

Place de l'évaluation psychologique dans le bilan des patients douloureux chroniques chez qui une technique invasive est envisagée

Ron Kupers, Meike Pappens

Lorsque l'on envisage d'avoir recours à une technique invasive pour soulager une douleur, l'importance donnée aux facteurs psychologiques dans la sélection des malades est essentiellement fondée sur la conception que l'on a de la douleur. Selon une vue traditionnelle, encore fréquemment retrouvée dans de nombreux livres de référence, la douleur est une sensation provoquée par l'activation de nocicepteurs. Le stimulus nociceptif est encodé à ce niveau, envoyé par une voie spécifique aux structures spinales et supraspinales impliquées dans la transmission du message douloureux, créant en dernier ressort la sensation de douleur. Dans cette vision très réductrice, soulager la douleur peut s'obtenir soit en interrompant la transmission des influx nociceptifs (techniques de destruction), soit en les modulant par l'activation d'un certain nombre de systèmes inhibiteurs endogènes (habituellement via une neurostimulation ou

l'administration de médicaments). Donc, dans cette optique, le traitement de la douleur consiste juste à savoir détecter que la douleur est bien là et interrompre la transmission nociceptive par une intervention technique. Dans cette approche, il n'y a pas de place pour des facteurs psychologiques. La théorie du portillon (*gate control theory*) a permis d'envisager une autre perspective de la douleur [1.1]. La douleur n'est plus conçue comme une simple activation de voies nociceptives mais serait liée à l'interaction complexe entre d'un côté des influx afférents au niveau des voies nociceptives, et de l'autre des processus affectifs, comportementaux et cognitifs. La place centrale des facteurs émotionnels dans la douleur se retrouve dans la définition largement acceptée qu'en a donné l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) [1.2], qui définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotion-

Techniques invasives

nelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion ». Cette vision des choses est renforcée par les résultats de nombreuses études expérimentales, qui montrent de façon évidente qu'il n'existe pas de relation stricte entre l'activation des « voies nociceptives » et la sensation de la douleur.

Par exemple, des études récentes utilisant l'imagerie cérébrale dans l'analgésie placebo ou d'autres formes de modulation cognitive de la douleur ont montré que l'activation du cerveau en réponse à une stimulation donnée, fixe, est fortement modulée par l'état cognitif et d'attente du sujet [1.3]. Cela implique des liens entre les afférences cheminant le long des voies nociceptives d'un côté et les états comportementaux, cognitifs et affectifs de l'autre. Et cela est vrai pour la douleur aiguë mais aussi chronique. Cependant, plus la douleur persiste, plus est grand le risque que ces aspects comportementaux et psychologiques modifient profondément l'expérience douloureuse du sujet. Et cela a des conséquences. D'abord, cela veut dire que la douleur pour laquelle le patient douloureux chronique recherche un traitement est codéterminée, et qu'elle peut être modulée par des approches psychologiques. Ensuite, la douleur peut de son côté affecter les processus psychologiques, lesquels vont modifier les phénomènes physiologiques, contribuant ainsi à fermer un cercle vicieux.

Il est fréquent d'envisager la douleur comme étant soit de cause psychique, soit purement somatique. Ce qui vient d'être dit montre de façon assez claire qu'il ne s'agit là que de deux extrêmes. La plupart des douleurs rencontrées se trouvent entre ces deux extrêmes. Cela veut dire aussi que la vision dichotomique de la douleur entre somatique et psychogénique rend les choses confuses et devrait être abandonnée. Si l'on accepte l'existence d'interactions entre processus psychologiques et physiologiques, le traitement de la douleur chronique par des techniques comme la stimulation cordonale postérieure (SCP) ou l'administration intra-

thécale (IT) d'un opioïde ne devrait donc plus être perçu comme une intervention purement technique pour résoudre un problème purement organique (FIX). Bien plus, ces techniques devraient être appréhendées dans le cadre plus vaste d'une évaluation pluridisciplinaire et de réadaptation. Envisagées seules, elles ne permettent pas d'espérer autre chose qu'une simple atténuation de la douleur. Cette conception est de plus en plus acceptée dans la plupart des centres de traitement de la douleur. Par chance, les meilleurs spécialistes dans le domaine sont convaincus de l'importance de ces facteurs non organiques.

I Evaluation psychologique des malades douloureux chroniques

Aujourd'hui, la plupart des médecins semblent s'accorder sur la nécessité qu'un malade soit évalué par un psychologue ou un psychiatre avant qu'une technique antalgique invasive comme l'implantation d'une pompe ou d'un stimulateur médullaire ne soit effectuée. Cela est particulièrement vrai lorsque la douleur n'est pas de nature cancéreuse. Ainsi, les malades qui présentent des troubles de la personnalité sont nombreux. Si l'on s'en tient à la littérature, un bilan psychologique conséquent est très souhaitable quand l'examen ne révèle pas de façon évidente une cause physique à la douleur ou lorsqu'on considère que celle-ci ne peut expliquer l'importance du comportement douloureux. Cela semble également judicieux chaque fois que les désordres physiques sont avant tout spéculatifs ou déduits, si la douleur interfère de façon importante avec l'activité habituelle ou si elle rend difficile les relations interpersonnelles. Également, une évaluation poussée semble nécessaire quand le patient montre des signes de détresse évidents, s'il pratique un « shopping médical » important ou s'il est très demandeur de gestes invasifs ou d'examen complémentaires. Enfin, on

Place de l'évaluation psychologique dans le bilan des patients douloureux chroniques

considère cette expertise comme importante chaque fois que le malade prend beaucoup d'opioïdes et/ou de produits sédatifs, des hypnotiques ainsi que de l'alcool. Dans certains pays (comme la Belgique), les autorités exigent ces évaluations avant toute implantation d'une pompe ou d'une SCP.

Cette expertise psychologique ne doit être envisagée que comme un élément d'une évaluation multidisciplinaire plus complète. C'est un angle d'approche du patient, mais pas le seul. De façon idéale, elle devrait se situer de façon précoce dans le bilan d'un malade chez qui on envisage une technique invasive. Bien trop souvent, on ne l'envisage que tardivement, parfois après que la décision d'implanter a été prise.

La base de l'évaluation repose sur un entretien avec un psychiatre, le malade étant seul ou bien accompagné de son conjoint ou d'un membre de la famille ou de toute personne ayant une place importante dans son existence. Cet échange peut être orienté sur le comportement (histoire de la douleur, facteurs l'influençant, aspects sociaux, etc.) ou bien aller bien plus en profondeur, si on donne une importance plus grande à des facteurs psychodynamiques ou relationnels. Des tests peuvent également être utilisés, en sus, pour étayer les informations obtenues pendant l'(les) entretien(s). Tout le monde ne s'accorde pas sur l'importance relative de l'entretien par rapport aux tests psychologiques. Aux Etats-Unis, on donne relativement beaucoup de poids aux tests utilisant des outils de mesure, alors qu'en Europe, on accorde plus d'importance à l'entretien avec le professionnel, les tests ne venant que confirmer l'opinion née lors de celui-ci et donner plus de crédit aux informations qui y sont collectées. Les informations obtenues au cours des deux approches ne sont pas identiques : alors que les tests psychologiques avec des outils permettent d'avoir une information quantifiée, l'interview psychiatrique, lui, permet de se faire une idée plus claire de la douleur du patient et des aspects psychopathologiques.

Il est indispensable que le malade soit bien « préparé » pour l'évaluation psychologique. Il faut le tranquilliser sur le fait qu'entretien psychologique n'est pas synonyme de douleur imaginaire. Il faut bien expliquer que l'objectif est d'identifier des facteurs qui peuvent majorer la souffrance et le handicap afin de pouvoir proposer un certain nombre de traitements pour soulager la douleur et permettre d'optimiser les activités quotidiennes. La nature et les objectifs poursuivis par l'utilisation de ces tests doivent être expliqués, ainsi que la nécessité des entretiens avec les proches. Tout cela doit être fait de façon compréhensible par le malade.

Lorsque les choses sont faites correctement, l'évaluation psychologique n'équivaut pas à fournir un certificat permettant de réaliser automatiquement le geste technique envisagé. Le conseil du psychologue peut ainsi aller du « non » au « non, pas encore » ou au « seulement si ». Cela doit être prévu depuis le début. Cela implique que les malades soient informés du caractère multidimensionnel de la douleur, que le médecin évoque honnêtement les différentes modalités de prise en charge et envisage de façon ouverte les avantages et inconvénients de chacune d'entre elles. Cela doit aider le malade à mieux comprendre le « pourquoi » de cette évaluation et le préparer à d'autres éventualités thérapeutiques ou à la nécessité de traitements complémentaires.

Le bénéfice d'une bonne évaluation a trois aspects. D'abord, bien sûr, identifier les « bons » malades qui pourraient bénéficier des approches médicotéchniques, ensuite, éviter à certains patients une technique invasive et chère, et enfin permettre à ces derniers de bénéficier d'un autre programme plus approprié. Mais il faut également considérer les limites de l'évaluation psychologique : elle ne peut pas donner une explication définitive du mécanisme de la douleur ou prévoir avec précision le résultat plus ou moins favorable du traitement de la douleur.

Techniques invasives

A Consultation psychiatrique

Elle doit être réalisée en présence du partenaire ou d'un membre de la famille. Elle doit débuter en expliquant qu'il est hautement souhaitable de déterminer les facteurs qui peuvent modifier la douleur et apprécier la façon dont celle-ci a influencé la vie du malade. La consultation peut se faire sur un mode structuré ou semi-structuré. Turner et Romano [1.4] ont ainsi décrit certains objectifs que nous allons évoquer ici.

1 Reprendre l'histoire de la douleur

Il est important de déterminer quand et comment la douleur a débuté et comment elle a évolué avec le temps. Il est aussi important d'évaluer la nature et l'importance des traitements déjà effectués, quels sont ceux que le malade a essayés par le passé et leurs résultats, ainsi que la façon dont le patient a suivi ces derniers.

2 Identifier les événements qui majorent la douleur

Identifier des situations particulières présentes lors d'une aggravation de la douleur peut donner des informations sur des facteurs environnementaux potentiels d'aggravation des comportements et sur les causes de stress liées à la douleur. De façon assez générale, on admet qu'une douleur qui ne varie jamais en intensité suggère le rôle de processus psychologiques ou d'apprentissage associés.

3 Evaluer les facteurs sociaux et environnementaux

Il est important de déterminer dans quelle mesure les comportements douloureux sont amplifiés par des éléments sociaux ou environnementaux. Les points suivants peuvent être utiles pour cela :

- comment le malade utilise-t-il son temps ;
- quelles sont les activités privilégiées ou au contraire évitées depuis l'apparition de la douleur ;

- quelles sont les activités qui ont été modifiées ou éliminées depuis le début de la douleur ;
- comment l'entourage se rend compte que la douleur du malade s'amplifie et comment il y répond.

Ce type d'informations permet de se faire une idée sur les facteurs de renforcement positifs ou négatifs liés au comportement douloureux du patient.

4 Apprécier l'histoire familiale et sociale du malade

Les données sur son enfance et l'histoire familiale peuvent procurer des informations importantes sur les expériences d'apprentissage antérieures du malade concernant son comportement douloureux et sa représentation de la maladie, de même que sur l'attitude générale vis-à-vis de la douleur et du handicap, et plus généralement sur les réactions familiales vis-à-vis des problèmes de santé. Par exemple, il peut devenir évident que dans l'enfance, le malade a appris des comportements mal adaptés vis-à-vis de la maladie (par exemple, absentéisme scolaire en réponse à des signes mineurs). Ces expériences précoces peuvent avoir un impact important sur le comportement actuel du malade vis-à-vis de la douleur.

5 Évaluer le degré de « dysfonctionnement » psychologique

L'impact émotionnel puissant d'une douleur chronique peut être source d'une détresse affective notable. En conséquence, les symptômes de dysfonctionnement psychologique, dénotant des troubles affectifs, cognitifs et comportementaux, sont fréquents dans la population des douloureux chroniques. La dépression y est habituelle et doit être recherchée systématiquement. Le malade présente-t-il des modifications de l'humeur depuis le début de la douleur et présente-t-il des signes propres à celle-ci comme une majoration de l'irritabilité, de la fatigue, des troubles du sommeil, de l'appétit, de la vie sexuelle ou des pensées suicidaires ?

Place de l'évaluation psychologique dans le bilan des patients douloureux chroniques

La force de l'entretien psychiatrique est de permettre d'avoir un éclairage large de la psychopathologie personnelle, présente et passée, ainsi que familiale, mais aussi une compréhension des facteurs psychodynamiques et relationnels. De plus, il peut révéler des relations, liées au temps, entre le début et l'aggravation des manifestations douloureuses et des éléments de vie marquants.

B Outils

Comme on l'a déjà évoqué, on peut recourir à des outils d'autoévaluation. Ils ont l'avantage de permettre d'obtenir des mesures standardisées, fiables et validées concernant les variables psychologiques. Ces résultats sont habituellement plus sensibles aux variations liées à un traitement que ne le sont les informations obtenues au cours d'un entretien. Ils peuvent donc être très utiles pour le médecin dans l'optique de choisir un traitement particulier.

Certains des questionnaires les plus utilisés pour évaluer les facteurs psychologiques, ainsi que ceux liés au handicap et à la souffrance ont initialement été développés pour la population générale (psychiatrique ou non) : en particulier, le questionnaire de Beck pour la dépression, le MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), le questionnaire de Spielberger pour l'anxiété (STAI), le questionnaire sur les symptômes (*Symptom Checklist 90-Revised*). Certains ont été développés plus spécifiquement pour les patients douloureux chroniques (MMPI, *Coping Strategies Questionnaire*, ou questionnaire de stratégies d'adaptation).

L'évaluation psychologique devrait être envisagée comme un processus dynamique et interactif. C'est beaucoup plus qu'une dernière formalité pour trouver une éventuelle contre-indication à la réalisation d'un geste invasif. Selon nous, l'apport de l'évaluation psychologique va bien au-delà. Alléger le traitement médicamenteux, aider à définir un objectif thérapeutique réaliste, modifier l'idée que le patient se fait de sa maladie,

changer son comportement, voilà ce à quoi l'évaluation psychologique peut participer. Un prérequis à ce travail est que l'unité « douleur » bénéficie en son sein de la collaboration d'un psychiatre ou d'un psychologue, ou tout au moins qu'il existe la possibilité d'avoir recours à de tels spécialistes, sensibilisés au problème de la douleur, dans une autre structure. Malheureusement ce n'est souvent pas le cas. Un travail réalisé par Davies *et al.* [1.5] dans 10 unités de consultations externes « douleur » en Grande-Bretagne a montré que sur 700 malades vus pour une douleur neuropathique chronique moins de 10 % ont eu un traitement psychologique, et qu'une seule unité avait un psychologue (ou un psychiatre) comme membre de l'équipe. L'évaluation et la prise en charge psychologiques étaient réduites à la portion congrue du fait de l'absence de spécialistes. Un travail plus récent de Ackroyd *et al.* [1.6] était plus encourageant. Ces auteurs, en s'aidant d'un questionnaire, ont évalué au Royaume-Uni le type de méthodes d'évaluation utilisées dans les centres de traitement de la douleur avant implantation d'une sonde de stimulation cordonale postérieure. La plupart des personnes ayant répondu disaient travailler dans une équipe multidisciplinaire et 61 % d'entre elles disaient que leurs malades avaient eu une évaluation psychologique. Même si ces résultats sont bien meilleurs que ceux de l'étude de Davies (61 %), on est toujours loin du compte !

II Valeur pronostique de l'évaluation dans le cas de la stimulation cordonale postérieure (SCP)

Nous allons essayer maintenant de donner quelques exemples de l'impact de l'évaluation psychologique sur les résultats thérapeutiques de la SCP. Depuis que cette technique a été introduite, des efforts permanents ont été effectués pour les améliorer. Ainsi, on s'est attaché à mieux définir les critères

Techniques invasives

médicaux d'indication, parallèlement à l'amélioration des qualités techniques du matériel (paramètres de stimulation, emplacement des électrodes, etc.). Mais les critères psychologiques de sélection n'ont pas mobilisé autant d'énergie. Ce n'est que depuis quelques années que l'on se penche de façon sérieuse sur la valeur pronostique de l'évaluation psychologique. Cela ne veut pas dire non plus que l'on ne s'y intéressait pas par le passé. Au contraire, des arguments pour et contre avaient été proposés sur la valeur de celle-ci : mais les éléments convaincants étaient rares et trop souvent fondés sur des éléments de réflexion personnels ou des cas cliniques isolés.

A Etude de Blumetti et Modesti (1976)

Blumetti et Modesti, en 1976, ont réalisé un des premiers travaux systématiques pour essayer d'apprécier la valeur prédictive de l'évaluation psychologique sur les résultats de la SCP [1.7]. Le groupe étudié était formé de 42 malades lombalgiques chroniques sélectionnés pour des gestes neurochirurgicaux. En utilisant les données de leur évaluation psychologique, ces auteurs pouvaient prévoir correctement des résultats médiocres à 6 mois dans 76 % des cas.

B Etude de Burchiel *et al.* (1995)

Burchiel *et al.* [1.8] ont étudié les facteurs pronostiques pour la SCP chez des patients souffrant de douleurs lombaires mais également de radiculalgies. Leur groupe était composé d'une série de 79 malades successifs hospitalisés pour mise en place d'une SCP. L'évaluation a consisté en un examen physique et une évaluation psychologique (interview clinique semi-structuré et MMPI). Les patients ayant des problèmes psychopathologiques, d'abus de substances, ou ceux ayant des bénéfices secondaires n'étaient pas retenus pour le geste. Après

l'implantation de l'électrode, une période « test » de 2 jours était initiée pendant laquelle le niveau de douleur était évalué. Les morphiniques étaient supprimés et on demandait au malade d'augmenter son activité physique autant que possible. On a considéré qu'il fallait une atténuation de la douleur d'au moins 50 % pour implanter définitivement l'électrode. Quarante-cinq des malades ayant participé au test ont eu une implantation définitive. Parmi ceux-ci, 34 étaient en échec d'une chirurgie du rachis.

Avant la chirurgie, on posait aux malades une série de questions sur la localisation de leur douleur, sa durée, le nombre de gestes chirurgicaux réalisés auparavant, les traitements en cours, leur sommeil et leurs occupations. Ces patients remplissaient également un certain nombre de questionnaires (EVA, questionnaire McGill sur la douleur, MMPI, questionnaire de Beck sur la dépression, questionnaire d'Oswestry sur le handicap et le *Sickness Impact Profile* ou SIP). Trois mois après l'implantation du système définitif, on recueillait les données : celles-ci étaient analysées par une personne indépendante du travail. Le soulagement moyen de la douleur à 3 mois était de $45,6 \pm 31,0$ %. Un bénéfice était également retrouvé pour ce qui était des mesures « fonctionnelles » (Owestry, SIP et Beck). Les résultats de ces 34 malades ont été utilisés pour créer une équation de prévision d'optimisation des résultats. Un soulagement plus net était retrouvé chez les patients présentant un niveau de dépression faible, chez les plus jeunes et ceux ayant des scores plus hauts dans les sous-classes d'évaluation du questionnaire McGill. En utilisant cette équation, les auteurs étaient capables de prévoir un taux de succès dans 88 % des cas.

C Etude de North *et al.* (1996)

North *et al.* [1.9] ont étudié les valeurs pronostiques de l'évaluation psychologique sur les résultats au long cours de la SCP chez

Place de l'évaluation psychologique dans le bilan des patients douloureux chroniques

des patients douloureux chroniques sélectionnés pour un test thérapeutique par cette méthode. Un groupe de 58 malades a été sélectionné de façon prospective par une batterie de tests psychologiques (MMPI comprenant une échelle de Wiggins, le *Symptom Check List-90* et le *Derogatis Affects Balance Scale*). L'association entre les résultats du traitement, les données préopératoires et les variables cliniques était analysée (analyses uni et multivariées) : les variables dépendantes étaient tout d'abord le résultat de l'essai thérapeutique de stimulation et ensuite les résultats à long terme après implantation définitive. La seule association ayant un bénéfice sur les résultats au long cours de l'implantation était l'item « joie » sur le *Derogatis Affects Balance Scale*. L'analyse multivariée ne montrait aucun facteur prédictif significatif pour l'évolution à long terme.

Les résultats de cette étude ainsi que de celle de Burchiel *et al.* doivent être pris avec précaution. D'abord, la sélection des patients se fait à plusieurs niveaux, en commençant par la décision du médecin qui envoie le malade pour avis, puis par le contact initial avec ce dernier, l'analyse de son histoire, son examen physique, le test préalable et ainsi de suite. A chacun de ces niveaux se fait une sélection. Dans les deux études, un certain nombre de malades étaient déjà écartés de toute possibilité d'implantation et n'étaient donc pas inclus dans le travail. En effet, ceux chez qui on avait évoqué des désordres psychologiques ou certains autres motifs de contre-indication à la stimulation étaient exclus du test de stimulation. Cela veut dire que les résultats de ces travaux ont clairement sous-évalué l'importance d'un certain nombre de variables psychologiques. Il eut été intéressant que ces auteurs aient aussi inclus dans leur évaluation psychologique ces malades considérés comme des « contre-indications ». Cela explique en partie pourquoi l'étude de North *et al.* ne retrouve pas de corrélation entre l'évaluation psychologique et les résultats à long terme.

D Etude de Kupers *et al.* (1994)

Une quatrième étude s'est intéressée à la valeur pronostique des tests psychologiques dans les résultats de la SCP [1.10]. Par opposition aux deux travaux précédents, aucune présélection n'a été faite et tous les candidats à une stimulation avaient une évaluation psychologique. De même, aucune évaluation psychologique formelle n'était pratiquée et l'avis psychiatrique reposait sur une entrevue psychiatrique en profondeur. Le psychiatre travaillant dans l'unité « douleur » et ayant une grande expérience des douloureux chroniques a ainsi vu 100 malades envoyés pour un test de stimulation. Dans l'entretien psychiatrique semi-structuré et très détaillé, il était envisagé de pouvoir répondre à ces deux questions :

- un diagnostic psychiatrique clair peut-il être posé ?
- existe-t-il des facteurs psychosociaux significatifs dans la vie passée ou présente du malade qui puissent être liés à sa plainte actuelle ?

Sur cette base, le psychiatre a pu donner les avis suivants au chirurgien :

- pas de contre-indication pour une neurostimulation ;
- pas de contre-indication ferme mais quelques réserves. Cela était particulièrement vrai lorsqu'il existait des troubles évidents de la personnalité (c'est-à-dire « tendance à la douleur ») et/ou en cas de relation évidente entre l'apparition de la douleur (ou son aggravation) et un événement majeur dans la vie du patient ;
- contre-indication pour une stimulation. Ce jugement était fondé sur la présence d'un ou plusieurs des éléments suivants : dépression majeure, somatisation, psychose (essentiellement de nature hypochondriaque) et problèmes majeurs de litiges ou de bénéfices secondaires (l'idée de classer les malades dans 3 catégories de diagnostic a par la suite été développée par Williams *et al.* [1.11] sous forme de « candidats verts », « candidats jaunes » et « candidats rouges »).

Techniques invasives

Pour 14 malades, le psychiatre a donné un avis négatif. Pour douze d'entre eux, une autre approche pouvait être envisagée (médicaments ou psychothérapie). Pour 27 autres, l'avis n'était pas une contre-indication ferme mais un avis réservé et chez les 59 autres un avis positif a été donné. Aucun des patients pour lesquels un avis négatif avait été porté n'a été implanté, alors que chez les 27 pour qui une réserve avait été émise, seuls 16 (59 %) l'ont été. Enfin, 81 % de ceux chez qui un avis positif avait été donné ont été implantés. Au total, sur les 100 malades, seulement 64 se sont vus finalement implanter une sonde de stimulation. Six mois après, une évaluation a été faite. Celle-ci a été réalisée en aveugle par rapport à l'évaluation psychiatrique initiale. Chez ceux qui avaient eu un avis favorable, 64 % étaient considérés comme des succès et 36 % comme des échecs (effet transitoire, absence de résultat ou bénéfice insuffisant). Chez ceux chez qui le psychiatre avait émis un avis réservé, 18 % était considéré comme des succès et 82 % comme des échecs. Cela plaide pour l'évaluation psychologique quand on veut prévoir le bénéfice potentiel de la SCP.

E Etude de Dumoulin *et al.* (1996)

Dumoulin *et al.* [1.12] ont utilisé un questionnaire de 24 items pour obtenir un maximum d'informations sur le fonctionnement psychique de 40 malades atteints de douleurs chroniques liées à une chirurgie du rachis, pour lesquels la SCP semblait être la meilleure option thérapeutique. Ce questionnaire était centré sur certains problèmes psychologiques cruciaux, sur lesquels le malade devait se prononcer. Un facteur prédictif de l'indication (IF) d'implantation pour une stimulation pouvait être obtenu de ces 24 éléments. Six mois après l'implantation, un facteur d'évaluation (EF) a été construit. Son objectif était de répondre à la question de savoir si les variables psychologiques incluses dans l'échelle étaient liées au taux

de succès du traitement. Un test de corrélation de Spearman a montré un coefficient très significatif de 0,81 entre les 2 mesures, indiquant par là même une relation étroite entre les facteurs prédictif (IF) et d'évaluation (EF). Ces résultats semblent prometteurs, mais certaines questions peuvent être soulevées concernant la construction théorique de l'IF. Il était essentiellement fondé sur des concepts psychoanalytiques, qui eux-mêmes sont très sujets à controverse.

F Etude de Olson *et al.* (1998)

Dans un travail prospectif ayant pour objectif d'identifier des facteurs psychologiques associés à un test de SCP, Olson *et al.* [1.13] ont fait passer une batterie de tests psychologiques à 43 malades douloureux chroniques avant un test de 3 jours de stimulation en hospitalisation. Les indicateurs spécifiques de résultats pour la SCP étaient les scores du MMPI pour la dépression, et d'une sous-échelle sur la manie : les essais positifs ont été obtenus chez des individus présentant une dépression moindre et qui avaient des niveaux d'énergie supérieurs.

G Etude de Monsalve *et al.* (2000)

Dans cette étude [1.14], 69 malades ont été évalués en utilisant un algorithme décisionnel pour sélectionner ceux qui pourraient bénéficier d'une technique de stimulation pour soulager leur douleur chronique. Cet arbre décisionnel a été créé à partir d'un entretien clinique qui s'intéressait aux aspects sociodémographiques, au diagnostic du syndrome douloureux, aux circonstances de son apparition et à son évolution, aux traitements testés, ainsi qu'à l'aide d'items de perception de la douleur, d'adaptations effectuées dans divers domaines de sa vie par le patient et d'éléments permettant un meilleur contrôle des paroxysmes douloureux. Des outils psychométriques

Place de l'évaluation psychologique dans le bilan des patients douloureux chroniques

étaient également utilisés pour mesurer le profil de personnalité et les variables psychopathologiques du patient. Ces instruments portaient sur une évaluation de base de l'anxiété et de la dépression (STAI, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, ou BDI HAS) ainsi sur une analyse psychométrique multifactorielle de la personnalité (MMPI, *Million Clinical Multiaxial Inventory* ou MCMI II). Toute comorbidité physique pouvant modifier les perceptions avant l'implantation ainsi que certains troubles psychopathologiques (déficits cognitifs sévères, comportement addictif marqué, haut degré d'anxiété ou de dépression, etc.) étaient des critères d'exclusion. Les malades ayant des stratégies d'adaptation pouvant altérer le bénéfice de la stimulation, comme les états de passivité, le catastrophisme ou des états similaires, étaient également exclus. Les difficultés pour différencier les différents niveaux de douleur et les problèmes d'environnement familial ont aussi été des critères d'exclusion. Cependant, il est important de noter que ces critères d'exclusion n'étaient pas utilisés de façon rigide et que si certains aspects pouvaient être modifiés positivement par l'intervention de l'équipe soignante, le malade était considéré comme « inapte » temporairement, puis était réévalué plus tard jusqu'à ce qu'il soit considéré comme « apte » à l'implantation. Sur la base de cet algorithme de décision psychologique et après 2 évaluations (la seconde 6 mois après la première), 62 % des candidats étaient considérés comme pouvant être implantés. Au total, 80 % ont pu ainsi dire qu'ils avaient bénéficié de la technique de stimulation.

Un point intéressant dans ce travail est que les auteurs ont également appliqué de façon rétrospective l'algorithme à un autre groupe de malades. Ainsi, seuls 58 % des malades étaient jugés aptes pour une implantation définitive. A un an, seuls 63 % d'entre eux ont jugés l'implantation comme bénéfique. Une analyse discriminante a montré que c'était bien l'évaluation psychologique qui pouvait prédire le succès d'une implantation.

H Conclusion

Sur la base des études qui viennent d'être évoquées, on peut conclure que l'évaluation psychologique avant la réalisation d'une technique invasive permet d'obtenir de meilleurs résultats. Le seul travail qui n'a pas permis de montrer un effet bénéfique au long cours de l'analyse psychologique est celui de North *et al.* [1.9], probablement du fait de facteurs méthodologiques liés à la façon dont avait été organisé le travail.

III Techniques invasives de soulagement de la douleur : contre-indications et facteurs de risque

Les études dont on vient de parler évoquent déjà la possibilité de contre-indications potentielles concernant les techniques invasives. Pour aider à en avoir une idée plus claire, nous discuterons rapidement des caractéristiques psychologiques et/ou comportementales que Nelson *et al.* [1.15] ont décrit comme des contre-indications à la SCP. Puis, nous évoquerons les contre-indications dont Beltruti *et al.* [1.16] ont parlé dans un article assez récent (2004).

A Etude de Nelson *et al.* (1996)

Nelson *et al.* [1.15] ont décrit un certain nombre de contre-indications au recours à la SCP. Elles sont également valables pour les administrations intrathécales de médicaments. La plupart des critères d'exclusion proviennent essentiellement de données d'analyses rétrospectives, dont certaines ont été vérifiées dans des études prospectives contrôlées.

1 Alcool ou dépendance chimique

Beaucoup de douloureux chroniques prennent des quantités non négligeables d'opioïdes et

Techniques invasives

d'autres médicaments antalgiques. Cela n'est pas en soit une contre-indication. Cependant, les patients qui ont un comportement qui les pousse à rechercher toujours plus de médicaments ou ceux chez qui on observe une augmentation très rapide des posologies dont la justification n'est pas évidente devront dans un premier temps savoir se satisfaire de posologies « raisonnables » de médicaments avant que l'on envisage de leur proposer une SCP ou une administration intrathécale. Il n'est pas nécessaire de commencer chez tous les malades par une réduction des doses avant de faire un essai « test ». Cependant, Loeser *et al.* [1.17] suggèrent que pour un comportement douloureux n'ayant pas de mécanisme clair (habituellement au cours des douleurs chroniques non cancéreuses), on devrait commencer par modifier la prescription des médicaments ayant une courte durée d'action par des doses équivalentes d'un produit de longue durée d'action puis, progressivement, réduire les doses. Selon ces auteurs, chez de nombreux malades, le comportement douloureux s'atténue avec la réduction des doses d'opioïdes, ce qui permet de diminuer le nombre d'interventions. Pour d'autres, un diagnostic plus précis ne peut être fait tant que le comportement mental est altéré par la prise d'opioïdes. Ceux qui ont une forte consommation d'alcool ou qui montrent des signes de dépendance à ce produit devraient dans un premier temps être envoyés dans une consultation spécialisée.

2 Conflits et problèmes de litiges

Cela peut avoir des conséquences importantes sur la réponse du malade à un traitement. Cela n'implique pas obligatoirement non plus que tout malade dans ce cas de figure soit exclu de toute approche invasive. Cependant, pour chaque cas, il sera bon de voir dans quelle mesure toute rente ou tout problème lié au statut persistant de handicapé se révèlent être un obstacle et peuvent interférer avec les résultats.

3 Troubles cognitifs

Quand ils entravent le bon jugement et la mémoire, ils vont non seulement gêner la capacité du malade à s'exprimer sur sa douleur et son handicap, mais aussi son aptitude à participer à sa propre prise en charge.

4 Psychose

Un état psychotique, des hallucinations font toujours se poser la question de la réalité de plaintes douloureuses et réduisent de façon certaine la chance d'un bénéfice.

5 Pensées suicidaires

Les pensées suicidaires ou l'envie de se suicider sont aussi des contre-indications. Elles rendent le malade trop instable pour garantir une relation médecin-malade stable. De plus, des complications qui peuvent naître du traitement ou un bénéfice insuffisant de celui-ci peuvent conduire à un suicide vrai. S'attacher à résoudre ces pensées suicidaires est obligatoire avant d'envisager tout traitement antalgique invasif.

6 Dépression majeure et hypochondrie sévère

Ces patients présentent un risque plus élevé d'échec ou de résultat médiocre, voire une aggravation des problèmes existants. Les troubles de l'humeur peuvent modifier la plainte douloureuse. L'importance de ces facteurs comme éléments pronostiques pour une SCP a été évoquée dans les études citées plus haut. La dépression devrait d'abord être traitée de façon médicamenteuse ou par une approche psychologique avant d'aller plus loin. Blumetti et Modesti [1.7] ont montré que les patients qui ont une réponse positive à des interventions neurochirurgicales étaient moins préoccupés des problèmes corporels. Par ailleurs, dans l'étude de North *et al.* [1.9], il a été montré que les patients ayant des scores élevés d'hypochondrie avaient plus de chances de présenter des résultats positifs à un test de SCP percutanée.

Place de l'évaluation psychologique dans le bilan des patients douloureux chroniques

7 Troubles de somatisation

Les malades ayant des plaintes inexplicables, ou multiples et très intenses, n'ont pas habituellement de réponse favorable au long cours à une SCP ou à l'administration intrathécale. Ils peuvent même développer d'autres symptômes avec le temps, suite à une implantation. Ces malades semblent à la fois souffrir de variations sans fin de troubles dans de nombreuses parties du corps, ou bien ils présentent des plaintes si vagues qu'elles défient toute expertise médicale.

8 Conditions sociales médiocres

Il est hautement souhaitable qu'un minimum existe en termes de réseau social pour que le bénéfice antalgique persiste à domicile. Cela évite au malade de nombreux désagréments. Si cela peut être moins le cas pour une SCP, cela devient obligatoire lorsqu'il s'agit de patients chez qui des pompes sont implantées, car les risques sont là accrus.

B Fédération européenne des chapitres de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (*European Federation of IASP Chapters* ou EFIC)

En 1998, l'EFIC a présenté un document de consensus sur les prises en charge de la douleur par la neuromodulation [1.18]. Ce document stipule que, du fait d'interactions et d'intrications entre les facteurs physiologiques et psychologiques dans la douleur chronique, ces techniques de neuromodulation ne doivent pas être considérées comme des traitements isolés. Au lieu de cela, elles devraient être accompagnées d'un support comportemental ou psychologique. De plus, il était proposé une liste de contre-indications, qui sont toujours d'actualité :

- désordres psychiatriques majeurs (psychose, dépression sévère ou hypochondrie et troubles de somatisation) ;
- adhésion insuffisante et/ou pauvre compréhension du traitement ;
- manque d'aide sociale ;
- éthylisme ;
- toxicomanie.

C Etude de Beltrutti *et al.* (2004)

Pour avoir une idée plus complète des différentes contre-indications, il est intéressant de lire l'article de Beltrutti *et al.* [1.16]. Ces auteurs décrivent de façon très systématique ce qui est connu, inconnu ou incertain concernant les influences psychologiques dans les SCP. Les contre-indications qu'ils proposent ressemblent fort à celles décrites par Nelson *et al.*, à la différence qu'ils se fondent beaucoup plus sur l'utilisation du DSM IV. Ainsi, à côté des perturbations affectives, somatoformes et de dérives médicamenteuses, ils évoquent aussi la personnalité, les troubles artificiels, de conversion ou de stress post-traumatiques comme pouvant avoir une influence négative sur les résultats des SCP. De plus, ils soulèvent l'idée intéressante qu'à côté de facteurs d'exclusion, il puisse y avoir des facteurs de protection qui rendraient certains malades plus aptes au geste. Par exemple, un environnement familial satisfaisant et des capacités d'adaptation favorables seraient des éléments très positifs. La recherche devrait donc s'attacher non seulement à bien définir les facteurs d'exclusion mais également ceux qui pourraient être bénéfiques (critères d'inclusion).

D Autres facteurs de risques

A côté des contre-indications jusqu'ici décrites, il en existe d'autres qui ont été identifiées dans un certain nombre de travaux.

1 Facteurs socioéconomiques et démographiques

Dans la psychologie de la santé, appartenir à une classe défavorisée a souvent été montré comme étant un facteur de risque pour nombre de maladies quant à leur guérison. Ektor-Andersen *et al.* [1.19] ont étudié la survenue d'une douleur chronique dans différents milieux socioéconomiques. Ils se sont intéressés à 1 360 nouveaux malades

Techniques invasives

adressés au centre de traitement de la douleur de Malmö. Ils ont mis en évidence que le nombre de malades variait en fonction des régions urbaines. Un taux élevé se trouvait dans les zones d'immigration, lorsqu'il n'existait qu'un seul parent, en fonction du taux de chômage et/ou de la couverture sociale (plus élevé quand il y avait des bénéfices à attendre du régime de couverture sociale). On peut retrouver dans un travail de Dionne *et al.* [1.20] des informations sur la relation entre l'appartenance à un milieu défavorisé et la lombalgie.

2 Détresse psychologique

Elle est souvent associée à la maladie et à la douleur. McCarthy *et al.* [1.21] ont montré que, 3 mois après une lésion, 48 % des patients victimes d'une lésion des membres inférieurs avaient un risque important de présenter des désordres psychologiques. Deux ans après, environ 1/5 des malades présentaient des troubles anxieux importants, et/ou une dépression. Les auteurs en concluaient qu'il était souhaitable qu'une attention similaire soit portée sur les troubles psychologiques et sur les troubles physiques chez les malades victimes d'une lésion grave des membres afin de permettre une guérison qui soit la meilleure possible.

Deyo *et al.* [1.22] ont étudié les facteurs pronostiques en réponse au traitement d'une douleur chronique. Ils ont trouvé que les patients inclus dans un protocole clinique avaient un profil pronostique plus favorable par rapport aux malades des unités de traitement de la douleur (scores inférieurs au MMPI et sur l'index d'évaluation de la douleur, ou *pain assessment index*). Il s'avérait que, bien que le traitement dans les 2 groupes soit identique, les malades dans le groupe « essai clinique » évoluaient de façon plus favorable pendant la période de suivi en comparaison de ceux traités dans les centres de traitement de la douleur. Alors que 45 % de ceux du premier groupe disaient aller mieux après 6 mois, ils n'étaient que 22 % dans le second. Le score moyen corrigé de douleur dans le

suivi était de 22 et de 58 dans les 2 groupes, respectivement.

E Conclusion

En dépit du fait que la liste ci-dessus éclaire un certain nombre de contre-indications à l'utilisation de la SCP ou à l'administration de médicaments par voie spinale, on doit bien se garder de l'utiliser pour éliminer les malades sans autre forme de procès. Comme évoqué plus haut, ces résultats proviennent d'analyses rétrospectives et l'utilité prédictive de chaque critère n'a pas été vérifiée de façon prospective. Ceux-ci ne doivent pas être considérés de façon dichotomique, dans le sens qu'un malade ne remplissant pas tous les critères doit être rejeté systématiquement. On doit plutôt les peser en fonction d'autres données dans le processus qui mène à proposer un test. Une possibilité est de diviser les malades en 3 groupes, celui des patients pour lesquels il n'existe aucune contre-indication, celui pour lesquels il existe un certain degré de restriction et celui des malades pour lesquels il existe clairement une contre-indication [1.10, 1.11]. Les patients dans le groupe intermédiaire pourraient bénéficier d'une psychothérapie préalable. Cela devrait permettre de réduire la prise médicamenteuse, de débiter un traitement antidépresseur et de les initier aux techniques cognitivocomportementales. Cette façon de procéder a été testée de façon positive par Williams [1.23]. Il a démontré qu'après une psychothérapie préimplantation, 60 % des candidats classés dans le groupe « intermédiaire » arrivaient à réellement bénéficier de la SCP. Cela s'oppose au taux de 19 % au long terme chez les malades du même groupe dans l'étude de Kupers *et al.* [1.10], où les patients ne bénéficiaient pas d'une psychothérapie préimplantation. Bien qu'il soit difficile de comparer les résultats de ces deux études, cela mériterait sans doute que l'on y regarde de plus près.

Place de l'évaluation psychologique dans le bilan des patients douloureux chroniques

IV Valeurs pronostiques des variables psychologiques dans la prise de décision pour une SCP

Les variables psychologiques ont certes une influence sur la diminution de la douleur que permettent les techniques, mais également dans le choix du malade de la technique. Pour identifier des traits de personnalité susceptibles d'influencer la décision d'implanter, Ruchinskas et O'Grady [1.24] ont fait passer le MMPI-2, le Questionnaire McGill sur la douleur, et une échelle de *locus of control* à 47 malades successifs adressés pour implantation à la consultation externe d'un hôpital universitaire. Les résultats ont montré que les malades qui ne souhaitent pas être implantés diffèrent psychologiquement de ceux qui ont accepté une implantation définitive. Ces derniers acceptaient plus facilement de reconnaître leurs problèmes psychologiques, étaient moins inquiets concernant leurs problèmes physiques, et étaient plus soumis que ceux qui ont refusé l'implantation. C'est alors ici que se situe la responsabilité de celui qui est en charge des soins au malade, en optant pour l'implantation ou en la refusant.

V En conclusion

Les techniques de neurostimulation invasives ont un coût non négligeable et pèsent sur les dépenses de santé. Il est donc indispensable de sélectionner au mieux les patients pour obtenir les meilleurs succès possibles. Sur les données existantes dans la littérature, il paraît indispensable de souligner le rôle de l'évaluation psychologique. Les résultats montrent un bénéfice évident dans le groupe des patients évalués par rapport à ceux qui ne le sont pas. Néanmoins, ce n'est pas toujours le cas en routine. Trop souvent, on n'a recours à cette évaluation

que lorsque le médecin en charge du patient a des doutes sur la réalité de la douleur du malade. L'évaluation psychologique est non seulement utile pour identifier d'éventuelles contre-indications à un geste médicotéchnique mais aussi dans le cadre du suivi du malade, en envisageant d'autres modalités thérapeutiques de complément et dans la compréhension de ce qui fait pencher la décision d'un malade concernant son choix pour son traitement. D'autres études devraient s'intéresser à identifier des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques pour la réalisation des techniques invasives de soulagement de la douleur.

Bibliographie

- [1.1] Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965; 150: 971-9.
- [1.2] Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle, WA: IASP Press, 1994.
- [1.3] Kupers R, Faymonville ME, Laureys S. The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. *Prog Brain Res* 1997; 150: 251-69.
- [1.4] Turner JA, Romano JM. Psychologic and psychosocial evaluation. *Pain* 1990; 55: 595-609.
- [1.5] Davies HT, Crombie IK, Macrae WA. Why use a pain clinic? Management of neurogenic pain before and after referral. *J R Soc Med* 1994; 87: 382-5.
- [1.6] Ackroyd R, Bush DJ, Graves J, McVey J, Horton S. Survey of assessment criteria prior to implantation of spinal cord stimulators in United Kingdom pain management centres. *Eur J Pain* 2005; 9: 57-60.
- [1.7] Blumetti AE, Modesti LM. Psychological predictors of success or failure of surgical intervention for intractable back pain. *Adv Pain Res Ther* 1976; 1: 323-5.
- [1.8] Burchiel KJ, Anderson VC, Wilson BJ, Denison DB, Olson KA, Shatin D. Prognostic factors of spinal cord stimulation for chronic back and leg pain. *Neurosurgery* 1995; 36: 1101-11.
- [1.9] North RB, Kidd DH, Wimberly RL, Edwin D. Prognostic value of psychological testing in patients undergoing spinal cord stimulation: a prospective study. *Neurosurgery* 1996; 39: 301-11.

Techniques invasives

- [1.10] Kupers RC, Van den Oever R, Van Houdenhove B, Vanmechelen W, Hepp B, Nuttin B *et al.* Spinal cord stimulation in Belgium: a nation-wide survey on the incidence, indications and therapeutic efficacy by the health insurer. *Pain* 1994; 56: 211-6.
- [1.11] Williams DA, Gehrman C, Ashmore J, Keefe FJ. Psychological considerations in the surgical treatment of patients with chronic pain. *Tech Neurosurg* 2003; 8: 168-75.
- [1.12] Dumoulin KM, Devulder J, Castille F, De Laat M, Van Bastelaere M, Rolly G. A psychoanalytic investigation to improve the success rate of spinal cord stimulation as a treatment for chronic failed back surgery syndrome. *Clin J Pain* 1996; 12: 43-9.
- [1.13] Olson KA, Bedder MD, Anderson VC, Burchiel KJ, Villanueva MR. Psychological variables associated with outcome of spinal cord stimulation trials. *Neuromodulation* 1998; 1: 6-13.
- [1.14] Monsalve V, de Andres JA, Valia JC. Application of a psychological decision algorithm for the selection of patients susceptible to implantation of neuromodulation systems for the treatment of chronic pain. A proposal. *Neuromodulation* 2000; 3: 191-200.
- [1.15] Nelson DV, Kennington M, Novy DM. Psychological selection criteria for implantable spinal cord stimulators. *Pain Forum* 1996; 5: 93-103.
- [1.16] Beltrutti D, Lamberto A, Barolat G, Bruehl SP, Doleys DD, Krames E *et al.* The psychological assessment of candidates for spinal cord stimulation for chronic pain management. *Pain Practice* 2004; 4: 204-21.
- [1.17] Loeser JD, Sweet WH, Ten JW Jr, Van Loveren H, Bonica JJ. Neurosurgical operations involving peripheral nerves. *In*: Bonica JJ, ed. *The management of pain*. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990: 2044-67.
- [1.18] Gybels J, Erdine S, Maeyaert J, Meyerson B, Winkelmüller W, Augustinsson L *et al.* Neuromodulation of pain. A consensus statement prepared in Brussels 16-18 January 1998 by the following task force of the European Federation of IASP Chapters (EFIC). *Eur J Pain* 1998; 2: 203-9.
- [1.19] Ektor-Andersen J, Janzon L, Sjolund B. Chronic pain and the sociodemographic environment: results from the Pain Clinic at Malmo General Hospital in Sweden. *Clin J Pain* 1993; 9: 183-8.
- [1.20] Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 455-68.
- [1.21] McCarthy ML, MacKenzie EJ, Edwin D, Bosse MJ, Castillo RC, Starr A *et al.* Psychological distress associated with severe lower-limb injury. *J Bone Joint Surg* 2003; 85: 1689-97.
- [1.22] Deyo RA. Functional status in low back pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 69: 1044-53.
- [1.23] Williams DA. Preimplant psychotherapy for implantable devices. Presentation delivered at the 13th Annual Scientific Meeting of the American Pain Society, Miami, Florida, 1994.
- [1.24] Ruchinskas R, O'Grady T. Psychological variables predict decisions regarding implantation of a spinal cord stimulator. *Neuromodulation* 2000; 4: 183-9.