11e Congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

12 • 13 • 14 juin 2013
WORLD TRADE CENTER
MARSEILLE

MERCREDI 12 JUIN • JEUDI 13 JUIN - MATIN
JOURNÉES DE SOINS SOMATIQUES EN SANTÉ MENTALE
Expériences pluri-professionnelles et multidisciplinaires des soins somatiques en santé mentale

JEUDI 13 JUIN - APRÈS-MIDI • VENDREDI 14 JUIN
JOURNÉE SUR LA DOULEUR EN SANTÉ MENTALE
Un nouveau plan d'action

TOUR D'HORIZON DE LA DOULEUR EN SANTÉ MENTALE

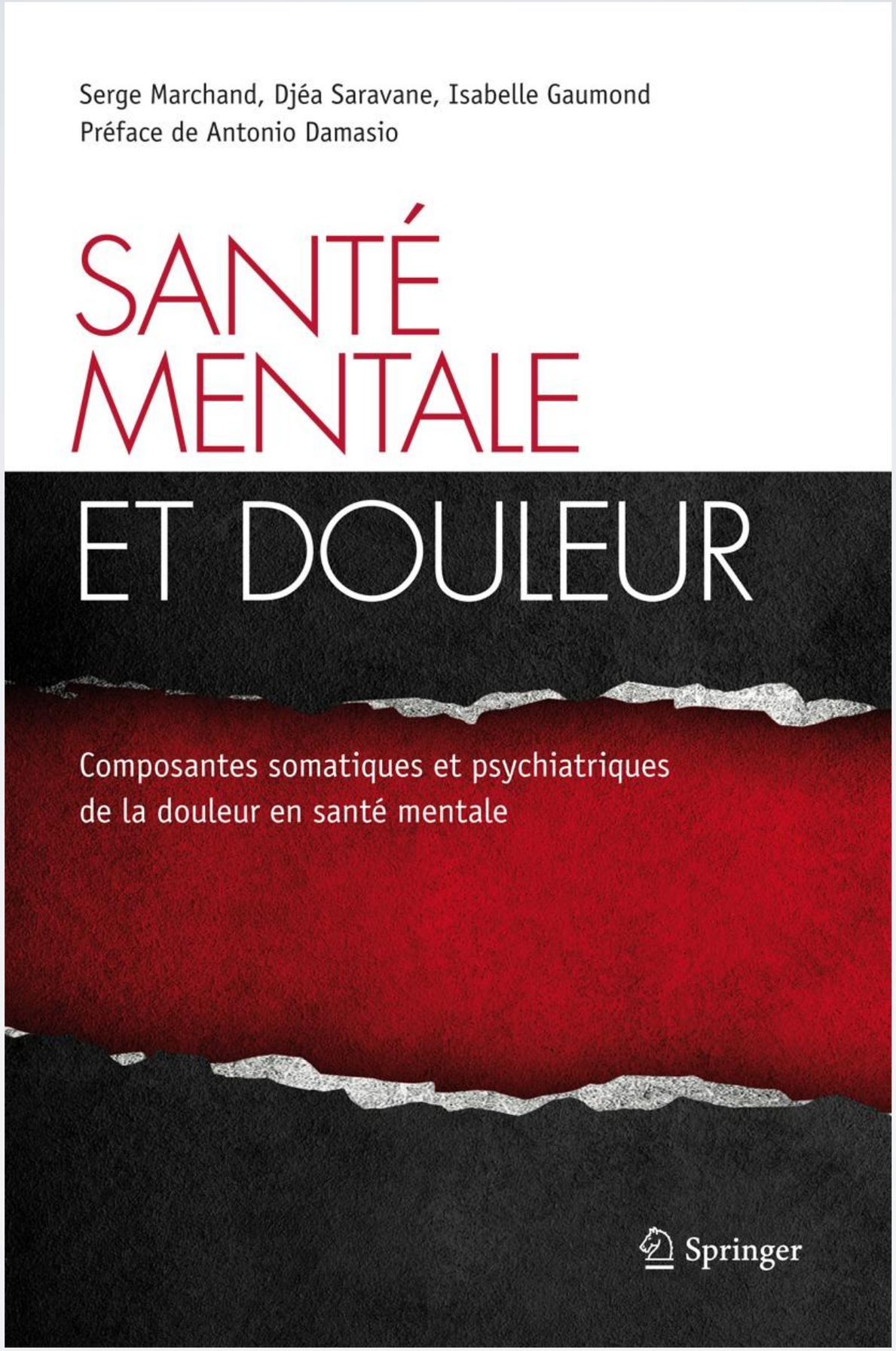
Pr Isabelle Gaumond, PhD

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel

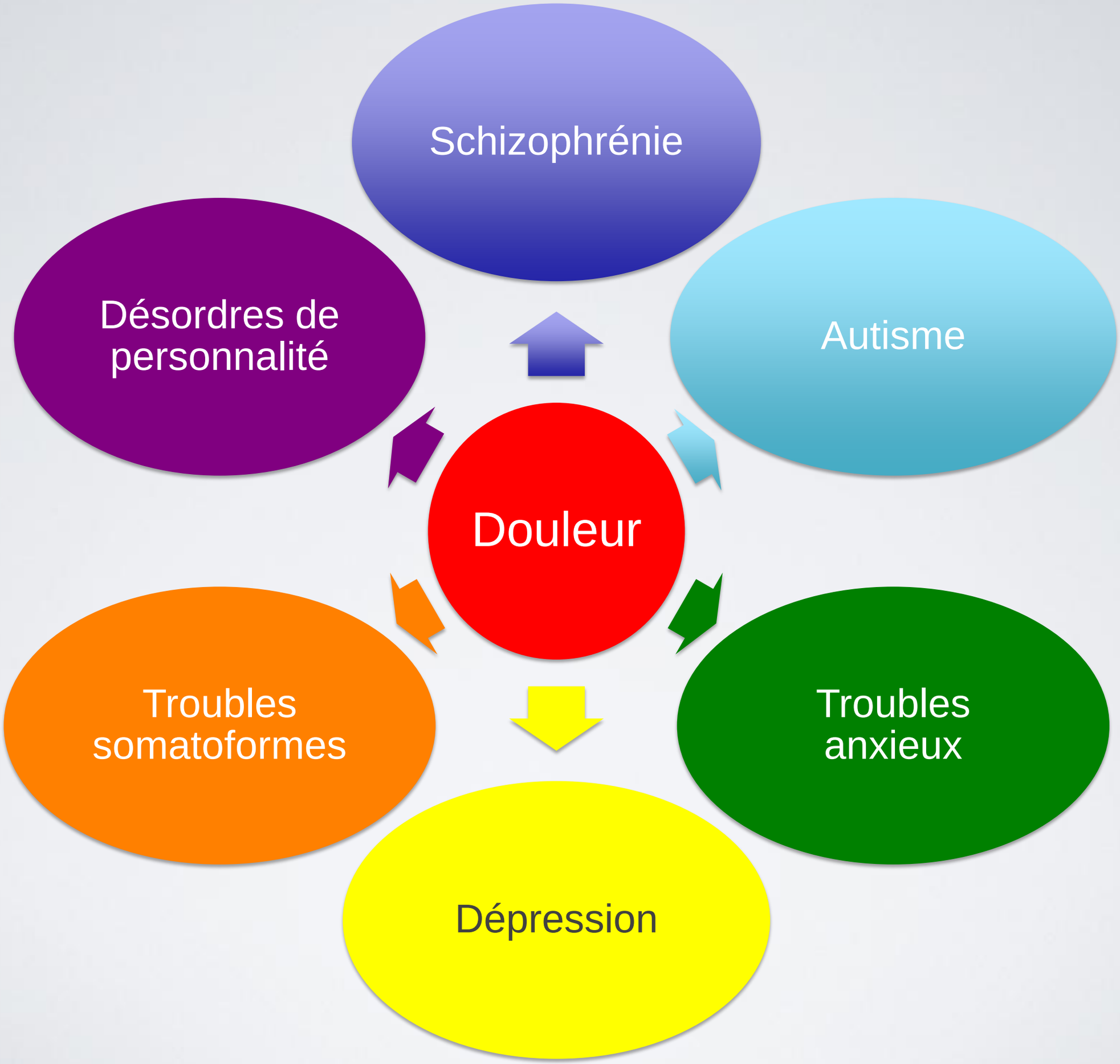
Santé Mentale

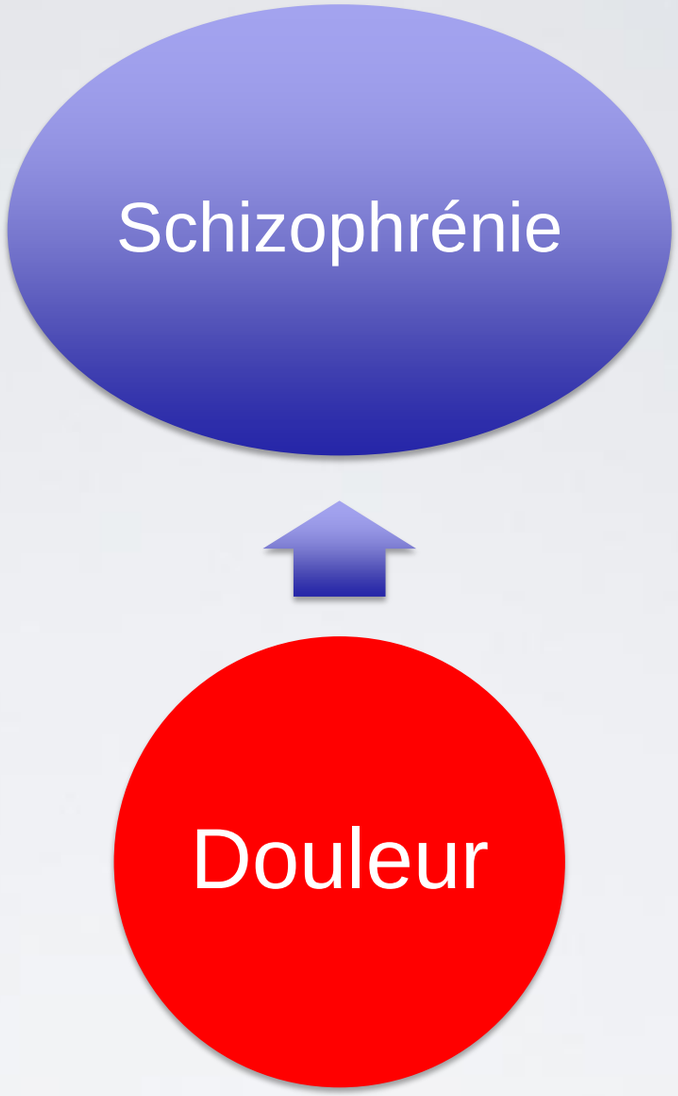
Douleur


Serge Marchand, Djéa Saravane, Isabelle Gaumond
Préface de Antonio Damasio
SANTÉ MENTALE
ET DOULEUR
Composantes somatiques et psychiatriques
de la douleur en santé mentale
Springer

Perception de la douleur en Santé Mentale

- Classification des désordres cliniques selon la taxonomie multiaxiale du DSM-IV révisé
  - Axe-I et Axe-2


Schizophrénie
Désordres de personnalité
Autisme
Douleur
Troubles somatoformes
Troubles anxieux
Dépression


Schizophrénie
Douleur

Schizophrénie

Anecdotes cliniques ➔ perception de douleur différente

Bleuler et Kraeplin émettent comme hypothèse que **l'insensibilité à la douleur observée pourrait refléter soit des anormalités sensorielles, soit des déficits non sensoriels affectifs.**

Schizophrénie

- Changements de perception = blessures traumatiques graves sans plainte de douleur
- Diminution douleur = faible utilisation des soins de santé et faible observance aux traitements (donc aussi morbidité et mortalité).

Schizophrénie

- Hypothèses explicatives – changements de perception
  - Symptômes négatifs ➔composante émotionnelle de la douleur (émoussement affectif) (Dworkin et al., 1993).
  - Symptômes positifs ↑ sensation de douleur due à une attribution erronée, voire amplifiée, du message nociceptif (Kapur, 2003).

Schizophrénie

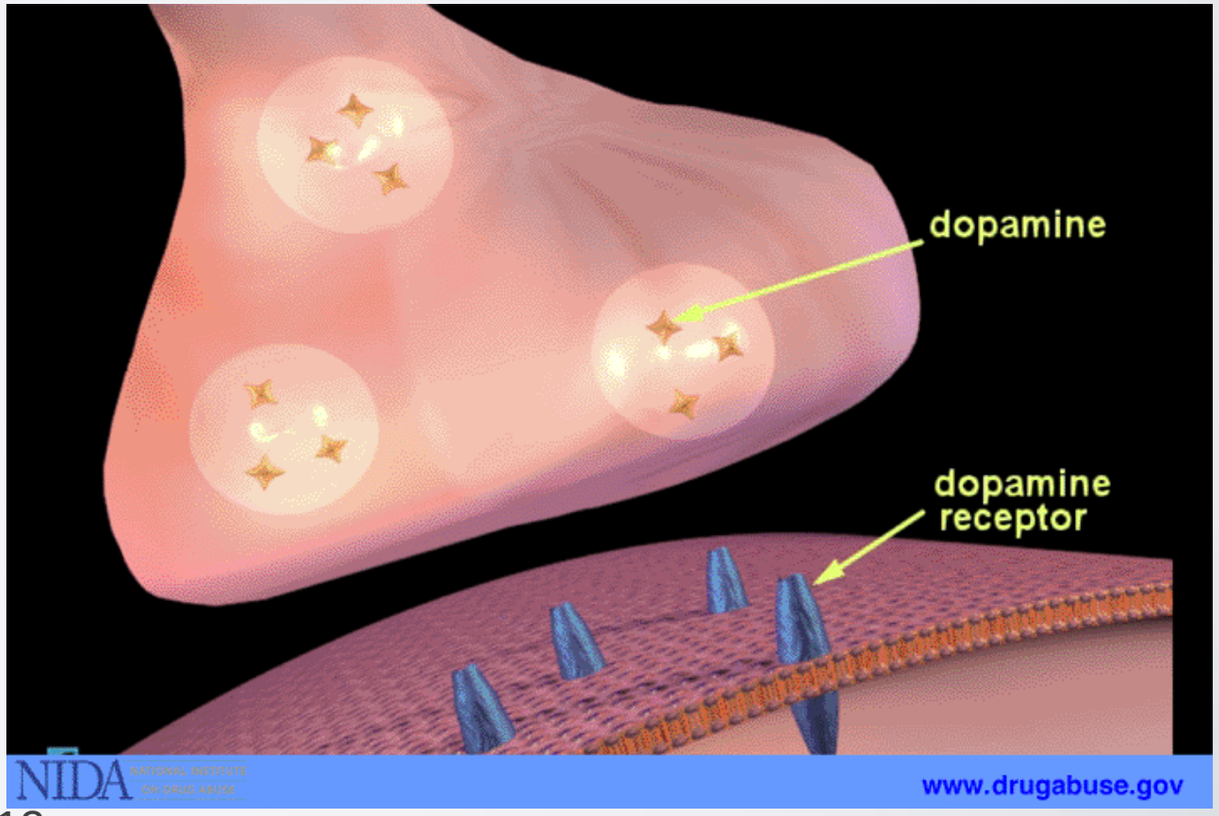
- Hypothèses explicatives – changements de perception
  - Déficits cognitifs ➔ expression de la douleur mais empêcheraient aussi le lien entre la douleur vécue et les expériences précédentes.
  - Préviendrait l'adoption d'un comportement de référence approprié lors d'une expérience douloureuse (Martins et al. 2011).

Schizophrénie

- Hypothèses explicatives – changements de perception
  - Symptômes moteurs = fausse impression d’hypoalgésie car délai dans le temps de réaction face au stimulus nociceptif (Girard et al., 2011) ou délai généralisé dans le traitement de l’information(Lautenbacher et Krieg, 1994).

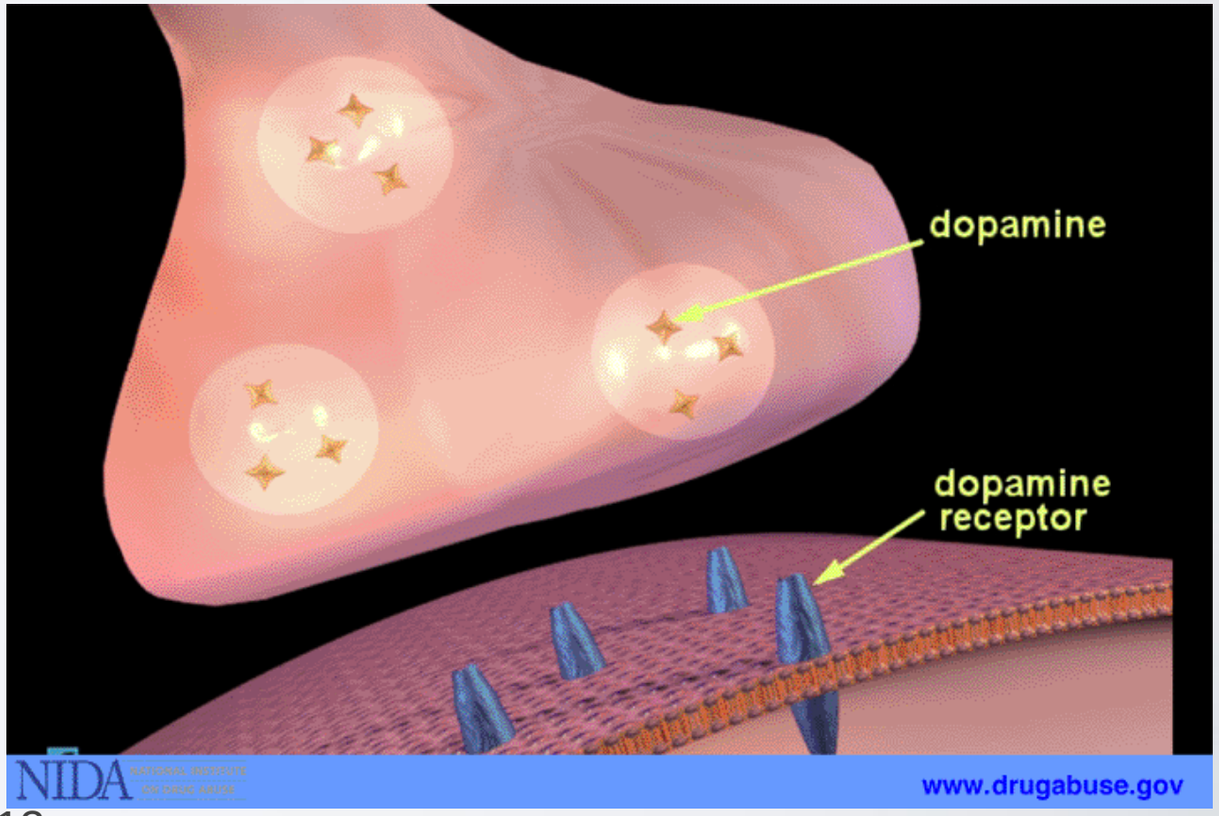
Schizophrénie

- Neurochimie
  - Dérèglement dans l’organisation et l’efficacité des circuits dopaminergiques du SNC (Guillin, Abi-Dargham et Laruelle, 2007).



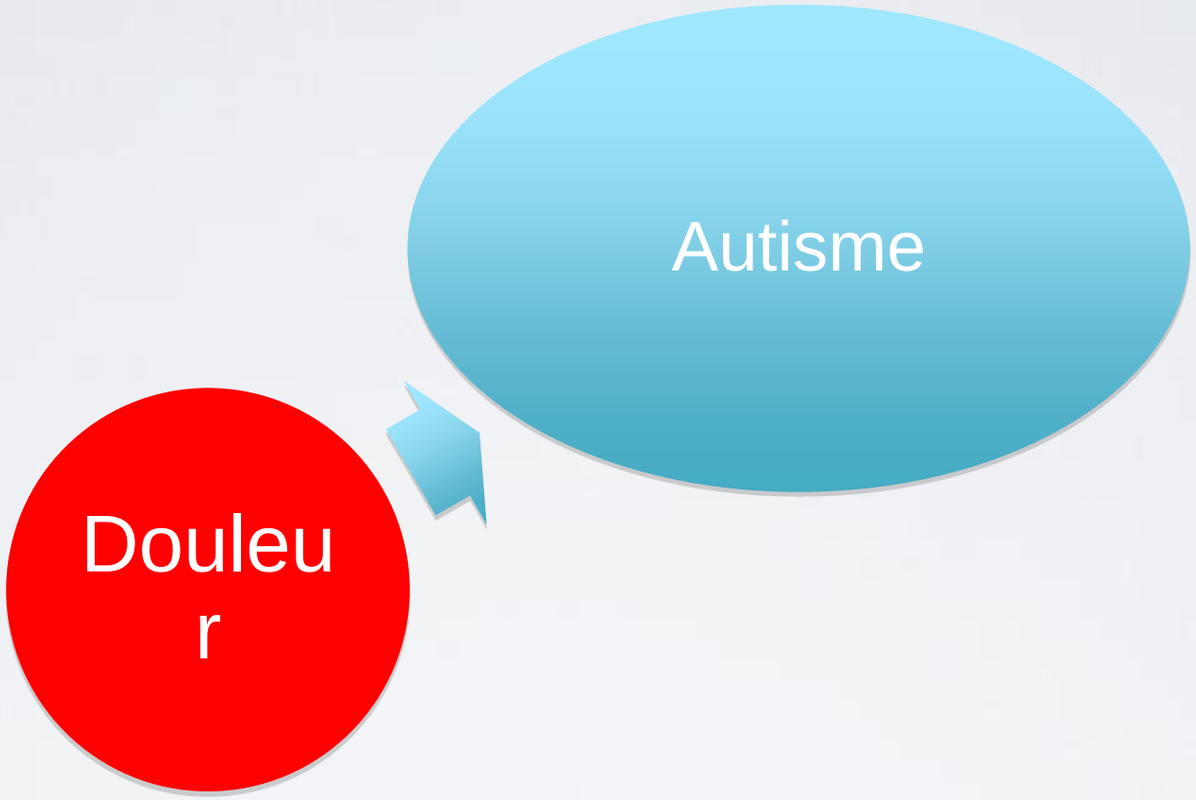
Schizophrénie

- Rôle de la dopamine dans les mécanismes endogènes de contrôle de la douleur (Potvin, Grignon et Marchand, 2009).



Schizophrénie

- Profil bien particulier :
  - Hyperalgésie (seuils)
  - Hypoalgésie (sommation temporelle)


Autisme
Douleu
r

Autisme

Symptômes déficitaires sous 3 catégories :

- Altération qualitatives des interactions sociales;
- Altération qualitative de la communication;
- Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.

Autisme

Prévalence de blessures 2X plus élevée (Chakrabarti et Fombonne, 2001).

Taux élevé d’automutilation (Sandman et al., 1983)

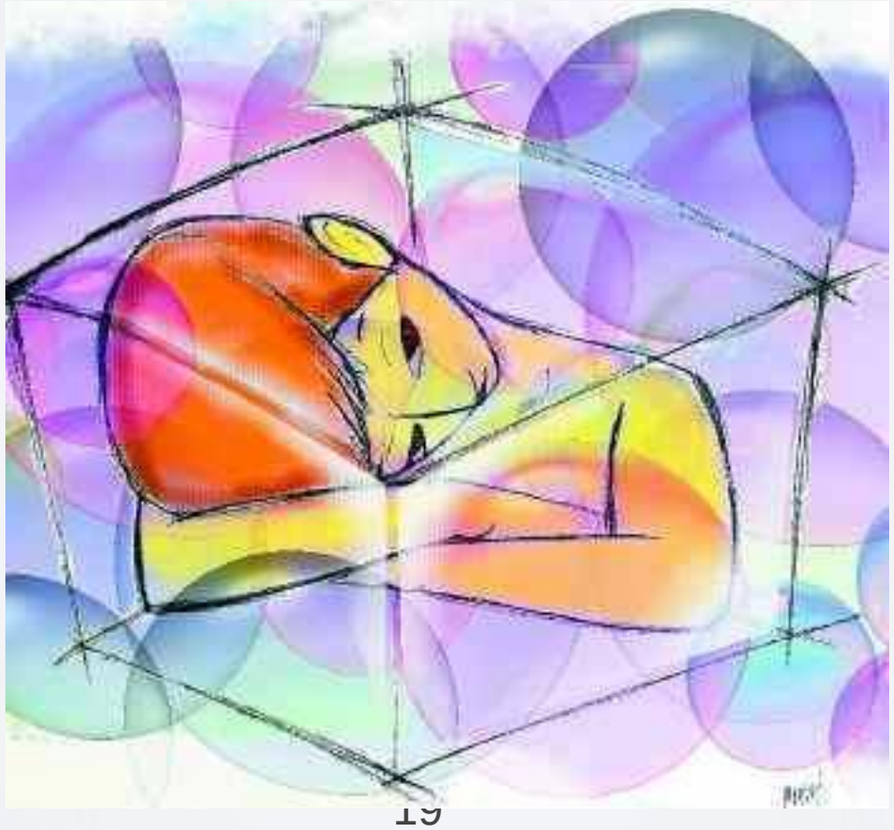
Comportements à risque + diminution de la communication des plaintes douloureuses ➔ quelle est l’origine des changements de perception ?

Autisme

Comportements d’automutilation = causés par une douleur qui n’a pas été correctement détectée et donc qui n’est pas soulagée.

Autisme

Différent mode d’expression de la douleur ou réelle altération dans le traitement des signaux nociceptifs ?



Autisme

Études sur l’association entre douleur et autisme :

Certaines observations cliniques suggèrent une réelle analgésie dans l’autisme (Tordjman et al., 1999).

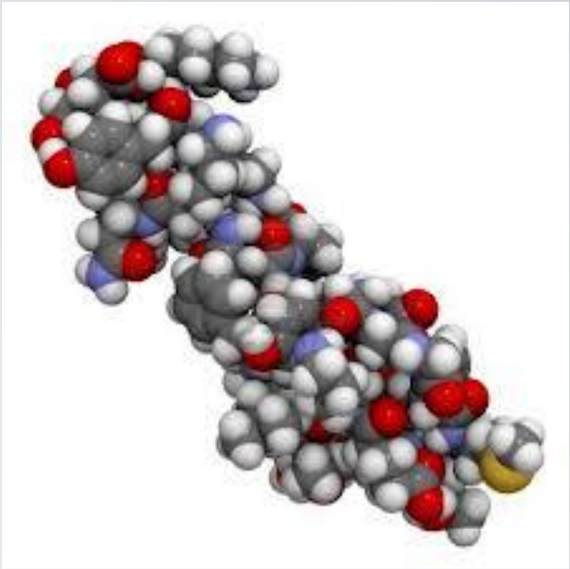
Mais : études pointent plutôt vers un **mode différent d’expression de la douleur.**

Autisme

Quelques études rapportent une diminution de la réactivité à la douleur mais elles ne sont basées que sur les impressions des parents d'enfants autistes (Chambers et al., 2009).

Mesure de la réactivité très influencée par l'observateur.

Autisme



Neurochimie :

Hypothèse la plus étayée = changement au niveau sérotoninergique (Lam, Aman et Arnold, 2006).

Études publiées à ce jour se sont concentrées sur la β-endorphine. ➔ Augmentation par rapport à la normale (Tordjman et al., 2009).

Est-ce dû à une hypoalgésie franche ou présence d’un simple stress ?

Autisme

Donc : toujours rien de clair à ce sujet. Des études devront être faites.

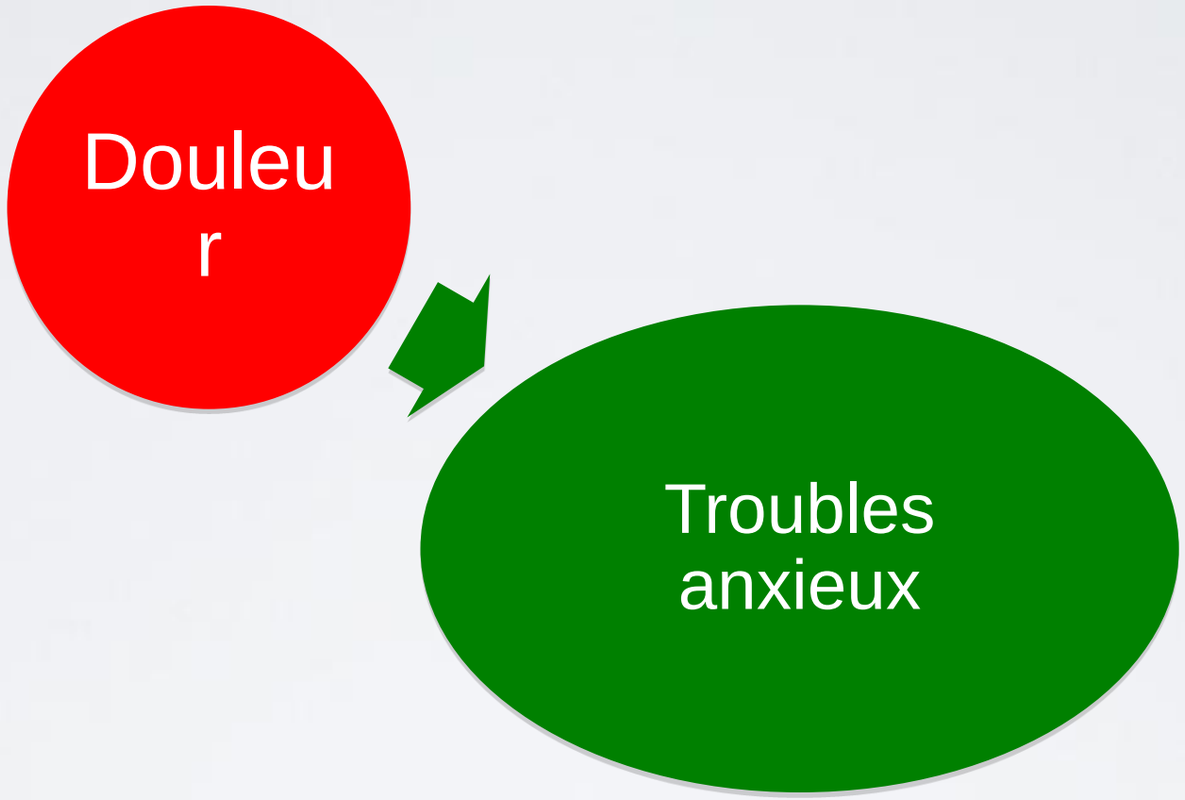
Déficits cognitifs et plus particulièrement les déficits communicationnels de l’autisme ajoutent une grande complexité à la mesure de la douleur dans cette population.

Autisme

Il est impératif de :

Tenir compte de ces déficits dans l’évaluation

Remettre en cause les caractéristiques associées au diagnostic de l’autisme dans le DSM-IV-TR


Douleu
r
Troubles
anxieux

Troubles anxieux

Il est aujourd’hui admis que l’anxiété est un des facteurs psychologiques contribuant le plus à l’expérience douloureuse (Tang et Gibson, 2005).

Un niveau élevé d’anxiété augmente la perception de la douleur, diminue le seuil de perception de douleur et diminue le seuil de tolérance à la douleur (Tang et Gibson, 2005).

Troubles anxieux

Beaucoup d’études sur le lien entre douleur et **trait** anxieux mais très peu d’études sur le lien entre douleur et **troubles anxieux**, tels que le trouble d’anxiété généralisée (TAG) et le trouble panique (TP).

Prévalence de TA est plus élevée chez les gens souffrant de douleur chronique que chez la population générale (Asmundson et al., 1996).

Relation encore plus forte pour les TAG que les autres types de TA (Beesdo et al., 2009).

Troubles anxieux

Est-ce le TA qui prédispose à la douleur ou est-ce la douleur qui prédispose au TA ?

Même si probablement bidirectionnelle, il semble que ce soit la première hypothèse qu’il faille retenir :

Knaster et al. (2012) ont montré que, chez plus de 75% des individus, le diagnostic de TA précédait l’apparition de douleurs.

Troubles anxieux

Shaw et al. (2010) = les hommes consultant pour un premier épisode de lombalgie avaient 2,45 fois plus de risque de voir leur douleur se chroniciser si ces derniers avaient déjà reçu un diagnostic de TAG par le passé.

Troubles anxieux

Cette relation n’est pas sans conséquence :

La douleur serait un des symptômes les plus difficiles à traiter chez les personnes ayant reçu un diagnostic de TAG (Baldwin et al., 2011).

Troubles anxieux

Études expérimentales = pas de différences au niveau des seuils de douleur chez les gens atteints de troubles anxieux.

Comment expliquer la plus grande prévalence de douleur chez les personnes souffrant de troubles anxieux ?

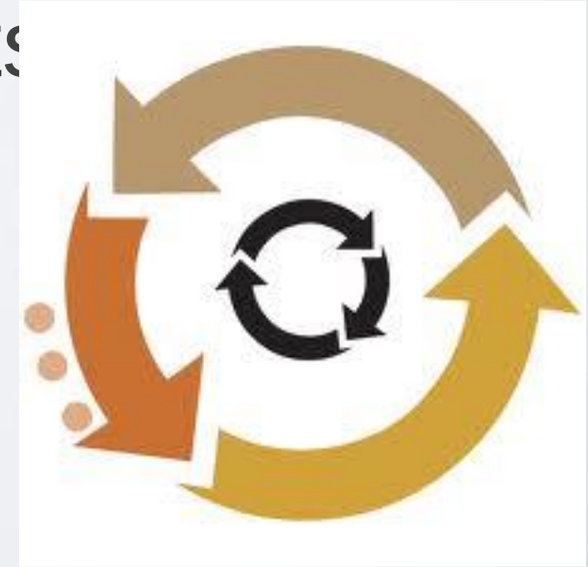
Modèle de maintenance mutuelle (Sharp et Harvey, 2001)

Troubles anxieux

Maintenance mutuelle :

Troubles anxieux et douleur chronique partagent des composantes pathologiques communes qui favoriseraient le maintien des symptômes.

Évitement, diminution du niveau d’activité et tendance à se remémorer les événements



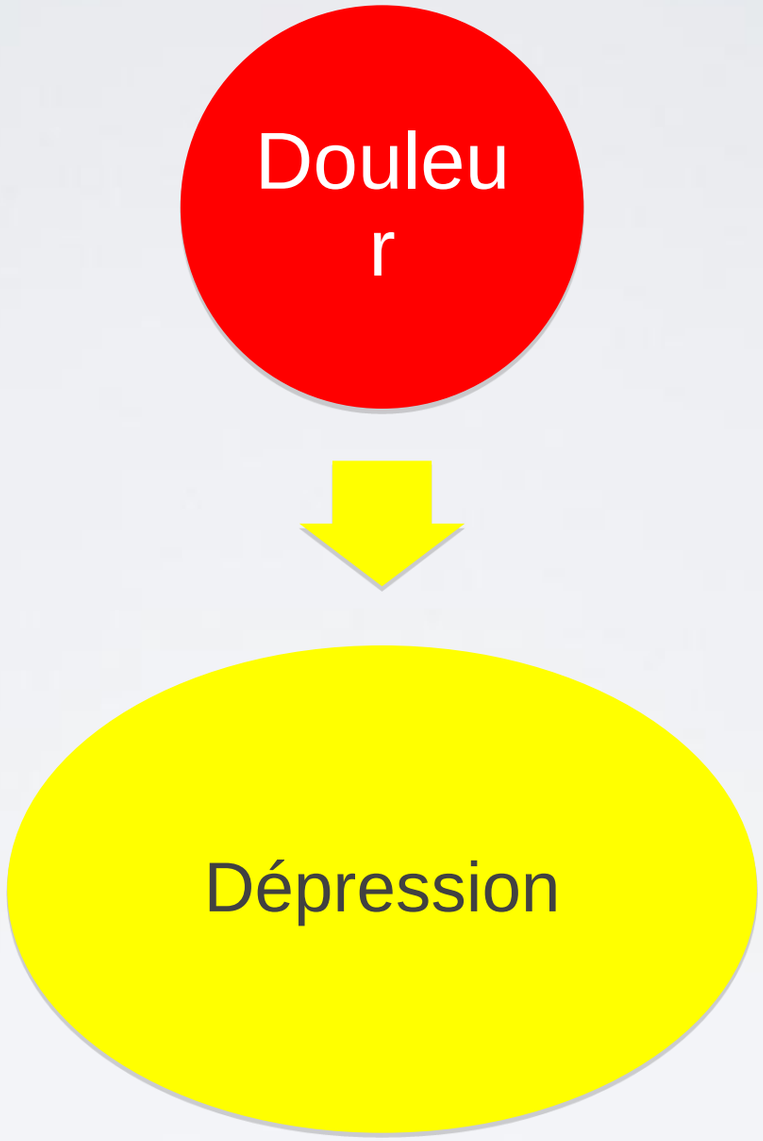
Troubles anxieux

Personnes anxieuses davantage prédisposées à développer une douleur chronique

ou

à rapporter de la douleur lorsqu’elles consultent leur médecin

Davantage des processus psychologiques et que physiologiques.

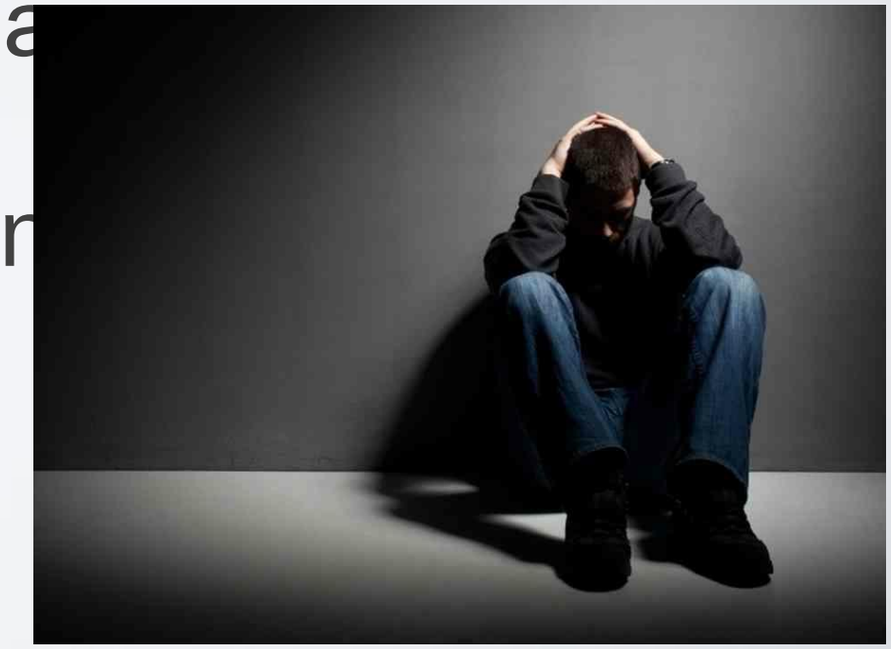

Douleu
r
Dépression

Dépression

Dépression = 2X plus fréquente chez les patients souffrant de douleur chronique que dans la population générale (Large et al., 2002).

À la fois cause et conséquence ma

Probablement plus une conséquen



Dépression

Neurophysiologie :

Plusieurs neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine) et structures du système nerveux (cortex cingulé antérieur, amgygdale, tronc cérébral)

Antidépresseurs, psychothérapie : autant pour symptômes dépressifs que douloureux

Dépression

Impact de la dépression sur la douleur pourrait s’expliquer par l’intermédiaire des attentes qu’entretiennent les patients à l’égard de leur traitement ou de leur condition.

Pour une même condition, patient déprimé = attentes de douleur plus élevées qu’un patient non déprimé (Sullivan et al., 2001).

Dépression

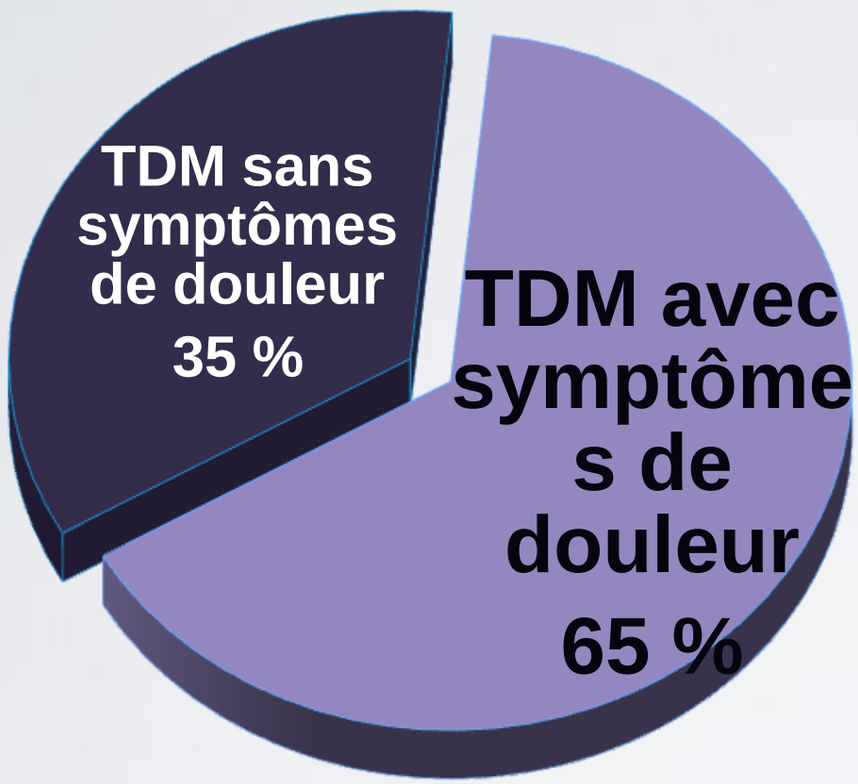
Pensées dépressives ➔ attentes négatives ➔

↑ de la perception de la douleur

↓ efficacité des approches analgésiques

Prévalence des symptômes de douleur associés chez les patients dépressifs

Patients dépressifs



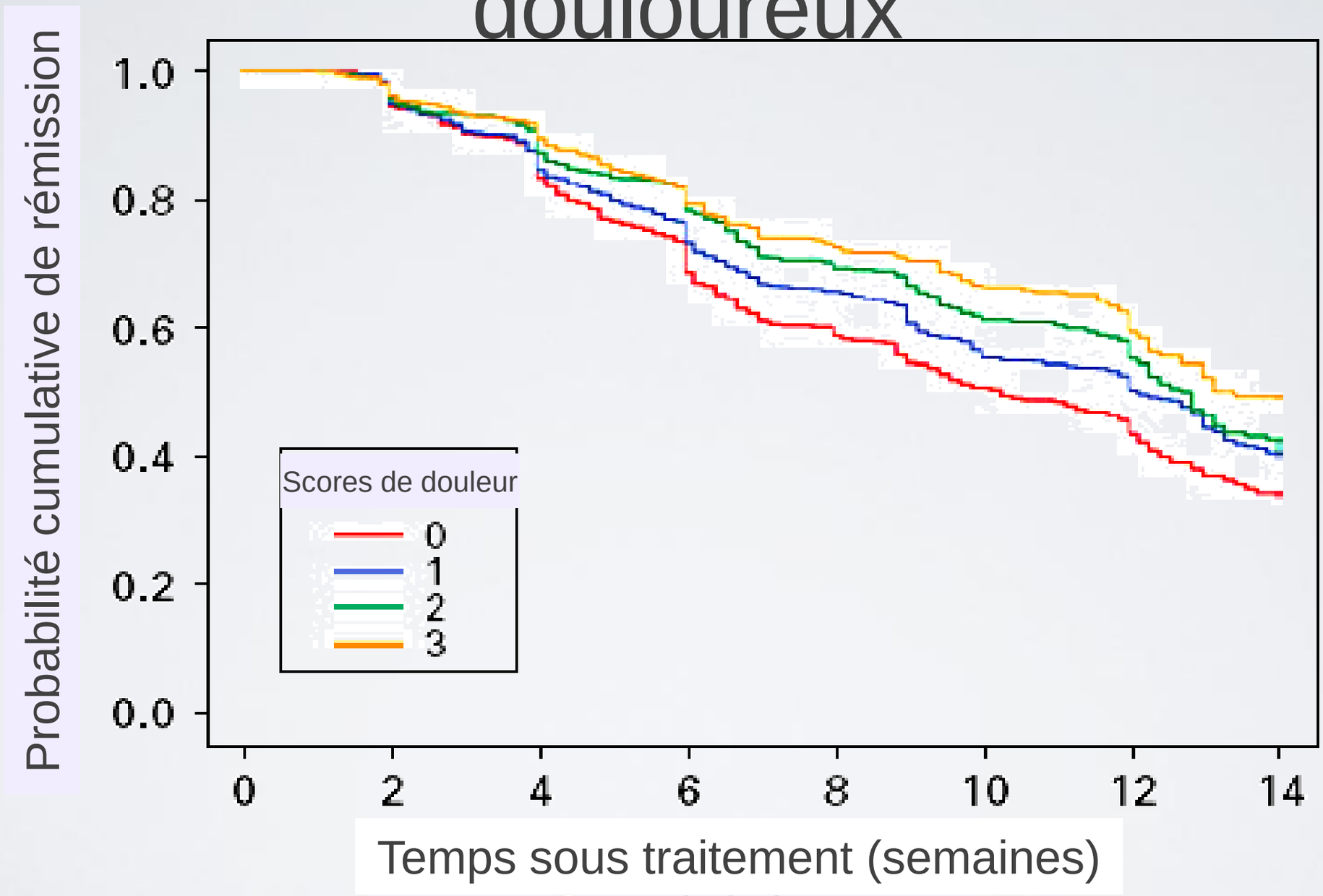
Données sur la prévalence moyenne, tirées de 14 études axées sur les symptômes de douleur chez des patients dépressifs

- Les études ont abordé les symptômes de dépression et de douleur, notamment :
  - Céphalées
  - Dorsalgie
  - Cervicalgie
  - Douleur aux membres/articulations
  - Douleur thoracique
  - Douleur pelvienne
  - Douleur abdominale
  - Douleur diffuse

La prévalence n'était pas influencée par les cadres de soins psychiatriques ou primaires

Bair *et al. Arch Intern Med* 2003;163(20):2433-45.

Délai de rémission selon le niveau de sévérité des symptômes physiques douloureux



Scores de douleur :

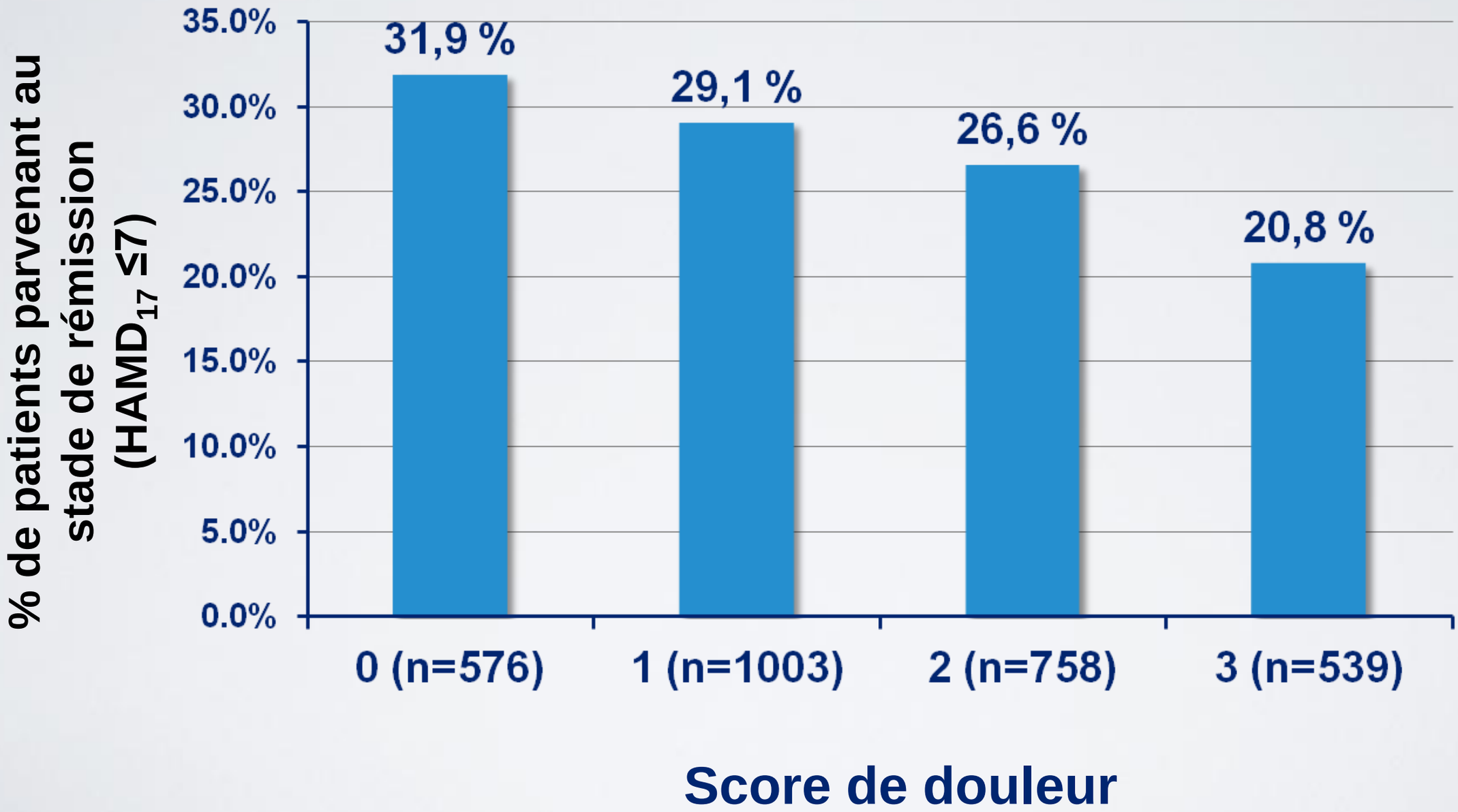
1 = indique des symptômes légers

2 = indique des symptômes modérés (douleurs présentes la plupart du temps)

3 = indique des symptômes sévères (altération du niveau de fonctionnement due à la douleur).

Leuchter *et al Psychological Medicine* 2010

Taux de rémission stratifiés selon la sévérité des symptômes physiques douloureux au début de l'étude



Leuchter *et al Psychological Medicine* 2010

Dépression

Et qu’arrive-t-il au niveau des études expérimentales ?

+++ études = patients avec dépression ont une ↑ seuils de douleur (Schwier et al., 2010)

Plus hypoalgésiques qu’hyperalgésiques !

Dépression

Explication possible à cette situation paradoxale ?

Augmentation seuils de douleur pourrait être attribuable au fait que la dépression :

i)est associée à un état général de non-réponse, et/ou

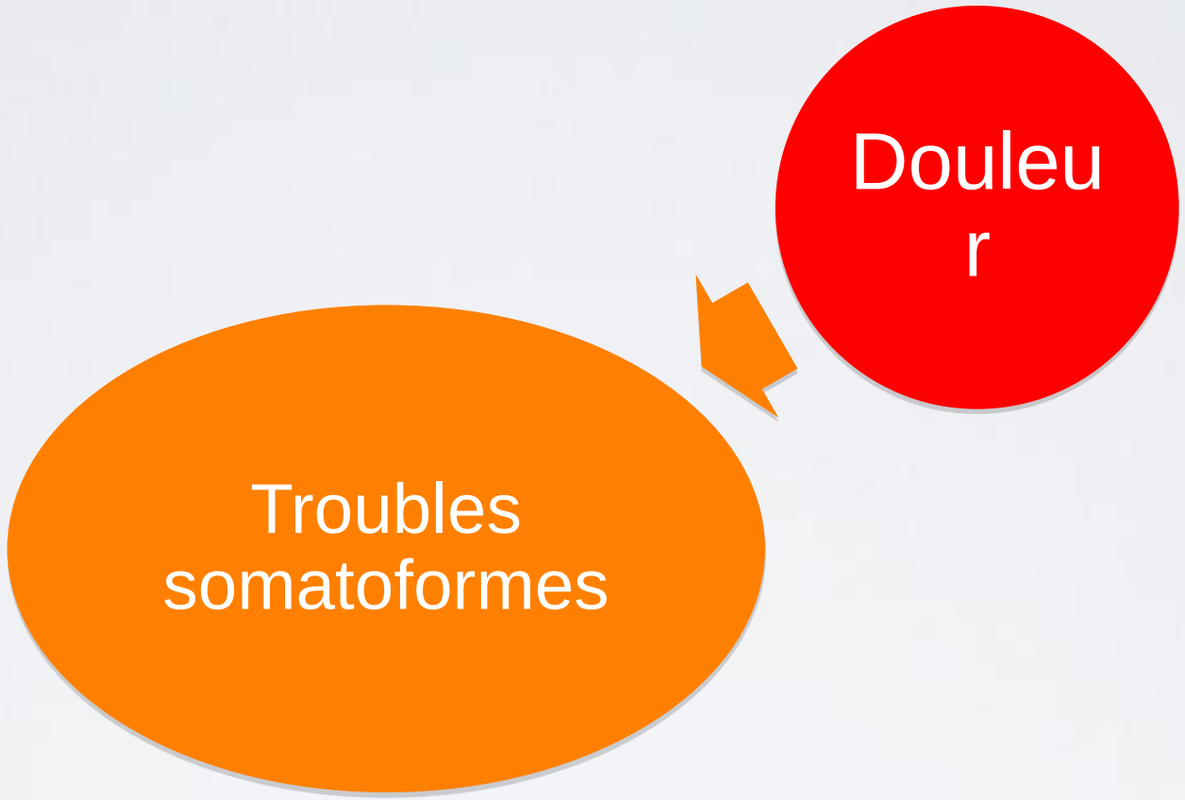
ii)entraîne une indifférence affective aux stimulations artificielles qui ne sont pas liées à des menaces véritables.

Dépression

Dépend de la modalité de stimulation :

↑ seuils (hypoalgésie) avec stimulations thermiques et électriques sur la peau

↓ seuils (hyperalgésie) lors d’une douleur induite par le garrot (douleur ischémique)


Douleu
r
Troubles
somatoformes

Troubles somatoformes

Symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale, mais qui ne peuvent s’expliquer par une telle affection.

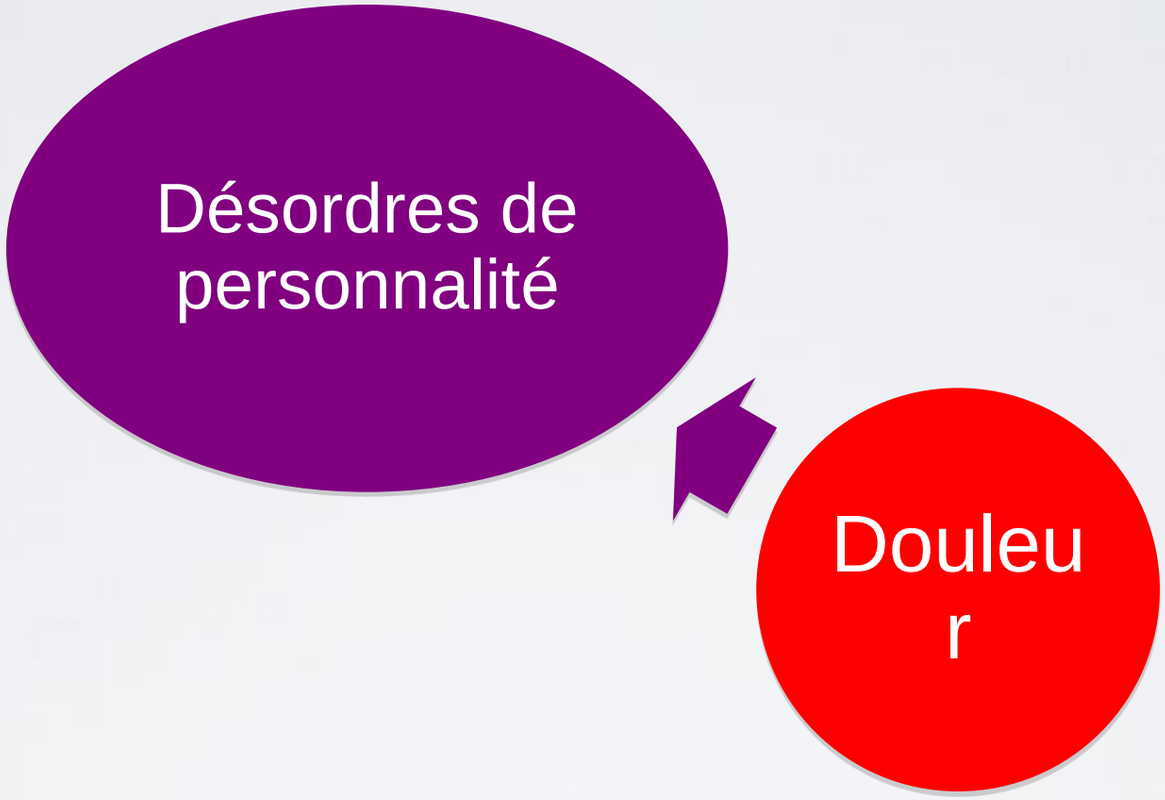
≠ facteurs psychologiques influençant la pathologie

Troubles somatoformes

Troubles somatoformes et douleur chronique souvent associés (Dersh et al., 2002)

Est-ce qu’un dx de trouble somatoforme est alors valide ?

Être capable de distinguer douleur chronique et trouble somatoforme devient dès lors très ardu. De plus, le lien entre lésion tissulaire et douleur n’est pas toujours évident.


Désordres de personnalité
Douleu
r

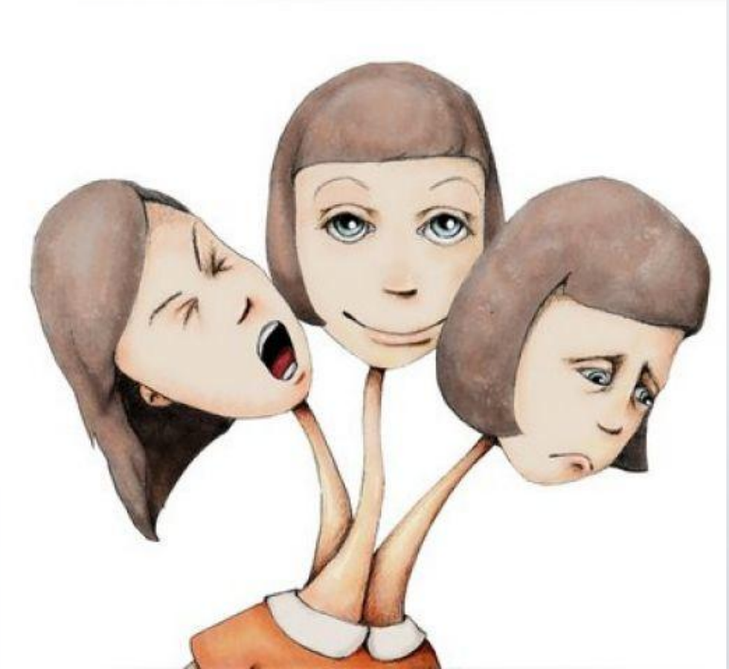
Désordres de personnalité

Anomalies interrelationnelles, sentimentales et cognitives qui entraînent de la souffrance ou bien des perturbations significatives du fonctionnement social.

Domaines suivants : cognition, affectivité, fonctionnement interpersonnel ou contrôle des impulsions.

Développement : enfance/adolescenc

Cristallisation : âge adulte



Désordres de personnalité

Souvent, ces désordres précèdent l’apparition des affections douloureuses (aigues ou chroniques).

Patients DC = prévalence varie de 31 à 81% selon les sources. Largement supérieure à la population normale (qui ne dépasse guère 8%) (Weisberg, 2000).

Désordres de personnalité

Les personnalités **histrionique, dépendante, paranoïaque et borderline (personnalité limite)** ont toutes été décrites comme étant le trouble de la personnalité le plus fréquemment associé à une comorbidité douloureuse.

Pas de personnalité spécifiquement liée au développement de la douleur chronique. Donc pas de personnalité “pro algésique”.

Désordres de personnalité

Facteurs de risque :

Propension à exprimer leur peur/anxiété (traits névrotiques, paranoïdes, dépendants et passifs/agressifs)

Propension à manifester un haut degré d’émotivité et de dramatisation (traits histrioniques, narcissiques et borderlines).

Modèle diathèse-stress de la douleur chronique (Weisberg et Keefe, 1997).

Désordres de personnalité

Prédisposition biologique ou psychologique amplifie la vulnérabilité au stress environnemental.

Interaction entre cette vulnérabilité (exemple : un trait de personnalité mésadapté) et le facteur stressant (exemple : douleur) ➔ apparition d'un trouble de personnalité tel que défini par l'Axe-II du DSM IV-TR.

Conclusion

Lien entre santé mentale et douleur est bien apprécié en clinique mais demeure mal compris d’un point de vue neurobiologique.

Mauvaise compréhension de la trajectoire développementale de la douleur

Augmentation des coûts

Conclusion

Beaucoup d’idées préconçues :

- Schizophrénie
- Autisme
- Dépression

Conclusion

Problèmes psychiatriques :

Altération présentation des maladies physiques

Traitement plus difficile (affecte négativement le pronostic (Fishbain, 1999))

Augmentation de l’utilisation des services médicaux (Bao, Sturm & Croghan, 2003).

Conclusion

Vulnéralibité des patients psychiatriques exige que nous demeurions particulièrement attentifs à la présence de douleur parmi cette population fragile.

Si elle passe inaperçue ou pire, inappréciée, elle :

i)Interfèrera avec la réadaptation des patients,

ii)Maintiendra les patients dans un cercle vicieux où psychopathologie et douleur s’entretiennent et,

iii)Nuira à l’alliance thérapeutique.