

Comprendre les enjeux du fonctionnement psychologique du patient en douleur chronique...

...Afin de développer vos antennes au sujet de leur souffrance

MMD-8800: "Traitement non pharmacologique de la douleur chronique"

ANR-6000: "Traitement non pharmacologique de la douleur"

volet psycho 1 de 2

Révision: sept 2023

Dre Marie-Christine Taillefer, PhD, psychologue,

Clinique de la Douleur du CHUM

marie-christine.taillefer.chum@ssss.gouv.qc.ca





Introduction



- La réalité psychologique du pt en douleur chronique est complexe, et bien différente du contexte de douleur aiguë
- Il importe au clinicien, peu importe son expertise, d'avoir une base de connaissances en psychologie pour mieux comprendre leur souffrance et y être sensible
- Des vignettes cliniques permettront d'imager les concepts décrits dans ce cours
- Des lectures compléteront les modalités d'apprentissage avant la passation d'un examen
- "Comment" adresser cette souffrance, fera partie du second cours de psychologie de cette série



Introduction (suite)

- En plus des concepts utiles pour comprendre la réalité des pts,
- J'y ai joint les outils que j'utilise pour le dépistage; ils sont à la portée de tous et n'exigent pas de qualifications particulières
- Sachez cependant que lorsque vous vous informerez à partir de la littérature, il existe 3 consortiums qui ont établi les variables essentielles à mesurer, chez les pts en douleur chronique, dans les études cliniques
 - **IMMPACT**: Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials. <http://www.immpact.org/>
 - **ACTION**. Analgesic, Anesthetic, and Addiction Clinical Trial Translations, Innovations, Opportunities, and Networks. <http://www.action.org/>
 - **PROMIS**[®] (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System). <http://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis>



Principales différences entre la douleur aiguë et la douleur chronique

Caractéristiques	Douleur aiguë	Douleur chronique
Durée	Moins de 3 mois	De 3-6 mois ou au-delà de la durée normale de guérison
Origine	Connue	Connue mais plus ou moins résistante au traitement Inconnue
Santé mentale	Augmente l'anxiété	Pourrait entraîner de la dépression secondaire et de l'anxiété
Fonction	Utile et protectrice (signal d'alarme d'une lésion)	Inutile et destructrice (fausse alarme)
Objectifs thérapeutiques	Diminuer la douleur	Soulagement, amélioration de la qualité de vie et du sommeil

Source: Groupe d'intro à la Clinique pour pts sur la liste d'attente: Unité de gestion de la douleur Alan-Edwards, CUSM, nov. 2018





Avertissement concernant les vignettes

Toute ressemblance avec des
personnes existantes ou ayant existé est
purement fortuite.

Seuls les noms sont basés sur la réalité

**La description des cas est tout à fait
fictive**



Vignette 1: Type "Rambo Gauthier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 54 ans, travailleur de la construction Lombalgie basse sur accident de travail Douleur à 4/10 AM avec raideurs Douleur à 9/10 le soir, ↑ avec activités Trouble du sommeil, n'a pas de position
Limites fonctionnelles	AVQ limitées : travaux manuels, gazon etc. Se sent inutile à pourvoir aux besoins de sa famille Bon soutien de sa femme mais cela le frustre
État psychologique	Homme "tough et macho" "Ça ne pleure pas, un homme" N'aime pas les médicaments, "c'est pour les faibles", Peur de l'addiction? TP limite avec impulsivité : prompt à réagir, se met dans le trouble, a un dossier criminel pour voies de faits, très irritable, "se pogne avec collègues et patrons"; historique de congédiements multiples; garde ses emplois de 3-6 mois en moyenne A souvent la sensation "de faire une crise cardiaque" ; médical OK "Soulage" sa douleur avec ROH le soir
Antécédents	Violé dans l'enfance par un prêtre



Vignette 2: Type "Laurent Duvernay-Tardif"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 22 ans, étudiant en médecine, joueur de foot CRPS MID post-Fx tibiale lors d'un match Douleur à 8/10, ↑ avec stress ou mauvais temps
Limites fonctionnelles	En béquilles pour les courtes distances En fauteuil roulant pour les plus longues Ne peut conduire
État psychologique	Kinésiophobie (peur excessive de bouger ou de se reblesser) Trouble d'adaptation anxio-dépressif 2 nd à la douleur Perfectionniste N'a jamais connu l'échec Adulé et admiré dans sa communauté Usage de stéroïdes anabolisants?
Antécédents	Nil



Vignette 3: Type "Lise Watier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Femme d'affaires de 45 ans, compagnie de cosmétiques Fibromyalgie et côlon irritable Douleur à 6/10, migratrice, à diverses articulations "Workaholic" : 7-23h, 6 jours sur 7 Épouse et mère "parfaite" "Madame blancheville"
Limites fonctionnelles	Ne peut atteindre ses objectifs, se pousse +++ Tout lui est "également" important
État psychologique	Catastrophisation (pense toujours au pire) Dépression majeure : se sent épuisée et à bout physiquement et psychologiquement, ne dort pas bien, "jongle" constamment avec ses préoccupations diverses dit "que son petit hamster ne peut s'arrêter", pleure presque à tous les jours, en cachette de ses proches et tout lui paraît comme une montagne; mange peu, car n'a pas faim et saute des repas; perte de 10 lbs depuis trois mois; se culpabilise +++ de ne pas atteindre ses objectifs; se sent parfois tellement découragée, qu'elle a des idées suicidaires, sans plan de passage à l'acte; ne voudrait pas faire souffrir davantage sa famille Trouble d'anxiété généralisée (TAG) : ne tolère pas l'incertitude, craint d'avoir une maladie grave sous-jacente, se sent vulnérable +++, anxiété se transpose à d'autres sphères de sa vie (crainte que son mari ait un accident lorsqu'il est sur la route, demande contacts fréquents; inquiète que ses enfants soient blessés en traversant la rue ou kidnappés par des étrangers
Antécédents	Nil



Vignette 4: Type "Somatisant"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 30 ans avec douleurs sur sites multiples Plusieurs investigations médicales et séjours à l'urgence Or, investigations médicales toujours négatives À votre examen, rien ne "colle" à un Dx précis
Limites fonctionnelles	Pt a arrêté ses études à cause de sa douleur et ne travaille pas, se dit trop limité et souffrant Écoute la TV et dort +++, logement insalubre?
État psychologique	Isolé socialement, sans amis Peu en contact avec ses émotions
Antécédents	Quand vous questionnez, dans son histoire de vie, sa situation dans l'enfance, vous apprenez que la famille a éclaté alors qu'il avait 3 ans; quand vous lui demandez de caractériser son enfance en qq mots, il n'arrive pas à se souvenir d'éléments heureux ni malheureux, il a l'impression "d'un trou noir"



La complexité de la douleur et de la souffrance

(tiré de Rivard 2012* et de l'atelier d'intro Alan-Edwards 2018**)



LA DOULEUR EN TANT QUE SOMME
DE COMPOSANTES PHYSIQUES,
PSYCHOLOGIQUES ET COGNITIVES

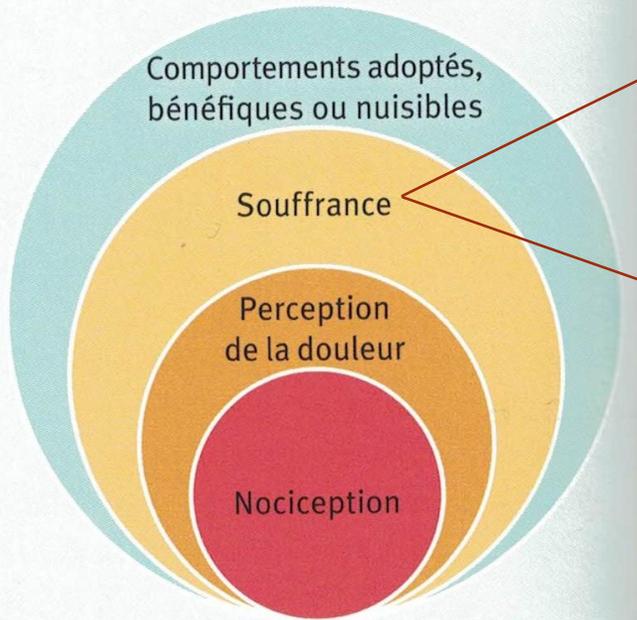
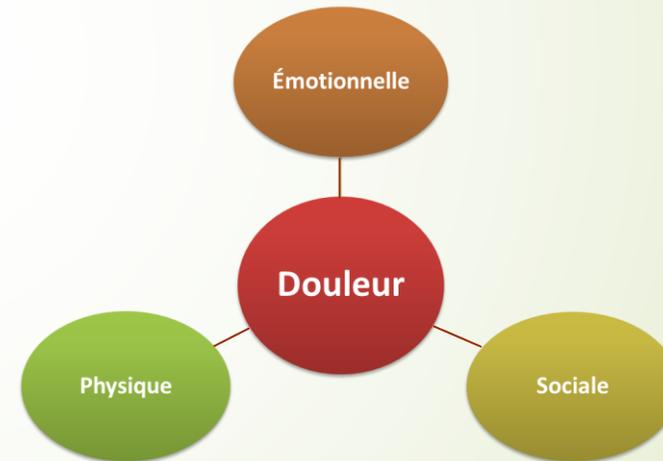


FIGURE 16

Adapté du schéma
de Loeser et Cousins, 1990

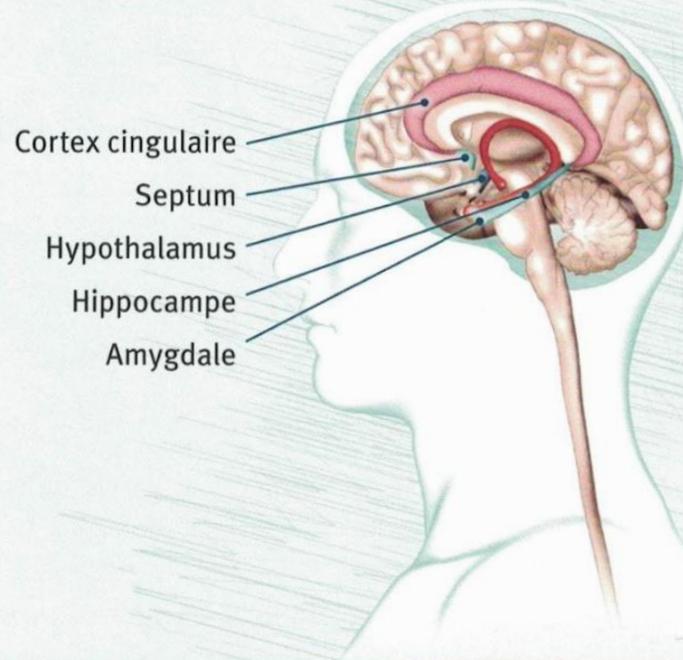
La complexité de la douleur chronique



Triade Pensées-Émotions-Comportements

(tiré de Rivard 2012)

LE SYSTÈME LIMBIQUE



Le système limbique est impliqué dans les émotions et les comportements automatiques.

FIGURE 22

LA TRIADE PENSÉES-ÉMOTIONS-COMPORTEMENTS

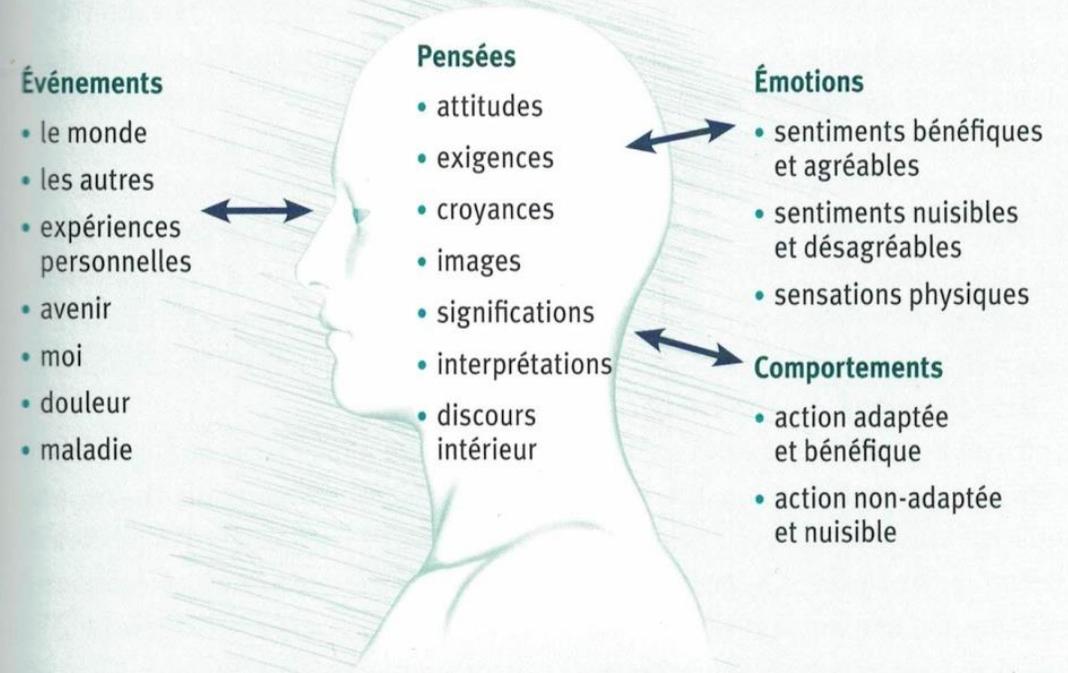


FIGURE 23

Adapté de *Les Thérapies comportementales et cognitives*, First Éditions





Exemples de croyances face à la douleur

- Williams et Thorn, 1989 (Pain Reliefs and Perceptions Inventory)
 - La douleur est un mystère
 - La douleur est permanente
 - La douleur est causée par le pt (cas RG vs LDT)
 - La douleur est toujours au même niveau



Vignette 1: Type "Rambo Gauthier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 54 ans, travailleur de la construction Lombalgie basse sur accident de travail Douleur à 4/10 AM avec raideurs Douleur à 9/10 le soir, ↑ avec activités Trouble du sommeil, n'a pas de position
Limites fonctionnelles	AVQ limitées : travaux manuels, gazon etc. Se sent inutile à pourvoir aux besoins de sa famille Bon soutien de sa femme mais cela le frustre
État psychologique	Homme "tough et macho" "Ça ne pleure pas, un homme" N'aime pas les médicaments, "c'est pour les faibles", Peur de l'addiction? TP limite avec impulsivité : prompt à réagir, se met dans le trouble, a un dossier criminel pour voies de faits, très irritable, "se pogne avec collègues et patrons"; historique de congédiements multiples; garde ses emplois de 3-6 mois en moyenne A souvent la sensation "de faire une crise cardiaque" ; médical OK "Soulage" sa douleur avec ROH le soir
Antécédents	Violé dans l'enfance par un prêtre



Vignette 2: Type "Laurent Duvernay-Tardif"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 22 ans, étudiant en médecine, joueur de foot CRPS MID post-Fx tibiale lors d'un match Douleur à 8/10, ↑ avec stress ou mauvais temps
Limites fonctionnelles	En béquilles pour les courtes distances En fauteuil roulant pour les plus longues Ne peut conduire
État psychologique	Kinésiophobie (peur excessive de bouger ou de se reblesser) Trouble d'adaptation anxio-dépressif 2 nd à la douleur Perfectionniste N'a jamais connu l'échec Adulé et admiré dans sa communauté Usage de stéroïdes anabolisants?
Antécédents	Nil





Exemples de croyances face à la douleur (suite)

- Jensen et al. 1994 (Survey of Pain Attitudes)
 - Contrôle personnel
 - Fonctionnement – incapacité
 - Rôle des émotions
 - Risque de blessure
 - Consommation de médicaments (cas RG)
 - Besoin de sollicitude
 - Solution médicale



Vignette 1: Type "Rambo Gauthier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 54 ans, travailleur de la construction Lombalgie basse sur accident de travail Douleur à 4/10 AM avec raideurs Douleur à 9/10 le soir, ↑ avec activités Trouble du sommeil, n'a pas de position
Limites fonctionnelles	AVQ limitées : travaux manuels, gazon etc. Se sent inutile à pourvoir aux besoins de sa famille Bon soutien de sa femme mais cela le frustre
État psychologique	Homme "tough et macho" "Ça ne pleure pas, un homme" N'aime pas les médicaments, "c'est pour les faibles" , Peur de l'addiction? TP limite avec impulsivité : prompt à réagir, se met dans le trouble, a un dossier criminel pour voies de faits, très irritable, "se pogne avec collègues et patrons"; historique de congédiements multiples; garde ses emplois de 3-6 mois en moyenne A souvent la sensation "de faire une crise cardiaque" ; médical OK "Soulage" sa douleur avec ROH le soir
Antécédents	Violé dans l'enfance par un prêtre



Statut fonctionnel varié

Contrôle, fonctionnement-incapacité

- ▶ Pt qui malgré la douleur, a un fonctionnement attendu, "normal" dans ses AVQ et au travail et n'a pas de détresse psychologique
- ▶ Mais, le niveau de douleur ne reflète pas toujours le degré d'invalidité (Échelle de Von Korf, 1992)
 - ▶ I - faible invalidité + faible niveau de douleur
 - ▶ II - faible invalidité + fort niveau de douleur (cas LW)
 - ▶ III - grande invalidité + douleur modérément limitante (cas somat)
 - ▶ IV - grande invalidité + douleur sévèrement limitante



Vignette 3: Type "Lise Watier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Femme d'affaires de 45 ans, compagnie de cosmétiques Fibromyalgie et côlon irritable Douleur à 6/10, migratrice, à diverses articulations "Workaholic" : 7-23h, 6 jours sur 7 Épouse et mère "parfaite" "Madame blancheville"
Limites fonctionnelles	Ne peut atteindre ses objectifs, se pousse +++ Tout lui est "également" important
État psychologique	Catastrophisation (pense toujours au pire) Dépression majeure : se sent épuisée et à bout physiquement et psychologiquement, ne dort pas bien, "jongle" constamment avec ses préoccupations diverses dit "que son petit hamster ne peut s'arrêter", pleure presque à tous les jours, en cachette de ses proches et tout lui paraît comme une montagne; mange peu, car n'a pas faim et saute des repas; perte de 10 lbs depuis trois mois; se culpabilise +++ de ne pas atteindre ses objectifs; se sent parfois tellement découragée, qu'elle a des idées suicidaires, sans plan de passage à l'acte; ne voudrait pas faire souffrir davantage sa famille Trouble d'anxiété généralisée (TAG) : ne tolère pas l'incertitude, craint d'avoir une maladie grave sous-jacente, se sent vulnérable +++, anxiété se transpose à d'autres sphères de sa vie (crainte que son mari ait un accident lorsqu'il est sur la route, demande contacts fréquents; inquiète que ses enfants soient blessés en traversant la rue ou kidnappés par des étrangers
Antécédents	Nil



Vignette 4: Type "Somatisant"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 30 ans avec douleurs sur sites multiples Plusieurs investigations médicales et séjours à l'urgence Or, investigations médicales toujours négatives À votre examen, rien ne "colle" à un Dx précis
Limites fonctionnelles	Pt a arrêté ses études à cause de sa douleur et ne travaille pas, se dit trop limité et souffrant Écoute la TV et dort +++ , logement insalubre?
État psychologique	Isolé socialement, sans amis Peu en contact avec ses émotions
Antécédents	Quand vous questionnez, dans son histoire de vie, sa situation dans l'enfance, vous apprenez que la famille a éclaté alors qu'il avait 3 ans; quand vous lui demandez de caractériser son enfance en qq mots, il n'arrive pas à se souvenir d'éléments heureux ni malheureux, il a l'impression "d'un trou noir"



Statut fonctionnel varié (suite)

Fonctionnement-Incapacité

- ▶ Les pts qui "veulent fonctionner comme avant" (cas LW)
 - ▶ Souvent perfectionnistes, "high achiever"
 - ▶ Tant que le corps suit ce que la tête veut faire, peu ou pas de détresse psycho
 - ▶ Quand le corps ne suit plus les attentes de la personne, elle lutte contre elle-même
 - ▶ Augmentation de la rigidité psychologique (continuer un comportement inefficace)
 - ▶ "veut" davantage et dépasse souvent ses limites
 - ▶ Augmentation de la douleur
 - ▶ Fatigue
 - ▶ Anxiété
 - ▶ Découragement
 - ▶ Perte d'estime de soi



Vignette 3: Type "Lise Watier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Femme d'affaires de 45 ans, compagnie de cosmétiques Fibromyalgie et côlon irritable Douleur à 6/10, migratrice, à diverses articulations "Workaholic" : 7-23h, 6 jours sur 7 Épouse et mère "parfaite" "Madame blancheville"
Limites fonctionnelles	Ne peut atteindre ses objectifs, se pousse +++ Tout lui est "également" important
État psychologique	Catastrophisation (pense toujours au pire) Dépression majeure : se sent épuisée et à bout physiquement et psychologiquement, ne dort pas bien, "jongle" constamment avec ses préoccupations diverses dit "que son petit hamster ne peut s'arrêter", pleure presque à tous les jours, en cachette de ses proches et tout lui paraît comme une montagne; mange peu, car n'a pas faim et saute des repas; perte de 10 lbs depuis trois mois; se culpabilise +++ de ne pas atteindre ses objectifs; se sent parfois tellement découragée, qu'elle a des idées suicidaires, sans plan de passage à l'acte; ne voudrait pas faire souffrir davantage sa famille Trouble d'anxiété généralisée (TAG) : ne tolère pas l'incertitude, craint d'avoir une maladie grave sous-jacente, se sent vulnérable +++, anxiété se transpose à d'autres sphères de sa vie (crainte que son mari ait un accident lorsqu'il est sur la route, demande contacts fréquents; inquiète que ses enfants soient blessés en traversant la rue ou kidnappés par des étrangers)
Antécédents	Nil



Statut fonctionnel varié (suite)

Rôle des émotions

- ▶ Les pts qui en font moins qu'attendu (cas LW vs somat)
 - ▶ Évitement sain et protecteur (dosage d'activité, risque concret de blessure, etc.)
 - ▶ Par crainte...
 - ▶ Catastrophisation (= penser au pire)
 - ▶ Par un discours intérieur, des pensées, des images ou des scénarios
 - ▶ Selon Sullivan (article PCS-CF), est composée de:
 - ▶ Rumination (tendance à focaliser avec excès sur les sensations douloureuses)
 - ▶ Amplification (tendance à amplifier le danger qu'implique ces sensations)
 - ▶ Impuissance (tendance à se percevoir comme incapable de contrôler l'intensité des sensations)
 - ▶ Selon Sullivan (Sullivan, Programme PDIP; Sullivan et al 2001)
 - ▶ Une perception qui se distingue des autres
 - ▶ Est associée à l'augmentation de la douleur et la dysfonction physique, psychologique et sociale
 - ▶ Prédit les difficultés d'ajustement à la douleur, au-delà des données démographiques, de l'intensité de la douleur, du statut de travail et des autres croyances



Vignette 3: Type "Lise Watier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Femme d'affaires de 45 ans, compagnie de cosmétiques Fibromyalgie et côlon irritable Douleur à 6/10, migratrice, à diverses articulations "Workaholic" : 7-23h, 6 jours sur 7 Épouse et mère "parfaite" "Madame blancheville"
Limites fonctionnelles	Ne peut atteindre ses objectifs, se pousse +++ Tout lui est "également" important
État psychologique	Catastrophisation (pense toujours au pire) Dépression majeure : se sent épuisée et à bout physiquement et psychologiquement, ne dort pas bien, "jongle" constamment avec ses préoccupations diverses dit "que son petit hamster ne peut s'arrêter", pleure presque à tous les jours, en cachette de ses proches et tout lui paraît comme une montagne; mange peu, car n'a pas faim et saute des repas; perte de 10 lbs depuis trois mois; se culpabilise +++ de ne pas atteindre ses objectifs; se sent parfois tellement découragée, qu'elle a des idées suicidaires, sans plan de passage à l'acte; ne voudrait pas faire souffrir davantage sa famille Trouble d'anxiété généralisée (TAG) : ne tolère pas l'incertitude, craint d'avoir une maladie grave sous-jacente, se sent vulnérable +++, anxiété se transpose à d'autres sphères de sa vie (crainte que son mari ait un accident lorsqu'il est sur la route, demande contacts fréquents; inquiète que ses enfants soient blessés en traversant la rue ou kidnappés par des étrangers)
Antécédents	Nil



Vignette 4: Type "Somatisant"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 30 ans avec douleurs sur sites multiples Plusieurs investigations médicales et séjours à l'urgence Or, investigations médicales toujours négatives À votre examen, rien ne "colle" à un Dx précis
Limites fonctionnelles	Pt a arrêté ses études à cause de sa douleur et ne travaille pas, se dit trop limité et souffrant Écoute la TV et dort +++, logement insalubre?
État psychologique	Isolé socialement, sans amis Peu en contact avec ses émotions
Antécédents	Quand vous questionnez, dans son histoire de vie, sa situation dans l'enfance, vous apprenez que la famille a éclaté alors qu'il avait 3 ans; quand vous lui demandez de caractériser son enfance en qq mots, il n'arrive pas à se souvenir d'éléments heureux ni malheureux, il a l'impression "d'un trou noir"



Échelle de Catastrophisation (PCS-CF) (Sullivan 1995)

- Échelle mesurant le degré de catastrophisation
 - Trois sous-échelles
 - Ruminantion
 - Amplification
 - Impuissance
 - Un score total
 - Plus il est élevé, plus il reflète la catastrophisation



Droits Réservez © 1995
Michael J. Sullivan

PCS-CF

Nom: _____ Age: _____ Sexe: _____ Date: _____

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses. Cela peut être la douleur associée aux maux de tête, à un mal de dent, ou encore la douleur musculaire ou aux articulations. Il nous arrive souvent d'avoir à subir des expériences douloureuses telles que la maladie, une blessure, un traitement dentaire ou une intervention chirurgicale.

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous avez de la douleur.

0 – pas du tout 1 – quelque peu 2 – de façon modérée 3 – beaucoup 4 – tout le temps

Quand j'ai de la douleur ...

1 j'ai peur qu'il n'y aura pas de fin à la douleur.

2 je sens que je ne peux pas continuer.

3 c'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.

4 c'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.

5 je sens que je ne peux plus supporter la douleur.

6 j'ai peur que la douleur s'empire.

7 je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses.

8 avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse.

9 je ne peux m'empêcher d'y penser.

10 je ne fais que penser à quel point ça fait mal.

11 je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.

12 il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.

13 je me demande si quelque chose de grave va se produire.

... Total

36





Statut fonctionnel varié (suite)

Risque de blessure

- Kinésiophobie (= peur exagérée de bouger) (cas LDT)
 - Peur souvent reconnue comme irrationnelle par les pts (comme avec les autres phobies)
 - Évitement de l'action qui, à court terme, paraît protectrice : "Ouf, le danger est évité"
 - Évitement avec des conséquences à long terme
 - Augmente l'anxiété plutôt que de la diminuer et de redonner du contrôle au pt
 - Isolement social
 - Déconditionnement physique



Vignette 2: Type "Laurent Duvernay-Tardif"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 22 ans, étudiant en médecine, joueur de foot CRPS MID post-Fx tibiale lors d'un match Douleur à 8/10, ↑ avec stress ou mauvais temps
Limites fonctionnelles	En béquilles pour les courtes distances En fauteuil roulant pour les plus longues Ne peut conduire
État psychologique	Kinésiophobie (peur excessive de bouger ou de se reblesser) Trouble d'adaptation anxio-dépressif 2 nd à la douleur Perfectionniste N'a jamais connu l'échec Adulé et admiré dans sa communauté Usage de stéroïdes anabolisants?
Antécédents	Nil



Échelle de Kinésiophobie de Tampa (TSK)

(Kori et al, 1990; French et al, 2002 pour la VF)

- Mesure la kinésiophobie
 - 17 items au total dont 4 items à score inversé (#4, 8, 12 et 16)
 - Score total
 - Plus il est élevé, plus il y a kinésiophobie

TSK-CF

de client : _____ Âge : _____ Sexe : M() F() Date : _____

Consignes :

Veillez lire attentivement chaque question et encercler le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.

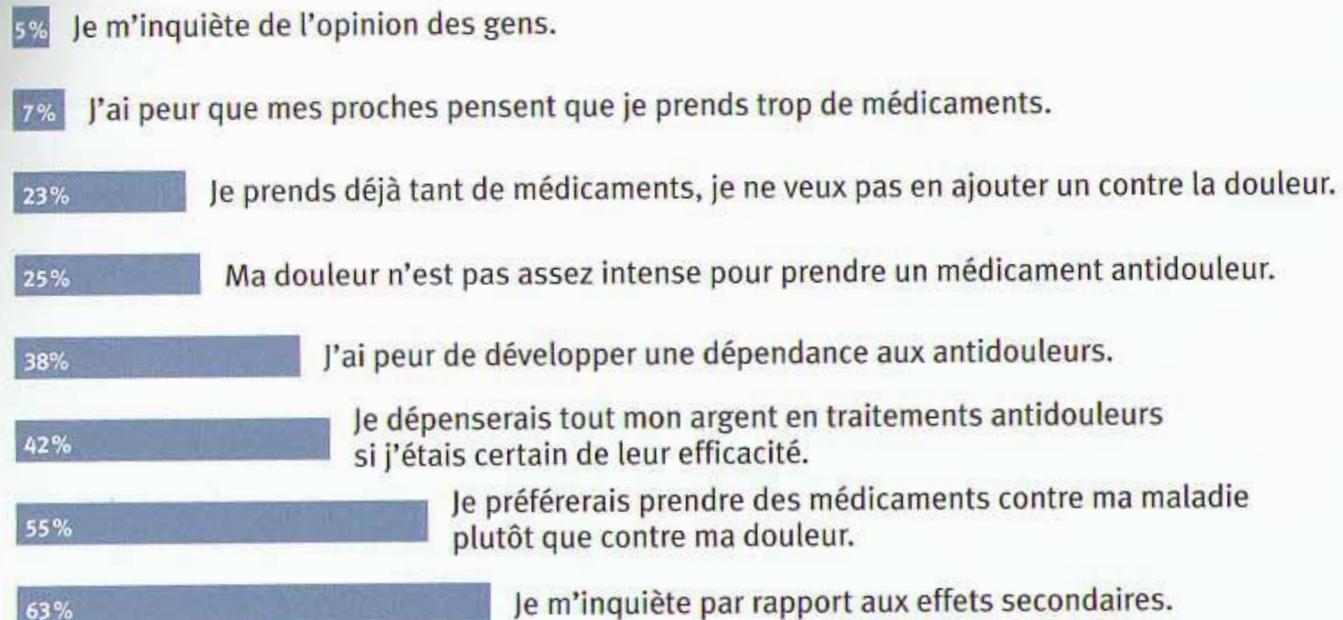
	Fortement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Fortement en accord
1. J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique	1	2	3	4
2. Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre	1	2	3	4
3. Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas	1	2	3	4
4. Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée	1	2	3	4
5. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux	1	2	3	4
6. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours	1	2	3	4
7. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(é)	1	2	3	4
8. Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux	1	2	3	4
9. J'ai peur de me blesser accidentellement	1	2	3	4
10. La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles	1	2	3	4
11. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps	1	2	3	4
12. Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve)	1	2	3	4
13. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas	1	2	3	4
14. Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active	1	2	3	4
15. Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser	1	2	3	4
16. Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave	1	2	3	4
17. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur	1	2	3	4



Exemples de croyances face aux médicaments (cas RG vs LW)

(Tiré de Rivard 2012)

ATTITUDES ET CROYANCES FRÉQUENTES PAR RAPPORT À LA MÉDICATION ANTIDOULEUR



0 10 20 30 40 50 60 70 80

% DES RÉPONDANTS

FIGURE 35

Breivik et coll., 2006



Vignette 1: Type "Rambo Gauthier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 54 ans, travailleur de la construction Lombalgie basse sur accident de travail Douleur à 4/10 AM avec raideurs Douleur à 9/10 le soir, ↑ avec activités Trouble du sommeil, n'a pas de position
Limites fonctionnelles	AVQ limitées : travaux manuels, gazon etc. Se sent inutile à pourvoir aux besoins de sa famille Bon soutien de sa femme mais cela le frustre
État psychologique	Homme "tough et macho" "Ça ne pleure pas, un homme" N'aime pas les médicaments, "c'est pour les faibles", Peur de l'addiction? TP limite avec impulsivité : prompt à réagir, se met dans le trouble, a un dossier criminel pour voies de faits, très irritable, "se pogne avec collègues et patrons"; historique de congédiements multiples; garde ses emplois de 3-6 mois en moyenne A souvent la sensation "de faire une crise cardiaque" ; médical OK "Soulage" sa douleur avec ROH le soir
Antécédents	Violé dans l'enfance par un prêtre



Vignette 3: Type "Lise Watier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Femme d'affaires de 45 ans, compagnie de cosmétiques Fibromyalgie et côlon irritable Douleur à 6/10, migratrice, à diverses articulations "Workaholic" : 7-23h, 6 jours sur 7 Épouse et mère "parfaite" "Madame blancheville"
Limites fonctionnelles	Ne peut atteindre ses objectifs, se pousse +++ Tout lui est "également" important
État psychologique	Catastrophisation (pense toujours au pire) Dépression majeure : se sent épuisée et à bout physiquement et psychologiquement, ne dort pas bien, "jongle" constamment avec ses préoccupations diverses dit "que son petit hamster ne peut s'arrêter", pleure presque à tous les jours, en cachette de ses proches et tout lui paraît comme une montagne; mange peu, car n'a pas faim et saute des repas; perte de 10 lbs depuis trois mois; se culpabilise +++ de ne pas atteindre ses objectifs; se sent parfois tellement découragée, qu'elle a des idées suicidaires, sans plan de passage à l'acte; ne voudrait pas faire souffrir davantage sa famille Trouble d'anxiété généralisée (TAG) : ne tolère pas l'incertitude, craint d'avoir une maladie grave sous-jacente, se sent vulnérable +++, anxiété se transpose à d'autres sphères de sa vie (crainte que son mari ait un accident lorsqu'il est sur la route, demande contacts fréquents; inquiète que ses enfants soient blessés en traversant la rue ou kidnappés par des étrangers
Antécédents	Nil



Besoin de sollicitude

(tiré de l'atelier d'intro Alan-Edwards 2018)

- ▶ Douleur = perception et communication (verbale et non-verbale)





Sollicitude (suite)

- ▶ La douleur est communiqué à l'entourage (personnel, professionnel, même médical), qui y réagit de différentes façons
 - ▶ En minimisant ou dénigrant "moi aussi j'ai mal dans le dos, qq jours de repos et hop!"
 - ▶ En surprotégeant
 - ▶ En supportant et en aidant
- ▶ Parfois, on a des pts "poker face" (cas RG vs LW)
 - ▶ Gênés de demander, ne veulent pas déranger, sont autonomes, ont souvent l'habitude d'être là pour les autres, ne veulent pas montrer leur détresse, ne veulent pas accabler leur entourage, ont souvent la crainte d'être rejetés, s'affirment peu et ont de la difficulté à mettre des limites



Vignette 1: Type "Rambo Gauthier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 54 ans, travailleur de la construction Lombalgie basse sur accident de travail Douleur à 4/10 AM avec raideurs Douleur à 9/10 le soir, ↑ avec activités Trouble du sommeil, n'a pas de position
Limites fonctionnelles	AVQ limitées : travaux manuels, gazon etc. Se sent inutile à pourvoir aux besoins de sa famille Bon soutien de sa femme mais cela le frustre
État psychologique	Homme "tough et macho" "Ça ne pleure pas, un homme" N'aime pas les médicaments, "c'est pour les faibles", Peur de l'addiction? TP limite avec impulsivité : prompt à réagir, se met dans le trouble, a un dossier criminel pour voies de faits, très irritable, "se pogne avec collègues et patrons"; historique de congédiements multiples; garde ses emplois de 3-6 mois en moyenne A souvent la sensation "de faire une crise cardiaque" ; médical OK "Soulage" sa douleur avec ROH le soir
Antécédents	Violé dans l'enfance par un prêtre



Vignette 3: Type "Lise Watier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Femme d'affaires de 45 ans, compagnie de cosmétiques Fibromyalgie et côlon irritable Douleur à 6/10, migratrice, à diverses articulations "Workaholic" : 7-23h, 6 jours sur 7 Épouse et mère "parfaite" "Madame blancheville"
Limites fonctionnelles	Ne peut atteindre ses objectifs, se pousse +++ Tout lui est "également" important
État psychologique	Catastrophisation (pense toujours au pire) Dépression majeure : se sent épuisée et à bout physiquement et psychologiquement, ne dort pas bien, "jongle" constamment avec ses préoccupations diverses dit "que son petit hamster ne peut s'arrêter", pleure presque à tous les jours, en cachette de ses proches et tout lui paraît comme une montagne; mange peu, car n'a pas faim et saute des repas; perte de 10 lbs depuis trois mois; se culpabilise +++ de ne pas atteindre ses objectifs; se sent parfois tellement découragée, qu'elle a des idées suicidaires, sans plan de passage à l'acte; ne voudrait pas faire souffrir davantage sa famille Trouble d'anxiété généralisée (TAG) : ne tolère pas l'incertitude, craint d'avoir une maladie grave sous-jacente, se sent vulnérable +++, anxiété se transpose à d'autres sphères de sa vie (crainte que son mari ait un accident lorsqu'il est sur la route, demande contacts fréquents; inquiète que ses enfants soient blessés en traversant la rue ou kidnappés par des étrangers
Antécédents	Nil



Sollicitude (suite)

- ▶ Parfois, on a des pts "sur-démonstratifs"
 - ▶ Verbalisent davantage leur douleur
 - ▶ Cris, gémissements, plaintes, douleur qui dépasse 10: "ma douleur est à 13/10!"
 - ▶ Posture prostrée, visage crispé etc.
 - ▶ Ont davantage d'émotions fortes
 - ▶ Forte anxiété, fort découragement, idéation suicidaire, irritabilité, colère etc.
 - ▶ Sont plus dépendants aux autres, sur le plan émotif
 - ▶ Ont souvent un sentiment d'incompréhension et de victimisation
 - ▶ Sont souvent plus facilement rejetés, car considérés difficiles
 - ▶ Par leur entourage (perte de soutien et de contacts, conflits et rejets fréquents)
 - ▶ Par les professionnels de la santé (contre-transfert négatif)
 - ▶ Par comparaison avec le pt qui vous apprécie et avec qui vous êtes content de travailler



Stades de changement du douloureux chronique

Kerns et al. (2000)

- ▶ Pré-réflexion
 - ▶ Pt qui confie sa gestion de la douleur aux MDs
 - ▶ “ Je suis dans une clinique spécialisée, il y a NÉCESSAIREMENT UNE EXPLICATION à ma douleur ET UN TRAITEMENT disponible qui fonctionnera”
- ▶ Réflexion
 - ▶ Pt commence à comprendre l'importance de son implication dans la gestion de sa douleur
 - ▶ Participation à un groupe d'auto-gestion de la douleur etc.
- ▶ Action
 - ▶ Pt qui fait des efforts concrets pour gérer ses douleurs
 - ▶ Pleine conscience, dosage des activités etc.
- ▶ Maintien
 - ▶ En plus des efforts, il y a une reconnaissance des difficultés et d'un certain manque de contrôle parfois
 - ▶ Lors des pics de douleurs, les outils pharmaco et non-pharmaco de gestion sont moins efficaces mais il faut aussi reconnaître que le pic a le dessus sur nous pour le moment et qu'il finira par s'estomper





Celui en pré-contemplation qui attend la solution-miracle

- Nous avons parfois des pts qui attendent la “solution-miracle”, c’est souvent celui:
 - Qui va tout essayer
 - Qui n’a rien à perdre
 - Qui fait la ronde des médecins et des traitements
 - Qui a un désir forcené de guérir
 - Qui vit de la déception, de la frustration et des émotions en montagnes russes
 - Qui ne réalise pas que toutes les batailles ne peuvent pas être gagnées
 - Qui a un agenda qui éloigne de plus en plus la qualité de vie



Processus d'adaptation variable (exemples)

Curr Pain Headache Rep (2010) 14:105–112

107

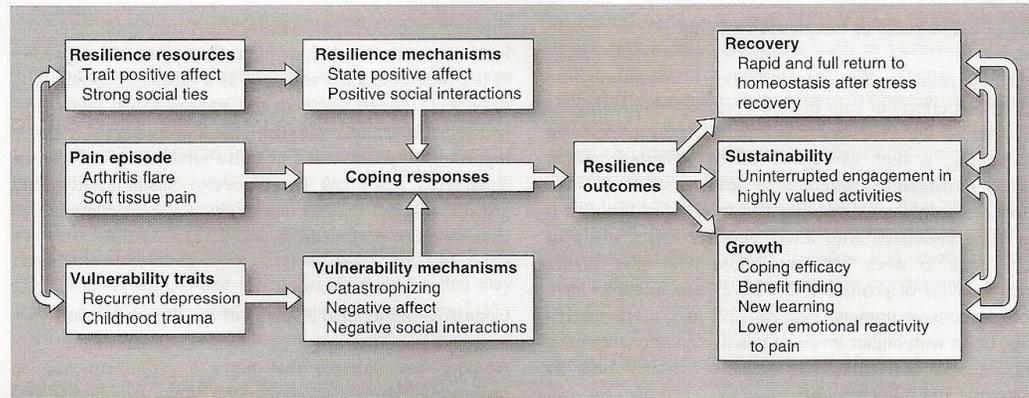


Fig. 1 Pathways to resilience for those in chronic pain. All items listed below the pathways are examples

(tiré de Sturgeon et Zautra, 2010)

Selon Ayache et al. (2021), il existe 4 profils d'ajustement

- En croissance, (+++, -)
- Ambivalent, (++, --)
- Non perturbé, (+, -)
- **En détresse, (+, ---)**

selon leur combinaison propre d'éléments reflétant la croissance (+) et la dépréciation (-) personnelle





Exemples de stratégies d'adaptation (ou de coping)

- Rosenstiel et Keefe 1983 (Coping Strategies Questionnaire)
 - Détourner son attention (se changer les idées)
 - Réinterpréter les sensations (chaleur/froideur, par une couleur, un nom etc.)
 - Ignorer la douleur
 - Prier et espérer
 - Se parler
 - Augmenter ses activités



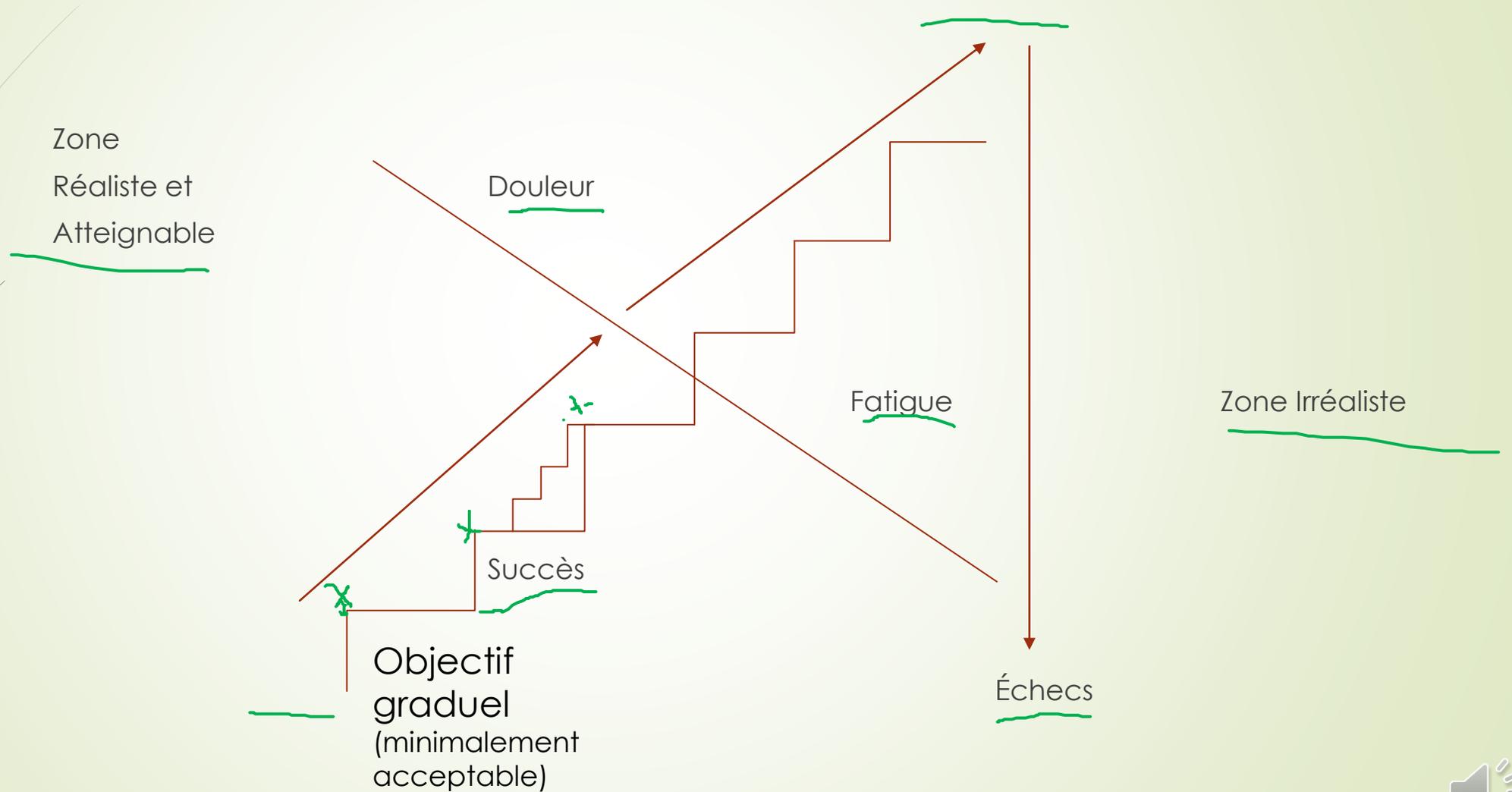


Exemples de stratégies d'adaptation (suite)

- ▶ Jensen et al. 1995 (Chronic Pain Coping Inventory)
 - ▶ Se protéger physiquement
 - ▶ Se reposer
 - ▶ Demander de l'aide
 - ▶ Relaxer
 - ▶ Persévérer dans la tâche
 - ▶ Faire des exercices, des étirements
 - ▶ Rechercher du soutien
 - ▶ Se parler

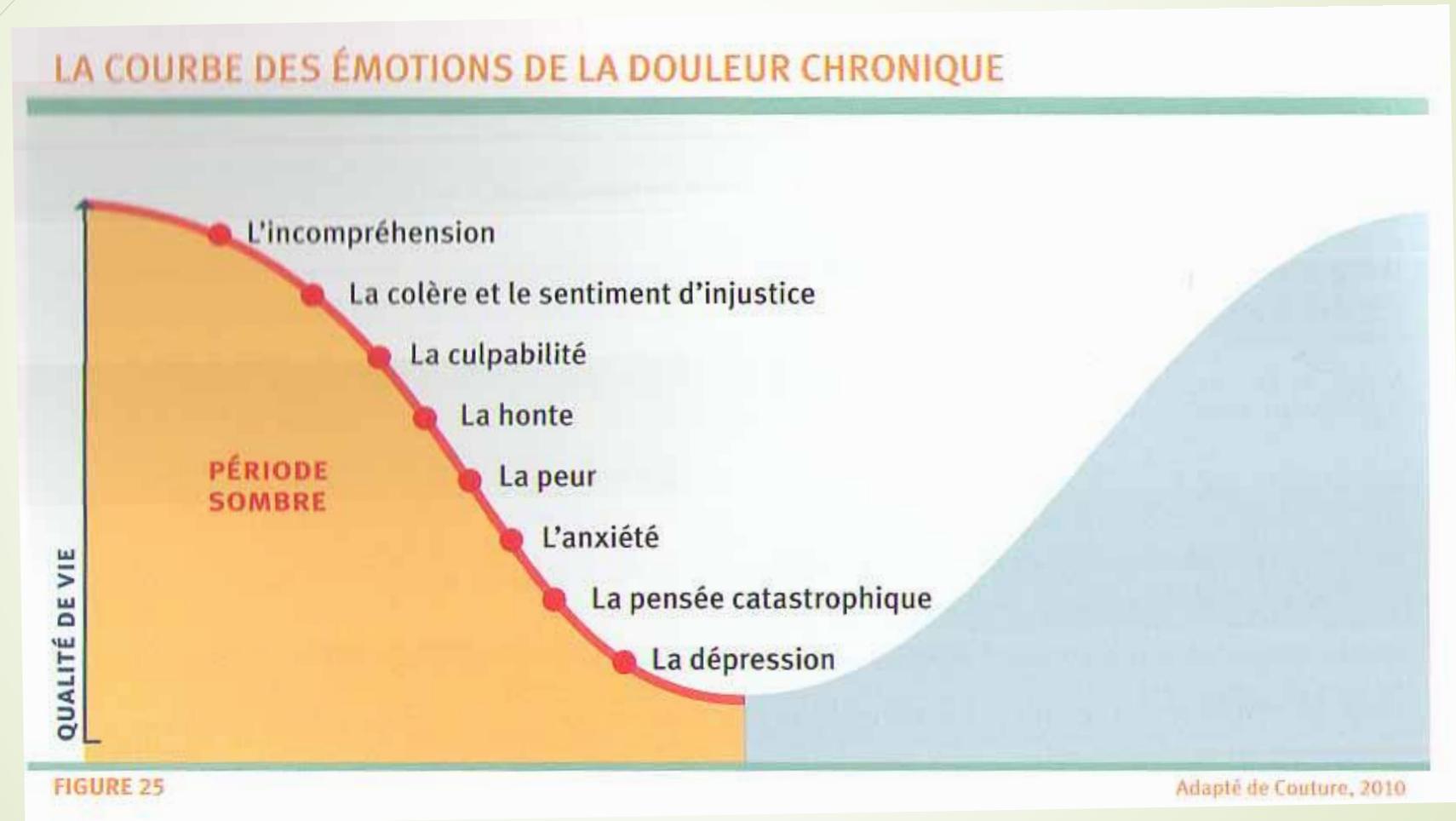


L'équilibrage (ou pacing) des activités



La détresse psychologique en douleur chronique (cas LW)

(tiré de Rivard, 2012)



Vignette 3: Type "Lise Watier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Femme d'affaires de 45 ans, compagnie de cosmétiques Fibromyalgie et côlon irritable Douleur à 6/10, migratrice, à diverses articulations "Workaholic" : 7-23h, 6 jours sur 7 Épouse et mère "parfaite" "Madame blancheville"
Limites fonctionnelles	Ne peut atteindre ses objectifs, se pousse +++ Tout lui est "également" important
État psychologique	Catastrophisation (pense toujours au pire) Dépression majeure : se sent épuisée et à bout physiquement et psychologiquement, ne dort pas bien, "jongle" constamment avec ses préoccupations diverses dit "que son petit hamster ne peut s'arrêter", pleure presque à tous les jours, en cachette de ses proches et tout lui paraît comme une montagne; mange peu, car n'a pas faim et saute des repas; perte de 10 lbs depuis trois mois; se culpabilise +++ de ne pas atteindre ses objectifs; se sent parfois tellement découragée, qu'elle a des idées suicidaires, sans plan de passage à l'acte; ne voudrait pas faire souffrir davantage sa famille Trouble d'anxiété généralisée (TAG) : ne tolère pas l'incertitude, craint d'avoir une maladie grave sous-jacente, se sent vulnérable +++ , anxiété se transpose à d'autres sphères de sa vie (crainte que son mari ait un accident lorsqu'il est sur la route, demande contacts fréquents; inquiète que ses enfants soient blessés en traversant la rue ou kidnappés par des étrangers
Antécédents	Nil





Le sentiment d'injustice (cas RG)

- Selon Sullivan (Sullivan 2008)
 - Le sentiment d'injustice est un fort prédicteur de mauvais outcome
 - Les individus avec un fort sentiment d'injustice ont une douleur plus intense, des symptômes dépressifs plus sévères et ont moins de chance de retourner au travail;
 - Ils se sentent également plus sévèrement handicapés et ont plus de comportements de douleur
 - La perception d'injustice est aussi associée à la persistance de symptômes de stress post-traumatique suite à la blessure



Vignette 1: Type "Rambo Gauthier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 54 ans, travailleur de la construction Lombalgie basse sur accident de travail Douleur à 4/10 AM avec raideurs Douleur à 9/10 le soir, ↑ avec activités Trouble du sommeil, n'a pas de position
Limites fonctionnelles	AVQ limitées : travaux manuels, gazon etc. Se sent inutile à pourvoir aux besoins de sa famille Bon soutien de sa femme mais cela le frustre
État psychologique	Homme "tough et macho" "Ça ne pleure pas, un homme" N'aime pas les médicaments, "c'est pour les faibles", Peur de l'addiction? TP limite avec impulsivité : prompt à réagir, se met dans le trouble, a un dossier criminel pour voies de faits, très irritable, "se pogne avec collègues et patrons"; historique de congédiements multiples; garde ses emplois de 3-6 mois en moyenne A souvent la sensation "de faire une crise cardiaque" ; médical OK "Soulage" sa douleur avec ROH le soir
Antécédents	Violé dans l'enfance par un prêtre



Inventaire d'Injustice et de Blâme (IEQ-CF)

(Sullivan, 2008)

- Deux sous-échelles
 - Blâme
 - Sévérité
- Un score total
 - Plus il est élevé, plus il y a perception d'injustice



The image shows a scan of the IEQ-CF questionnaire form. At the top left is a large Greek letter Psi (Ψ). To the right, it says 'Copyright © 2002 Michael J. Sullivan'. The title 'IEQ-CF' is prominently displayed in a bold, italicized font. Below the title, there are fields for 'Nom:', 'Âge:', 'Sexe:', and 'Date:'. A paragraph of instructions follows, explaining that the questionnaire is used to evaluate the impact of an injury on one's life. It lists 12 statements, each preceded by a checkbox and a number from 1 to 12. A legend at the bottom indicates the response scale: 0 - pas du tout, 1 - légèrement, 2 - modérément, 3 - de façon importante, 4 - Extrêmement. At the bottom of the form, there is a line for the total score, labeled '...Total'. The page number '12' is visible at the bottom center, and a speaker icon is in the bottom right corner.

Ψ

Copyright © 2002
Michael J. Sullivan

IEQ-CF

Nom: _____ Âge: _____ Sexe: _____ Date: _____

Lorsqu'une blessure survient, notre vie peut être affectée de façon importante. Ce questionnaire a été construit pour évaluer à quel point votre vie a été affectée.

Voici 12 affirmations décrivant des pensées et des sentiments que vous pouvez avoir lorsque vous pensez à votre blessure. Veuillez compléter le questionnaire suivant en indiquant à quel point ces énoncés vous représentent lorsque vous pensez à votre blessure.

0 – pas du tout 1 – légèrement 2 – modérément 3 – de façon importante 4 – Extrêmement

1 La plupart des gens ne comprennent pas à quel point mon état est grave.

2 Ma vie ne sera plus jamais la même.

3 Je souffre à cause de la négligence de quelqu'un d'autre.

4 Personne ne devrait avoir à vivre ce que je vis présentement.

5 Je veux simplement retrouver ma vie d'avant.

6 J'ai le sentiment que ceci va m'affecter de façon permanente.

7 Tout ça me semble si injuste.

8 Je crains que mon état ne soit pas pris assez au sérieux.

9 Rien ne pourra compenser tout ce que j'ai enduré.

10 C'est comme si on m'avait volé quelque chose de très précieux.

11 J'ai peur de ne jamais pouvoir réaliser mes rêves.

12 Je ne peux pas croire ça m'arrive à moi.

...Total

12



Deuils multiples

- ▶ **Deuil de leur “état d’avant”**

- ▶ Deuil des pertes physiques
- ▶ Image de soi
- ▶ Fonctionnement et son rythme (AVQ, travail, rôles sociaux etc.)
- ▶ Impact cognitif (douleur, manque de sommeil, ES de la médication etc.)
- ▶ Devoir prendre des médicaments pour mieux fonctionner
- ▶ Changements de rôles (aidant à aidé)
 - ▶ Difficultés à demander de l’aide (peur de déranger, manque d’affirmation, découragement etc.)
 - ▶ Difficultés à accepter de l’aide (dépassement des limites, impression d’échec, manque de contrôle, etc.)
- ▶ Deuil de leur “état d’avant” qui peut être traumatique en soi



Trouble d'adaptation, dépression et Troubles anxieux (DSM-5)

- **Les problèmes de santé mentale sont fréquents en douleur chronique**
 - Ils sont souvent **en réaction** à la douleur (Hansen & Streltzer (2005), Herrero et al. (2008) et Walker (2005))
 - Pathologies anxio-dépressives
 - Trouble d'adaptation à la douleur chronique (cas LDT)
 - Dépression majeure (cas LW)
 - Attaques de panique (cas RG)
 - Trouble d'anxiété généralisée (cas LW)
 - Trouble de stress post-traumatique [TSPT] (cas RG)



Un mot sur les relations entre la douleur et le TSPT

(voir Sharp et Harvey (2001), Asmundson et al. (2002), Kleiman et al. (2011), Rosenbloom et al. (2013) et Katz et al. (2017) pour plus de détails)

- Il y a dans la littérature plusieurs écrits qui démontrent que **les deux problématiques peuvent co-exister**
 - Parmi les pts avec TSPT, certains ont aussi de la douleur, qui peut être chronique
 - Chez les patients avec douleur chronique, un certain nombre ont des symptômes de TSPT ou répondent aux critères du DSM
- Parmi les modèles explicatifs de cette coexistence, **il y a le modèle de vulnérabilité partagée et d'entretien mutuel**
- Ils ont des **vulnérabilités communes** préalables à une blessure
 - Biologiques (seuils de réactivité diminués, sensibilité de l'axe HHS)
 - Psychologiques (sensibilité à l'anxiété, sensibilité au traumatisme de la douleur [sensitivity to pain traumatization, Katz et al. 2017])



Modèle de vulnérabilité partagée et d'entretien mutuel (suite)

(voir Sharp et Harvey (2001), Asmundson et al. (2002), Kleiman et al. (2011), Rosenbloom et al. (2013) et Katz et al. (2017) pour plus de détails)

➤ Ils partagent des **symptômes similaires**

- peur, catastrophisation, perte d'efficacité personnelle, évitement, reviviscences, hyperactivation physiologique, émoussement émotif, labilité émotionnelle, focus sur les symptômes somatiques

➤ Ils peuvent **s'influencer mutuellement**

- Ex. Chez les pts avec forte sensibilité à l'anxiété qui vivent un trauma ou une expérience douloureuse, ou les deux, risquent de répondre avec une plus grande intensité émotive que ceux étant moins sensibles, les rendant plus à risque de développer un TSPT ou une douleur chronique
- Ex. Si la douleur augmente, les flashbacks augmentent; si les pensées intrusives augmentent, la douleur augmente
- Ex. La douleur chronique peut agir comme rappel traumatique



Modèle de vulnérabilité partagée et d'entretien mutuel (suite)

(voir Sharp et Harvey (2001), Asmundson et al. (2002), Kleiman et al. (2011), Rosenbloom et al. (2013) et Katz et al. (2017) pour plus de détails)

- **Peut expliquer la présence d'incapacités et de détresse persistantes** après une blessure
- Ce modèle est particulièrement intéressant dans le contexte de la douleur chronique
 - Sachant la comorbidité des deux troubles
 - Ouvre sur des zones à travailler (psycho) via point commun: sensibilité à l'anxiété, sensibilité au traumatisme de la douleur, réduction de l'évitement
 - Mesurable et traitables par les psychologues avec divers outils
- Toutefois, ce sont les autres troubles anxio-dépressifs qui sont les plus fréquents (retour aux vignettes)



Vignette 2: Type "Laurent Duvernay-Tardif"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 22 ans, étudiant en médecine, joueur de foot CRPS MID post-Fx tibiale lors d'un match Douleur à 8/10, ↑ avec stress ou mauvais temps
Limites fonctionnelles	En béquilles pour les courtes distances En fauteuil roulant pour les plus longues Ne peut conduire
État psychologique	Kinésiophobie (peur excessive de bouger ou de se reblesser) Trouble d'adaptation anxio-dépressif 2nd à la douleur Perfectionniste N'a jamais connu l'échec Adulé et admiré dans sa communauté Usage de stéroïdes anabolisants?
Antécédents	Nil



Vignette 3: Type "Lise Watier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Femme d'affaires de 45 ans, compagnie de cosmétiques Fibromyalgie et côlon irritable Douleur à 6/10, migratrice, à diverses articulations "Workaholic" : 7-23h, 6 jours sur 7 Épouse et mère "parfaite" "Madame blancheville"
Limites fonctionnelles	Ne peut atteindre ses objectifs, se pousse +++ Tout lui est "également" important
État psychologique	Catastrophisation (pense toujours au pire) Dépression majeure : se sent épuisée et à bout physiquement et psychologiquement, ne dort pas bien, "jongle" constamment avec ses préoccupations diverses dit "que son petit hamster ne peut s'arrêter", pleure presque à tous les jours, en cachette de ses proches et tout lui paraît comme une montagne; mange peu, car n'a pas faim et saute des repas; perte de 10 lbs depuis trois mois; se culpabilise +++ de ne pas atteindre ses objectifs; se sent parfois tellement découragée, qu'elle a des idées suicidaires, sans plan de passage à l'acte; ne voudrait pas faire souffrir davantage sa famille Trouble d'anxiété généralisée (TAG) : ne tolère pas l'incertitude, craint d'avoir une maladie grave sous-jacente, se sent vulnérable +++, anxiété se transpose à d'autres sphères de sa vie (crainte que son mari ait un accident lorsqu'il est sur la route, demande contacts fréquents; inquiète que ses enfants soient blessés en traversant la rue ou kidnappés par des étrangers
Antécédents	Nil



Vignette 1: Type "Rambo Gauthier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 54 ans, travailleur de la construction Lombalgie basse sur accident de travail Douleur à 4/10 AM avec raideurs Douleur à 9/10 le soir, ↑ avec activités Trouble du sommeil, n'a pas de position
Limites fonctionnelles	AVQ limitées : travaux manuels, gazon etc. Se sent inutile à pourvoir aux besoins de sa famille Bon soutien de sa femme mais cela le frustre
État psychologique	Homme "tough et macho" "Ça ne pleure pas, un homme" N'aime pas les médicaments, "c'est pour les faibles", Peur de l'addiction? TP limite avec impulsivité : prompt à réagir, se met dans le trouble, a un dossier criminel pour voies de faits, très irritable, "se pogne avec collègues et patrons"; historique de congédiements multiples; garde ses emplois de 3-6 mois en moyenne A souvent la sensation "de faire une crise cardiaque" ; médical OK "Soulage" sa douleur avec ROH le soir
Antécédents	Violé dans l'enfance par un prêtre





Outils de dépistage pour le clinicien

(liste non-exhaustive)

- PRIME-MD-Patient Health Questionnaire (Quick Guide to PRIME-MD)
 - Questionnaire semi-structuré permettant d'identifier la majorité des troubles anxio-dépressifs et somatiques des pts vus en première ligne
- Hospital Anxiety and Depression Scale (Document de l'INRS)
 - Questionnaire mesurant les symptômes d'anxiété et de dépression dans la population médicale
- Échelle d'HAMILTON d'évaluation de l'anxiété (Hamilton, 1959)
 - Questionnaire mesurant les symptômes d'anxiété et leurs aspects somatiques



Troubles d'usage ou abus de substance (DSM-5) (cas RG vs LDT)

- Les problèmes de santé mentale sont fréquents en douleur chronique
 - Ils sont souvent **en réaction** à la douleur
 - Trouble d'usage ou abus de substance (drogues de rue, alcool, opiacés, etc.)
 - À distinguer de la pseudo-addiction, de la tolérance et de la dépendance physique (tableau ci-contre, tiré de Passik & Kirsh, 2004)

Table I
Terms to consider when evaluating a chronic pain patient
for possible substance use disorders

Term	Definition	Utility
Physical dependence	The development of substance-specific symptoms of withdrawal after the abrupt stopping of a medication; these symptoms can be physiological only (i.e., absence of psychological or behavioral maladaptive patterns)	Not useful for determining substance use disorders because all patients may express dependence
Tolerance	The development of a need to take increasing doses of a medication to obtain the same effect; tachyphylaxis is the term used when this process happens quickly	Not useful for determining substance use disorders because all patients may express tolerance
Addiction	The development of a maladaptive pattern of medication use that leads to clinically significant impairment or distress in personal or occupational roles. This syndrome also includes a great deal of time used to obtain and use the medication or to recover from its effects, loss of control over medication use, and continuation of medication use after medical or psychological adverse effects have occurred	Very useful; clearcut addiction is heralded by the tenet of "use despite harm." Management will involve clear planning and extensive follow-up of the patient
Pseudoaddiction	Pattern of drug-seeking behavior of pain patients receiving inadequate pain management that can be mistaken for addiction	Potentially useful; best diagnosed retrospectively, after effective opioid therapy is achieved
Abuse/impulsive drug use	The intentional misuse of a medication, either overuse or use for a purpose not prescribed (i.e., mood alteration); physical dependence is not present	Potentially useful; abuse may be experimentation or related to diversion and criminal activity; monitor carefully
Aberrant drug takers	Those with personality disorders who exhibit aberrant drug-taking behaviors by utilizing prescription medications to express fear and anger or to improve chronic boredom	Potentially useful; patients need psychiatric referral and follow-up concomitant with their pain management

multiple prescribers. The diagnosis of pseudoaddiction must also be considered if the patient is reporting distress related to unrelieved symptoms. Behaviors such as aggressively complaining about the need for higher doses or occasional unilateral drug escalations may be indications that the patient's pain is undermedicated. Impulsive drug use may also indicate another



Vignette 1: Type "Rambo Gauthier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 54 ans, travailleur de la construction Lombalgie basse sur accident de travail Douleur à 4/10 AM avec raideurs Douleur à 9/10 le soir, ↑ avec activités Trouble du sommeil, n'a pas de position
Limites fonctionnelles	AVQ limitées : travaux manuels, gazon etc. Se sent inutile à pourvoir aux besoins de sa famille Bon soutien de sa femme mais cela le frustre
État psychologique	Homme "tough et macho" "Ça ne pleure pas, un homme" N'aime pas les médicaments, "c'est pour les faibles", Peur de l'addiction? TP limite avec impulsivité : prompt à réagir, se met dans le trouble, a un dossier criminel pour voies de faits, très irritable, "se pogne avec collègues et patrons"; historique de congédiements multiples; garde ses emplois de 3-6 mois en moyenne A souvent la sensation "de faire une crise cardiaque" ; médical OK "Soulage" sa douleur avec ROH le soir
Antécédents	Violé dans l'enfance par un prêtre



Vignette 2: Type "Laurent Duvernay-Tardif"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 22 ans, étudiant en médecine, joueur de foot CRPS MID post-Fx tibiale lors d'un match Douleur à 8/10, ↑ avec stress ou mauvais temps
Limites fonctionnelles	En béquilles pour les courtes distances En fauteuil roulant pour les plus longues Ne peut conduire
État psychologique	Kinésiophobie (peur excessive de bouger ou de se reblesser) Trouble d'adaptation anxio-dépressif 2 nd à la douleur Perfectionniste N'a jamais connu l'échec Adulé et admiré dans sa communauté Usage de stéroïdes anabolisants?
Antécédents	Nil



Opioid Risk Tool (ORT)

(Guidelines Can)

- Mesure le risque d'abus aux opiacés
- Attribution de l'instrument : By Lynn R. Webster, MD; Medical Director of Lifetree Medical, Inc., Salt Lake City, UT 84106

Item	Mark each box that applies	Item score if female	Item score if male
1. Family History of Substance Abuse:			
Alcohol	[]	1	3
Illegal Drugs	[]	2	3
Prescription Drugs	[]	4	4
2. Personal History of Substance Abuse:			
Alcohol	[]	3	3
Illegal Drugs	[]	4	4
Prescription Drugs	[]	5	5
3. Age (mark box if 16-45)	[]	1	1
4. History of Preadolescent Sexual Abuse	[]	3	0
5. Psychological Disease			
Attention Deficit Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, or Bipolar, Schizophrenia	[]	2	2
Depression	[]	1	1
Total		—	—
Total Score Risk Category: Low Risk: 0 to 3 Moderate Risk: 4 to 7 High Risk: 8 and above			



CAGE, CAGE-AID, CAGE-Cannabis

(liste non-exhaustive)

- ▶ Permettent le dépistage d'abus ou de dépendance...

- ▶ À l'alcool (CAGE) (site de l'INSPQ)

Nommé DETA en français

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de **diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées?
- Votre **entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **trop**?
- Avez-vous déjà eu besoin d'**alcool** dès le matin pour vous sentir en forme?

Résultats : 1 point pour chaque "Oui"



CAGE, CAGE-AID, CAGE-Cannabis

(liste non-exhaustive)

- ▶ Permettent le dépistage d'abus ou de dépendance...
 - ▶ Aux drogues (CAGE-AID) (Soc. Can Tx Douleur., 2002)

Dans le passé:

- a) Avez-vous déjà eu besoin de **D**iminuer votre consommation d'alcool ou de drogues?
- b) Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogues?
- c) Avez-vous déjà eu l'impression que vous consommiez **T**rop d'alcool ou de drogues?
- d) Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool le matin pour vous sentir en forme?



CAGE, CAGE-AID, CAGE-Cannabis

(liste non-exhaustive)

- ▶ Permettent le dépistage d'abus ou de dépendance...
 - ▶ Au cannabis (CAGE-cannabis) (site Health Advisor)

Dans le passé:

- a) Avez-vous déjà eu besoin de **diminuer** votre consommation de cannabis?
- b) Votre **entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de cannabis?
- c) Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez **trop** de cannabis?
- d) Avez-vous déjà eu besoin de fumer du **cannabis** dès le matin pour vous sentir en forme?





Présence d'antécédents (cas RG)

- **Les problèmes de santé mentale sont fréquents en douleur chronique**
 - Ils **la précèdent** parfois
 - Symptômes anxio-dépressifs connus
 - Troubles de personnalité (principalement clusters B et C)
 - Traumas antérieurs (abus physique, psychologique ou sexuel, négligence, violence conjugale etc.)
 - Trouble d'usage ou abus de substance (drogues de rue, alcool, opiacés etc.)



Vignette 1: Type "Rambo Gauthier"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 54 ans, travailleur de la construction Lombalgie basse sur accident de travail Douleur à 4/10 AM avec raideurs Douleur à 9/10 le soir, ↑ avec activités Trouble du sommeil, n'a pas de position
Limites fonctionnelles	AVQ limitées : travaux manuels, gazon etc. Se sent inutile à pourvoir aux besoins de sa famille Bon soutien de sa femme mais cela le frustre
État psychologique	Homme "tough et macho" "Ça ne pleure pas, un homme" N'aime pas les médicaments, "c'est pour les faibles", Peur de l'addiction? TP limite avec impulsivité : prompt à réagir, se met dans le trouble, a un dossier criminel pour voies de faits, très irritable, "se pogne avec collègues et patrons"; historique de congédiements multiples; garde ses emplois de 3-6 mois en moyenne A souvent la sensation "de faire une crise cardiaque" ; médical OK "Soulage" sa douleur avec ROH le soir
Antécédents	Violé dans l'enfance par un prêtre



Somatisation (cas somat)

- ▶ Plusieurs Dx concernant la somatisation se retrouvent dans le DSM-5
 - ▶ Trouble douloureux (avec composantes psychologiques prédominantes)
 - ▶ La somatisation
 - ▶ Le trouble à symptôme neurologique fonctionnel (anc. le trouble de conversion)
 - ▶ De nature inconsciente
 - ▶ Variété de Sx neurologiques
 - ▶ Sx psychologiques convertis en Sx physiques
 - ▶ Le trouble factice
 - ▶ De nature "semi-consciente"
 - ▶ Variété de Sx physiques ou psychologiques
 - ▶ Valide le rôle de malade
 - ▶ La simulation
 - ▶ Purement consciente
 - ▶ Le simulateur cherche à duper autrui pour un gain secondaire



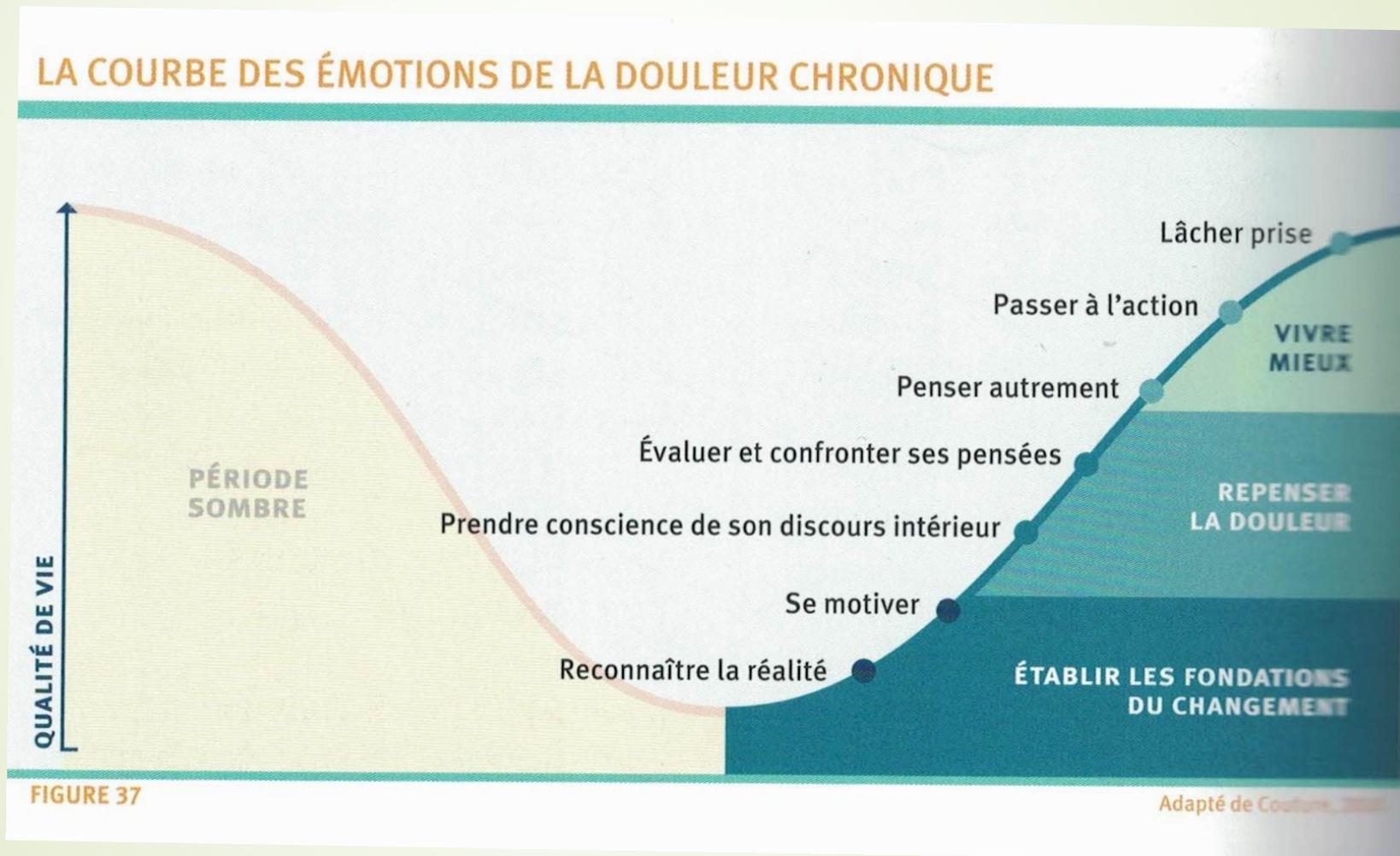
Vignette 4: Type "Somatisant"

Volets	Caractéristiques
Douleur	Homme de 30 ans avec douleurs sur sites multiples Plusieurs investigations médicales et séjours à l'urgence Or, investigations médicales toujours négatives À votre examen, rien ne "colle" à un Dx précis
Limites fonctionnelles	Pt a arrêté ses études à cause de sa douleur et ne travaille pas, se dit trop limité et souffrant Écoute la TV et dort +++, logement insalubre?
État psychologique	Isolé socialement, sans amis Peu en contact avec ses émotions
Antécédents	Quand vous questionnez, dans son histoire de vie, sa situation dans l'enfance, vous apprenez que la famille a éclaté alors qu'il avait 3 ans; quand vous lui demandez de caractériser son enfance en qq mots, il n'arrive pas à se souvenir d'éléments heureux ni malheureux, il a l'impression "d'un trou noir"



Le processus de rétablissement de cette détresse

(tiré de Rivard, 2012)





Résumé et conclusion

- La situation psychologique des pts en douleur chronique implique une multitude d'éléments, notamment des émotions, des pensées et des comportements
- Elle entraîne de nombreux deuils et adaptations pour les pts mais aussi pour leur entourage.
- Cela peut occasionner diverses difficultés psychologiques, que le clinicien peut évaluer et adresser, tout en référant au besoin, en psychologie



Liste des références

- American Psychiatric Association (2013), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM-5). 991 pages
- Asmundson GJG, Coons MJ, Taylor S, Katz J. (2002). PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. Canadian Journal of Psychiatry, 47 (10): 930-937. [Review].
- Ayache RA, Chabrol H, Kendall-Tackett K, Goutadier N. (2021). Posttraumatic growth and depreciation in people with chronic pain: A profile analysis. Psychology, Trauma, Theory, Research & Practice 13(2): 149-156.
- Canadian Guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain. (2017). McMaster University, Appendix B-2. nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/cgop_b_app_b02.html. Accès 30 juin 2019. Original : nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/PDFofnewFrenchguideline28sept2017.pdf
- French DJ, Roach PJ et Mayes S. (2002). Peur du mouvement chez des accidentés du travail: L'Échelle de Kinésiophobie de Tampa (EKT) [Fear of movement in injured workers: The Tampa Scale of Kinesiophobia]. Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 34 (1), 28-33. <http://dx.doi.org/10.1037/h0087152>. Accès le 30 juin 2019.
- Hamilton M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psycho, 32: 50-55. <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-ANXIETY.pdf>. Accès le 30 juin 2019. Pour la version française, voir: http://www.espaceinfirmier.fr/ressources/upload/imgnewspha/infirmier/site/p-d-f/Consult_infirm_cplt_ligne_fiche27.pdf. Accès le 30 juin 2019.
- Hansen GR, Streltzer J. (2005). The psychology of pain. Emerg Med Clin N Am, 23: 339-348. [Review].
- Health Advisor. Test DETC/CAGE (Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis). <https://www.healthsadvisor.com/fr/guest/qs/auto-%C3%A9valuation-consommation-de-cannabis/>. Accès le 1^{er} juillet 2019.
- Herrero AM, Ramirez-Maestre C, Gonzales V. (2008). Personality, cognitive appraisal and adjustment in chronic pain patients. The Spanish Journal of Psychology, 11 (2): 531-542. [Review].

Liste des références (suite)

- ▶ INSPQ. Questionnaire 20: CAGE Questionnaire. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/questionnaires/consommation-d-alcool#questionnaire20>. Accès le 1^{er} juillet 2019
- ▶ Jovey, RD et al. (2002). Questionnaire CAGE-AID. Dans RD Jovey et al (Eds). La gestion de la douleur. Société canadienne pour le traitement de la douleur. Rogers Publishing: Montréal. Annexe B4 p. 191.
- ▶ Katz J, Fashler SR, Wicks C, Pagé MG, Roosen KM, Kleiman V, Clarke H. (2017). Sensitivity to Pain Traumatization Scale: development, validation and preliminary findings. Journal of Pain Research,10: 1297-1316.
- ▶ Kerns, RD et Rosenberg, R. (2000). Predicting response to self-management treatment for chronic pain: application of the pain stages of change model. Pain; 84: 49-55.
- ▶ Kleiman V, Clarke H, Katz J. (2011). Sensitivity to pain traumatization: A higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among patientes scheduled for major surgery. Pain Research & Management, 16(3): 169-177.
- ▶ Kori SH, Miller RP, & Todd DD. (1990). Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. Pain Management, 3 (1):35-43.
- ▶ Langevin V, François M, Boini S, Riou A. (2011) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Documents pour le médecin du travail. No 127. INRS: pp.481-485. www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/DMT/TI-FRPS-13/frps13.pdf. Accès 30 juin 2019. Et pour une des versions françaises citées dans cet article (Lépine): https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf. Accès le 30 juin 2019.
- ▶ Passik SD, Kirsh KL (2004). Identifying and treating patients with drug abuse problems. Tableau p. 469. In RH Dworkin and WS Breitbart (Eds). Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers. 2004. Seattle, USA, IASP Press.

Liste des références (suite)

- Price M. (2009). Sharing a PROMIS. An NIH initiative is helping researchers get more out of patient surveys. *Monitor*, 40 (10):28. American Psychological Association <https://www.apa.org/monitor/2009/11/promis.html>. Accès le 18 juin 2019
- Rivard, MJ et Gingras D. (2012). **La douleur: de la souffrance au mieux-être**. Éditions du Trécarré: Montréal (Québec). 191 p. Disponible pour consultation à la Clinique
- Rosenbloom BN, Khan S, McCartney C Katz J. (2013). Systematic review of persistent pain and psychological outcomes following traumatic musculoskeletal injury. *Journal of Pain Research*, 6: 39-51. [Review].
- Rouillard, P. (2004). Le rôle des médecins dans le dépistage et l'intervention brève en toxicomanie au Québec. Centre Québécois de Lutte aux Dépendances. Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie. http://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/role-medecins-depistage-intervention-toxicomanie_oct-2004.pdf. Accès le 30 juin 2019.
- Sharp TJ, Harvey AG. (2001). Chronic pain and posttraumatic disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21 (6): 857-877. [Review].
- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K et al. Quick Guide to PRIME-MD and Patient Health Questionnaire (PHQ). <http://www.oacbdd.org/clientuploads/Docs/2010/Spring%20Handouts/Session%20220j.pdf> Et <https://www.phqscreeners.com/select-screener/36> (pour accès aux PHQ, GAD etc., en français).
- Sturgeon Ja, Zautra AJ. (2010). Resilience: A new paradigm for adaptation to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep*; 14(2)105-112.
- Sullivan MJL (2008). User manual for the Injustice Experience Questionnaire (IEQ). <http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/ieq/IEQManual.pdf>. Accès le 30- juin 2019

Liste des références (suite)

- Sullivan MJL (2005). Manuel de traitement: Prévention de la Douleur et de l'Incapacité Prolongée. PDIP Program Inc.
- Sullivan MJL, Thorn, B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA & Lefevre JC (2001). Theoretical perspectives on the relationship between catastrophizing and pain. Clinical Journal of Pain, 17: 52-64.
- Sullivan, MJL, Bishop, SR, Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. Psychological Assessment; 7: 524-532. Échelle PCS-CF en français; caractère gras, mon emphase.
- Sullivan MJL (1995). The Pain Catastrophizing Scale User Manual. https://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSMannual_English.pdf. Accès le 30 juin 2019. Inclut la version française de l'instrument.
- VonKorff M, Ormel J, Keefe, FJ & Dworkin, SF (1992). Grading the severity of chronic pain. Pain, 50(2):133-149.
- Walker SP. (2005). Psychological aspects of chronic pain: A literature review. Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia, 11:4, 139-145.