

Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale dans la réduction de la douleur, la dépression et l'invalidité fonctionnelle chez les lombalgiques chroniques

M'hamel Assia
URNOP - Université d'Alger 2

Introduction

Le domaine du stress, ainsi que ses effets sur la santé physique et psychologique, sont considérés avec beaucoup d'attention dans la littérature psychologique actuelle. Existant parmi les causes de différentes maladies (Jermot et Locke, 1984, Manne et Sandler, 1984), Le stress est aussi, en grande partie, reconnu comme affectant les problèmes de lombalgies.

Il est prouvé que les stratégies de « coping » aux lombalgies chroniques ont un rôle prépondérant (Turner, Clancy et Vitaliano, 1987). Ce terme se définit selon Lazarus et Folkman (1984) comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes, qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ».

Les personnes souffrant de cette maladie ont recours à une série de stratégies pour s'adapter à leur douleur et aux problèmes inhérents.

Le catastrophisme est l'une des stratégies, qui consiste à évaluer la maladie de façon menaçante et dangereuse, comme un drame et une catastrophe ; ceci d'une part. D'autre part, le malade, qui utilise cette stratégie, croit fortement à son incapacité de contrôler la maladie. Sullivan définit le catastrophisme, en 2001, comme « un ensemble mental négatif exagéré supporté pendant l'expérience douloureuse réelle ou prévue » (Adela, R. *et al*, 2009).

Le catastrophisme comprend les cognitions ruminantes suivantes : « je ne peux pas arrêter de penser à quel point ça fait mal », « je crains que quelque chose de grave puisse arriver », « il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur ». Keefe et Rosentiel (1983), Keefe *et al*. (1987) et Backman *et al*. (1991) ont affirmé que cette stratégie est associée au taux de douleur et à l'invalidité physique et psycho-sociale.

Turner et Clancy (1986), eux, ont prouvé, à travers les résultats de leur étude établie avec 74 patients atteints de lombalgie chronique, qu'il existe une relation significative entre l'utilisation du catastrophisme et la déficience physique et psycho-sociale (Pain, 1986).

Ainsi la TCC a été appliquée chez des sujets atteints de lombalgie chronique, afin de changer les évaluations des patients, concernant leur maladie. Turner et Clancy rapportent que les patients pris en charge par la TCC, dans le but de réduire le catastrophisme, évitaient les pensées de dramatisation et croyaient qu'ils pouvaient maîtriser la douleur. Ceux-ci inscrivaient un niveau de fonctionnement plus haut que ceux qui subissaient l'idée de dramatisation et croyaient qu'ils ne surmonteraient pas la douleur (Turner et Clancy, 1988).

Dans une autre étude, Turner et Clancy ont affirmé que les deux traitements (cognitivo-comportemental et opérant) ont entraîné des changements importants dans les différents types de stratégies d'ajustement utilisées pour faire face à la lombalgie chronique entre autre, le catastrophisme. Cette dernière a été corrélée significativement avec la diminution de la douleur et la déficience physique et psycho-sociale (Turner et Clancy, 1986).

1. Procédure

1.1. Échantillon

Les sujets étaient des malades atteints par la lombalgie chronique (hernie discale), orientés par les médecins spécialistes en rééducation fonctionnelle du service de rééducation fonctionnelle de l'EHS de Ben Aknoun et Le CHU de Kouba.

Les malades étaient sélectionnés selon les critères suivants :

- 1- ils ne souffrent d'aucune autre maladie chronique,
- 2- ils n'ont pas répondu au traitement médical,
- 3- l'âge varie entre 25 et 65 ans,
- 4- la durée de l'atteinte, par la maladie, a dépassé 6 mois, d'où l'entrée dans le cadre de la maladie chronique,
- 5- les sujets utilisent le catastrophisme comme stratégie de « coping », plus que toutes les autres stratégies, selon les résultats du questionnaire de Rosentiel et Keefe (1983).

1.2. Outils d'évaluation

Échelle analogue visuelle

C'est une échelle élaborée par Scott, qui vise la mesure de l'intensité de la douleur selon une échelle qui va de 0 (absence totale de la douleur) à 10 (douleur intense).

Inventaire abrégé de dépression de BECK

C'est une échelle d'auto-évaluation de la dépression, qui exige du patient, de remplir le questionnaire, en entourant le numéro, qui correspond à la proposition choisie. Il s'agit, en fait, d'une mesure des cognitions dépressives, concernant la tristesse, le désespoir, le sentiment d'échec, l'insatisfaction, la culpabilité, la déception et le manque d'appétit.

Les valeurs 0-4 : pas de dépression.

Les valeurs 4-7 : dépression légère.

Les valeurs 8-15 : dépression modérée.

Les valeurs 16 et plus : dépression sévère.

Questionnaire des stratégies de « coping »

Il est développé par Rosentiel et Keefe en 1983, composé de 42 items, répartis en 06 sous échelles, en vue d'évaluer les stratégies cognitives et les stratégies comportementales, utilisées pour ajustement à la douleur.

Les stratégies cognitives sont au nombre de 06 (détournement de l'attention de la douleur, réinterprétation des sensations douloureuses, prière, espérance et catastrophisme).

La stratégie comportementale consiste, quant à elle, en l'augmentation du niveau d'activité.

Le D.R.A.D. (douleur du rachis : Auto-questionnaire de Dallas)

Traduit et validé par le GEL (Groupe d'Étude des Lombalgies) ce questionnaire est développé par Lawlis, Mc Coy et Selby, en vue d'évaluer la qualité de vie, spécifique des lombalgiques chroniques et de permettre de savoir dans quelle mesure la vie du malade serait perturbée par la douleur.

Il comporte 16 échelles visuelles segmentées de 0% à 100%, qui concerne la douleur et son intensité, les gestes de la vie quotidienne, la possibilité de soulever quelque chose, la marche, la position assise, la position debout, le sommeil, l'activité sociale, les déplacements en voiture, les activités professionnelles, l'anxiété, la maîtrise de soi, la dépression, les relations, le soutien dans la vie de tous les jours et enfin les réactions défavorables des proches.

2. Traitement

La technique utilisée est l'entraînement à l'inoculation du stress (SIT), forme de restructuration cognitive, qui consiste à changer les modes de pensée d'un individu, d'où le changement de ses réactions émotionnelles et de son comportement, idéalement, avant que l'individu devienne très anxieux ou déprimé, en raison du stress. Appliquée avec les lombalgiques chroniques dans le but de réduire le catastrophisme à savoir la vision catastrophique de la maladie et la croyance de l'incapacité à y faire face, elle comporte les 03 étapes suivantes :

2.1. La conceptualisation

Elle consiste à identifier les facteurs de stress qui ont été déterminés avec nos malades à partir de l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire concernant la lombalgie chronique.

Tous les patients ont confirmé que la maladie est réellement stressante pour eux ce qui les amenait à évaluer celle-ci comme menaçante et dangereuse. Un ensemble de cognitions communes ont été identifiés telles que 1-: « je risque de devenir handicapée ».2-« je ne pourrai pas supporter la douleur plus longtemps que cela ».3-« j'ai peur de ne pas pouvoir me prendre en charge ».4-« mon état risque de s'aggraver ».

On a essayé d'expliquer aux malades que ces évaluations primaires de la maladie étaient accompagnées par des évaluations secondaires qui consistaient dans leurs croyances en la maîtrise de la douleur chronique. Ceux-ci ont été déterminés et celles qui étaient communes révélaient clairement leur croyances concernant leur incapacité de faire face à la douleur tel : « il m'est impossible de gérer cette douleur », « je n'ai aucune maîtrise de ma douleur ».

2.2. L'acquisition de compétences et la répétition

C'est une technique qui consiste à substituer les évaluations erronées, négatives et menaçantes concernant la conception de la lombalgie douloureuse par des évaluations positives, dépourvues de toute connotation dangereuse et handicapante.

Trois techniques ont, alors, été administrées :

- *La restructuration cognitive*

Elle a été appliquée en deux étapes : l'apport d'information sur la maladie et la substitution de cognitions erronées par des cognitions réalistes, qui entraînent, automatiquement, un changement des évaluations primaires et secondaires.

- *La relaxation*

Cette technique de Jacobson aide les patients à acquérir un bien être par le relâchement musculaire, qui développent la croyance de contrôler la douleur ressentie et le stress, qui résulte, dans la vie quotidienne.

2.3. La mise en pratique des techniques apprises

Cette étape consiste à appliquer les compétences nouvellement acquises aux situations quotidiennes, difficilement vécues. Notons que notre soutien était extrêmement important dans cette étape, car il s'agit d'entraîner les malades, à une nouvelle stratégie, à savoir la confrontation de la maladie.

3. Méthode

Le protocole à cas unique, qui fait partie de la méthode expérimentale, est celui utilisé dans cette étude. Les mêmes étapes ont été suivies pour chaque cas :

la première étape

Elle a trait à l'entretien clinique et au pré-test réalisé en deux séances. Le pré-test signifie l'évaluation du catastrophisme, de la douleur, de la dépression et de l'impotence physique et psycho-sociale.

La deuxième étape

Cette étape consiste en la psychothérapie proprement dite et elle a duré 02 mois et 16 séances, à raison de 02 fois/semaine.

La troisième étape

Celle-ci consiste en le post-test, 02 séances pendant lesquelles les malades étaient soumis aux mêmes tests, afin que l'on en évalue les résultats, au niveau quantitatif.

Vu que la méthode expérimentale est la même pour chaque sujet, on a choisi d'exposer un cas parmi les 07 observés lors de l'expérience, mettant en évidence, les étapes entreprises pendant l'analyse, la prise en charge et le suivi du patient.

4. Étude de cas

Présentation

D. A., âgé de 49 ans, est marié et père de 07 enfants ; il travaille comme chauffeur. Il est adressé par la consultation de neurologie, pour des douleurs lombaires, qu'il supporte très mal. Il présente une lombalgie chronique depuis 1994.

Histoire de la maladie

Toutes les explorations médicales (radiologiques et sanguines) confirment son atteinte, par une hernie discale au niveau de L5S1, qui nécessite un traitement par antalgiques et anti-inflammatoires. Vu que le malade n'a pas répondu à ce traitement les médecins l'ont orienté

vers la rééducation fonctionnelle. Ces séances n'ont pas apporté de résultat non plus et le malade souffrait toujours de douleur de la même intensité, eut-il profité de la balnéothérapie. Une ceinture pelvienne lui a été conseillée, avec une hygiène de vie.

Il continua de souffrir, malgré ce traitement régulier, ce qui amena le médecin traitant à l'orienter vers une acupuncture qui l'a, soulagé, un tant soit peu.

Les plaintes du patient continuèrent, d'où l'orientation en psychothérapie, pour une hernie discale rebelle à tout traitement physique et médical, accompagnée d'une dépression, constatée par le médecin lors des consultations.

Description de l'état du malade lors de l'entretien clinique

Le patient ne comprenait pas pourquoi ses douleurs persistent en dépit de tous les traitements. Il semblait très gêné par ses douleurs, dues à la position assise. Il manifestait une grande inquiétude concernant le devenir de ses douleurs.

Analyse fonctionnelle

Le Stress (S)

Le patient commençait à ressentir la situation de la maladie comme stressante, à la suite de l'échec du traitement médical et physique et vu les contraintes de la vie quotidienne, puisqu'il était père de famille censé prendre en charge ses enfants et son épouse, femme au foyer. D'autre part, il était chauffeur, en position assise donc, pendant toute la journée. Le malade exprime clairement ce stress : « cette douleur, je la ressens H24 et elle joue un rôle très important dans ma vie », « depuis la maladie je ne me sens plus à l'aise ».

L'évaluation primaire (E.P)

Le stress engendré par la situation de la maladie, a amené le patient à évaluer celle-ci comme pouvant entraîner à une paralysie entravant sa vie : « lorsque la douleur me bloque, j'ai peur de la paralysie », « je pense toujours comment je vais finir mes jours et qui se chargera de mes enfants », sont ses propos itérés.

L'évaluation secondaire (E.S)

Celle-ci concernait la capacité de s'ajuster à la maladie, qui malheureusement était très négative dans le cas de ce patient, dont les représentations mentales exprimées à travers son langage montraient combien il se sentait démuni et incapable de s'ajuster. « Je ne peux absolument rien faire pour calmer la douleur ... je pers tous mes repères lors de la sensation douloureuse ».

L'ajustement (A)

L'ajustement se détermine par rapport à la nature des deux évaluations primaire et secondaire. Dans le cas de ce patient, les cognitions négatives, au niveau de l'évaluation primaire de la hernie discale ainsi que les cognitions d'incapacité à y faire face, ont amené le patient à utiliser le catastrophisme, pour gérer le stress engendré par sa maladie.

Impotence physique et psycho-sociale (I.PHY & PSY.SOC)

Elle concerne 03 composantes :

L'aspect physique, qui est une description et une évaluation de la douleur, ressentie lorsqu'il doit se mettre dans des positions (assise, debout, se pencher, se redresser, marcher, soulever un objet.....etc.).

L'aspect psychologique, qui concerne les réactions émotionnelles déterminées. Celles-ci se manifestent dans le cas de ce malade, par un dégoût de la vie, un sentiment d'infériorité et beaucoup de désespoir, quant au rétablissement.

L'aspect social, qui se voit à travers la perturbation des relations sociales à la suite des expériences douloureuses vécues pendant longtemps.

5. Résultats des questionnaires

Les résultats du (VAS)

VAS. Pré-test = 08 /10/

VAS. Post-test = 03/10

Les résultats du BDI

BDI.Pré-test = 22/

BDI. Post-test = 04

Les résultats du DRAD

Au pré-test

Au post-test

Activités quotidiennes = 90%.

Activités quotidiennes = 6%.

Le travail-l'oisiveté = 65%.

Le travail-l'oisiveté = 5%.

L'anxiété-dépression = 65%.

L'anxiété-dépression = 5%.

Les occupations sociales = 40%.

Les occupations sociales = 5%.

Les résultats du catastrophisme

Au pré-test=35/35

Au post-test = 05/35

Les résultats de l'efficacité de soi

Score de la maîtrise actuelle de la douleur

Au pré-test = 2/5

Au post-test = 4/5

Score de la capacité à réduire la douleur :

Au pré-test = 1/5

Au post-test = 4/5

6. Analyse des résultats

Les résultats obtenus à partir de l'analyse du contenu des entretiens cliniques, montrent bien que la douleur lombaire, qui caractérise la hernie discale représente une situation extrêmement stressante pour le patient. Ceci concorde parfaitement avec les résultats de l'étude de Jermot et Locke (1984) et Manne et Sandler (1984), qui déclarent que le stress est reconnu comme affectant les problèmes de lombalgies (Turner *et al.*, 1987).

Les résultats des questionnaires, ainsi que les révélations du patient, prouvent que tous les aspects de sa vie étaient affectés par la douleur. Les déclarations de Levitt, Garron et Beliauskas confirment cela, puisqu'ils isolent, chez les patients souffrant de lombalgie, les événements stressants de la vie liés aux descriptions de la douleur.

Nous mettons l'accent sur le fait que la vision dramatique du patient pour sa maladie et la perception de la paralysie et l'incapacité de se prendre en charge et de prendre en charge sa famille, entraînent, chez lui, une augmentation du taux de douleur et une dépression ainsi que des difficultés dans les gestes de la vie quotidienne et dans sa vie relationnelle. C'est exactement ce que Keefe et Rosentiel (1983) et Backman(1991) affirment, à travers leurs études, concernant la relation entre le catastrophisme et l'invalidité physique et psycho-sociale.

De leur part, Turner et Clancy (1986) ont prouvé, à travers les résultats de leur étude sur 74 patients atteints de lombalgie chronique, qu'il existe une relation significative, entre l'utilisation du catastrophisme et la déficience physique et psycho-sociale (Pain, 1986). La même hypothèse a été vérifiée dans l'étude de Werlti, qui conclura l'importance pronostique du catastrophisme, comme stratégie de survie, chez les patients atteints de lombalgie chronique.

La même conclusion émane d'une étude établie par Meyer et son équipe, sur 78 patients, dans le but d'examiner l'influence relative du catastrophisme et d'autres variables psychologiques, sur la douleur et sur l'invalidité chez les patients atteints de lombalgie chronique. Le catastrophisme joue un rôle important dans les modèles de la chronicité de la douleur, montrant une corrélation à la fois avec l'intensité de la douleur et l'invalidité (Meyer *et al.*, 2009).

La prise en charge du patient par la TCC a atténué le taux de douleur ainsi que la déficience physique et psycho-sociale. Ces résultats sont les mêmes que ceux rapportés par Turner et Clancy (1986), qui affirment que les changements, selon les traitements pour les différentes stratégies utilisées, étaient liés aux changements de l'intensité de la douleur et de l'incapacité engendrée par celle-ci (Judith *et al.*, 1987).

Dans le même contexte, les résultats de l'étude de Turner et Clancy confirment que les patients pris en charge par la TCC dans le but de réduire le catastrophisme évitaient les pensées de dramatisation et croyaient qu'ils pouvaient maîtriser la douleur. Ceux-ci inscrivaient un niveau de fonctionnement plus haut que ceux qui subissaient l'idée de dramatisation et croyaient qu'ils ne surmontaient pas la douleur (Turner et Clancy, 1988).

Ces données concordent parfaitement avec celles conclues dans cette étude et montrent clairement, qu'après la mise en pratique des techniques apprises dans le cadre de l'entraînement à l'inoculation du stress, le patient a réussi à réévaluer sa maladie positivement et s'éloignait de la dramatisation, d'où sa capacité de mieux gérer son fonctionnement physique.

En effet, notre patient a repris son travail de chauffeur avec volonté, ce qui démontre que la dépression s'est atténuée, ainsi que ses relations sociales, qui se sont nettement améliorées.

Conclusion

La lombalgie représente aujourd'hui une entité clinique importante, vu ce qu'elle entraîne chez le sujet qui s'ajuste mal et présente une déficience physique et psycho-sociale, d'où l'utilité du traitement cognitivo-comportemental. Ce traitement basé sur l'entraînement à l'inoculation du stress, réduit l'usage du catastrophisme comme stratégie d'ajustement au stress engendré par cette maladie. Cette réduction ne peut se faire qu'à travers la modification de l'évaluation primaire, avec tout ce qu'elle contient comme cognitions dramatiques, à travers la réduction de l'évaluation secondaire et à travers le développement de la croyance du sujet à maîtriser sa douleur.

Ceci entraîne une amélioration du fonctionnement physique et psycho-social et une diminution de la dépression et de l'intensité de la douleur, lors des gestes de la vie quotidienne et des relations sociales.

Bibliographie

1. Maldova, A., Onac, I., Vantu, M., Szentagotai, A., Onac, I. (2009), Détresse psychologique, douleur, catastrophisme et les attentes chez les patients atteints par le mal de dos. *Journal des psychothérapies cognitives et comportementales*. Vol. 9. N° 1. 83-95.
2. Turner, J-A., Clancy, S., Kevin, J. Mc Quade, Diana, D. (1990). Effectiveness of Behavioral therapy for chronic low back pain : a component analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol. 58. N° 5. 573-579.
3. Turner, J-A., Clancy, S., Viatliano, P. (1987). Relationship of Stress, Appraisal and coping to chronic low backpain. *Backpain. Beh. Res. Ther.* Vol. 25. N° 4. 281-288.