

*Clinique*  
**PSYCHOLOGIE  
SANTÉ**

Centre de santé et de services sociaux  
Alphonse-Desjardins  
Centre hospitalier affilié universitaire de Lévis



# **La gestion de la douleur au-delà de la pilule**

**Séverine Hervouet Ph.D.**  
Psychologue de la santé

Journée Scientifique de la Maison Michel Sarrazin

28 novembre 2014

# Objectifs de la présentation

1- Facteurs psychologiques et douleur en phase avancée de cancer.

2- État des connaissances sur les interventions non pharmacologiques de la douleur en phase avancée de cancer et fin de vie.

3- Stratégies psychologiques reconnues en gestion de la douleur.



***Les facteurs psychologiques influencent à la fois l'expérience de la douleur chez les patients atteints de cancer et leur réponse au traitement contre la douleur.***

*Syrjala et al., 2014. Journal of Clinical Oncology,32(16).*

# Croyances souvent véhiculées par les patients

- *Quand ma douleur augmente, cela signifie nécessairement que je suis en train d'aggraver ma condition.*
- *Le seul traitement reconnu actuellement pour contrôler la douleur est l'utilisation unique de la médication.*
- *Si mon médecin augmente mes doses, c'est que mon cancer s'aggrave.*

# Barrières à parler de la douleur

**Douleur =**

*Aggravation de la condition*

*Faiblesse*

*Fin, mort*

*Ajout de médication = ajout d'effets secondaires*

*Crainte de déranger le médecin*

**DOULEUR**



**DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE**

# IMPORTANCE D'UNE APPROCHE GLOBALE DE LA GESTION DE LA DOULEUR EN FIN DE VIE

## PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...  
J'AI MAL  
PARTOUT!



PHILIPPE TASTET

# Facteurs psychologiques liés à la douleur en phase avancée de cancer et fin de vie: Évidences empiriques

**Table 5.** Psychological Factors Related to Cancer Pain in Patients With Advanced Disease or at End of Life

Psychological Factor	Key Findings	Design	Level of Evidence*
Psychological distress	In patients with advanced disease, pain severity and interference are associated with emotional distress, depression, anxiety, and hopelessness Patients who report high level of spiritual pain report higher levels of depression, but not physical pain	Cross-sectional, longitudinal	Strong
DHD	Pain severity in patients with advanced cancer is not consistently associated with DHD Functional impairment caused by pain, severe depression, or hopelessness is consistent predictor of DHD	Cross-sectional, longitudinal	Moderate
Pain coping and appraisal	Patients with advanced cancer use wide variety of pain coping behaviors, including religious practices, positive self-statements, distraction, pleasant imagery, expression of feelings, <u>avoidance of movement</u> , repression, <u>catastrophizing</u> , and crying/moaning Patients who use catastrophizing as coping style or feel more helpless report more severe pain as well as symptom distress and engage in higher level of pain behavior Self-efficacy related to pain control is associated with lower pain severity and interference and higher quality of life	Cross-sectional, longitudinal	Strong
Caregiver response and pain level	Pain can disrupt relationships at end of life Concerns about pain are second most frequent problem reported by relatives caring for patients with advanced cancer in home Patients report higher levels of pain and pain behavior when their caregiver partners are ambivalent about expressing their own emotions; caregiver partners indicate more relationship interference when patients report more pain	Cross-sectional	Weak

Abbreviation: DHD, desire for hastened death.

\*Strong evidence: meta-analysis or multiple studies across diagnoses and/or longitudinal studies. Moderate evidence: single diagnosis or study with longitudinal data or multiple diagnoses with cross-sectional studies. Weak evidence: single study, single diagnosis, or cross-sectional data only.

# Interventions psychologiques et comportementales visant à réduire la douleur pendant le parcours de soins: Évidences empiriques

**Table 2.** Psychological and Behavioral Interventions for Reducing Cancer Pain at Diagnosis and During Treatment

Treatment	Key Findings	Design	Level of Evidence*
Hypnosis	Hypnosis reduces multiple types of pain, in multiple cancer diagnoses, during cancer treatment, including cancer diagnostic procedures, surgery, treatment-related procedures, and treatment-related pain such as mucositis  Hypnosis improves other clinical and cost outcomes associated with cancer diagnosis, procedures, and treatment	Meta-analysis, high-quality RCTs	Strong
Relaxation with imagery	Relaxation with imagery reduces cancer treatment-related pain	Meta-analysis, systematic review, RCTs	Strong
Meditation training	Meditation training has not reduced cancer-related pain	Meta-analysis, systematic review, RCTs	No evidence supports meditation effect on cancer pain
CBT	CBT that includes relaxation and imagery reduces pain and distress when tested in patients with different cancer diagnoses and treatments  Most CBT includes relaxation with imagery; when imagery is not included, effects on pain are not seen consistently for patients during treatment	Meta-analysis, systematic review, RCTs	Strong for CBT with relaxation and imagery
Education with CBT components	Education with CBT coping skills training improves pain during cancer treatment	Meta-analysis, high-quality RCTs	Strong

Abbreviations: CBT, cognitive behavioral therapy; RCT, randomized controlled trial.

\*Strong evidence: demonstrated to reduce pain outcomes in patients with cancer during diagnosis and treatment based on meta-analysis or multiple high-quality RCTs. Moderate evidence: reduces pain outcomes in patients with cancer during diagnosis and treatment based on two or more RCTs. Weak evidence: reduces pain in patients with cancer during diagnosis and treatment based on single RCT or nonrandomized trials.

# Interventions psychologiques et comportementales visant à réduire la douleur en fin de vie: Évidences empiriques

**Table 6.** Psychological and Behavioral Interventions for Reducing Cancer Pain in Patients With Advanced Disease or at End of Life

Treatment	Key Findings	Design	Level of Evidence*
Training in pain coping skills	Coping skills for managing pain (eg, education with CBT and relaxation with imagery) improve pain severity and interference for patients across disease stage, including advanced disease  Results specific to coping skills training or other psychological or behavioral strategies for pain in patients with end-stage disease are small and inconclusive	Meta-analysis, high-quality RCTs	Strong
Hypnosis	Hypnosis in support-group format improves pain in women with metastatic breast cancer, including some who are at end of life	Replicated high-quality RCTs	Strong

Abbreviations: CBT, cognitive behavioral therapy; RCT, randomized controlled trial.

\*Strong evidence: demonstrated to reduce pain outcomes in patients with cancer with advanced disease or at end of life based on meta-analysis or multiple RCTs. Moderate evidence: reduces pain outcomes in patients with cancer with advanced disease or at end of life based on  $\geq$  two RCTs. Weak evidence: reduces pain outcomes in patients with cancer with advanced disease or at end of life based on single RCT or nonrandomized trials.

# Autres interventions non pharmacologiques de gestion de la douleur en phase avancée de cancer

Interventions	Conclusions selon études (méta-analyses et revue Cochrane)
<b>Massage</b>	Efficace à court terme et moyen terme. ( <i>Wilkinson et al. 2008</i> )
<b>Neuro-stimulateur (TENS)</b>	Peu d'études suffisamment rigoureuses pour tirer des conclusions. Effets secondaires à investiguer. ( <i>Hurlow et al., 2012</i> )
<b>Acupuncture</b>	Peut être bénéfique. Manque d'études rigoureuses. ( <i>Paley et al., 2011</i> )
<b>Musicothérapie</b>	Pas assez d'études rigoureuses pour tirer des conclusions claires. ( <i>Korczak et al., 2013</i> )

Hokka, Kaakinen & Polki (2014). *Journal of Advanced Nursing*, 70 (9)

# Stratégies non pharmacologiques reconnues pour gérer la douleur en phase avancée de cancer et en fin de vie

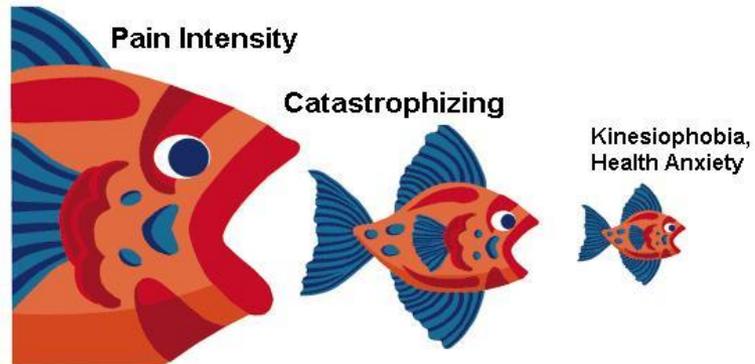
- Psycho-éducation de la douleur (c-à-d., facteurs qui ↑ et qui ↓ la douleur) et approche cognitive-comportementale.
  - Catastrophisme (dédramatisation)
  - Kinésiophobie (diminuer appréhension du mvt)
  - Hypervigilance des symptômes (distraction)
- Relaxation avec imagerie guidée
- Hypnose

# Styles cognitifs et douleur

- Catastrophisme



- Kinésiophobie



# Catastrophisme et douleur

- Les personnes qui catastrophisent la douleur ont tendance à faire trois choses:

1- **AMPLIFIER.** Tendance à exagérer le côté menaçant de la douleur (*je suis effrayé que quelque chose de grave arrive*)-

2- **RUMINER.** Tendance à diriger davantage son attention sur les pensées associées à la douleur (*je ne peux pas m'arrêter de songer à quel point la douleur me fait mal*)-

3- **SE SENTIR IMPUISSANT.** Tendance à adopter une attitude impuissante devant des situations douloureuses (*il n'y a rien que je puisse faire pour diminuer ma douleur*).

# Catastrophisme et douleur

- Plus grande **incapacité et comportements douloureux**

(Keefe et al., 2000; Sullivan et al., 1998; Sullivan & Stanish, 2003)

- Consommation plus élevée **d'analgésiques**

(Bédard et al., 1997; Jacobsen & Butler, 1996)

# Catastrophisme et cancer avancé

- Il est reconnu que la tendance à catastrophiser peut augmenter l'intensité et l'impact de la douleur en phase de cancer avancé.
- Actuellement, les devis d'étude principalement transversaux ne nous permettent pas de déterminer si c'est la tendance au catastrophisme qui augmente la douleur ou vice-versa.

# Échelle de dramatisation face à la douleur (PSC-CF)

## Pain Catastrophizing Scale (PCS)

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik J. (1995)

Traduction canadienne-française de French, D. J., Noël, M., Vigneau, F., French, J. A., Cyr, C. P., & Evans, R.T. (2005)

- 13 items (pensées et sentiments que les individus peuvent avoir lorsqu'ils souffrent)
- Échelle Likert de 5 points (0 = pas de tout; 4 = tout le temps)
- Cotation : score total (addition des items) max. de 52
- + le score est élevé + le catastrophisme est important



# 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 modéré      **3** – beaucoup      **4** – tout le temps

---

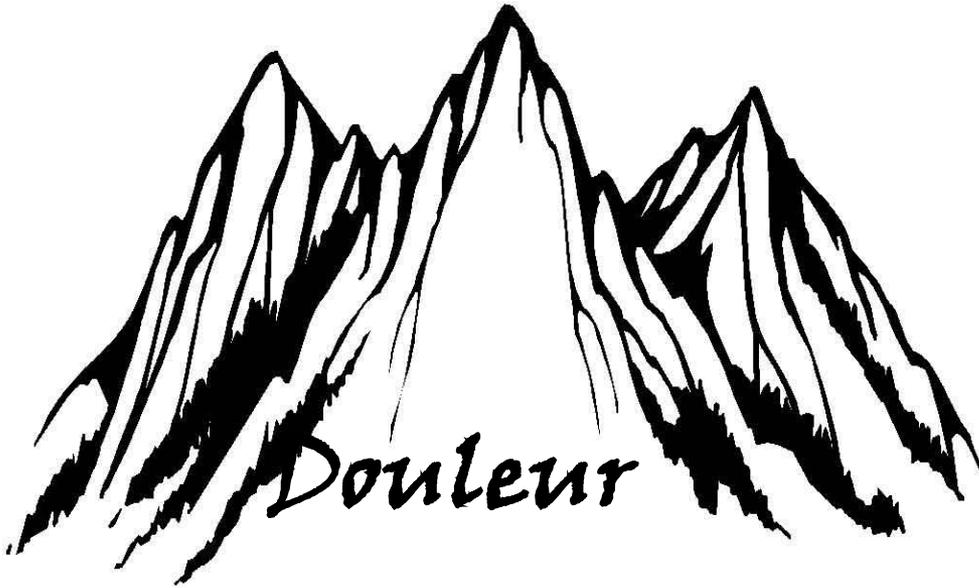
## *Quand j'ai de la douleur ...*

- 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.

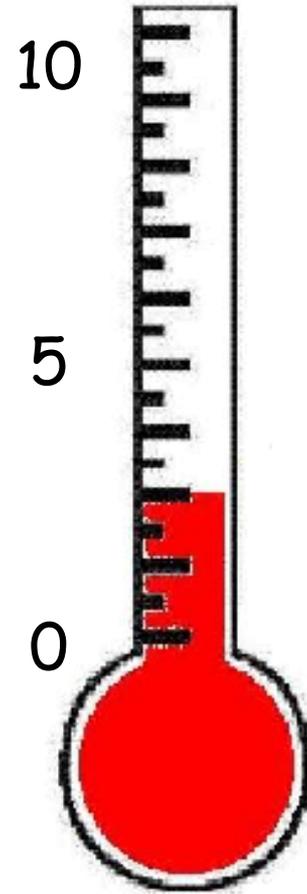
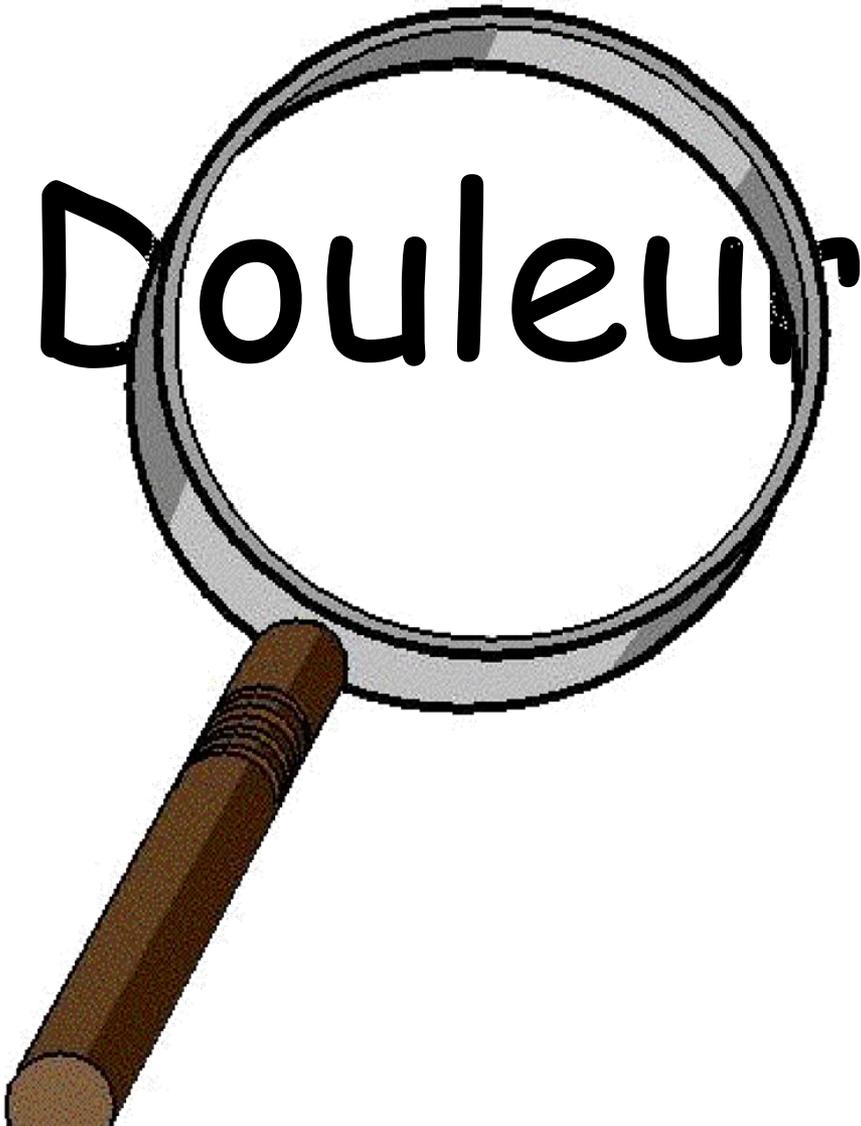
---

*...Total*

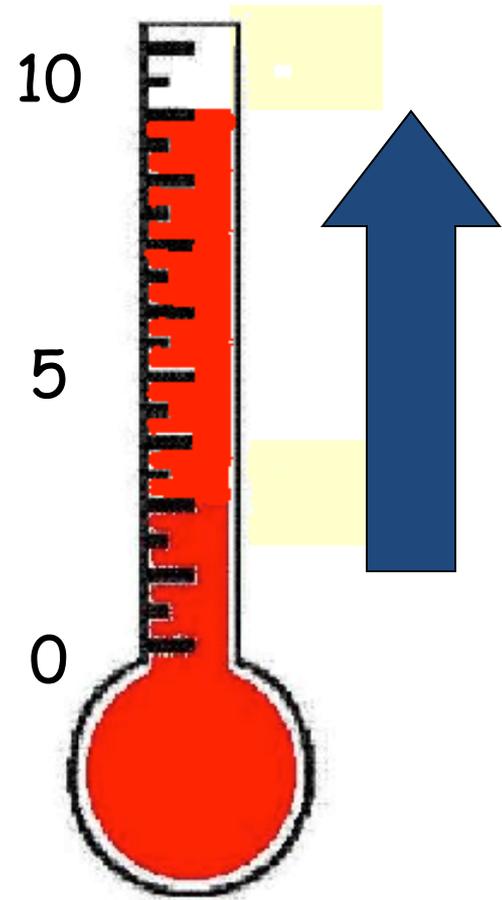
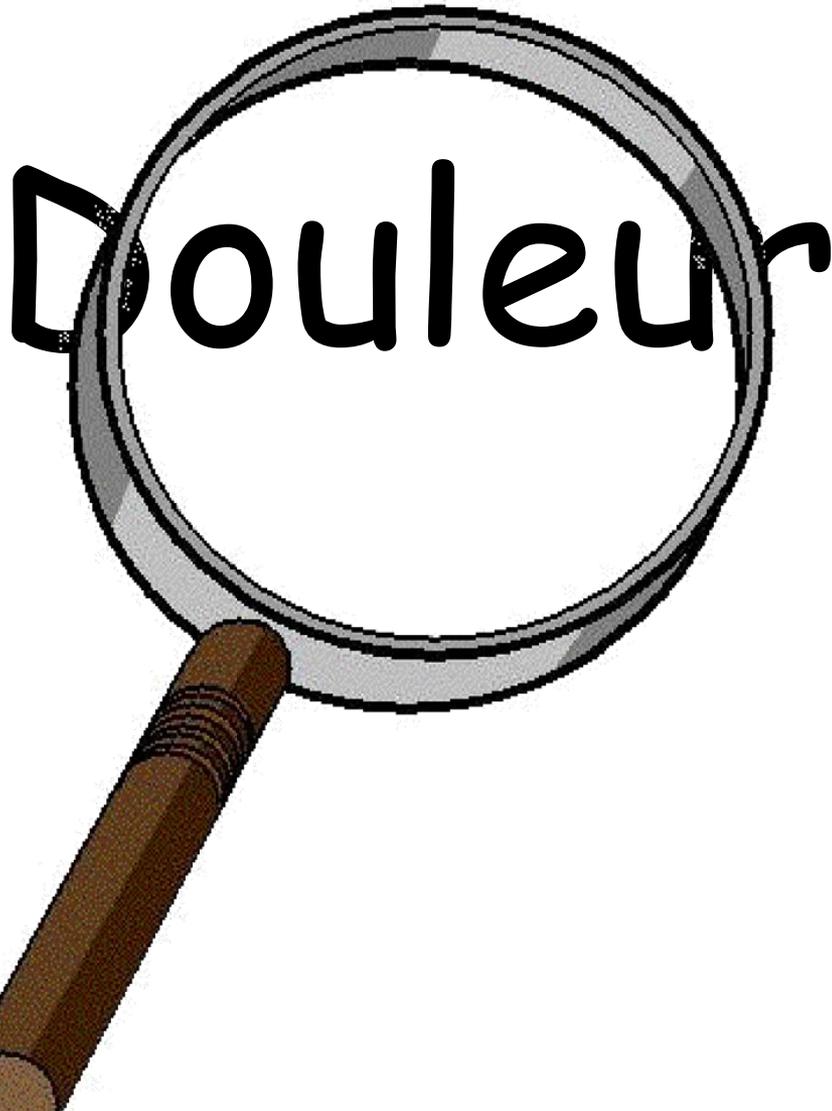
REVISITER LA FAÇON DE VOIR:  
MODIFIER LES PERCEPTIONS



# Les pensées dramatiques et les émotions négatives



# Les pensées dramatiques et émotions négatives



# En dédramatisant...

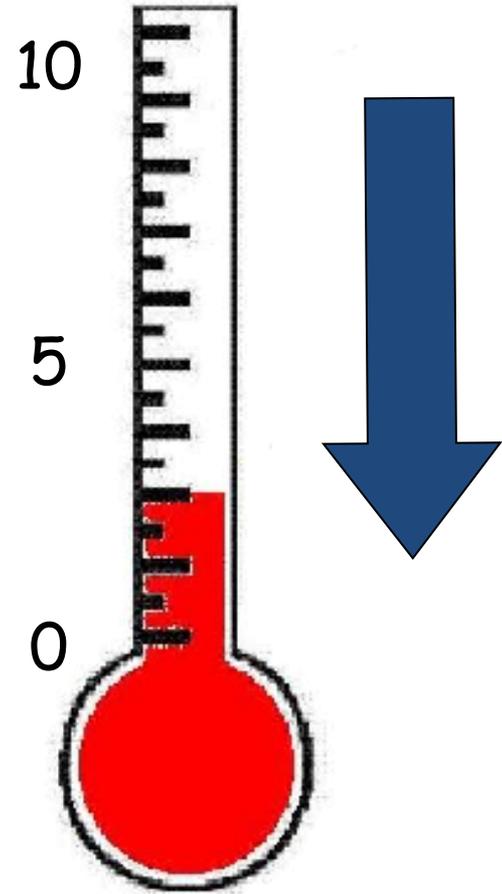
Pensées

Émotions



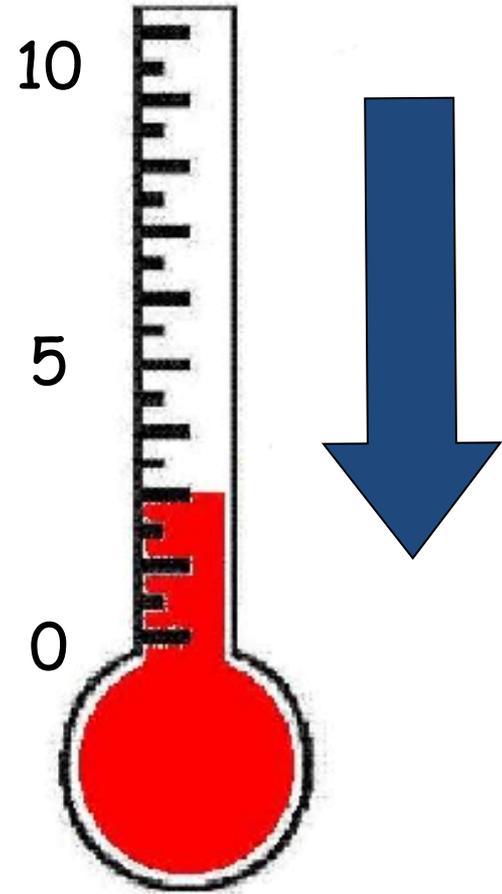
En dédramatisant...

Douleur



# En dédramatisant...

Émotions  
Pensées  
négatives



# Kinésiophobie

---

## Concept faisant référence à la

- Crainte de la douleur
- Peur du mouvement
- Peur de se blesser (ou d'aggraver sa douleur)



# Kinésiophobie

---

Les gens qui ont des *scores élevés aux mesures de crainte* de la douleur :

- ont des expériences de douleur subjective plus intenses (Vlaeyen et al. 1995)
- sont moins actifs (Bussman et al., 1998)
- ont une amplitude de mouvement réduite (McCracken et al., 1992)
- évitent les activités pour lesquelles ils anticipent avoir de la douleur (Waddell et al., 1998)

*\*\*La kinésiophobie est un meilleur facteur prédictif de l'incapacité que les variables liées à la condition médicale ou à la douleur elle-même*

(Linton & Halden, 1997; Waddell et al., 1993; Vlaeyen & Linton, 2000)

# Échelle de kinésiophobie-Fatigue de Tampa (EKT-F)

---

## Tampa Scale of Kinesiophobia-Fatigue (TSK\_F)

Validé auprès d'une population atteinte de cancer (N=658)

Velthuis, MJ et al. (2012). *Psycho-oncology*,21(7).

- 11 items
- 2 sous-échelles (focus somatique et évitement)
- Échelle de Likert en 4 points (1 = *fortement en désaccord*, 4 = *fortement en accord*)
- Cotation : score total (addition de chaque item), max. de 48
- + le score total est élevé + la kinésiophobie est importante

# Exemples de questions de l'EKT-F

- *J'ai peur de me blesser accidentellement.*
- *La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire de mouvement inutile.*
- *Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps.*

# Interventions pour la kinésiophobie

## *Quelques stratégies efficaces reconnues:*

- Enseigner les effets du déconditionnement et de la peur sur la douleur
- Diminuer les comportements sécurisants
- Autonomiser le patient et l'exposer progressivement à ce qu'il peut faire
- Diminuer les comportements douloureux



# Relaxation avec visualisation guidée



- Dirigée car plus facile pour la personne de suivre la voix de quelqu'un.
- Pas dans un but de guérison mais plutôt dans l'objectif d'augmenter le confort, la tolérance à la douleur et la perception de contrôle vis-à-vis celle-ci.
- Variée, peut être construite en fonction des intérêts du patient (ex. lieux préférés, visualiser la douleur comme telle).
- Parfois difficile de visualiser pour certaines personnes, privilégier alors une détente corporelle guidée.

# En conclusion



- Il existe des avenues psychologiques et comportementales complémentaires à la médication pour soulager la douleur en soins palliatifs de cancer dont l'efficacité est bien appuyée empiriquement.
- Des équipes multidisciplinaires sont essentielles à la prise en charge de la douleur en oncologie-soins palliatifs et devraient inclure des professionnels ayant une expertise en intervention psychologique et comportementale.
- D'autres études sont nécessaires pour conclure à l'efficacité de méthodes complémentaires (ex. **musicothérapie, massothérapie**) sur la gestion de la douleur en oncologie- soins palliatifs. Ces avenues semblent aussi prometteuses.