



Article scientifique

Article

2012

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Traitement interdisciplinaire des lombalgies chroniques: aspects psychologiques et de personnalité

Weber, Kerstin; Sartori, Marlene; Cedraschi, Christine; Genevay, Stéphane; Canuto, Alessandra;
Rentsch, Denis

How to cite

WEBER, Kerstin et al. Traitement interdisciplinaire des lombalgies chroniques: aspects psychologiques et de personnalité. In: Revue médicale suisse, 2012, vol. 8, n° 328, p. 368–370.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:27744>



Traitement interdisciplinaire des lombalgies chroniques : aspects psychologiques et de personnalité



Rev Med Suisse 2012; 8: 368-70

K. Weber
M. Sartori
C. Cedraschi
S. Genevay
A. Canuto
D. Rentsch

Kerstin Weber et Marlène Sartori,
 psychologues
Drs Alessandra Canuto et Denis Rentsch
 Service de psychiatrie de liaison
 et d'intervention de crise
Dr Stéphane Genevay
 Service de rhumatologie
Dr Christine Cedraschi
 Service de médecine interne
 de réhabilitation
HUG, 1211 Genève 14
 kerstin.weber@hcuge.ch

Interdisciplinary treatment of chronic low back pain: implication of patients' psyche and personality traits

Evidence on chronic low back pain treatments stresses the need for a multidimensional approach that aims a biopsychosocial rehabilitation. The caregiver team of the rheumatology division of the University Hospitals of Geneva has successfully applied this approach over the last years and this article emphasizes the value of a close collaboration with the division of liaison psychiatry. The use of cognitive-behavioral and psycho-educational techniques guarantees the definition of patient-centred and measurable treatment objectives. The inclusion of a psychotherapy group promotes free expression and sharing of psychological distress. Assessment of personality traits allows for considering the global nature of the patients rather than merely aiming the normalization of their deviant aspects.

Les données concernant le traitement des lombalgies chroniques mettent l'accent sur la nécessité d'une approche multidimensionnelle visant une réhabilitation biopsychosociale. L'équipe du Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève relève ce défi avec succès depuis plusieurs années et le présent article souligne la richesse d'une collaboration étroite avec le Service de psychiatrie de liaison. L'utilisation de techniques cognitivo-comportementales et psychoéducatives garantit la définition d'objectifs de soins personnalisés et mesurables. L'inclusion d'un espace de parole psychothérapeutique encourage l'expression et le partage d'une souffrance psychologique. L'évaluation des traits de personnalité permet une considération globale des ressources des patients plutôt qu'une focalisation sur leurs aspects dysfonctionnels.

INTRODUCTION

Au cours des quarante dernières années, le traitement des lombalgies chroniques s'est modifié en suivant l'évolution conceptuelle d'un modèle biomédical vers un modèle biopsychosocial, résultant en l'émergence de programmes multidisciplinaires.¹ Poursuivant une réflexion sur l'enseignement aux patients, entamée dans les années 1980, le Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a adopté depuis 2007 une approche^{2,3} qui met l'accent sur la lombalgie plutôt comme dysfonctionnement que comme lésion. Les corollaires à cette vision sont l'importance de la reprise d'activités pour éviter le déconditionnement musculaire, la nécessité d'améliorer la gestion de la crise en tenant compte des

mécanismes de peur-évitement,⁴ et l'importance d'une information claire et cohérente pour accroître l'adhésion thérapeutique.

L'équipe multidisciplinaire a réussi à relever le défi de la mise en place d'un programme ambulatoire de quatre semaines, intitulé PRODIGE (Programme dos des institutions universitaires genevoises), pour un groupe fermé de six patients, en échec de traitement classique et ayant réduit ou interrompu leurs activités professionnelles. L'équipe est composée de médecins (rhumatologues, psychiatres et spécialistes de la douleur), d'ergothérapeutes et physiothérapeutes, et d'une psychologue formée en thérapie cognitivo-comportementale. La prise en charge de patients souffrant de douleurs chroniques, à l'interface entre corps et psyché, nécessite en effet une approche globale dans laquelle la psychiatrie de liaison a naturellement trouvé sa place.

PARCOURS DE SOIN

Chaque intervenant met ses compétences au service d'une philosophie de soins commune déclinée à travers des contrats thérapeutiques individualisés, qui définissent des objectifs de soins réalistes, mesurables et personnalisés, qui sont négociés avec le patient et qui le remettent ainsi au centre de son traitement.^{2,3}



Afin de mesurer l'évolution des soins, le programme comporte un bilan initial, intermédiaire et final.

CAS CLINIQUE

La situation de Monsieur M. illustre la prise en charge. Agé de 40 ans, chauffeur de taxi et père de trois enfants, il présente des douleurs de dos chroniques depuis deux ans suite à une chute de sa hauteur. Actuellement en arrêt de travail depuis six mois, son médecin traitant l'adresse pour une participation à PRODIGE. Le bilan initial comprend l'évaluation des activités physiques, du vécu psychique, du degré de kinésiophobie, des attentes et des difficultés professionnelles. En accord avec les techniques de thérapie cognitivo-comportementale, trois objectifs motivants et adaptés sont ensuite négociés avec le patient en tenant compte de l'ensemble de ces paramètres. Un des objectifs est l'*action fonctionnelle* «Pouvoir jouer avec mon fils cadet». Cette personnalisation permet à Monsieur M. de donner un sens à son traitement, mais aussi de le centrer sur un aspect autre que la douleur. La concrétisation de l'action permettra d'établir une mesure précise de sa progression : «Je n'arrive plus à jouer avec mon fils» va devenir «Aujourd'hui, j'arrive à jouer assis par terre pendant quinze minutes avec un confort de 3/10». L'objectif négocié respectant le principe d'un petit changement réaliste, mais qui a du sens pour le patient, sera «Dans quatre semaines, je serai capable de jouer avec mon fils par terre pendant 30 minutes avec un confort augmenté de 6/10». Celui-ci est associé à un traitement de physiothérapie complet, mais dans le cas présent un accès particulier sera mis par exemple sur l'apprentissage du gainage et des exercices d'endurance et de renforcement musculaire, «réaliser trois séries de vingt répétitions de tonification de la musculature du dos en augmentant progressivement le nombre de plaques de trois à six», associé à un travail sur la position assise/debout en ergothérapie, qui va également permettre à Monsieur M. d'apprendre comment sortir de sa voiture et adapter son siège.

Ainsi, la mise en pratique des différents moyens se fait au travers d'un programme groupal structuré et inspiré d'une approche cognitivo-comportementale, sur la base d'objectifs réalistes et pertinents pour le patient. Ce travail de psychoéducation permet aux patients d'explorer leurs croyances et attentes. Les techniques centrées sur l'activité favorisent l'expérience directe du mouvement dans un cadre protégé offrant un renforcement positif. L'alternance entre expérience directe et réflexion favorise les capacités de décentration, d'adaptation et d'autonomisation, ainsi que l'émergence de ressources individuelles.⁵

DOULEUR ET DÉPRESSION

Les échanges entre pairs donnent souvent naissance à un important sentiment d'appartenance, favorisant le partage d'expérience. Plus particulièrement, un groupe hebdomadaire de discussion, animé par un psychiatre d'orientation psychodynamique offre un espace d'échanges autour de la

difficulté de vivre avec une lombalgie et stimule la reconnaissance et l'expression des émotions en lien avec le vécu douloureux.⁶ La colère est fréquemment évoquée par les patients, envers l'arbitraire de la maladie, mais aussi envers les limites de la médecine ou la pression des assurances, de l'employeur et de l'entourage familial. La tristesse est également abordée, souvent accompagnée par une perte de plaisir et une diminution de l'estime de soi, voire un sentiment d'inutilité. Certains patients expriment un sentiment de perte de contrôle, surtout lorsque la symptomatologie les prive d'une activité physique indispensable au maintien de leur statut professionnel. Cela a été le cas pour Monsieur M. Néanmoins, au travers de l'expérience relatée par une autre patiente antérieurement déprimée et qui avait grandement profité d'une psychothérapie personnelle, le groupe de discussion a permis à Monsieur M. de prendre conscience qu'il surinvestissait son corps et sa douleur au détriment de son univers émotionnel. Il a pu reconnaître l'importance de sa souffrance psychique, aborder avec son médecin traitant l'indication d'un traitement antidépresseur et entamer un suivi psychothérapeutique.

L'influence réciproque négative entre les symptômes douloureux et les symptômes dépressifs⁷ et son effet délétère sur les traitements antalgiques ont été clairement mis en évidence. Environ 20% des patients lombalgiques présentent un trouble anxieux et 12% un trouble de l'humeur.⁸ En l'absence d'évaluations de dépistage systématiques, aussi bien les patients que les thérapeutes éprouvent des difficultés à identifier une détresse psychologique et à démêler l'inévitable intrication entre plaintes douloureuses et dépressives. Par ailleurs, les patients renoncent souvent à faire état de leur détresse psychologique, par crainte de la stigmatisation associée aux troubles psychiatriques. Les problèmes de santé mentale restent ainsi souvent sous-diagnostiqués et sous-traités.⁹

DOULEUR ET TRAITS DE PERSONNALITÉ

Des niveaux identiques de douleur peuvent causer des niveaux de détresse différents selon les individus. Il importe de dépister non seulement des comorbidités psychiatriques préexistantes ou secondaires, mais aussi les facteurs de vulnérabilité personnels. Actuellement, il existe un consensus pour évaluer les différences individuelles à travers cinq principales dimensions de personnalité,¹⁰ qui sont des profils durables de notre mode de penser, de ressentir, d'agir ou de réagir dans des situations quotidiennes, qui se développent depuis l'enfance et gagnent en maturité et consistance tout au long de la vie. Le *Névrosisme* oppose la stabilité émotionnelle aux émotions de détresse, telles que l'anxiété, la tristesse, la colère ou la vulnérabilité au stress. L'*Extraversion* reflète le niveau de sociabilité, d'activité, de loquacité et d'assurance de la personne. L'*Ouverture aux expériences* décrit le degré d'introspection, de sensibilité esthétique, de réceptivité aux sentiments et de curiosité intellectuelle. L'*Agréabilité* rassemble des traits tels que la confiance, l'altruisme, la sensibilité, ou la réaction aux conflits. Finalement, la *Conscience* décrit la maîtrise de pulsions et les degrés de fiabilité, de détermination et de prudence.

La personnalité ne semble pas influencer directement



l'intensité de la sensation douloureuse. Cependant, un niveau élevé de *Névrosisme* a été associé à une réceptivité élevée au caractère désagréable de la douleur, la tendance à la dramatiser et la peur du mouvement.¹¹ Un niveau élevé d'*Agréabilité* permet aux patients de profiter d'un soutien social et affectif pour diminuer leur vécu dépressif, et un niveau élevé de *Conscience* leur permet d'accepter et de gérer plus facilement la vie avec une lombalgie.¹² Une personne consciencieuse réfléchit soigneusement avant d'agir, en revanche elle peut aussi devenir davantage frustrée face à un problème difficile à contrôler tel que la douleur chronique. Les facteurs de personnalité influencent ainsi le niveau de souffrance et le comportement associés à la douleur.¹³

Ce survol illustre comment les traits de la personnalité peuvent modifier la relation entre la sévérité de la douleur et sa gestion et constituer aussi bien des facteurs de vulnérabilité psychologique que des facteurs de protection. L'évaluation de la personnalité de Monsieur M. a révélé une timidité sociale, des émotions de honte et une tendance à se sentir inférieur. Au moment de PRODIGE, il s'était progressivement replié socialement. Sensible et altruiste, son niveau d'autodiscipline et de sens du devoir élevés l'avait poussé à un surinvestissement de son métier. Selon l'évaluation de l'équipe, il pouvait bénéficier d'un travail de socialisation pour éviter une accentuation du repli et favoriser une reprise rapide du travail. La réalisation de la déclinaison concrète de son objectif (trois séries de tonification musculaire) a permis à Monsieur M. de prendre conscience du décalage entre ses comportements et ses besoins, et de renforcer son estime de soi. Le plaisir engendré par la transposition de son objectif hors PRODIGE (jouer avec son fils par terre pendant 30 minutes avec un confort augmenté de 6/10) a contribué à sa motivation de prendre soin de son état anxio-dépressif.

Selon Gerhardt et coll.,⁸ 35% des patients souffrant d'une douleur de dos chronique présentent un diagnostic catégoriel de trouble de la personnalité selon le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). La prochaine édition du DSM intégrera une approche dimensionnelle, qui permettra aux cliniciens de concevoir la person-

nalité sur un continuum entre le normal et le pathologique. Cette perspective prend en compte les traits de personnalité des patients et leur manière d'attribuer un sens à leur douleur chronique et à la place qu'elle occupe dans leur vie. Elle permettra d'axer le traitement sur l'autonomisation et l'individuation du patient et non sur un retour indispensable à la normale de traits jugés insuffisamment compatibles avec une norme attendue.

CONCLUSION

La présente illustration confirme la richesse d'une approche interdisciplinaire des lombalgies, qui tient compte des vulnérabilités et des ressources individuelles dans la gestion de la douleur chronique ainsi que de la détresse psychologique associée. L'appréciation de la personnalité et du vécu psychologique permet une connaissance globale de la personne et non seulement de ses aspects dysfonctionnels, laissant plus d'espace au bilan des ressources/difficultés et ouvrant de nouvelles perspectives pour le traitement des lombalgies. De futurs travaux de recherche devraient porter sur une meilleure compréhension de ces déterminants et de leur implication dans le pronostic des traitements. Une application potentielle en serait l'extension au contexte des soins hospitaliers. ■

Implications pratiques

- > La prise en soins des patients présentant des lombalgies chroniques nécessite une approche pluridisciplinaire
- > La négociation d'objectifs de soins réalistes, mesurables et personnalisés permet au patient d'être au centre de son traitement
- > Il est important de tenir compte des interactions réciproques négatives entre douleur et dépression
- > Une approche centrée sur les ressources de la personne permet d'accentuer l'autonomisation et de minimiser le risque de chronicisation

Bibliographie

- 1 ** Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: Systematic review. *BMJ* 2001;322:1511-6.
- 2 Kupper D, Gallice JP, Rentsch D, et al. Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques: concepts et aspects pratiques. Première partie: concepts et développement. *Kinesither Rev* 2010;102:35-9.
- 3 Gallice JP, Kupper D, Rentsch D, et al. Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques: concepts et aspects pratiques. Seconde partie: mise en place. *Kinesither Rev* 2010;102:40-4.
- 4 ** Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain* 2000;85:317-32.
- 5 Favre C, Cedraschi C. La psychothérapie cognitive

dans le traitement de la douleur chronique. *Med Hyg* 2003;61:1358-63.

- 6 Laerum E, Indahl A, Skouen JS. What is «the good back consultation»? *J Rehabil Med* 2006;38:255-62.
- 7 Rentsch D, Piguat V, Cedraschi C, et al. Douleurs chroniques et dépression: un aller-retour? *Rev Med Suisse* 2009;5:1364-9.
- 8 Gerhardt A, Hartmann M, Schuller-Roma B, et al. The prevalence and type of Axis-I and Axis-II mental disorders in subjects with non-specific chronic back pain: Results from a population-based study. *Pain Med* 2011;12:1231-40.
- 9 Moore JE. Chronic low back pain and psychosocial issues. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2010;21:801-15.
- 10 Rolland JP. Manuel de l'inventaire NEO-PI-R (adap-

tation française). Paris: ECPA, 1998.

- 11 Goubert L, Crombez G, Van Damme S. The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: A structural equations approach. *Pain* 2004;107:234-41.
- 12 Janowski K, Steuden S, Kurylowicz J. Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *Eur Spine J* 2010;19:613-23.
- 13 Wade JB, Dougherty LM, Hart RP, et al. A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering, and pain behavior. *Pain* 1992;51:67-73.

* à lire

** à lire absolument