences. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001 ; 56 : 279-84.
20. Le Gouès G. L'appareil psychique du sujet âgé. In : Ferrey G, Le Gouès G, eds. *Psychopathologie du sujet âgé*. Collection Les âges de la vie, 4<sup>e</sup> édition. Paris : Masson, 1997 : 1-11.
21. Célérier MC. *Corps et fantasmes : pathologie du psychosomatique*. Paris : Dunod, 1989.
22. Parat C. L'ordinaire du psychosomaticien. Psychosomatique : quelles psychothérapies ? *Revue Française de Psychosomatique* 1993 ; 3 : 5-20.
23. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France, 1966, 1999.
24. Laroque G. Les patients et leur famille. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D, eds. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson, 2002 : 39-49.
25. Consoli SM. Préface. In : Allaz AF, ed. *Le messager boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*. Genève : Médecine & Hygiène, 2003 : 1-7.
26. Rudy TE, Kerns RD, Turk DC. Chronic pain and depression : toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain* 1988 ; 35 : 129-40.
27. Turner JA, Ersek M, Kemp C. Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain. *J Pain* 2005 ; 6 : 471-9.
28. Gibson SJ, Helme RD. Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain* 2000 ; 85 : 375-83.
29. Stoller EF. Interpretations of symptoms by older people. *J Aging Health* 1993 ; 5 : 58-81.
30. Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, et al. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain* 1999 ; 80 : 377-82.
31. Vassal P, Navez ML, Laurent B. Physiopathologie de la douleur et modifications liées à l'âge. In : Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D, eds. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson, 2002 : 67-81.
32. Dworkin RH. *Breitbart. Psychosocial aspects of pain : a handbook for health care providers*. Seattle : IASP Press, 2004.
33. Gatchel RJ, Turk DC. *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook*. New York : Guilford, 1996.
34. Allaz AF. Douleurs chroniques rebelles : une plainte polysémique. *Med Hyg (Geneve)* 2004 ; 62 : 1372-5.
35. Cedraschi C, Allaz AF. How to identify patients with a poor prognosis in daily clinical practice. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005 ; 19 : 577-91.
36. Klausner EJ, Alexopoulos GS. The future of psychosocial treatments for elderly patients. *Psychiatr Serv* 1999 ; 50 : 1198-204.