

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016-2017

N° 080

T H E S E

Pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

M. Jérôme SANCHEZ

Né le 14/02/1987 à Gassin

Présentée et soutenue publiquement le 09/05/2017

**Acceptation ou non de l'état de catastrophisme chez 31 patients
lombalgiques chroniques**

Président du jury : Monsieur le Professeur Yves Maugars

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Marie Berthelot

Membres du jury : Monsieur le Professeur Julien Nizard, Madame le Docteur Valérie Aufauvre,
Madame le Docteur Céline Bouton et Monsieur le Docteur Alain Derriennic

DES Médecine générale

Remerciements

A Monsieur le professeur Yves Maugars qui a accepté de diriger cette thèse et de faire partie de ce jury.

A Monsieur le docteur Jean-Marie Berthelot pour avoir dirigé ce travail, pour son impressionnante disponibilité et ses nombreux conseils ainsi que pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

A Monsieur le docteur Alain Derriennic pour m'avoir permis de réaliser ce travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Au professeur Julien Nizard et aux docteurs Valérie Aufauvre, Céline Bouton pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

Aux différents médecins qui ont jalonné mon parcours d'internat, qui ont su tirer le meilleur de moi-même.

A tout le personnel de l'hôpital de Maubreuil qui ont toujours été accueillant et qui m'ont grandement aidé dans le remplissage des questionnaires, en particulier les différents internes qui en plus de leur travail ont pris du temps pour l'avancement de ma thèse.

A mes amis : Camille, Erwann, Cyrille, Johan pour leurs conseils, leurs encouragements, leur écoute et leur soutien indéfectible.

A mes parents, envers qui je serai éternellement reconnaissant pour leur patience et leur soutien, pour m'avoir donné les moyens de faire ce que je voulais de ma vie, pour leur écoute malgré toutes les épreuves que j'ai pu traverser.

A mes frères et sœurs : Rose Pierre, Marie et Jean pour leurs encouragements et pour être comme ils sont.

A Sybille, pour les profonds sentiments que nous éprouvons l'un envers l'autre, pour ton aide et ton écoute durant toutes ces années, pour tous les projets que tu as rendu possible.

Le serment d'Hippocrate :

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	1
I.1.	L'intérêt croissant pour la lombalgie	1
I.2.	Les effets psychologiques indésirables de la lombalgie.....	1
II.	LE CATASTROPHISME	2
II.1.	Approche du catastrophisme, mesure et dépistage	2
II.2.	La lutte contre le catastrophisme	2
II.3.	L'objectif du présent document dans la lutte contre le catastrophisme	2
III.	ORGANISATION DE L'ETUDE.....	4
III.1.	Choix des patients	4
III.2.	Méthodologie suivie	4
IV.	RESULTATS	5
IV.1.	Casuistique des patients	5
IV.2.	Etalement des scores de catastrophisme.....	5
IV.3.	Dispersion des sous-scores (impuissance, rumination, amplification).....	6
IV.4.	Corrélation entre les 3 sous-scores (impuissance, rumination, amplification).....	6
IV.5.	Niveau d'accord des patients avec le score de catastrophisme mesuré en fonction du catastrophisme ressenti.....	8
IV.6.	Nombre de patients dits catastrophistes selon le questionnaire de Sullivan	9
IV.7.	Acceptation du score par les patients	10
IV.8.	Conscience que le pessimisme aggrave les lombalgies.....	12
IV.9.	Accord des patients pour lutter contre leur catastrophisme	13
V.	CONCLUSION	14
V.1.	Conclusions liées à l'objectif principal de l'étude.....	14
V.2.	Conclusions liées aux objectifs secondaires de l'étude	14
V.2.1.	Les scores de catastrophisme sont très dispersés selon les patients, et les 3 items (majoration, impuissance, rumination) sont assez indépendants entre eux	14

V.2.2. Le score de catastrophisme est bien indépendant des outils permettant d'analyser les problématiques des patients.....	14
V.2.3. Le profil des patients catastrophistes diffère des autres sur plusieurs paramètres	18
V.2.4. Les scores de catastrophisme sont dans l'ensemble peu corrélés aux paramètres sociétaux ou professionnels.....	19
VI. DISCUSSION	28
VI.1. Les limites du travail.....	28
VI.2. Rappel des réponses concernant l'objectif principal.....	28
VI.3 Pistes de traitements possibles du catastrophisme et résultats	30
VII. ANNEXES	33
VII.1. Annexe 1	33
VII.2. Annexe 2.....	35
VII.3 Annexe 3.....	39
VII.3.1. Questionnaire général	39
VII.3.2. Questionnaire de Sullivan	42
VII.3.3. Questionnaire d'évaluation de l'anxiété et de la dépression.....	44
VII.3.4. Questionnaire FABQ d'évaluation individuelle face à la douleur.....	47
VII.3.5. Questionnaire de Rollant-Morris	49
VIII. BIBLIOGRAPHIE	51

I. INTRODUCTION

I.1. L'intérêt croissant pour la lombalgie

La lombalgie est d'une part une maladie très répandue, et, d'autre part, constitue une cause majeure d'invalidité de la population active dans les pays riches avec un coût sociétal important¹⁻⁴. Curieusement, de nombreux gouvernements ayant sous-estimé son impact sur leur population et leur système de santé l'ont en conséquence sous priorisée. Ceci peut notamment s'expliquer par les facteurs suivants:

- les tableaux cliniques sont très variés,
- ces tableaux ne sont pas corrélés à la sévérité de l'atteinte rachidienne⁵,
- l'atteinte rachidienne elle-même nécessite une imagerie pour être explorée,
- la pathologie n'est pas liée à la mortalité⁶⁻⁸.

Néanmoins, la lombalgie fait l'objet d'un nombre grandissant d'études à travers le monde depuis plusieurs décennies: on en répertorie seulement une trentaine au milieu des années 85 contre plus de 650 de nos jours⁹.

I.2. Les effets psychologiques indésirables de la lombalgie

Une part croissante de ces travaux se concentre non seulement sur l'aspect somatique, mais aussi sur l'aspect psychologique (jusqu'à presque 30% d'entre eux)⁹.

En effet, cet aspect psychologique peut être significativement lié à la douleur ressentie chez certains patients porteurs de cette pathologie : ils souffrent parfois plus de l'image qu'ils se font de leur pathologie, que de la douleur elle-même. Certains patients peuvent par ailleurs amplifier les symptômes, et les amener à se sentir impuissants face à ces symptômes, à ruminer leurs craintes pour l'avenir et à ressentir un sentiment confus d'injustice d'être victime de cette pathologie.

Cet état d'esprit peut favoriser chez le patient une recherche inconsciente de bénéfices secondaires à court terme, mais être responsable de handicap sur le long terme, comme par exemple l'émergence d'une plus grande difficulté au retour à l'emploi et à la réinsertion sociale. Enfin, outre la pérennisation des symptômes et le coût financier qu'il implique, cet état d'esprit peut influencer sur les rapports entre médecins et malades. Elle peut notamment inciter les médecins à un excès de prescription (à visée diagnostique et/ou thérapeutique), et entretenir une conduite d'échec chez les patients qui peut induire une frustration du côté du personnel soignant.

II. LE CATASTROPHISME

II.1. Approche du catastrophisme, mesure et dépistage

L'état d'esprit de ces patients, aujourd'hui appelé catastrophisme, a été remarqué, identifié et décrit dès la fin des années 70¹⁰⁻¹³. Il était déjà démontré que le catastrophisme, principalement étudié dans le cadre des lombalgies chroniques, majorait les douleurs¹⁰. Ce catastrophisme, affectant les patients autant (voire plus) que la pathologie elle-même, est une attitude de certains patients, en partie innée et en partie acquise.

On distingue trois effets chez les patients concernés dans le catastrophisme: une amplification des symptômes, la rumination à propos de ceux-ci, et un sentiment d'impuissance.

Le catastrophisme est distinct de la dépression, de l'anxiété et de la peur du mouvement.

Les travaux de Sullivan¹³ ont abouti à une échelle de catastrophisme (ou Pain Catastrophizing Scale PCS) qui a ensuite servi de référence dans de nombreuses études portant sur le catastrophisme¹³.

Si le catastrophisme est parfois très difficile à détecter, le questionnaire de Sullivan peut avantageusement le dépister et le quantifier

II.2. La lutte contre le catastrophisme

Pour pouvoir lutter contre le catastrophisme, les patients doivent en premier lieu constater leur catastrophisme (via une mesure objective), le reconnaître, admettre que celui-ci peut influencer de manière directe et indirecte sur l'intensité de leurs symptômes, puis s'engager dans une démarche de soin visant à le réduire sensiblement.

Ceci peut se faire par un engagement écrit, se poursuivre par la participation à des thérapies de groupe visant à modifier la part au moins acquise de ce catastrophisme. Cette démarche doit être accompagnée avec empathie et compréhension. Il peut en effet paraître désobligeant, voire in-éthique, de demander en France à un patient s'il se sent catastrophiste, surtout s'il vient chercher une solution à un problème de santé chronique. Le praticien pourrait en effet craindre que cette demande soit interprétée par les patients comme un déni de la réalité de la pathologie sous-jacente.

II.3. L'objectif du présent document dans la lutte contre le catastrophisme

L'objectif principal du présent travail était de connaître, dans une population de patients français pris en charge en rééducation pour lombalgies :

- la proportion de ceux qui se percevaient ou non comme catastrophistes avant même le remplissage du questionnaire (PCS),
- le pourcentage de ceux qui acceptaient ensuite le score du questionnaire (en particulier pour ceux chez qui celui-ci montrait qu'ils étaient bien catastrophistes définis par un score supérieur ou égal à 30)
- l'intérêt des catastrophistes à lutter contre leur catastrophisme.

Les objectifs secondaires de cette petite étude visaient à vérifier :

- si les scores de Sullivan pour le catastrophisme étaient bien étalés sur l'ensemble des patients.

- si ces scores étaient bien indépendants des outils permettant d'analyser les autres problématiques des patients (douleur, scores de dépression et d'anxiété, scores FABQ d'appréhension du mouvement, scores fonctionnels/de qualité de vie, comme le Rolland-Morris).

- si les scores de catastrophisme étaient corrélés à divers paramètres sociétaux ou professionnels, dont la durée de la lombalgie, des antécédents d'opération du rachis, la nature des soignants déjà consultés, le nombre d'hospitalisations passées pour ce motif, les sources d'information sur les lombalgies, le niveau de revenu, la situation familiale, le nombre de personnes à charge, les craintes pour l'avenir familial, la situation socio-professionnelle, le nombre d'années avant la retraite, la perception d'une compréhension de la part de l'entourage professionnel, le nombre de licenciements passés, l'épanouissement au travail, l'existence de contentieux (dont au travail) ou de traumatismes psychologiques passés.

III. Organisation de l'étude

III.1. Choix des patients

L'étude a porté sur 31 patients lombalgiques chroniques provenant exclusivement du centre de rééducation de MAUBREUIL et de la TOURMALINE à St HERBLAIN.

III.2. Méthodologie suivie.

Il leur a été proposé 5 questionnaires :

- le premier reprenait des données générales comme le sexe, l'âge, la profession, le lien entre celle-ci et leur pathologie, l'histoire de celle-ci (durée, nombre d'arrêt de travail, irradiation aux membres inférieurs, intensité de la douleur...), l'histoire professionnelle, l'histoire familiale.
- le second était le test de Sullivan,
- Le troisième était le score HAD d'anxiété/dépression,
- le quatrième était le FABQ d'évaluation individuelle face à la douleur,
- le cinquième était le questionnaire de Rolland et Morris.

Au terme du remplissage des questionnaires, le score de Sullivan était calculé.

Il était alors demandé aux patients d'estimer s'ils étaient catastrophistes.

Le score de Sullivan leur était alors révélé.

Les patients devaient alors dire :

- s'ils étaient en accord avec le résultat,
- s'ils considéraient que le pessimisme pouvait majorer les lombalgies,
- s'ils étaient prêts à lutter sérieusement contre le catastrophisme.

Toutes les données recueillies ont été saisies sur EXCEL puis transférées sur SPSS-19.0.

IV. RESULTATS

IV.1. Casuistique des patients

Les patients inclus dans cette étude ont en moyenne 51 ans, souffrent d'une lombalgie depuis 14 ans, dont la douleur est estimée à 53/100, avec irradiation dans un membre inférieur dans 81% des cas. Ils ont été opérés dans 39% des cas.

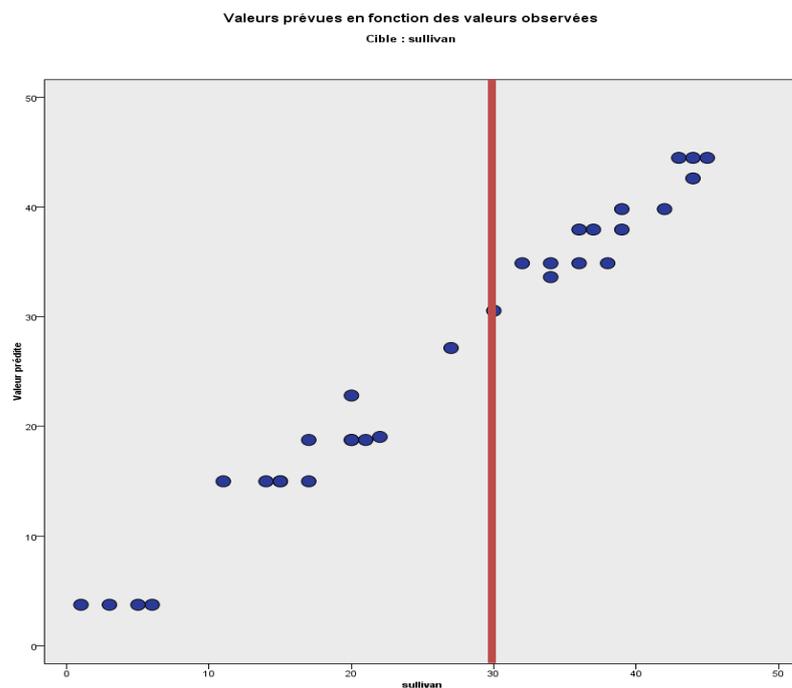
80% de ces patients se sont renseignés sur leur pathologie notamment sur internet. 16 d'entre eux bénéficient d'un soutien familial important estimé à 79/100, mais associé à une crainte concernant l'avenir familial à 34/100.

Ils ont globalement confiance dans le personnel médical (81/100), 58% d'entre eux sont en CDI, 23% à la retraite, seulement 13% en invalidité, 3% en CDD. Ils ont en moyenne 7,5 arrêts de travail dans leur vie professionnelle pour laquelle ils estiment leur niveau de crainte à 50/100.

Sur le plan des scores, la moyenne du score de Sullivan était à 26/52, celle du score HAD à 18/42, du FABQ à 46,7/66, du Rolland et Morris à 14/24.

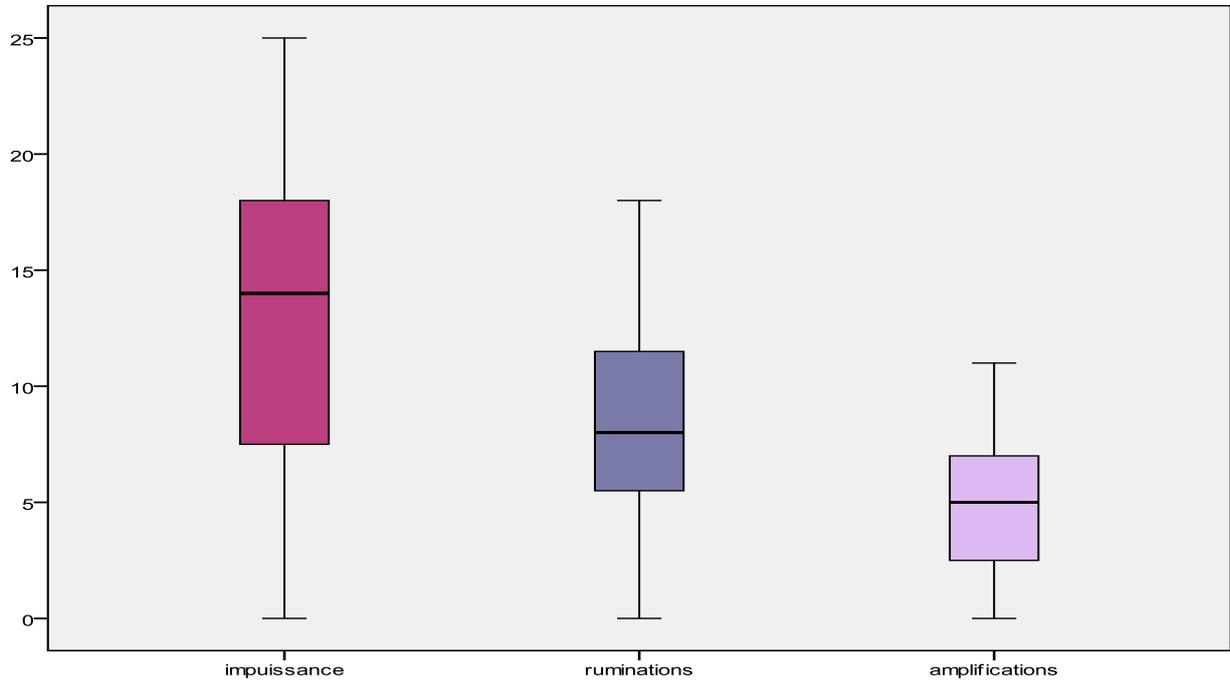
Cf. annexe 1

IV.2. Etalement des scores de catastrophisme



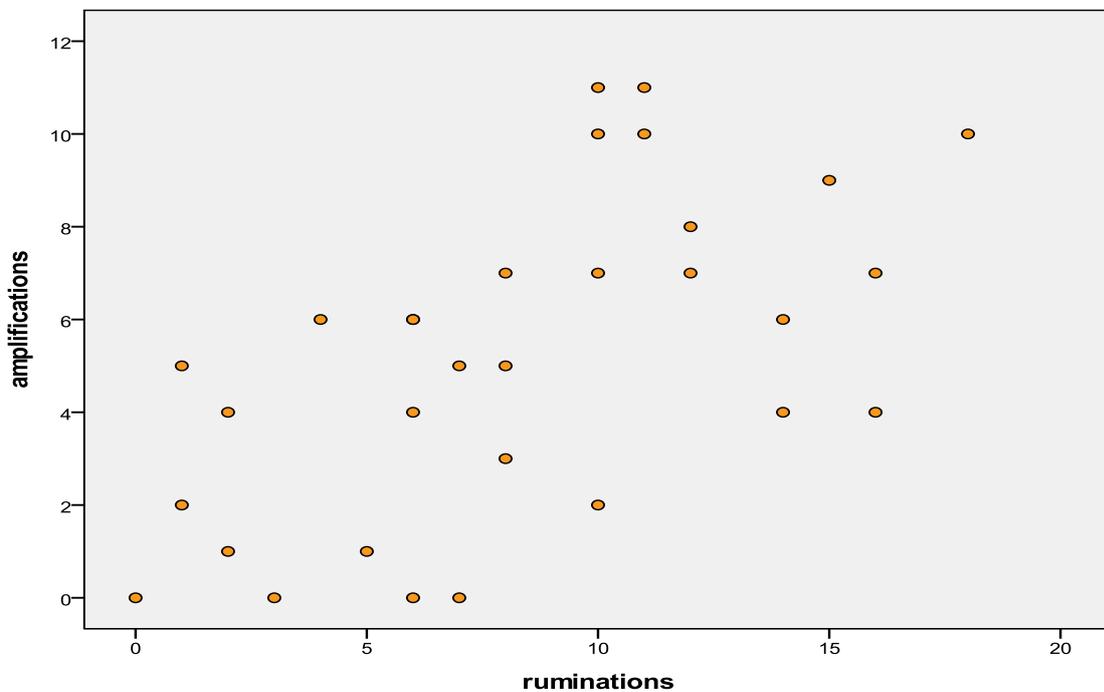
Sur les 31 patients inclus, on retrouve 15 patients étiquetés catastrophistes par le score de Sullivan (valeurs supérieures à 30) et 16 patients non catastrophistes. On note par ailleurs un large étalement des valeurs.

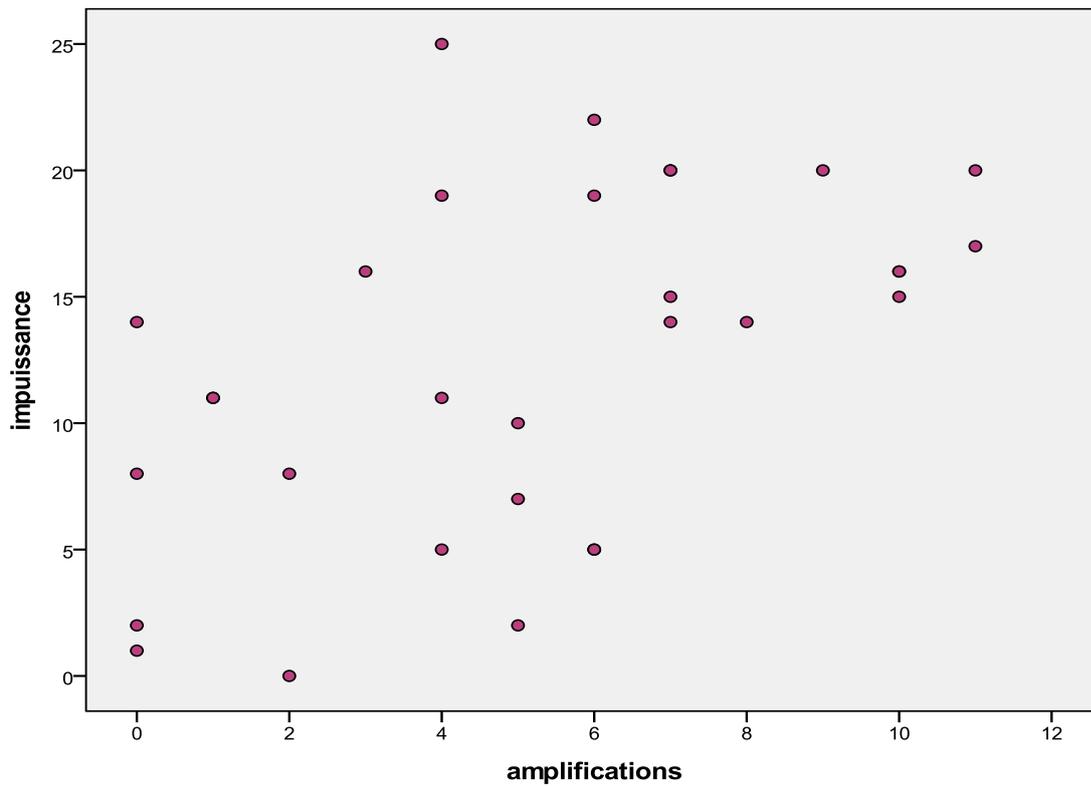
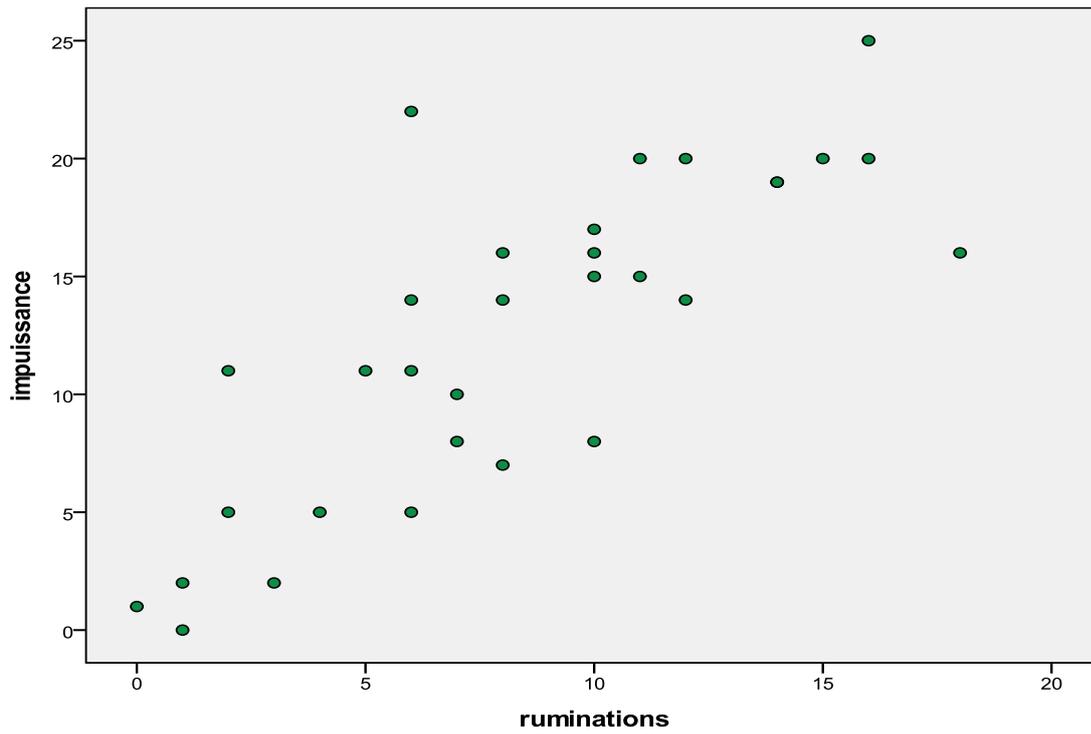
IV.3. Dispersion des sous-scores (impuissance, rumination, amplification)



Le sentiment d'impuissance prédomine par rapport aux autres composantes.

IV.4. Corrélation entre les 3 sous-scores (impuissance, rumination, amplification)



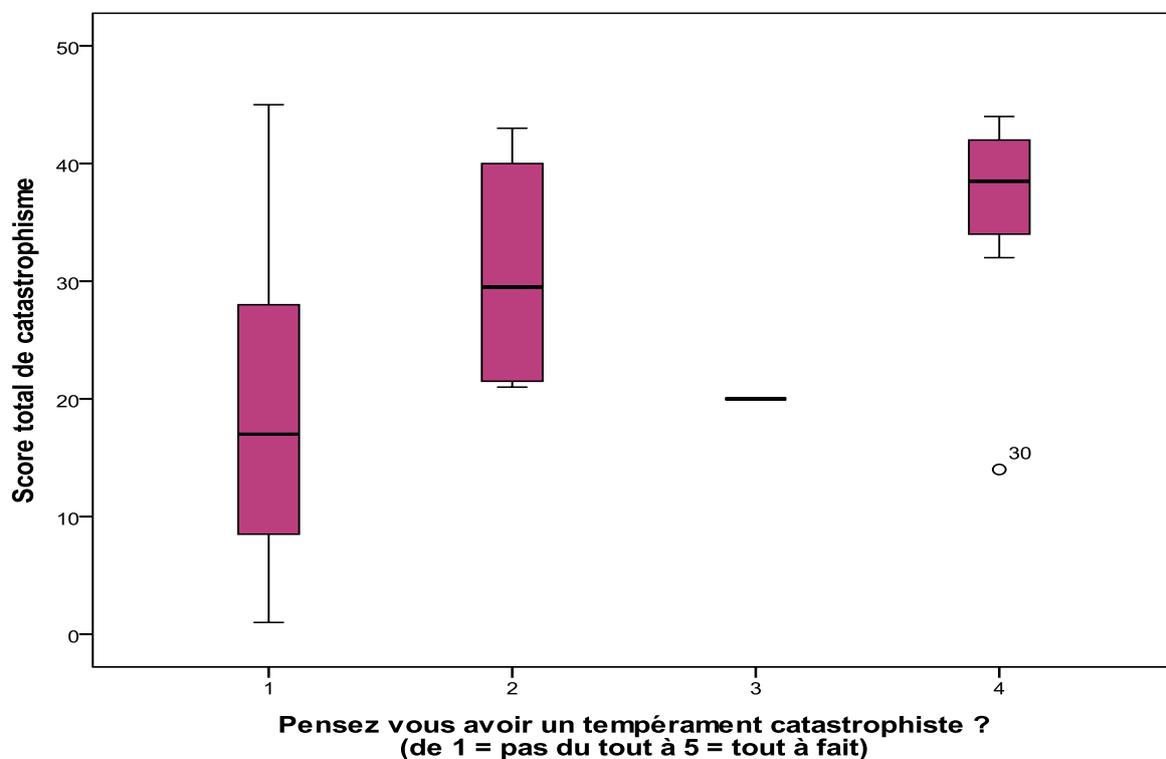


Il n'existe pas de corrélation évidente entre les 3 sous-scores.

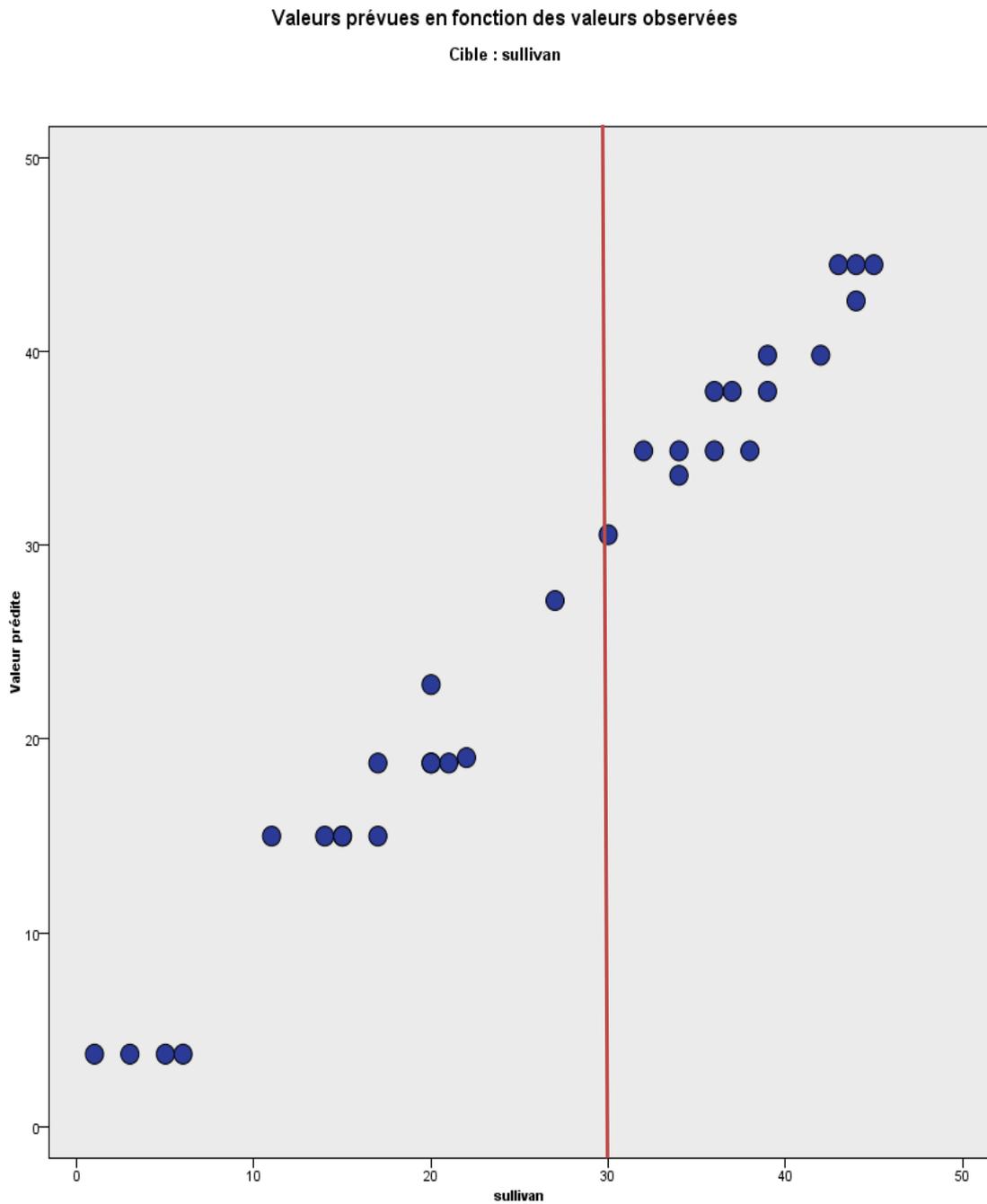
IV.5. Niveau d'accord des patients avec le score de catastrophisme mesuré en fonction de leur catastrophisme ressenti

Nombre de patients		Niveau d'accord des patients avec le score du catastrophisme (1 pas du tout d'accord, 5 tout à fait d'accord)				Total
		1	3	4	5	
Perception du catastrophisme (1 catastrophiste, 5 pas du tout)	1	2	0	<u>3</u>	<u>11</u>	16
	2	0	0	0	4	4
	3	0	1	0	0	1
	4	0	1	0	9	10
Total		2	2	3	24	31

Avant réalisation du score, 14 patients sur 31 se percevaient déjà spontanément comme catastrophistes (11 tout à fait, et 3 plutôt), et ils avaient de fait des scores élevés de catastrophismes (Cf. ci-dessous : colonnes 3 et 4)



IV.6. Nombre de patients dits catastrophistes selon le questionnaire de Sullivan



Les résultats du score montrent que 15 patients étaient au-dessus du seuil de catastrophisme, et 16 en dessous.

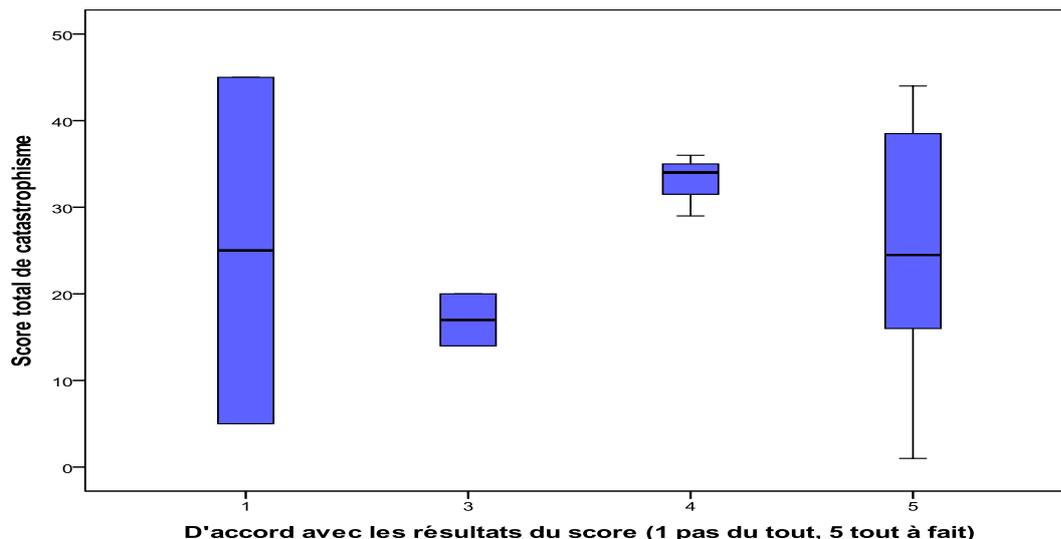
IV.7. Acceptation du score par les patients

Nombre de patients		Niveau d'accord des patients avec le score du catastrophisme (1 pas du tout d'accord, 5 tout à fait d'accord)				Total
		1	3	4	5	
Perception du catastrophisme (1 catastrophiste, 5 pas du tout)	1	2	0	3	11	16
	2	0	0	0	4	4
	3	0	1	0	0	1
	4	0	1	0	9	10
Total		2	2	3	24	31

Une fois les patients informés du score de Sullivan, une large majorité de ceux-ci (24 sur 31) acceptait tout à fait le verdict du score (tableau croisé), et seulement 2 sur 31 ne l'acceptaient pas (score à 1), dont une patiente qui avait à priori mal compris la question.

En fait, après analyse des données, un patient seulement n'acceptait pas le verdict du questionnaire.

7 patients sur 31 qui n'étaient pas pleinement d'accord avec le verdict du score avaient pourtant des scores aussi, voire plus élevés que la moyenne (figure ci-dessous)



La comparaison des 7 patients qui n'étaient pas tout à fait d'accord avec le score de Sullivan aux 24 autres (Cf. annexe 2) montrent des différences significatives pour:

-Perception moindre du catastrophisme : $1,29 \pm 4,8$ versus $2,42 \pm 1,4$ ($p = 0,003$)

-Score de Sullivan : 36,00 +/- 6,48 versus 23,13 +/- 13,68 (p = 0,002)

-Sentiment d'Impuissance : 18,9 +/- 3,8 versus 10,7 +/- 6,3 (p = 0,003)

- à la limite pour les ruminations : 11,1 +/- 4,14 versus 7,54 +/- 4,85 (p = 0,085)
- mais pas pour l'amplification : 5,86 +/- 2,41 versus 5,00 +/- 3,67 (p = 0,567)

-Score de Rolland et Morris : 17,76 +/- 3,43 versus 12,88 +/- 4,67 (p = 0,008)

-La douleur est aussi supérieure de 10 points chez eux : 61,43 +/- 15,74 versus 51,17 +/- 21,61

mais pas de différence significative pour le FABQ : 16,29 +/- 12,01 versus 20,50 +/- 12,19

Il se pose la question de l'utilité de corriger chez ces patients le sentiment d'impuissance face à leurs lombalgies.

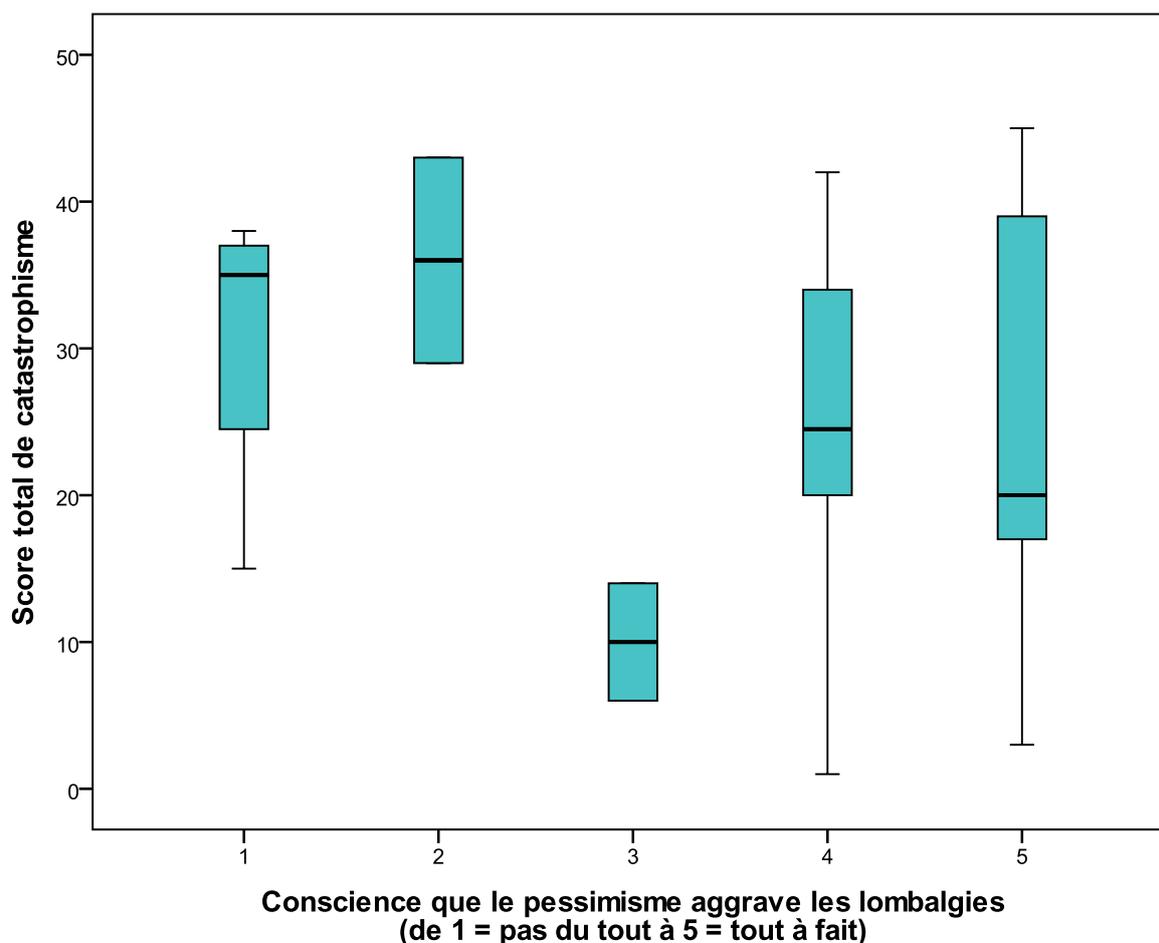
En fait seulement une personne refusait d'admettre son catastrophisme : il s'agissait d'un homme de 55 ans avec un score de Sullivan très élevé (à 45 : 25 pour l'impuissance, 4 pour l'amplification, 16 pour la rumination) dont les lombalgies duraient depuis 120 mois. L'EVA était à 80. Il vivait en couple avec deux enfants à charge sans crainte familiale (20/100) avec bon soutien familial (80 sur 100). Il n'avait jamais été opéré ni hospitalisé et disait avoir une forte confiance dans les soignants (90 sur 100). Il travaillait dans le cadre d'un CDI dans une grande société pour 50 000€ de revenus annuels avec un bon épanouissement dans sa vie professionnelle (80/100) mais avec déjà 15 arrêts de travail (dont un accident de travail). Il avait vécu 3 licenciements. Il disait ne pas avoir de crainte pour l'avenir à 5 ans de la retraite. Il a vécu un évènement personnel traumatisant. Il estimait son niveau de bonheur à 60 sur 100. Son score d'anxiété est à 8 et celui de dépression à 9 (dans la moyenne). HAD à 17, FABQ à 55 et Rolland à 14 (dans la moyenne).

L'autre cas de désaccord concernait d'une femme de 62 ans, retraitée, avec un score de Sullivan pourtant très bas (score à 5), qui avait mal compris la question. Souffrant depuis 300 mois, sa douleur était estimée à 40/100, sans crainte familiale (0) particulière car vit seule (séparée), sans soutien familial (0), avec un bonheur à 50 seulement. Confiance à 80, malgré 35 hospitalisations.

Les patients acceptent l'idée qu'ils sont catastrophistes quand on leur en fait prendre conscience : sur 15 catastrophistes, 11 sont tout à fait d'accord et 3 sont plutôt d'accord avec le résultat du score de Sullivan.

Nombre de patients	Niveau d'accord des patients avec le score du catastrophisme (1 pas du tout d'accord, 5 tout à fait d'accord)				Total
	1	3	4	5	
catastrophistes selon le score (0 pas du tout, 1 catastrophistes)	0	2	0	14	16
	1	0	3	11	15
Total	1	2	3	25	31

IV.8. Conscience que le pessimisme aggrave les lombalgies

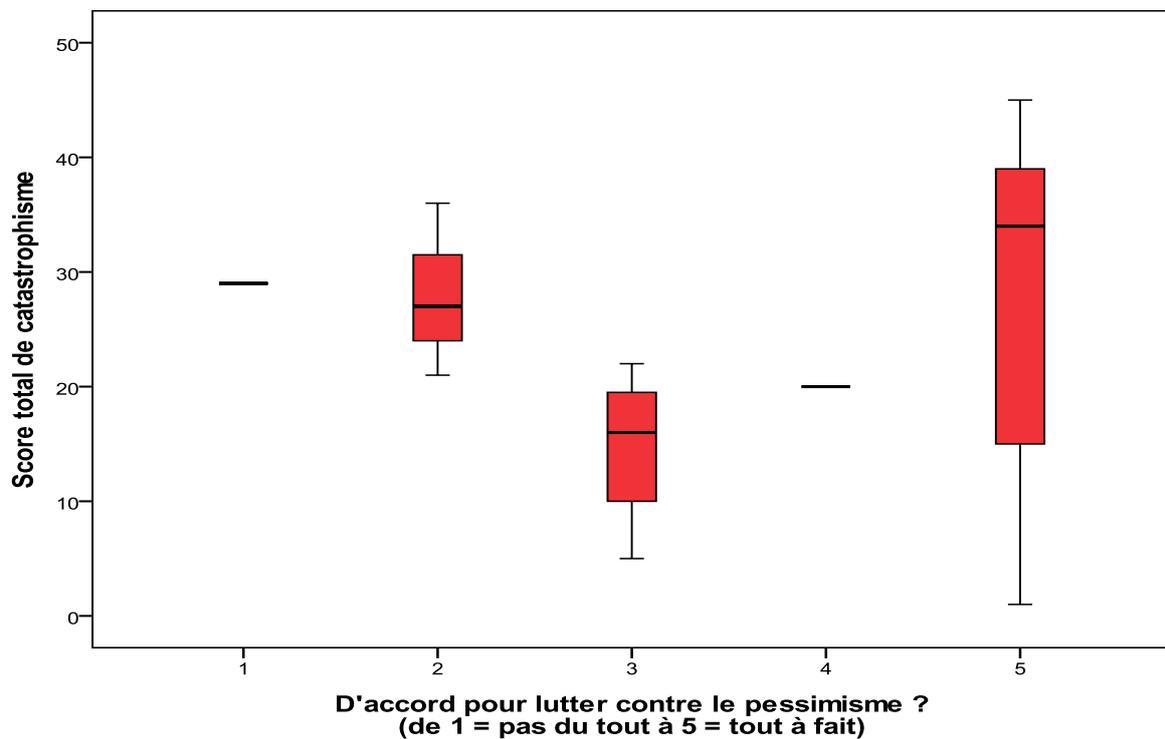


23 patients sur 31 pensent aussi que le pessimisme aggrave les lombalgies et leur vécu, de manière indépendante du niveau de catastrophisme, tandis que 4 patients ne sont pas du tout d'accord et 2 plutôt pas d'accord avec cette affirmation.

IV.9. Accord des patients pour lutter contre leur catastrophisme

		Prêts à lutter (1 pas du tout -5 tout à fait)					Total
		1	2	3	4	5	
Pessimisme (1 non pessimiste -5 complètement)	1	0	1	1	0	2	4
	2	1	0	0	0	1	2
	3	0	0	0	0	2	2
	4	0	2	2	1	5	10
	5	0	0	1	0	12	13
Total		1	3	4	1	22	31

Une majorité des patients seraient tout à fait d'accord pour lutter contre leur catastrophisme puisque 23 patients sur 31 sont aussi tout à fait (22) ou presque tout à fait (1) d'accord pour lutter contre le pessimisme, et seulement 4 ne sont pas du tout (1) ou plutôt pas (3) d'accord.



V. Conclusion

V.1. Conclusions liées à l'objectif principal de l'étude

L'objectif principal de ce travail était de savoir si dans une population de lombalgiques pris en charge en rééducation pour lombalgies, les patients se percevaient ou non comme catastrophistes avant remplissage du questionnaire.

Seulement 12/31 se disent catastrophistes, mais 10/12 (83% des patients s'estimant catastrophistes) ont un score de catastrophisme au-dessus de 30. De ce fait, 10 des 15 catastrophistes admettent avant le débriefing du questionnaire qu'ils sont bien catastrophistes

Il a ensuite été demandé à tous les patients s'ils acceptaient ensuite le verdict du questionnaire (en particulier pour ceux chez qui celui-ci montrait qu'ils étaient catastrophistes).

77% des patients (24 sur 31) acceptent le verdict. 7 persistent à ne pas être tout à fait d'accord (dont surtout 1 très récalcitrant), bien que 4 de ces 7 patients sont catastrophistes d'après le test de Sullivan.

74% des patients (23 sur 31) agrèent que le pessimisme aggrave les lombalgies, et 74% (23 sur 31) seraient aussi d'accord (*) pour lutter contre leur catastrophisme (dont 2 des 4 dans le déni de leur catastrophisme). Toutefois ce ne sont pas toujours les mêmes : seulement 17/31 sont à la fois d'accord que le pessimisme aggrave les lombalgies et d'accord pour lutter contre. D'autre part, ce résultat est probablement sous-évalué car des patients non catastrophistes ne voyaient pas toujours l'intérêt de lutter contre un catastrophisme qui ne les caractérisait pas.

(*) Réserves faites d'un effet Hawthorne ayant pu biaiser les réponses.

La plupart des patients acceptent ce concept, même si un quart (7 sur 31) dénie leur score et si 1 seul patient s'est montré vraiment récalcitrant au fait de dévoiler son catastrophisme.

En conséquence, Le catastrophisme ne devrait pas être un sujet tabou pour les médecins et patients français.

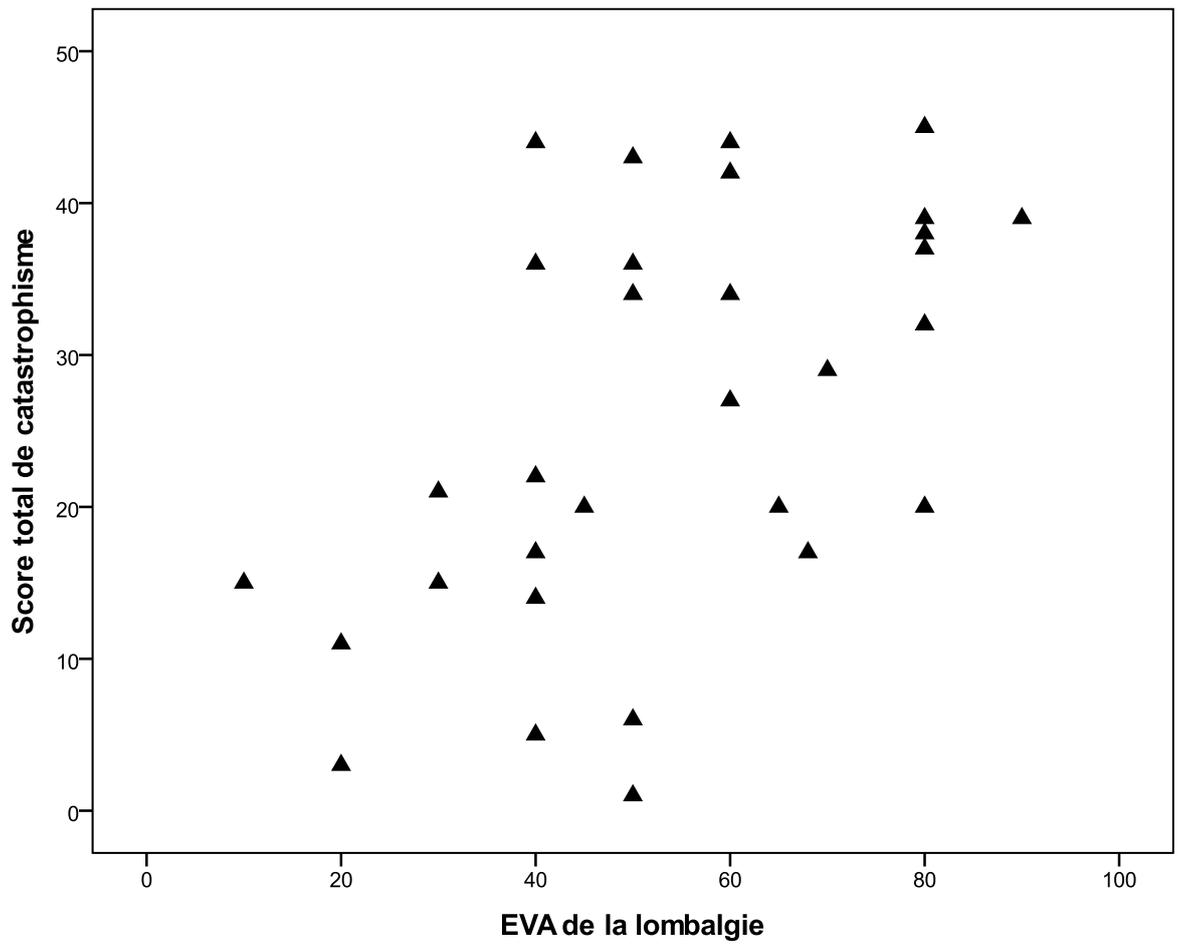
V.2. Conclusions liées aux objectifs secondaires de l'étude

V.2.1. Les scores de catastrophisme sont très dispersés selon les patients, et les trois items (majoration, impuissance, rumination) sont assez indépendants entre eux

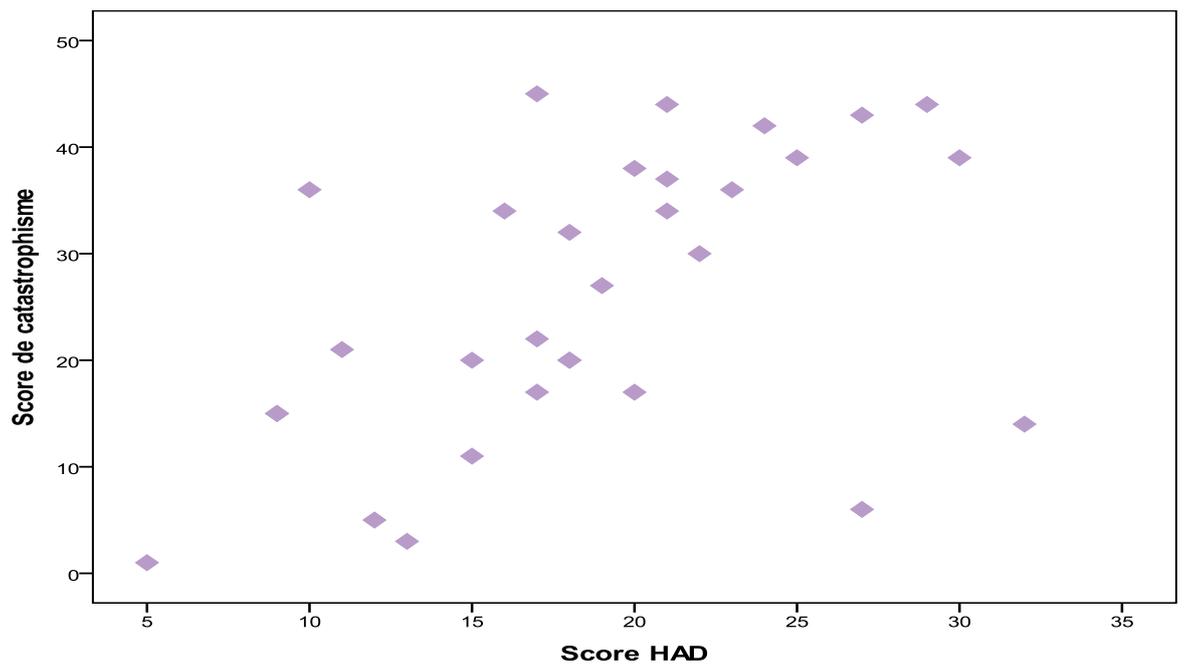
V.2.2. Le score de catastrophisme est bien indépendant des outils permettant d'analyser les problématiques des patients

Les corrélations sont seulement lâches avec le niveau de douleur, les scores de dépression et d'anxiété, FABQ, et de Rolland et Morris.

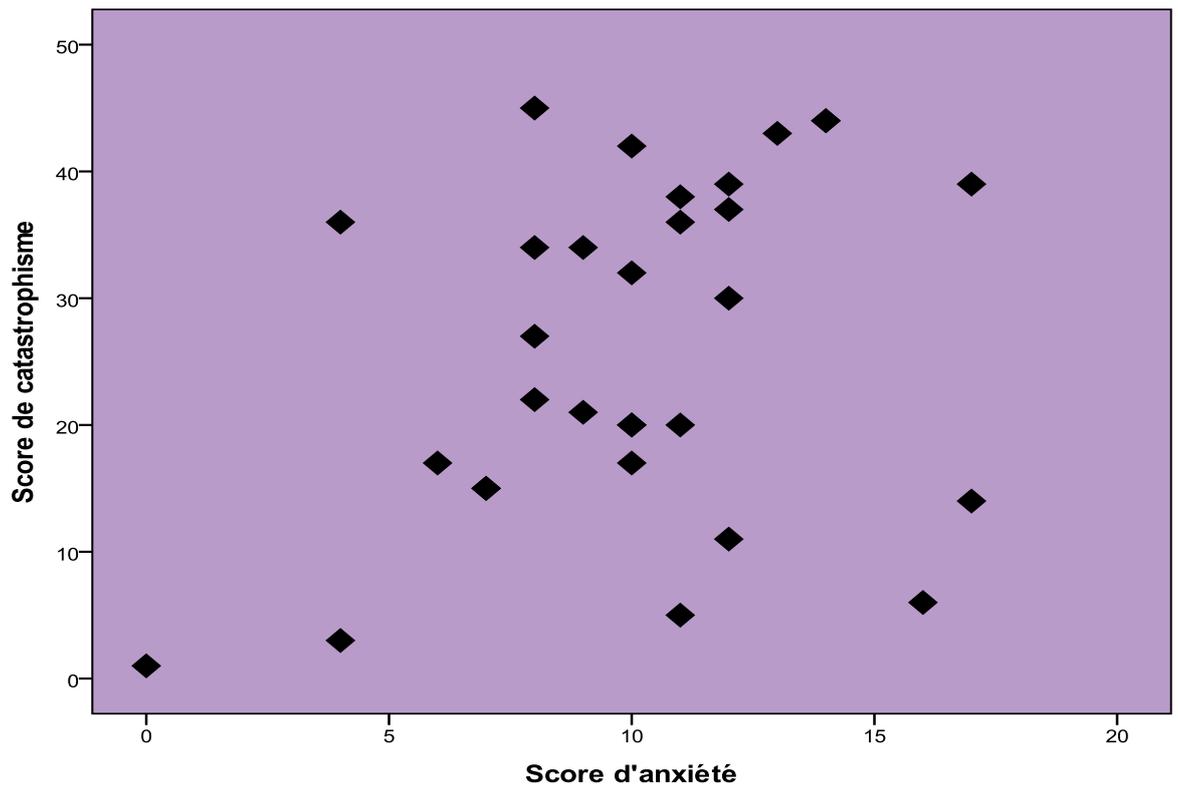
La douleur



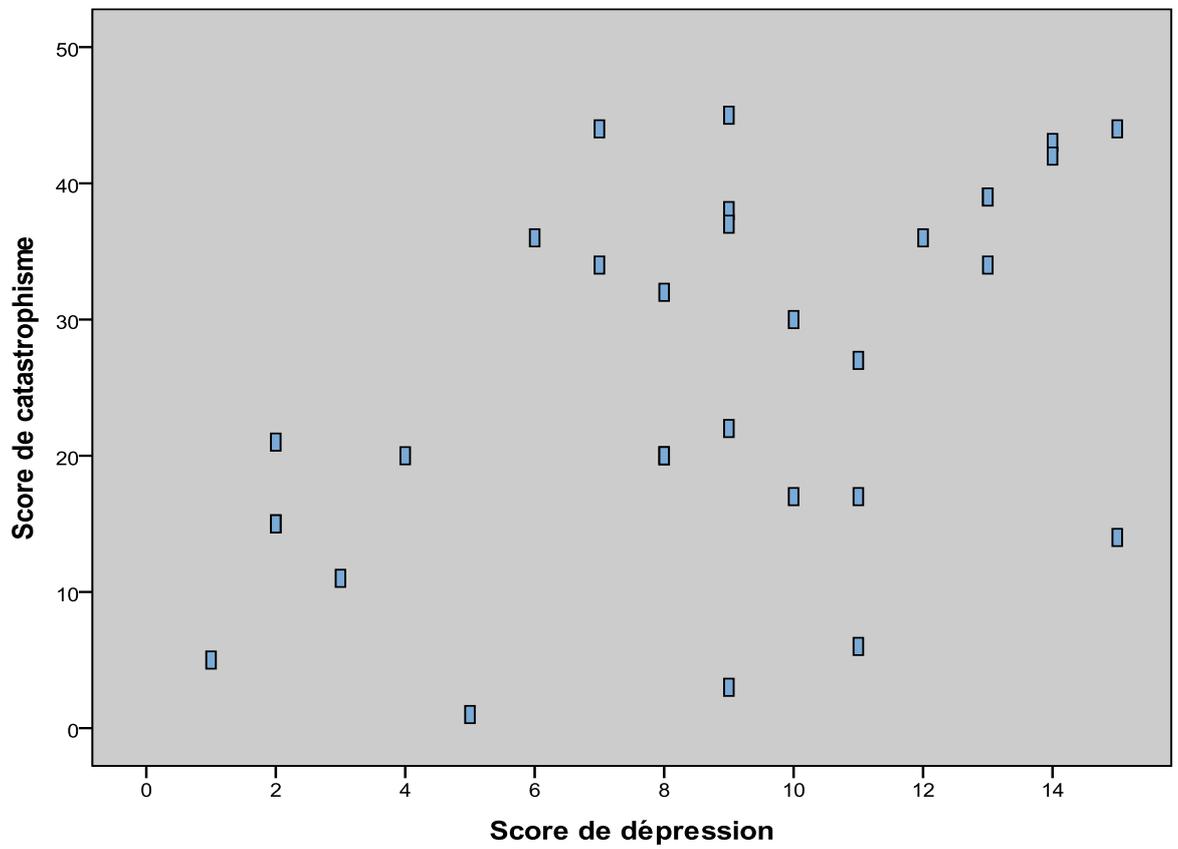
Score de dépression et d'anxiété



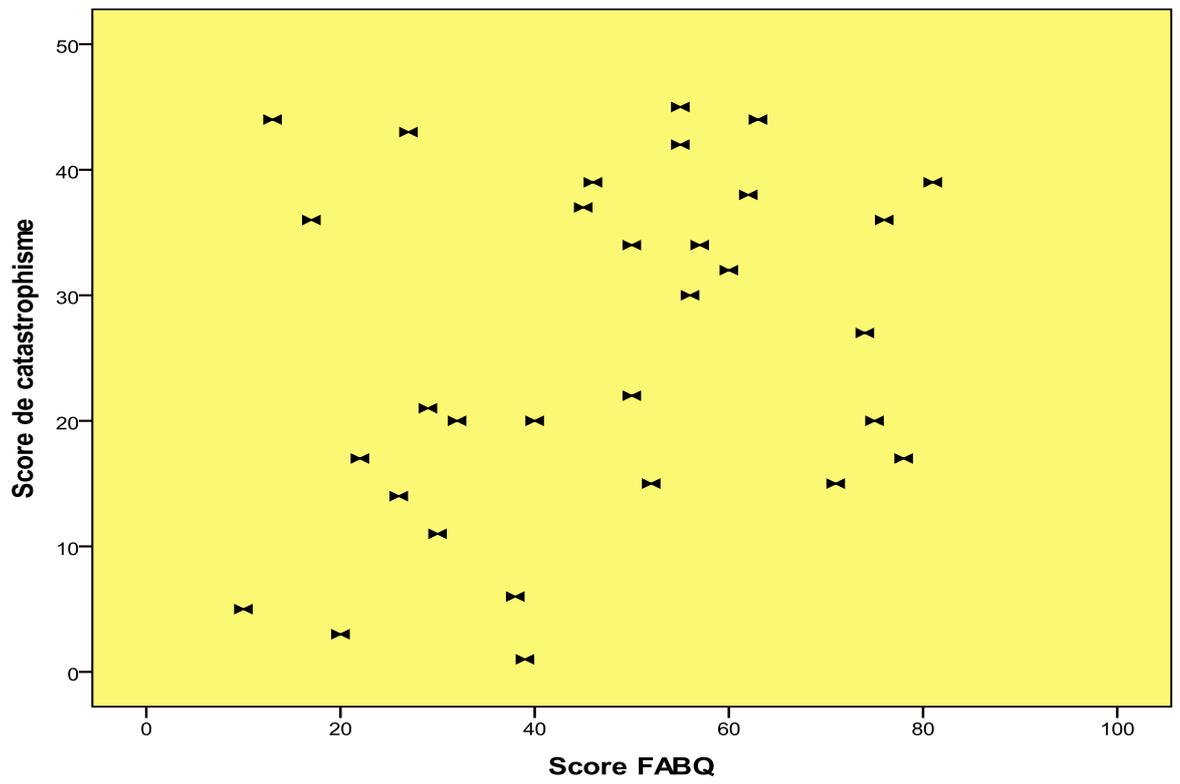
Score d'anxiété



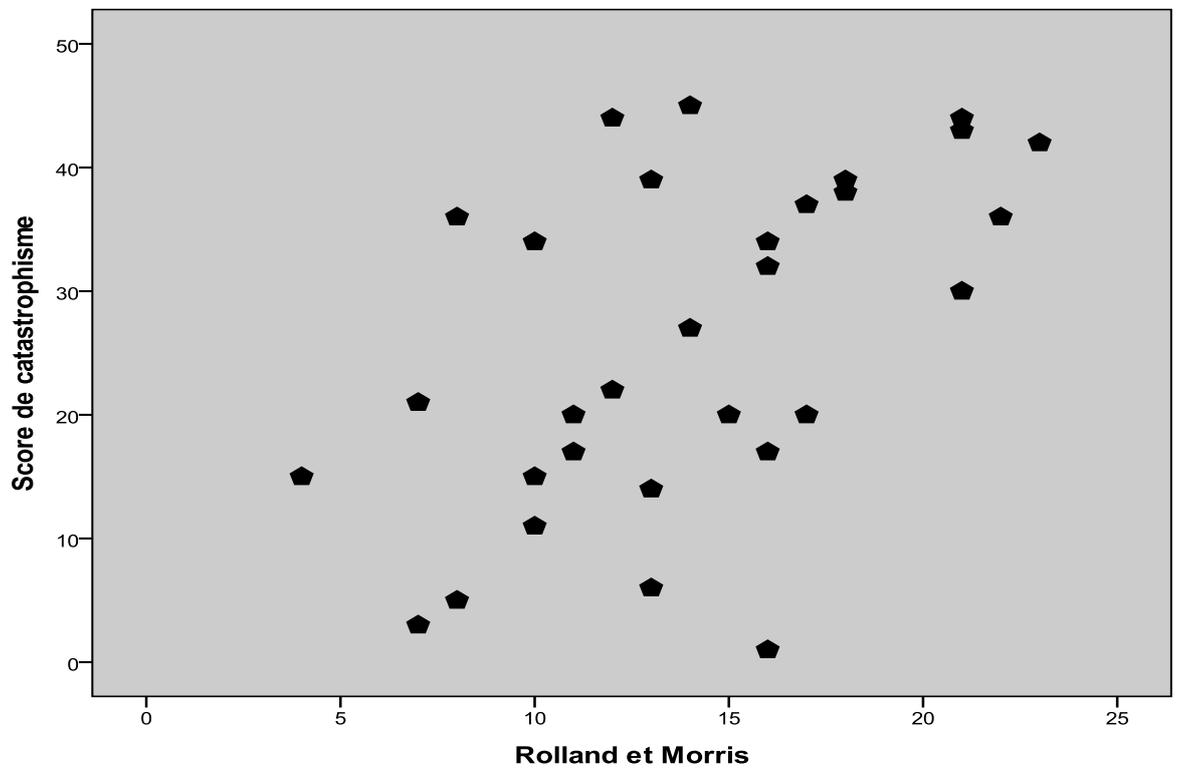
Score de dépression



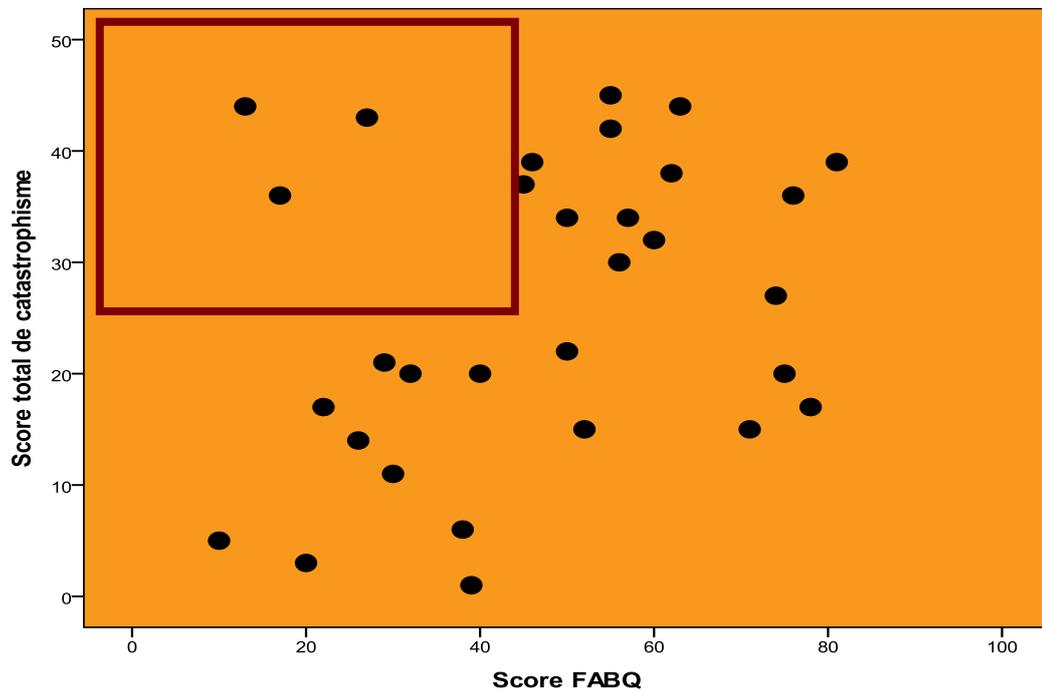
Scores FABQ



Score de Rolland-Morris



L'étude du diagramme FABQ versus catastrophisme (Cf. ci-dessous) permet de repérer un sous-groupe de patient qui pourrait plus bénéficier de l'aide d'un psychologue que d'un rééducateur.



V.2.3. Le profil des patients catastrophistes diffère des autres sur plusieurs paramètres

De la comparaison des 15 catastrophistes et des 16 non catastrophistes. Il sort de manière significative (test t de Student) :

Sexe : 53% d'hommes versus 19% ($p = 0,046$)

EVA = 64,67 +/- 16,41 versus 43,00 +/- 18,96 ($p = 0,002$)

Internet = 67% versus 31% $p = 0,05$

Crainte pour l'avenir de la famille = 46% versus 24% ($p = 0,05$)

Perception du catastrophisme = 2,9 (plus forte) versus 1,4 ($p = 0,001$)

Dépression = 10,6 versus 6,9 ($p = 0,01$)

Anxiété = 21,6 versus 16,1 ($p = 0,016$)

FABQ physique = 18,2 versus 12,2 ($p = 0,001$)

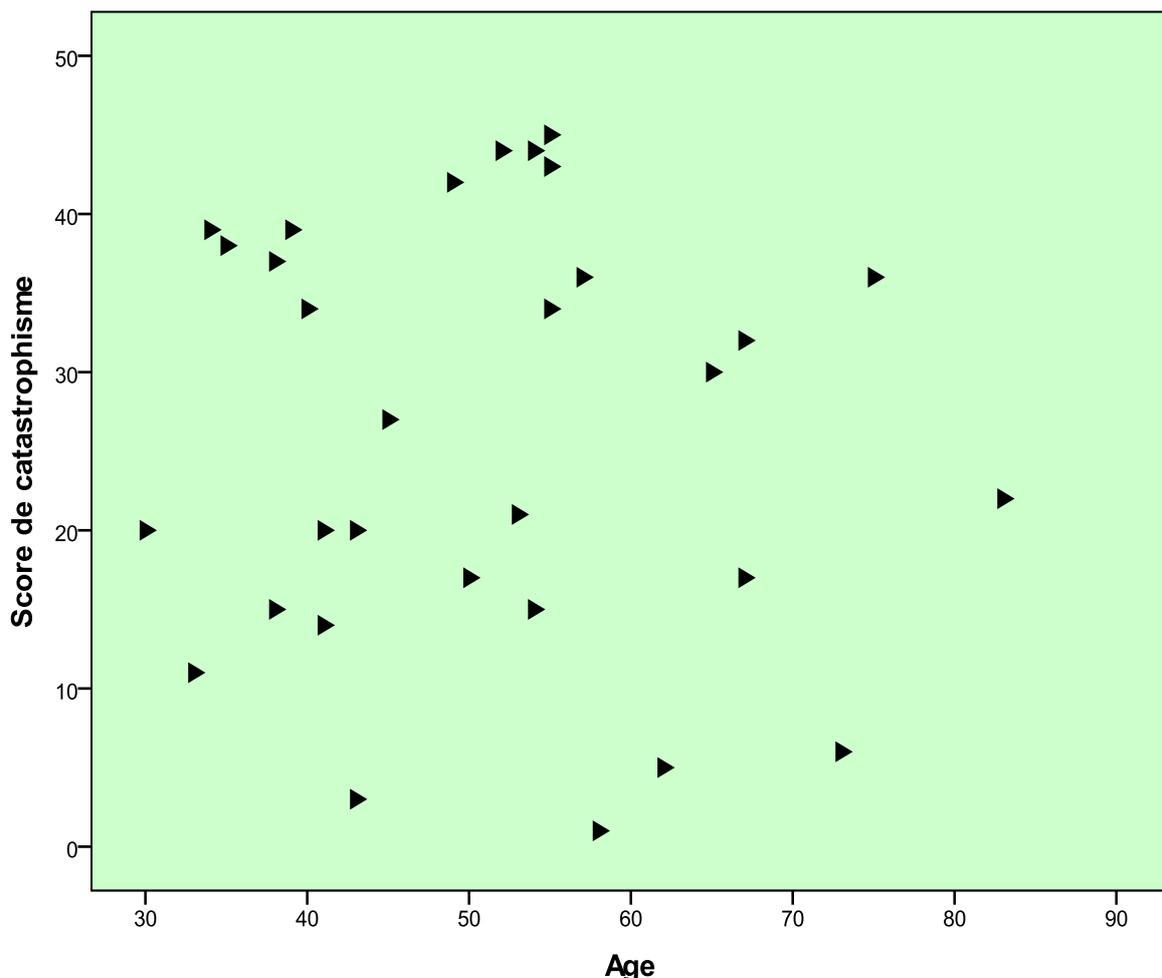
Score de Rolland = 16,7 versus 11,5 ($p = 0,002$)

En résumé, il s'agit de patient plutôt masculins, cotant leur douleur de manière plus importante, avec un score de dépression, HAD et FABQ plus important. Ils éprouvent une crainte familiale plus intense mais perçoivent mieux leur catastrophisme que les autres patients.

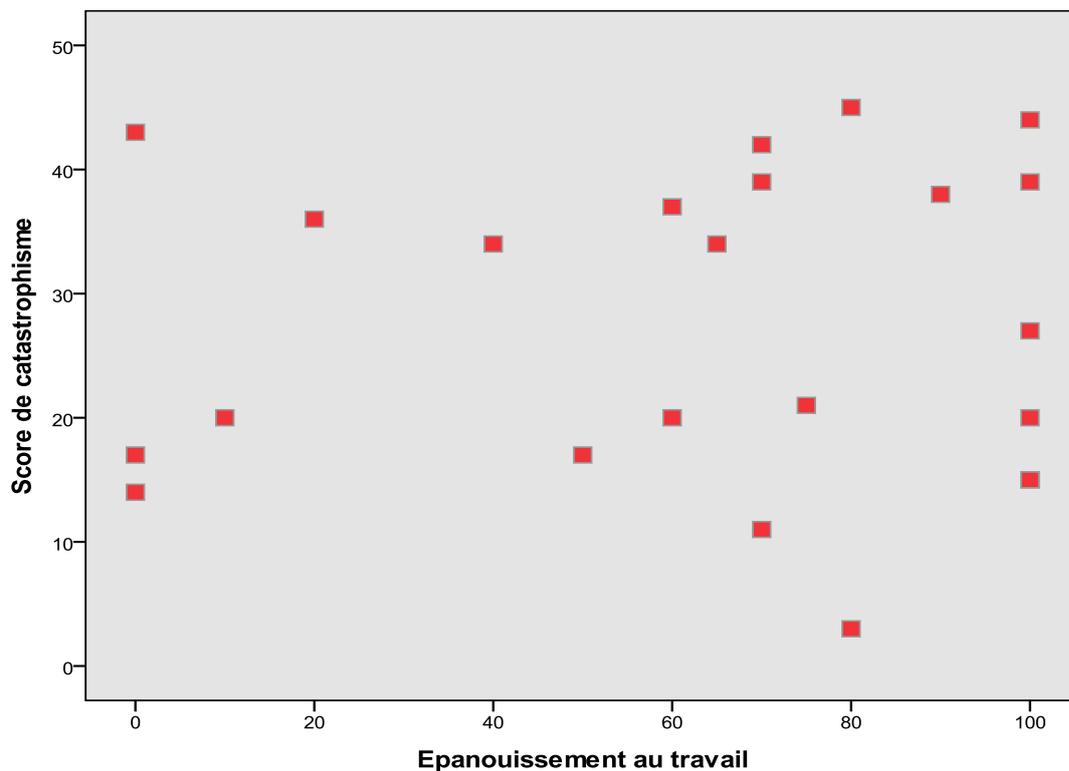
V.2.4. Les scores de catastrophisme sont dans l'ensemble peu corrélés aux paramètres sociétaux ou professionnels

Les paramètres sociétaux ou professionnels pris en compte étaient l'âge, la durée de la lombalgie, des antécédents d'opération du rachis, la nature des soignants déjà consultés, le nombre d'hospitalisations passées pour ce motif, les sources d'information sur les lombalgies, le niveau de revenu, la situation familiale, le nombre de personnes à charge, les craintes pour l'avenir familial, la situation socio-professionnelle, le nombre d'années avant la retraite, la perception d'une compréhension de la part de l'entourage professionnel, le nombre de licenciements passés, l'épanouissement au travail, l'existence de contentieux, dont au travail, ou de traumatismes psychologiques passés.

On ne note pas de franche corrélation entre le score de catastrophisme et l'âge des patients même si dans cette étude, on peut noter que les scores de catastrophisme les plus élevés sont issus des patients ayant moins de 55 ans (Cf. le graphe ci-après)



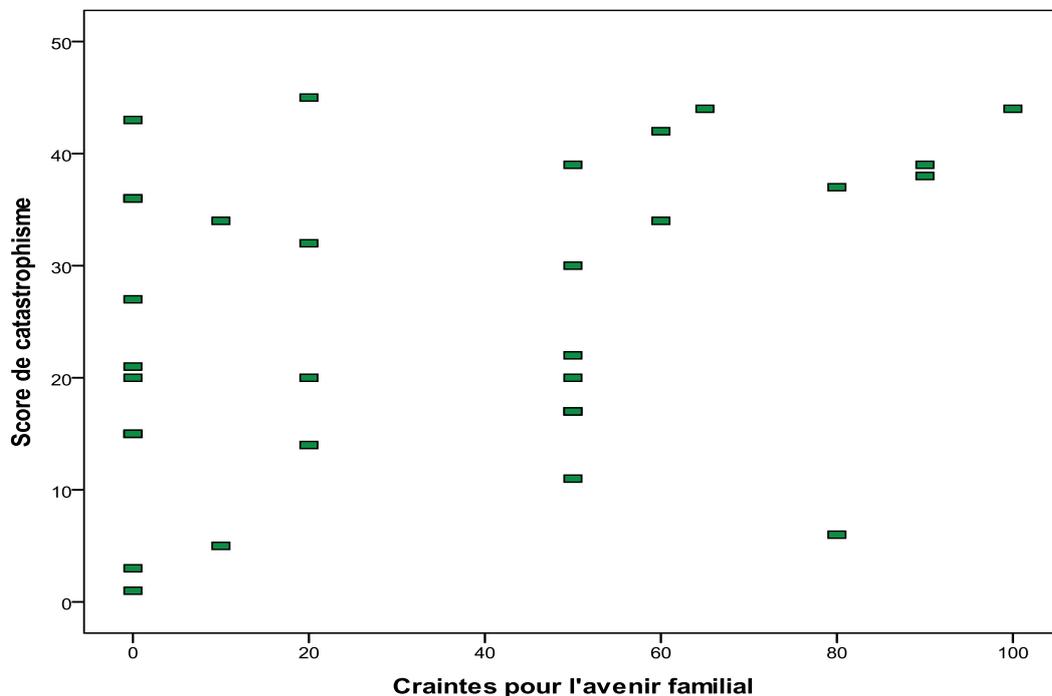
Il n'existe pas par ailleurs de corrélation entre le score de catastrophisme et l'épanouissement des patients à leur travail (Cf. le graphe ci-après).



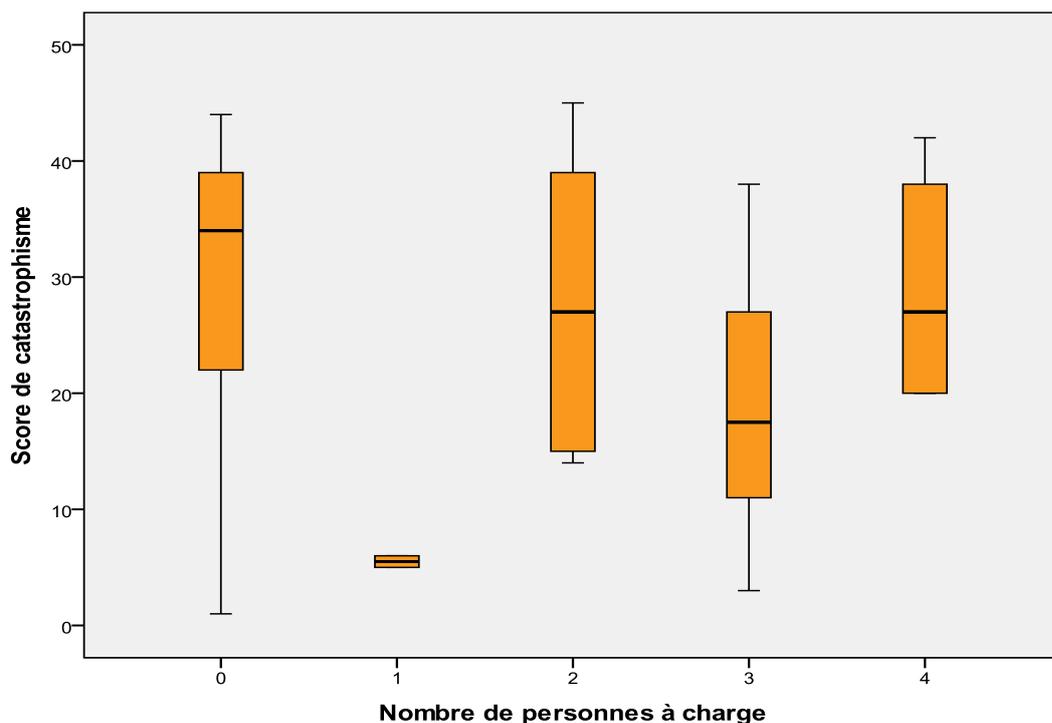
Il n'existe pas non plus de corrélation entre le score de Sullivan et la sensation de soutien de la famille. (Cf. graphe ci-après)



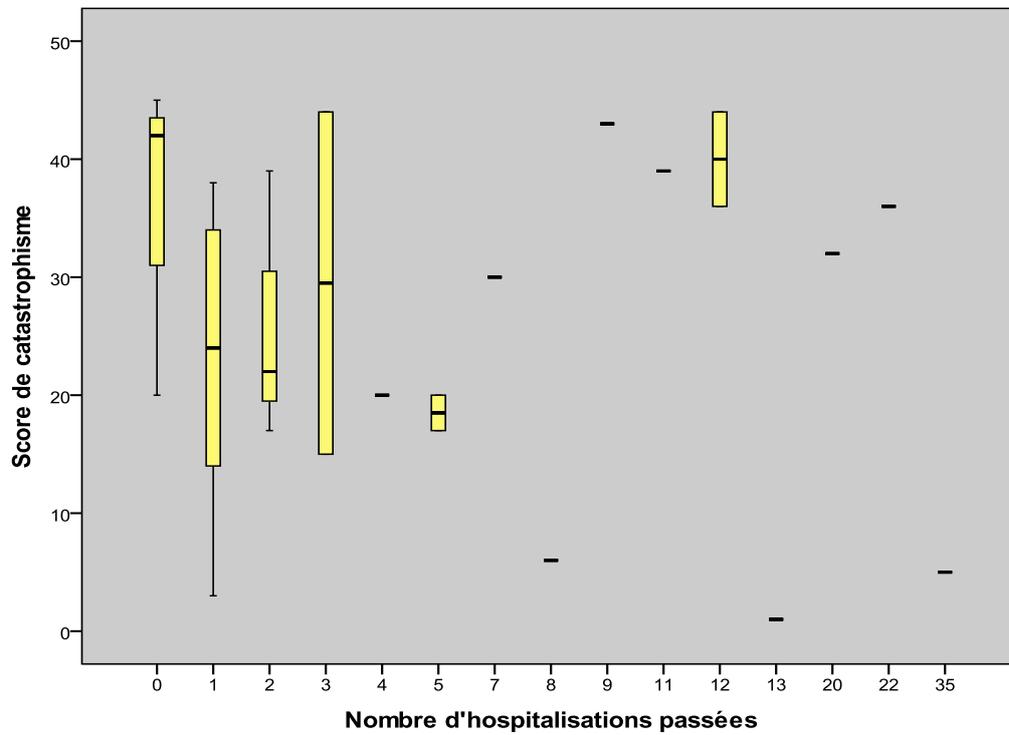
De manière non significative, on peut s'apercevoir dans cette étude qu'à partir d'un certain niveau de crainte familiale (50), les patients sont quasi exclusivement catastrophistes mais que seulement la moitié des patients catastrophistes ont une crainte quant à leur soutien familial supérieure à 50/100. (Cf. graphe ci-après)



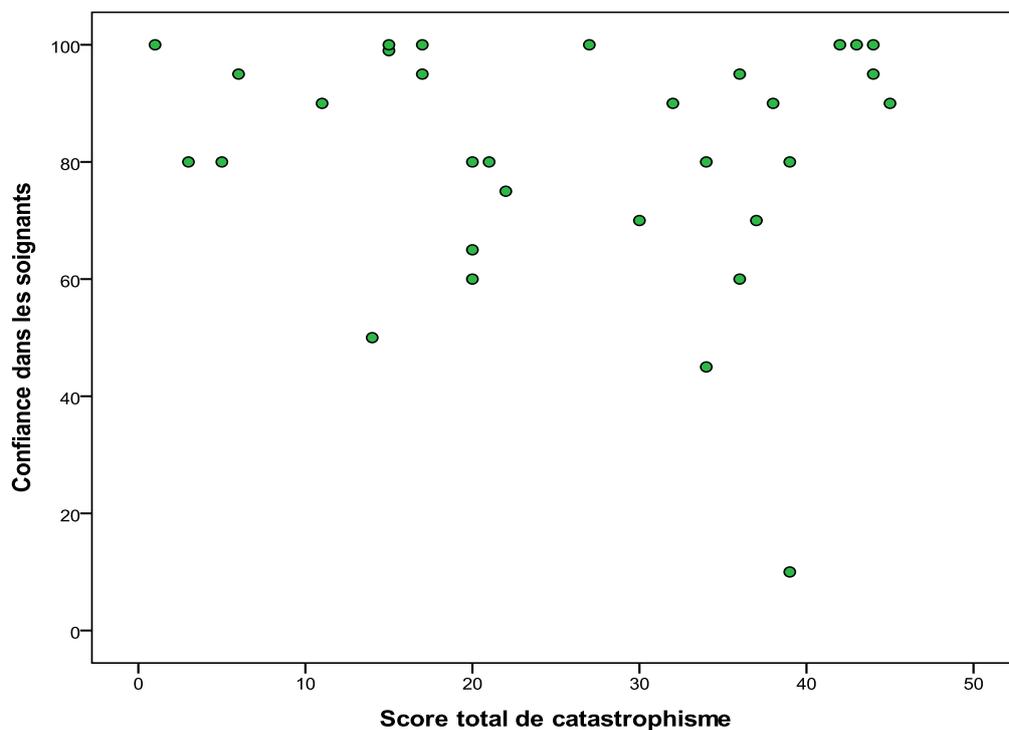
Il n'existe pas de corrélation visible entre le score de catastrophisme et le nombre de personne à charge dans la famille. (Cf. graphe ci-après)



Il n'existe pas de corrélation visible entre le nombre d'hospitalisation et le score de catastrophisme. (Cf. graphe ci-après)

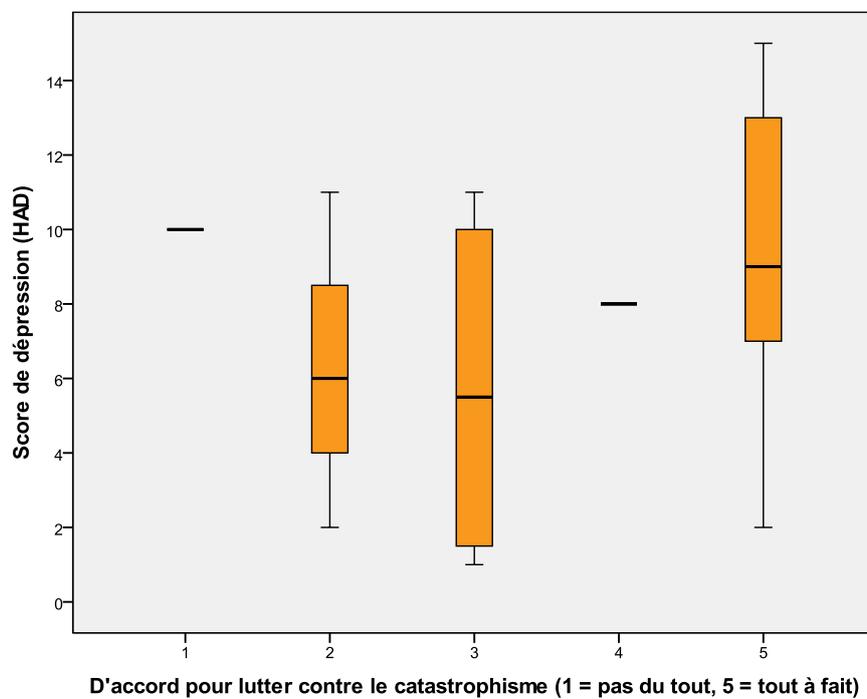
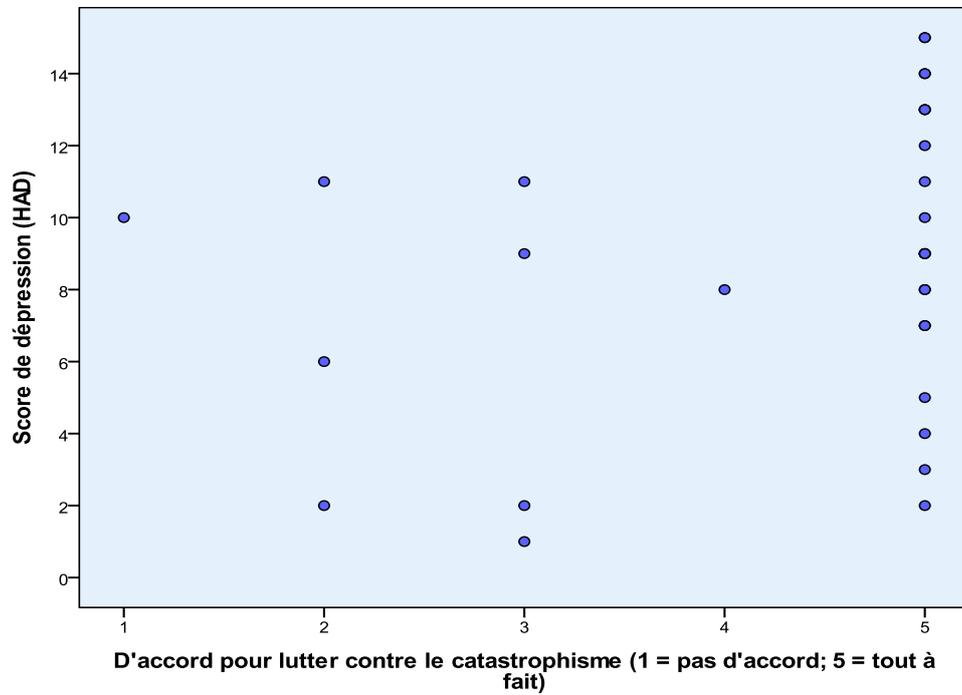


Il n'existe pas de corrélation entre le score de catastrophisme et le niveau de confiance dans les soignants. (Cf. graphe ci-après)

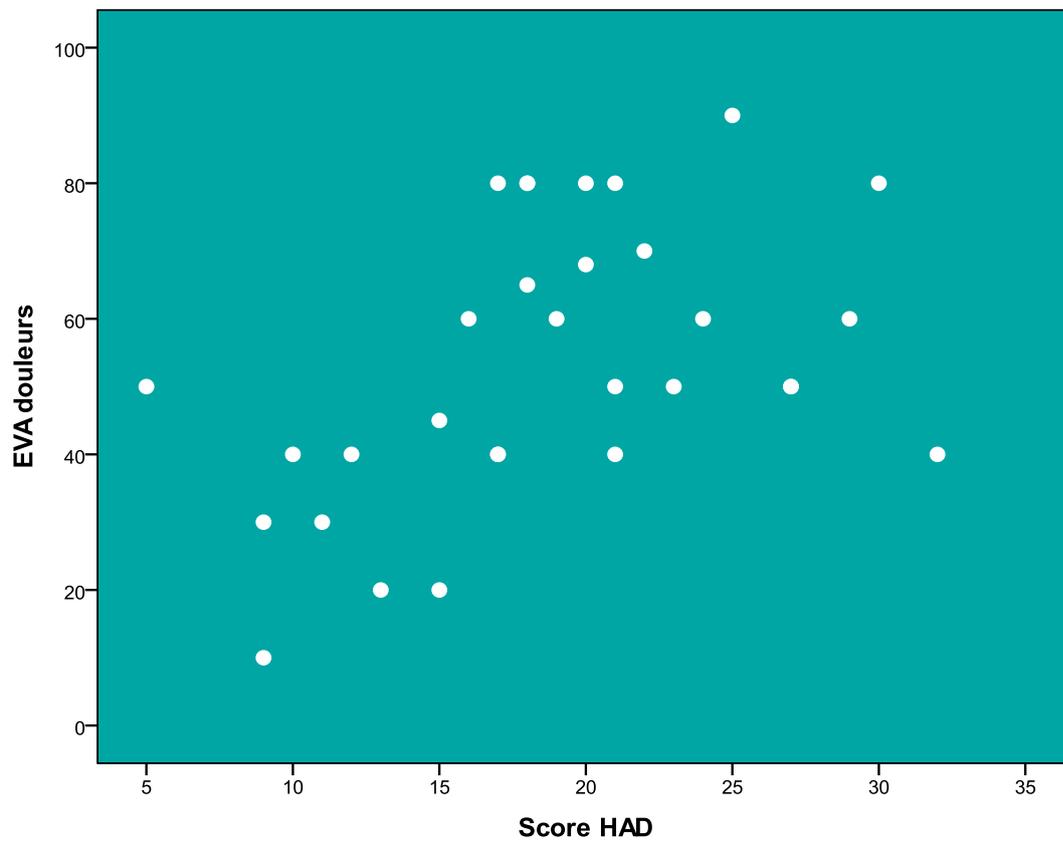


NB : autres diagrammes non consacrés au catastrophisme

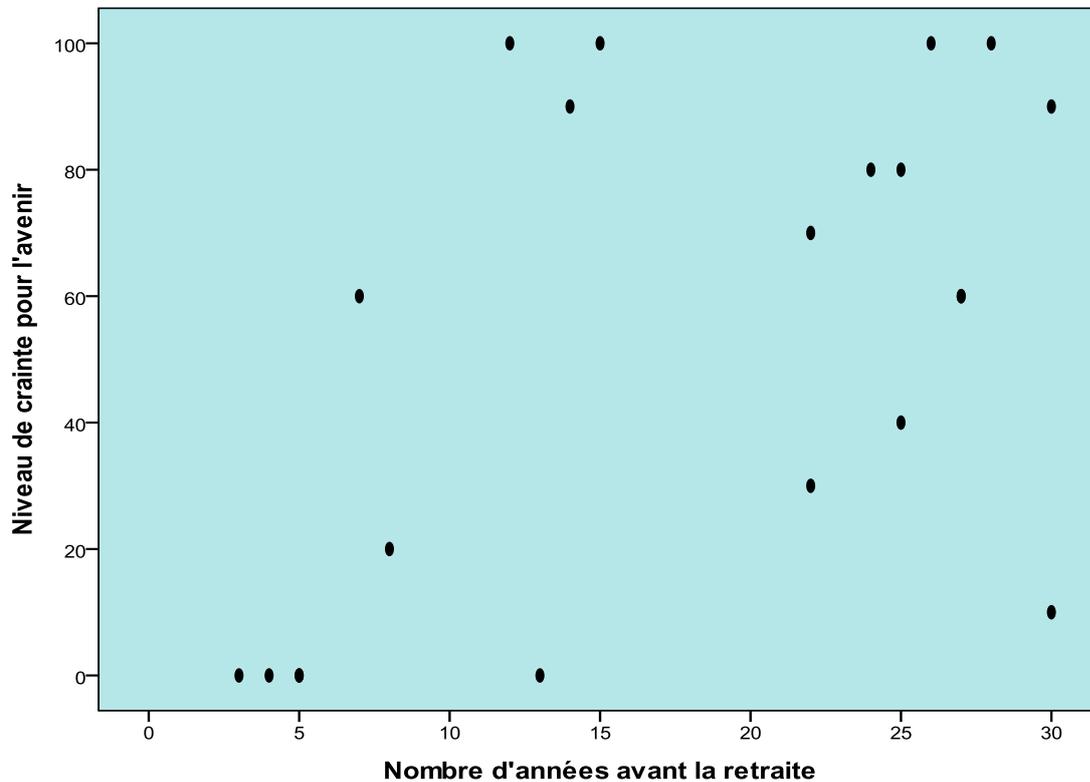
L'accord de principe des patients pour s'engager à lutter contre le catastrophisme ne parait pas lié à leurs scores de dépression, et au contraire la médiane du score de dépression est plus élevée chez ceux adhérant le plus à cette proposition.



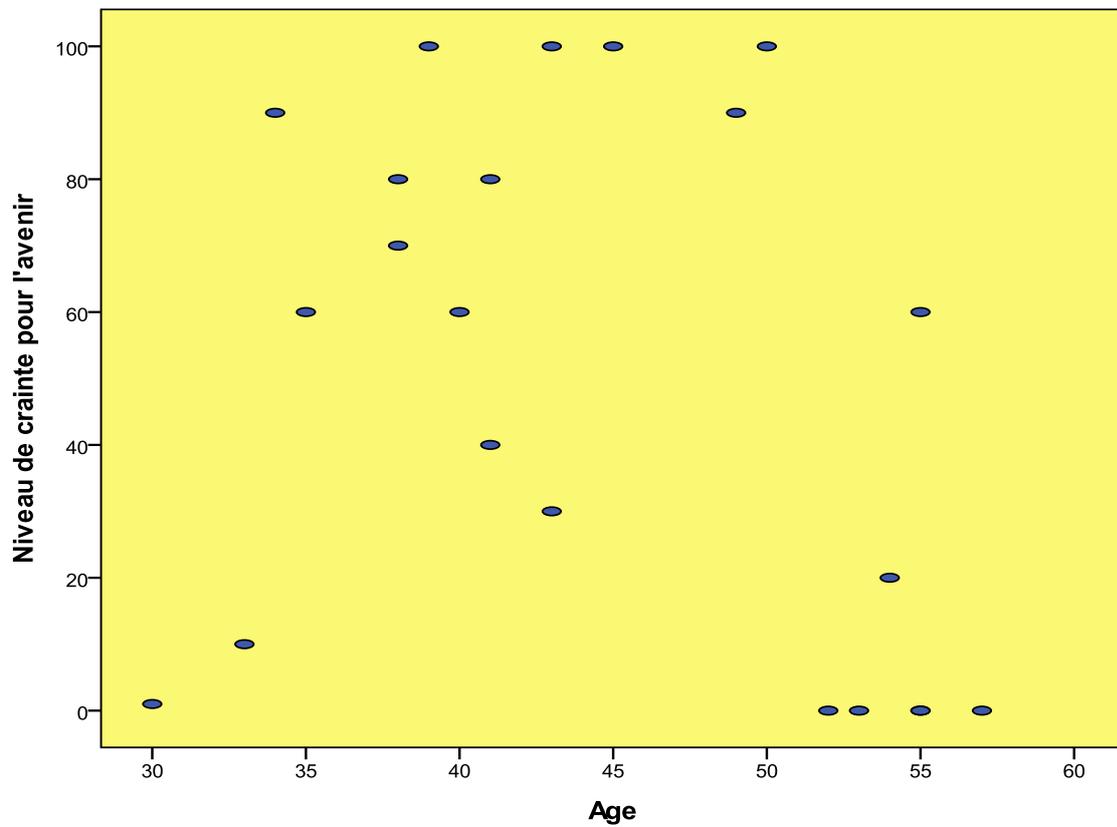
On retrouve une légère corrélation entre l'intensité de la douleur et le score HAD.



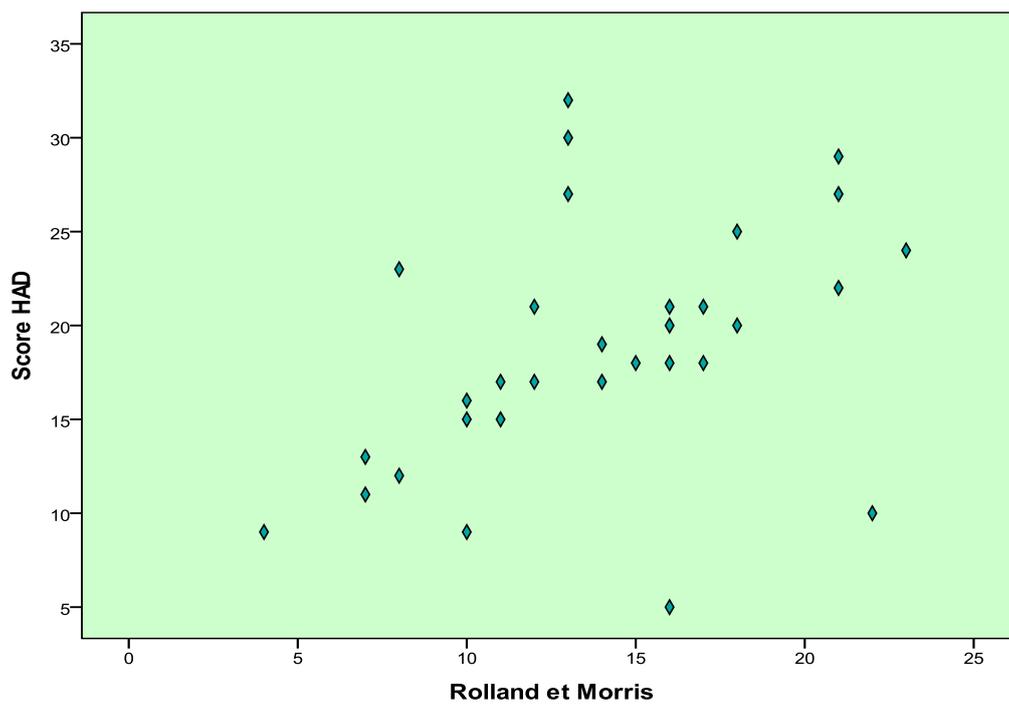
Il n'y a pas de corrélation entre le niveau de crainte pour l'avenir et le nombre d'année restant avant la retraite. (Cf. graphe ci-après)



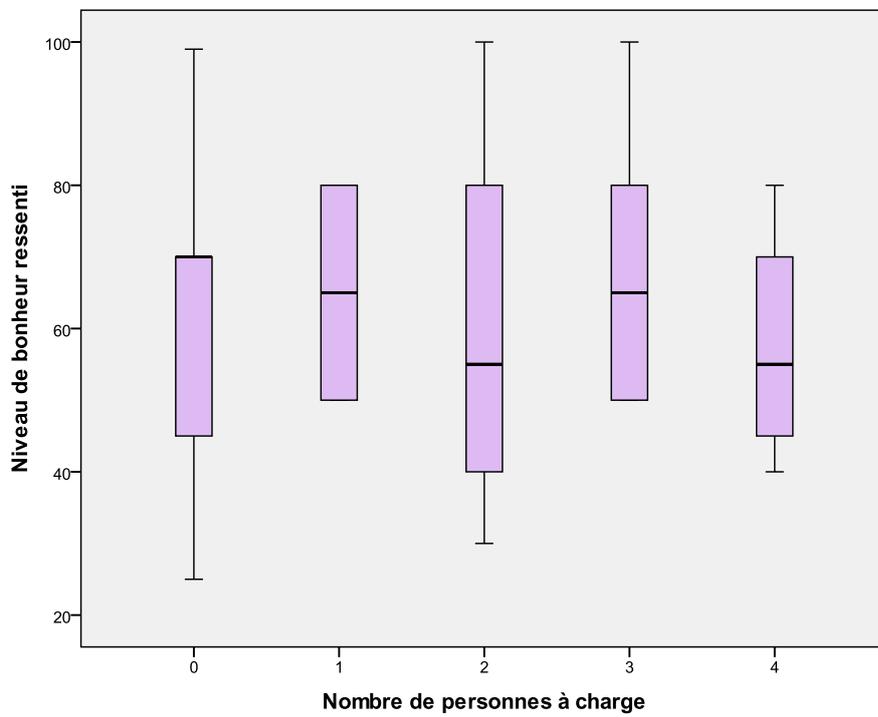
Il n'y a pas de corrélation entre l'âge et le niveau de crainte pour l'avenir. (Cf. graphe ci-après)



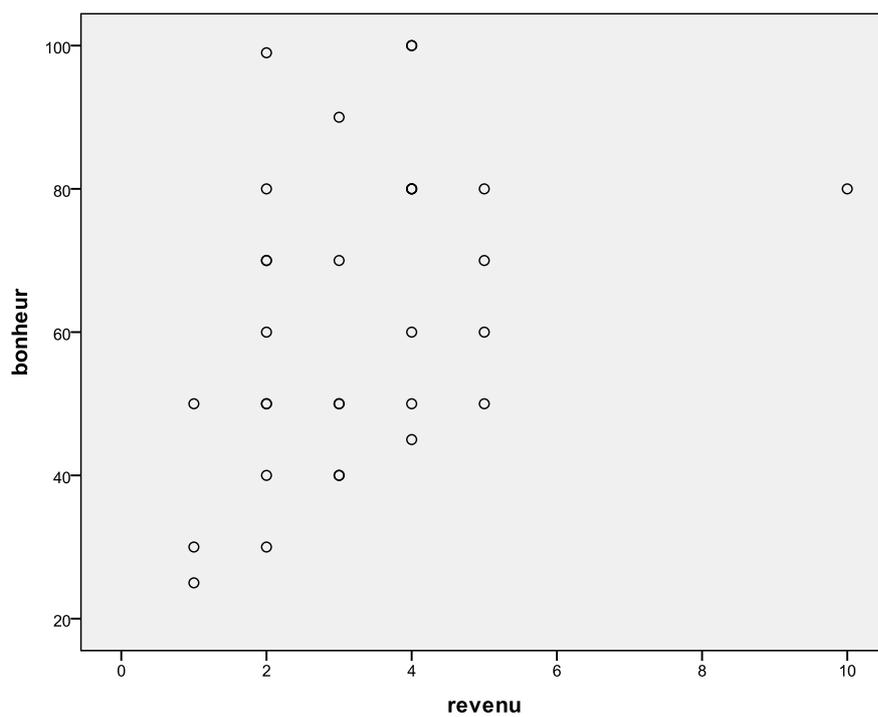
Le graphique ci-après laisse entrevoir une corrélation possible entre le score HAD et le score de Rolland et Morris, l'augmentation de l'un se faisant parallèlement avec l'augmentation de l'autre.



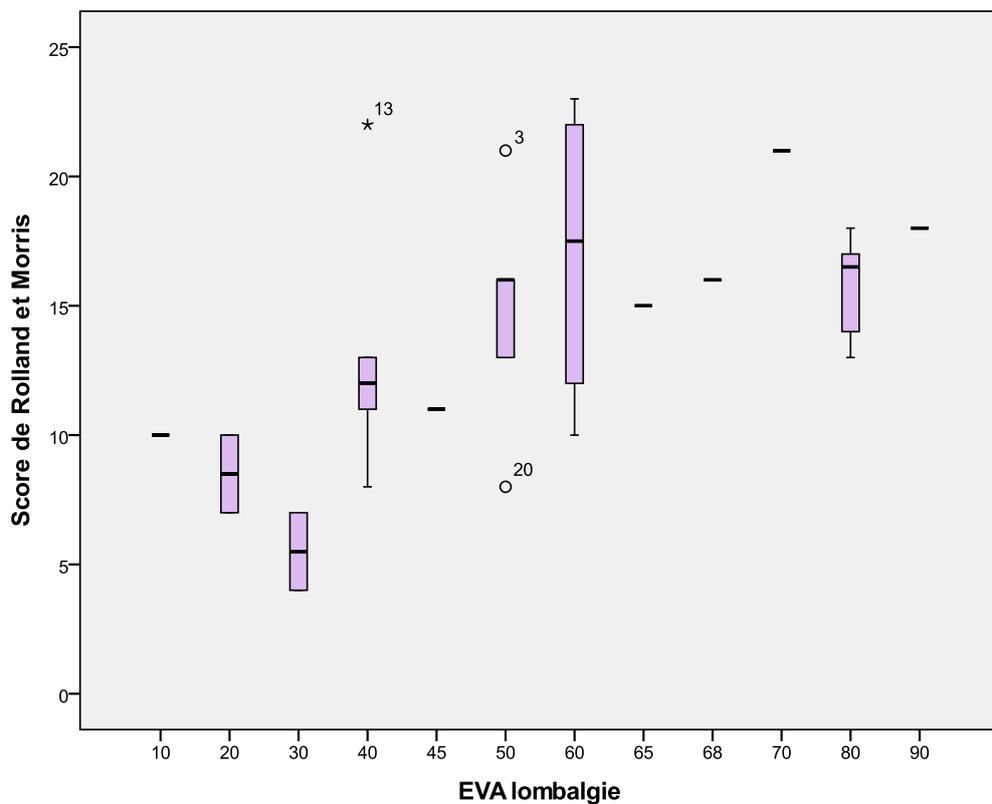
Il n'y a pas de corrélation entre le niveau de bonheur ressenti et le nombre de personne à charge dans la famille. (Cf. graphe ci-après)



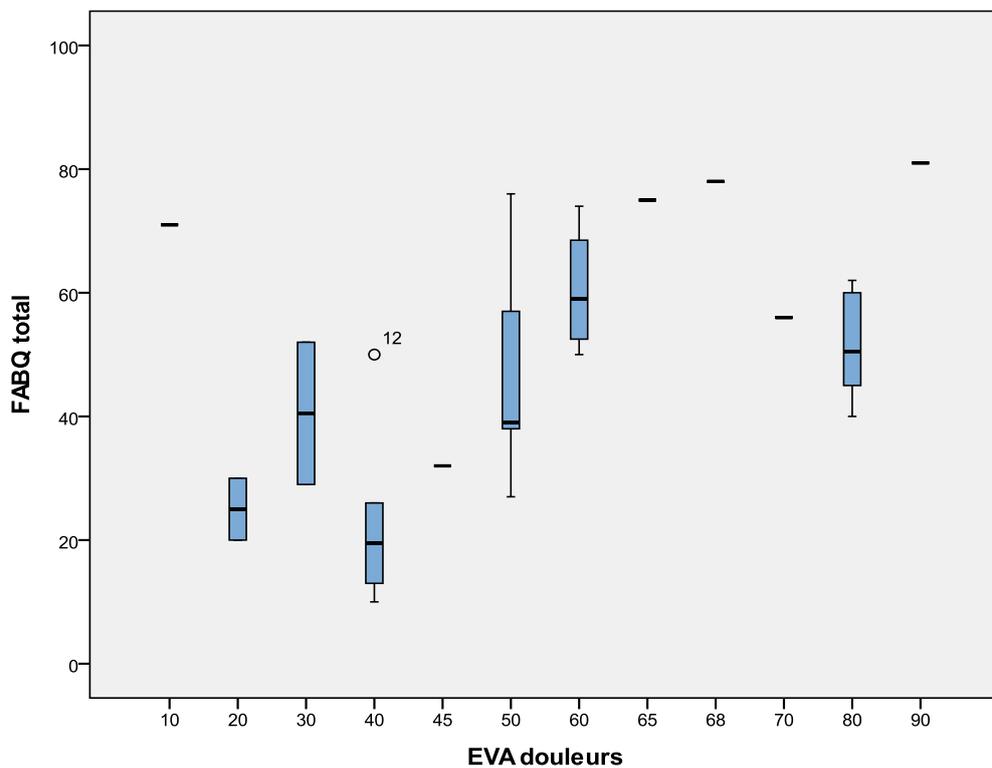
Le niveau de bonheur semble augmenter légèrement avec l'importance des revenus jusqu'à un certain point (25 000€/an) puis ne semble plus corrélé avec celui-ci pour des revenus annuels supérieurs à ce seuil. (Cf. graphe ci-après)



Le score de Rolland et Morris semble augmenter avec l'intensité de la douleur. (Cf. graphe ci-après)



Le score du FABQ ne semble pas corrélé avec la douleur. (Cf. graphe ci-après)



VI. Discussion

VI.1. Les limites du travail

L'étude a porté sur un petit échantillon (31 patients) et est monocentrique puisque le recrutement des patients s'est exclusivement déroulé au centre de rééducation de Maubreuil à Saint Herblain en secteur d'hospitalisation programmée. Ces patients étaient donc présélectionnés pour pouvoir être admis dans ce centre et avaient une histoire de maladie conséquente au point que la question de la chirurgie avait été posée.

On peut penser que dans les réponses fournies par les patients, il y ait un biais possible et majeur de l'effet Hawthorne (réponses plus pour faire plaisir à l'interviewer que pour exprimer le fond de la pensée dans un contexte hospitalier, notamment pour la conviction que le pessimisme puisse influencer sur l'état de santé et sur la volonté de lutter contre celui-ci).

Il n'existe pas, en outre, d'étude de la reproductibilité inter patient et inter observateur.

VI.2. Rappel des réponses concernant l'objectif principal

L'étude montre qu'au final, c'est 15 des 31 patients qui avaient un score de Sullivan supérieur à 30 et se trouvaient donc franchement catastrophistes, même si les scores de catastrophisme formaient un continuum entre presque rien et des scores élevés.

Ce sont 12 des 31 patients qui se percevaient comme catastrophistes avant même que ne leur était révélé le résultat du score de Sullivan, dont 10 des 15 patient réellement catastrophistes.

24 patients sur 31 acceptaient le verdict du score mais il restait 7 patients qui n'étaient pas encore tout à fait d'accord avec le score, dont 4 qui étaient réellement catastrophistes.

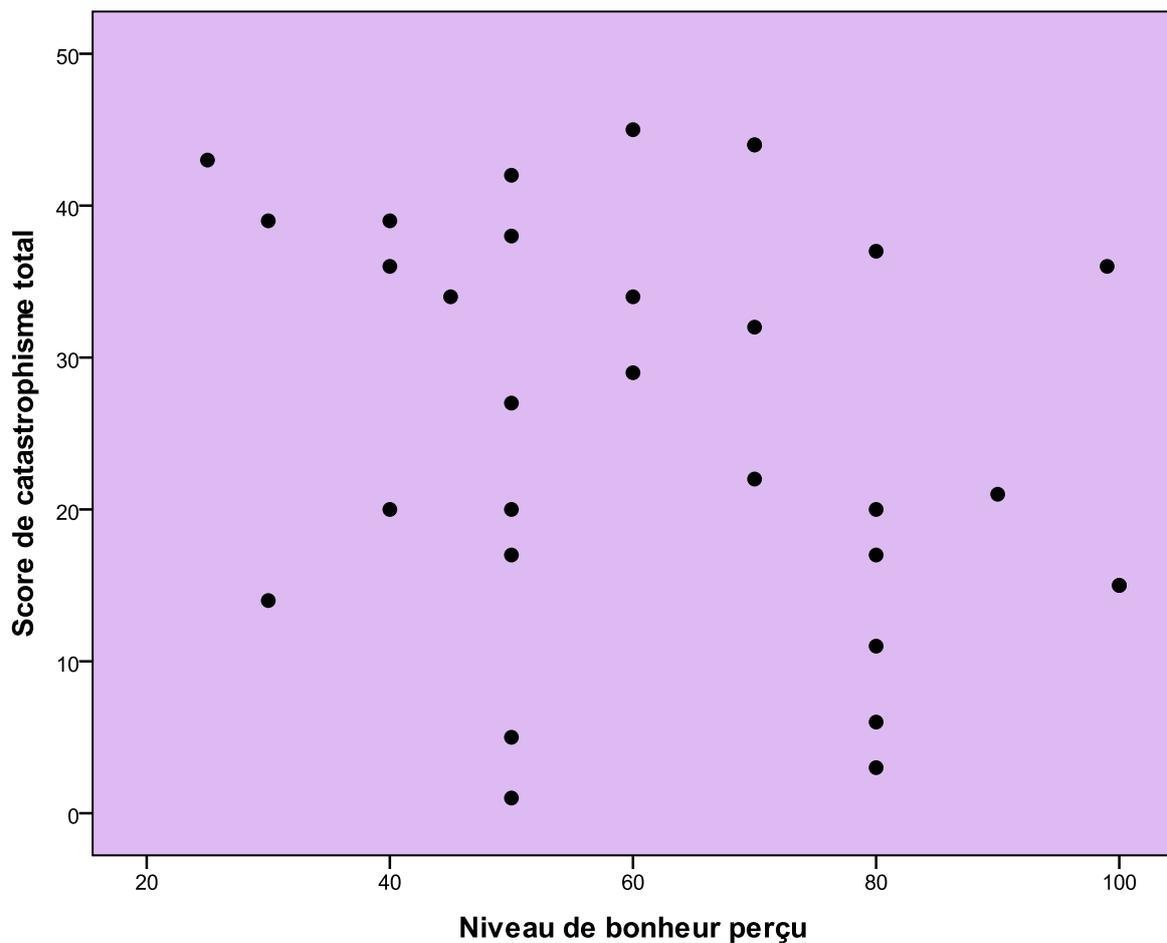
Lors du recrutement, aucun patient ne s'est vraiment offusqué d'avoir été classé catastrophiste (y compris le patient qui n'était pas du tout d'accord avec le score). Il y a donc une possibilité d'envisager chez un grand nombre de patients un dépistage puis une correction de leur catastrophisme lorsque celui-ci est existant et qui ne devrait pas être un tabou pour le médecin.

L'étude s'est arrêtée avant de faire signer aux patients un contrat écrit les engageant à lutter contre le catastrophisme et à participer à des travaux de groupe pour combattre les sentiments d'impuissance, de rumination et d'amplification.

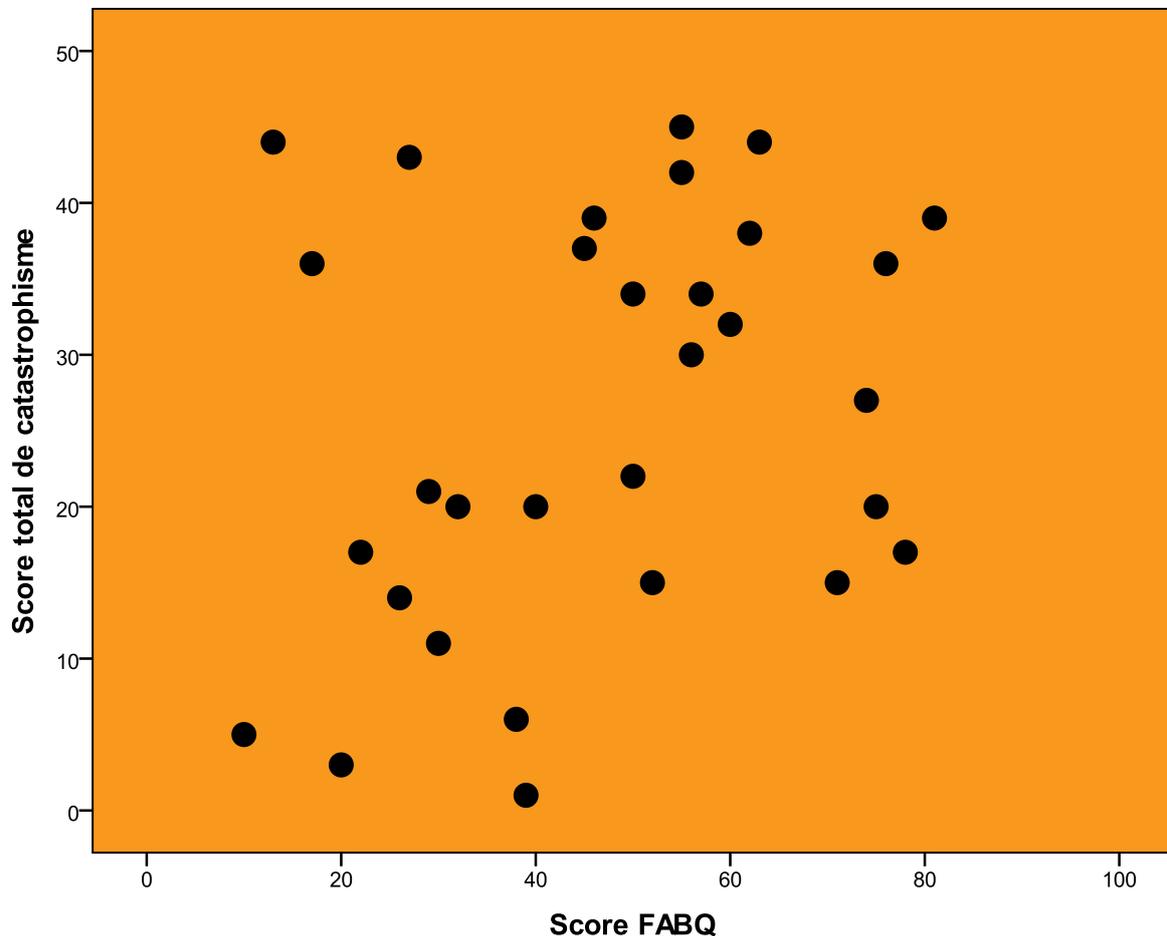
Le sentiment des patients suite à l'annonce d'un état de catastrophisme reste probablement conditionné par la manière dont l'entretien a pu se dérouler. Dans cette étude, il était demandé aux patients l'accord pour y participer après explication du but du travail et des ouvertures possibles qui pouvaient en découler. Dès cette étape, il leur était déjà expliqué la définition du catastrophisme afin de limiter les représentations péjoratives que cela pouvait faire naître en eux. Le remplissage des 5 questionnaires (questionnaire général, test de Sullivan, HAD, FABQ et Rolland & Maurice) prenait jusqu'à 2 heures par patient et se déroulait dans un contexte d'écoute et d'empathie. Venaient ensuite les 4 questions qui composaient les objectifs principaux et secondaires du travail de recherche. Lorsque le score de Sullivan dépassait la limite de 30 points, le patient en était informé, avec ce que cela impliquait : une possible amélioration de leur état. La réaction des patients catastrophistes qui ne se percevaient pas comme tels n'a pas été uniforme : certains semblaient surpris et réalisaient

leur état qu'ils ne soupçonnaient pas, d'autres avaient un sentiment d'incompréhension et tentaient de revenir sur certaines réponses dans le questionnaire de Sullivan. Lorsque les réponses du test étaient simplement relues, les patients ne les ont jamais remises en question et acceptaient ensuite leur score.

Cela permet de conclure que même en France, pays à forte tradition de victimisation, le sujet n'est pas tabou puisque la plupart des patients admettent qu'ils entretiennent une partie de leur douleur ou de leur impotence fonctionnelle même si le niveau de catastrophisme n'est pas corrélé au niveau de bonheur estimé (Cf. graphe ci-après)



L'intérêt majeur est que la mise en relation du score FABQ et du score de Sullivan permet de trier les patients: ceux qui relèvent plus d'un rééducateur (FABQ élevé et catastrophisme bas) et ceux qui relèvent plus d'un psychologue (FABQ bas et catastrophisme élevé) (Cf. graphe ci-après)



VI.3. Pistes de traitements possibles du catastrophisme et résultats

On sait aujourd'hui que le catastrophisme, quelle que soit la pathologie à laquelle il est associé (y compris chirurgicale), est associé à de nombreux phénomènes négatifs, avec une plus grande intensité de la douleur¹⁴⁻²¹ et une forte tendance à la chronicisation^{22,23}, une détresse affective²⁴, la survenue de dépression^{25,26}, des tensions musculaires²⁷, une réponse insuffisante aux traitements^{20, 21, 27-33}, un recours augmenté et/ou mésusage des opioïdes^{32,34,35}, ainsi qu'une durée d'hospitalisation plus importante³⁶. De plus, il est également associé à un risque plus élevé de développer une douleur chronique³⁰, et serait même le meilleur prédicteur de l'évolution d'une lombalgie aiguë vers une lombalgie chronique³⁷. Le dépistage du catastrophisme serait donc utile pour identifier les patients qui présenteraient un haut score de catastrophisme en général, avec un faible FABQ en particulier, avec des conséquences, s'il est correctement traité, qui toucheraient de nombreux domaines de la vie du patient.

Le catastrophisme est traité le plus couramment dans le monde par la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), en une dizaine de sessions couvrant un champ plus large puisqu'elle intègre d'autres dimensions telles que la stimulation, l'aptitude à la communication, l'activité quotidienne, l'hygiène et le sommeil³⁸... Mais les contraintes inhérentes (coût financier et coût en temps principalement) peuvent être un frein à une prise en charge correcte et efficace.

Des auteurs ont donc proposé un modèle plus spécifique du traitement du catastrophisme³⁹ consistant en une unique session de 2h. Une première partie était à visée didactique, leur fournissant des notions sur l'esprit et le corps humain. La deuxième partie leur apprenait à reconnaître leur propre catastrophisme et comment y faire face, leur permettant ainsi de développer des stratégies qu'ils s'auto-construisaient et de les mettre en application dans leur vie de tous les jours. Au terme de cette séance, les patients repartaient avec un plan à suivre qu'ils avaient eux-mêmes rédigé et qui était par conséquent parfaitement personnalisé pour lutter contre leur catastrophisme. Outre le fort taux de participation, les résultats semblaient encourageants puisque le catastrophisme avait significativement diminué 2 à 4 semaines après la réalisation de l'unique session. Dans le même sens, certaines études montrent que le traitement du catastrophisme par 6 semaines de TCC permet de réduire le catastrophisme, mais aussi le nombre d'arrêt de travail et l'absentéisme des travailleurs actifs⁴⁰⁻⁴².

Le principal frein à ces prises en charge est l'acceptation par le patient de sa psychologie catastrophiste et de sa conviction ou non que celle-ci influe directement ou indirectement sur son état physique, et notamment sur l'intensité de la douleur qu'il éprouve. La présente étude est rassurante dans le sens où elle retrouve peu de patient refusant d'admettre leur état de catastrophisme, et peu de patient qui ne pensent pas que l'état psychique peut influencer sur l'intensité de leur douleur.

Des modèles de prise en charge ont également émergé par internet, toujours basés sur la réalisation de TCC chez des patients atteints de douleurs chroniques⁴³⁻⁴⁶. Ces études, consistant en la construction de stratégies d'autogestion par les patients porteurs d'une maladie/douleur chronique semblaient prometteuses⁴⁷. 3 essais récents semblent aller dans ce sens:

le premier était une intervention via le net consistant en une information sur l'auto gestion de patientes atteintes de fibromyalgie, sans contact avec un psychothérapeute avec contrôle de l'évolution des douleurs à 6 mois⁴⁸. Le second testait l'impact d'une thérapie par le net (toujours sans contact avec un psychothérapeute) sur la douleur, le catastrophisme et l'impotence fonctionnelle⁴⁹. Le troisième essai, après 8 semaines de TCC par internet, évaluait le catastrophisme à 6 mois de l'intervention⁵⁰. Ces 3 travaux retrouvaient des résultats significativement positifs sur la douleur, le catastrophisme et l'impotence fonctionnelle en fonction des paramètres respectivement étudiés, à 6 mois.

Mais une étude visant à évaluer les effets de ce nouveau type d'intervention sur le plus long terme⁵¹ (11 mois) retrouvait des résultats beaucoup moins encourageants. L'intervention consistait en une TCC via internet mais avec un suivi plus long. Les patients inclus n'étaient pas plus améliorés au bout d'un an. Seule une volonté de s'éloigner du catastrophisme semblait être plus présente parmi eux, mais sans différence significative par rapport au groupe contrôle. Cela nécessite probablement d'autres investigations dans ce sens qui n'est pas dénué d'intérêt puisqu'il a la possibilité d'autonomiser les patients dans leur prise en charge et en les rendant acteurs de celle-ci, les valorise en les libérant d'une assistance médico-sociale plus ou moins importante.

Cette problématique du dépistage et du traitement du catastrophisme utile pour la lombalgie chronique dépasse même le cadre de cette pathologie. Déjà diverses études ont été menées sur le sujet en incluant des patients porteurs de différentes maladies : polyarthrite rhumatoïde⁵², l'arthrose⁵³, la fibromyalgie²⁶, la drépanocytose³⁶, la douleur secondaire à des lésions tissulaires^{54, 55}, douleurs neuropathiques¹⁶, les douleurs dentaires^{56, 57}, les patients se remettant d'une chirurgie³⁵... On peut donc légitimement penser que les bénéfices de la prise en charge du catastrophisme dans le cadre de la lombalgie chronique pourraient donc s'appliquer de la même manière à ces différents cadres nosologiques.

Il est important toutefois de relativiser ces conclusions. En effet, le fait de retrouver des scores de douleur plus élevés chez les patients refusant de reconnaître leur catastrophisme ne permet pas de conclure que le catastrophisme implique une majoration de l'intensité de douleur, l'inverse pouvant également expliquer ce résultat. En effet, le score de Rolland et Morris significativement plus élevé chez cette même population (patients refusant leur catastrophisme) suggère que la douleur élevée peut être la cause, au moins en partie, de leur catastrophisme. Il serait intéressant de faire des études longitudinales ou seul un paramètre pouvant influencer sur le catastrophisme change pour voir l'effet que cela aurait sur par exemple la douleur, tout ceci dans un but de mieux préciser la corrélation et la causalité de ces 2 paramètres.

De plus, il est légitime de considérer qu'il existe deux types de catastrophisme qui s'associent à divers degrés : le catastrophisme intrinsèque ou inné, qui caractérise la personne, et le catastrophisme extrinsèque ou acquis, qui peut apparaître au cours de la vie. C'est principalement sur ce dernier qu'il serait possible d'agir, ce qui implique que le catastrophisme dans son ensemble ne peut être totalement accessible à une prise en charge bien menée. Quand bien même on obtiendrait une amélioration du catastrophisme, celle-ci ne permettrait pas non plus de traiter la totalité des douleurs éprouvées par les patients. En revanche, sa reconnaissance et sa prise en charge pourrait être bénéfique pour la phobie du mouvement éprouvée par le sujet, mais aussi pour son entourage (moins de plaintes exprimées), pour la relation médecin-patient, voire même pour le retour à l'emploi.

Par ailleurs, en revenant sur certains résultats de l'étude, il est intéressant de noter que contrairement à ce qu'on pouvait penser, les français semblent ouverts à cette problématique, d'une part en reconnaissant leur propre catastrophisme, et d'autre part l'intérêt de lutter contre. Ainsi, ils sont prêts à accepter une part de coresponsabilité dans l'évolution et la sévérité de leur pathologie, et à y faire face. Cela rend optimiste dans le sens où il s'agissait précisément des freins potentiels à cette nouvelle prise en charge qui existe déjà dans certains autres pays du monde avec des résultats plus que probants. Et pourtant, toute cette réflexion sur ce versant psychologique des lombalgies chroniques et par extension, des maladies douloureuses chroniques, n'est pas vraiment encouragée par la société d'aujourd'hui. Les médias et les industriels de la santé ont en effet intérêt à ce que les patients deviennent plus catastrophistes et donc plus consommateurs de biens et de services médicaux. Le rôle du médecin reste néanmoins, à contre-courant, d'inciter les patients à se sentir mieux, en les aidant à réaliser leur catastrophisme dont ils sont la première victime.

VII. Annexes

VII.1. Annexe 1

Casuistique des patients

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
age	31	30	83	51,10	13,355
sexe	31	0	1	0,35	0,486
duree	31	12	600	168,26	155,770
irradiat	31	0	1	0,81	0,402
opere	31	0	1	0,39	0,495
eva	31	10	90	53,48	20,654
informe	31	0	1	0,81	0,402
tv	31	0	1	0,26	0,445
livre	31	0	1	0,26	0,445
internet	31	0	1	0,48	0,508
seul	31	0	1	0,19	0,402
couplprest	31	0	1	0,84	0,374
couplpass	31	0	1	0,10	0,301
nacharge	31	0	4	1,55	1,524
craintefamill	31	0	100	34,68	32,887
soutienfamill	31	0	100	79,03	30,562
generalis	31	1	1	1,00	0,000
mtravail	31	0	1	0,42	0,502
medsport	31	0	1	0,06	0,250
kine	31	0	1	0,94	0,250
osteopathe	31	0	1	0,61	0,495
chirurgien	31	0	1	0,55	0,506
reeducateur	31	0	1	0,77	0,425
psychologue	31	0	1	0,42	0,502
guerisseur	31	0	1	0,13	0,341
algologue	31	0	1	0,10	0,301
confiance	31	10	100	81,42	20,554
nhospit	31	0	35	5,97	7,922
cdi	31	0	1	0,58	0,502
cdd	31	0	1	0,03	0,180
retraite	31	0	1	0,23	0,425
invalidite	31	0	1	0,13	0,341
sanstravail	31	0	1	0,03	0,180
typetravail	31	0	5	3,97	1,378
taillew	16	1	5	3,63	1,360
revenu	31	1	10	3,26	1,751
narretw	29	0	50	7,59	11,906
dureearretw	22	0	1500	221,36	378,260
anneeretraite	23	0	30	16,61	9,976
nlicenci	31	0	10	0,94	1,931
craintavenir	22	0	100	49,59	39,998

epanouiss	23	0	100	62,61	35,093
contentieux	31	0	1	0,23	0,425
contentieuxw	31	0	1	0,03	0,180
maladprof	31	0	0	0,00	0,000
accidentw	31	0	1	0,10	0,301
employcompre	20	0	1	0,60	0,503
bonheur	31	25	100	62,23	21,148
pathograde	30	0	1	0,17	0,379
traumatise	30	0	1	0,63	0,490
perceptcata	31	1	4	2,16	1,369
denicaata	31	0	1,00	0,2258	0,42502
sullivan	31	1	45	26,03	13,485
catstrophistes	31	0	1,0	0,484	,5080
daccordscore	31	1	5	4,52	1,092
pessimisme	31	1	5	3,84	1,393
prelutter	31	1	5	4,29	1,216
impuissance	31	0	25	12,52	6,816
amplifications	31	0	11	5,19	3,410
ruminations	31	0	18	8,35	4,875
anxiete	31	0	17	10,03	3,737
depression	31	1	15	8,71	4,076
had	31	5	32	18,74	6,578
fabq	31	0	42	19,55	12,027
fabqphys	31	0	21	15,13	5,512
fabtotal	31	10	81	46,74	20,578
rolland	31	4	23	14,00	4,851

VII.2. Annexe 2

Comparaison des 24 patients qui acceptent les scores et des 7 qui ne sont pas tout à fait ou pas d'accord du tout

Statistiques de groupe

	acceptent	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
age	0	7	55,14	14,194	5,365
	1	24	49,92	13,177	2,690
sexe	0	7	,14	,378	,143
	1	24	,42	,504	,103
duree	0	7	214,29	198,489	75,022
	1	24	154,83	143,313	29,254
irradiat	0	7	,86	,378	,143
	1	24	,79	,415	,085
opere	0	7	,43	,535	,202
	1	24	,38	,495	,101
eva	0	7	60,71	17,423	6,585
	1	24	51,38	21,370	4,362
informe	0	7	,86	,378	,143
	1	24	,79	,415	,085
tv	0	7	,29	,488	,184
	1	24	,25	,442	,090
livre	0	7	,14	,378	,143
	1	24	,29	,464	,095
internet	0	7	,43	,535	,202
	1	24	,50	,511	,104
seul	0	7	,29	,488	,184
	1	24	,17	,381	,078
couplprest	0	7	1,00	,000	,000
	1	24	,79	,415	,085
couplpass	0	7	,00	,000	,000
	1	24	,13	,338	,069
nacharge	0	7	1,71	1,799	,680
	1	24	1,50	1,474	,301
craintefamill	0	7	20,00	15,275	5,774
	1	24	38,96	35,569	7,261
soutienfamill	0	7	92,86	12,536	4,738
	1	24	75,00	33,199	6,777

generalis	0	7	1,00	,000 ^a	,000
	1	24	1,00	,000 ^a	,000
mtravail	0	7	,29	,488	,184
	1	24	,46	,509	,104
medsport	0	7	,00	,000	,000
	1	24	,08	,282	,058
kine	0	7	1,00	,000	,000
	1	24	,92	,282	,058
osteopathe	0	7	,86	,378	,143
	1	24	,54	,509	,104
chirurgien	0	7	,71	,488	,184
	1	24	,50	,511	,104
reeducateur	0	7	,86	,378	,143
	1	24	,75	,442	,090
psychologue	0	7	,14	,378	,143
	1	24	,50	,511	,104
guerisseur	0	7	,00	,000	,000
	1	24	,17	,381	,078
algologue	0	7	,00	,000	,000
	1	24	,13	,338	,069
confiance	0	7	77,14	16,293	6,158
	1	24	82,67	21,785	4,447
nhospit	0	7	8,00	9,238	3,491
	1	24	5,38	7,615	1,554
cdi	0	7	,43	,535	,202
	1	24	,63	,495	,101
cdd	0	7	,00	,000	,000
	1	24	,04	,204	,042
retraite	0	7	,43	,535	,202
	1	24	,17	,381	,078
invalidite	0	7	,14	,378	,143
	1	24	,13	,338	,069
sanstravail	0	7	,00	,000	,000
	1	24	,04	,204	,042
typetravail	0	7	3,71	1,254	,474
	1	24	4,04	1,429	,292
taillew	0	2	4,50	,707	,500
	1	14	3,50	1,401	,374
Revenu	0	7	3,00	1,155	,436
	1	24	3,33	1,903	,389

Narretw	0	6	4,00	6,000	2,449
	1	23	8,52	12,954	2,701
dureearretw	0	3	296,67	359,490	207,552
	1	19	209,47	389,197	89,288
Anneeretraite	0	4	21,00	10,801	5,401
	1	19	15,68	9,849	2,260
Nlicenci	0	7	,57	1,134	,429
	1	24	1,04	2,116	,432
craintavenir	0	4	60,00	43,205	21,602
	1	18	47,28	40,196	9,474
epanouiss	0	4	55,00	44,347	22,174
	1	19	64,21	34,086	7,820
contentieux	0	7	,29	,488	,184
	1	24	,21	,415	,085
Contentieuxw	0	7	,00	,000	,000
	1	24	,04	,204	,042
maladprof	0	7	,00	,000 ^a	,000
	1	24	,00	,000 ^a	,000
accidentw	0	7	,29	,488	,184
	1	24	,04	,204	,042
Employcompre n	0	3	,67	,577	,333
	1	17	,59	,507	,123
Bonheur	0	7	59,86	22,064	8,339
	1	24	62,92	21,311	4,350
pathograve	0	7	,29	,488	,184
	1	23	,13	,344	,072
traumatise	0	7	,71	,488	,184
	1	23	,61	,499	,104
perceptcata	0	7	2,14	1,464	,553
	1	24	2,17	1,373	,280
denicaata	0	7	,5714	,53452	,20203
	1	24	,1250	,33783	,06896
Sullivan	0	7	30,14	10,303	3,894
	1	24	24,83	14,242	2,907
Catstrophistes	0	7	,714	,4880	,1844
	1	24	,417	,5036	,1028
daccordscore	0	7	3,43	1,272	,481
	1	24	5,00	,000	,000
recalcitrant	0	7	,1429	,37796	,14286
	1	24	,0000	,00000	,00000

pessimisme	0	7	3,29	1,380	,522
	1	24	4,00	1,383	,282
prelutter	0	7	3,86	1,676	,634
	1	24	4,42	1,060	,216
impuissance	0	7	15,71	6,157	2,327
	1	24	11,58	6,833	1,395
amplifications	0	7	5,71	2,812	1,063
	1	24	5,04	3,605	,736
ruminations	0	7	8,57	4,276	1,616
	1	24	8,29	5,120	1,045
anxiete	0	7	9,86	4,018	1,519
	1	24	10,08	3,741	,764
depression	0	7	9,86	3,132	1,184
	1	24	8,38	4,312	,880
had	0	7	19,71	6,651	2,514
	1	24	18,46	6,672	1,362
fabq	0	7	18,57	13,831	5,227
	1	24	19,83	11,765	2,401
fabqphys	0	7	17,43	1,813	,685
	1	24	14,46	6,058	1,236
fabtotal	0	7	49,43	20,403	7,712
	1	24	45,96	20,998	4,286
rolland	0	7	16,71	3,450	1,304
	1	24	13,21	4,969	1,014

a. t ne peut être calculé car les écarts-types des deux groupes sont nuls.

VII.3. Annexe 3

VII.3.1. Questionnaire général

QUESTIONNAIRE GENERAL					
Vous allez répondre à un questionnaire pour savoir si certaines lombalgies (mal de dos) pourraient être amélioré(es) par des approches complémentaires					
Les questions auxquelles vous allez répondre ne sont pas nominatives et resteront confidentielles.					
Age :					
Sexe :					
Concernant votre maladie (lombalgie chronique) :					
Ancienneté de vos lombalgies (mal de dos) (en mois) :		Nombre :			
Sont-elles associées à des douleurs dans les cuisses ou les jambes (sciatique, etc...) ?		Cocher: OUI NON			
Avez-vous été opéré(e) pour ces lombalgies ?		Cocher: OUI NON			
A combien estimez-vous vos lombalgies sur une échelle de 0 à 100 ? (où 0 = aucune douleur)		Nombre 0 à 100:			
Vous êtes-vous informés sur votre pathologie ?		Cocher: OUI NON			
Si oui, par quelle moyen : -TV		Cocher: OUI NON			
-livre		Cocher: OUI NON			
-internet		Cocher: OUI NON			
Concernant votre environnement :					
Vivez-vous seul[e] ?		Cocher: OUI NON			
Quel est votre statut marital ? célibataire, marié ou en couple, séparé ou divorcé, veuf (entourez une de ces quatre possibilités)		Célibataire En couple Séparé Veuf/ve			
Combien de personnes avez-vous à charge (en dehors de vous-même) ?		Nombre :			
Quel est votre niveau de crainte pour votre avenir familial ? 0 à 100 (0 = aucune crainte, à 100 = crainte extrême pour l'avenir familial)		Nombre 0 à 100:			
Avez-vous le sentiment de recevoir un soutien familial : 0 à 100 (0 = aucun soutien, à 100 = soutien total)		Nombre 0 à 100:			
Concernant votre prise en charge médicale :					
Avez-vous déjà sollicité : -votre médecin généraliste		Cocher: OUI NON			
-la médecine du travail		Cocher: OUI NON			

-la médecine du sport		Cocher:	OUI	NON	
-des kinésithérapeutes		Cocher:	OUI	NON	
-un ostéopathe		Cocher:	OUI	NON	
-un chirurgien		Cocher:	OUI	NON	
-des rééducateurs		Cocher:	OUI	NON	
- un psychologue		Cocher:	OUI	NON	
-autre					
D'une manière générale, quelle confiance accordez-vous à ces professionnels de santé ? (de 0 = aucune confiance à 100 = totale confiance)					
Nombre d'hospitalisations pour vos lombalgies (récentes ou anciennes)					
Concernant votre situation socio-professionnelle :					
Quelle est la nature de votre contrat de travail ? étudiant, chômage, en invalidité, en retraite, fonctionnaire, salarié du privé en CDI, salarié du privé en CDD, artisan/à son compte (merci de citer une seule de ces possibles réponses)					
Si vous travaillez dans une entreprise, quelle est sa taille ? 1 personne, de 2 à 5, de 6 à 20, de 20 à 50, de 50, à 200, + de 200 (merci de citer une seule de ces possibles réponses)					
Quelle est le niveau de revenu annuel net de votre ménage ? 10.000 euros par an, entre 10 et 20.000, 20.000 et 30.000, jusqu'à 100.000 et plus...		Revenu annuel			
Combien avez-vous eu d'arrêts de travail à causes de vos lombalgies ?		Nombre 0 à ...:			
Quelle est la durée de l'arrêt de travail actuel (en jours) ?		Nombre 0 à ...:			
Combien d'années vous séparent de la retraite ?		Nombre 0 à ...:			
Combien de licenciements avez-vous vécu ?		Nombre 0 à 10			
A combien estimez-vous votre crainte quant à votre emploi à l'avenir ? EVA de 0 à 100 (0 = aucune crainte, à 100 = crainte extrême pour l'avenir professionnel)		Nombre 0 à 100:			
A combien noteriez-vous votre épanouissement au travail ? 0 à 100 (0 = travail très ingrat, à 100 = travail très épanouissant)		Nombre 0 à 100:			
Existe-t'il (ou non) un contentieux non lié au travail (ex: accident de voiture, etc..) ?		Cocher:	OUI	NON	
Existe-t'il (ou non) un contentieux lié à votre travail (ex: conflit avec votre employeur) ?		Cocher:	OUI	NON	
Vos lombalgies sont-elles prises en maladie professionnelle ?		Cocher:	OUI	NON	
Vos lombalgies font-elles suite à un accident de travail ?		Cocher:	OUI	NON	
Avez-vous le sentiment que votre employeur comprend vos problèmes de santé ?		Cocher:	OUI	NON	

Comment évaluez-vous votre niveau de bonheur (de 0 = très malheureux, à 100 = très heureux)		Nombre 0 à 100:			
Sur le plan médical :					
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de pathologies médicales graves (cœur, cancer, etc...) ?		Cocher:	OUI	NON	
Avez-vous vécu des événements très traumatisants (ex : sévices, perte d'un enfant, etc...) ?		Cocher:	OUI	NON	
Jugement personnel sur son propre tempérament (catastrophiste ou non)	Cocher:				
Pensez-vous avoir un tempérament catastrophiste?	Oui tout à fait	Oui en partie	Ne sait pas	Non en partie	Non pas du tout
Etes-vous d'accord avec la manière dont votre score vous classe (catastrophiste ou non) ?	Oui tout à fait	Oui en partie	Ne sait pas	Non en partie	Non pas du tout
Pensez-vous que le pessimisme peut majorer des lombalgies ?	Oui tout à fait	Oui en partie	Ne sait pas	Non en partie	Non pas du tout
Seriez-vous prêt à vous engager sérieusement à lutter par vous-mêmes contre tout pessimisme ?	Oui tout à fait	Oui en partie	Ne sait pas	Non en partie	Non pas du tout

VII.3.2. Questionnaire de Sullivan

QUESTIONNAIRE DE SULLIVAN	
<p>Chacun vit des situations douloureuses à certains moments dans sa vie. De telles expériences peuvent inclure des maux de tête, des maux de dents, des douleurs peuvent causer la douleur telles que la maladie, les accidents, les interventions musculaires ou articulaires. Les gens sont souvent exposés aux situations qui dentaires ou chirurgicales.</p> <p>Nous sommes intéressés à connaître les types de pensées et d'émotions que vous avez lorsque vous êtes en douleur. Voici 13 énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur.</p> <p>À l'aide de l'échelle suivante, indiquez sur la ligne, le degré auquel correspondent ces pensées et émotions lorsque vous éprouvez la douleur:</p>	
	0= pas du tout
	1= à un faible degré
	2= à un degré modéré
	3= à un degré élevé
	4= tout le temps
QUESTIONNAIRE	
	Date
	Nom (3 premières initiales)
	Prénom (3 premières initiales)
	Age
	Sexe
Lorsque j'éprouve la douleur,	
0 à 4	1. je me préoccupe tout le temps si la douleur va cesser
0 à 4	2. j'ai le sentiment que je ne peux pas fonctionner
0 à 4	3. c'est terrible et je pense que ça n'ira jamais mieux
0 à 4	4. c'est affreux et j'ai le sentiment que ça me dépasse

0 à 4	5. j'ai le sentiment que je ne peux plus l'endurer _____
0 à 4	6. j'ai peur que la douleur empire _____
0 à 4	7. je n'arrête pas de penser à d'autres situations douloureuses _____
0 à 4	8. je veux avec anxiété que la douleur s'en aille
0 à 4	9. je ne peux pas la chasser de mon esprit
0 à 4	10. je n'arrête pas de penser à comment ça fait mal
0 à 4	11. je n'arrête pas de penser à quel point je veux que la douleur cesse
0 à 4	12. il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur
0 à 4	13. je me demande si quelque chose de plus sérieux peut survenir
	Comment analyser le résultat:
	>20: Détection des patients à risques
	>30: Détection Catastrophisme
	Sentiment d'impuissance: 1-5, 12
	Amplification des douleurs: 6-7, 13
	Rumination: 8-11

VII.3.3. Questionnaire d'évaluation de l'anxiété et de la dépression

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE L'ANXIETE ET DE LA DEPRESSION	
<p>Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.</p> <p>Lisez les questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.</p> <p>Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate sera la meilleure.</p>	
(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :	3 La plupart du temps
	2 Souvent
	1 De temps en temps
	0 Jamais
(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :	3 Presque toujours
	2 Très souvent
	1 Parfois
	0 Jamais
(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :	0 Oui, tout autant qu'avant
	1 Pas autant
	2 Un peu seulement
	3 Presque plus
(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :	0 Jamais
	1 Parfois
	2 Assez souvent
	3 Très souvent

(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :	3 Oui, très nettement
	2 Oui, mais ce n'est pas trop grave
	1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0 Pas du tout
(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :	3 Plus du tout
	2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais
	1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
	0 J'y prête autant d'attention que par le passé
(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :	0 Autant que par le passé
	1 Plus autant qu'avant
	2 Vraiment moins qu'avant
	3 Plus du tout
(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :	3 Oui, c'est tout à fait le cas
	2 Un peu
	1 Pas tellement
	0 Pas du tout
(5-A) Je me fais du souci :	3 Très souvent
	2 Assez souvent
	1 Occasionnellement
	0 Très occasionnellement
(12-D) Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :	0 Autant qu'avant
	1 Un peu moins qu'avant
	2 Bien moins qu'avant
	3 Presque jamais

(6-D) Je suis de bonne humeur :	3 Jamais
	2 Rarement
	1 Assez souvent
	0 La plupart du temps
(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :	3 Vraiment très souvent
	2 Assez souvent
	1 Pas très souvent
	0 Jamais
(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :	0 Oui, quoi qu'il arrive
	1 Oui, en général
	2 Rarement
	3 Jamais
(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :	0 Souvent
	1 Parfois
	2 Rarement
	3 Très rarement

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)

Référence : Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983 ;67 :361-70

VII.3.4. Questionnaire FABQ d'évaluation individuelle face à la douleur

QUESTIONNAIRE FABQ D'EVALUATION INDIVIDUELLE

FACE A LA DOULEUR

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur

Pour chaque remarque, veuillez remplir la case correspondante avec un chiffre entre 0 et 6 qui exprime

le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos:

0: Absolument pas d'accord avec la phrase

1: Peu d'accord avec la phrase

2: Partiellement d'accord avec la phrase

3: Moyennement d'accord avec la phrase

4: Assez d'accord avec la phrase

5: Plutôt d'accord avec la phrase

6: Complètement d'accord avec la phrase

FABQ PHYSIQUE

<input type="checkbox"/>	1 Ma douleur a été provoquée par l'activité physique
<input type="checkbox"/>	2 L'activité physique aggrave ma douleur
<input type="checkbox"/>	3 L'activité physique pourrait abîmer mon dos
<input type="checkbox"/>	4 Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur
<input type="checkbox"/>	5 Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur

FABQ TRAVAIL

Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos :

<input type="checkbox"/>	6 Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail
<input type="checkbox"/>	7 Mon travail a aggravé ma douleur
<input type="checkbox"/>	8 Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail
<input type="checkbox"/>	9 Mon travail est trop lourd pour moi
<input type="checkbox"/>	10 Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur 0 1 2 3 4 5 6

	11 Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos 0 1 2 3 4 5 6
	12 Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle
	13 Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle
	14 Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée
	15 Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois
	16 Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, score qui s'étend de 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, score qui s'étend de 0 à 24)

Références :

Waddell Getal. , 1993.

*Version française : ChaoryK . Etal. , 2004.

VII.3.5. Questionnaire de Roland-Morris

QUESTIONNAIRE DE ROLAND-MORRIS

	NOM (Trois premières initiales)
	Prénom (Trois premières initiales)
	Date

Une liste de phrases vous est proposée sur la page suivante.

Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes aujourd'hui à cause de votre douleur lombaire.

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte aujourd'hui, cochez-la;

Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante.

	1. Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos.
	2. Je change souvent de position pour soulager mon dos.
	3. Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos.
	4. À cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison
	5. À cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers.
	6. À cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer.
	7. À cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil
	8. À cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place.
	9. À cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude.

VIII. Bibliographie

1. Hoy D, Bain C, Williams G, Mars L, Brooks P., Blyth F. Global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism* 2012;64:2028-37.
2. Steenstra I, Verbeek J, Heymans M, Bongers P. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of literature. *Occupational and Environmental Medicine*. 2005;62:851-60.
3. Walker B, Muller R, Grant W. Low back pain in Australian adults: the economic burden. *Asia-Pacific Journal of public Health*. 2003;15:79-87.
4. Walsh N. Back pain matters. *Karger Gazette*. 2002;9-10.
5. Deyo RA. Diagnostic evaluation of LBP: reaching a specific diagnosis is often impossible. *Archives of Internal Medicine*. 2002;162:1444-7.
6. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The epidemiology of low back pain. *Best practice and Clinical research of Rheumatology*. 2010;24:769-81.
7. Hoy D, Mars L, Brooks P, Woolf A, Blyth F, Vos T, et al. Measuring the global burden of low back pain. *Best Practice & Clinical Research rheumatology*. 2010;24:155-65.
8. Hoy D, Mars L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2013.
9. Van Der Windt DA, Dunn KM. Low back pain research – Future directions. *Best practice and research clinical rheumatology*. 2013;699-708.
10. Chaves JF, Brown JM. Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *J Behav Med*. 1987;10:263-276.
11. Spanos NP, Radtke-Bodorik HL, Ferguson JD, Jones B. The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *J Abnorm Psychol*. 1979;88:282-292.
12. Rosensteil AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*. 1983;17:33-44.
13. Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess*. 1995;7:524-532.
14. Granot M, Ferber SG. The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: a prospective study. *J Clin Pain* 2005;21(5):439-445.

15. Severeijns R, Vlaeyen JW, van den Hout MA, Weber WE. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clin J Pain*. 2001;17(2):165-172.
16. Sullivan MJ, Lynch ME, Clark AJ. Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain*. 2005;113(3):310-315.
17. Pinto PR, McIntyre T, Almeida A, Araujo-Soares V. The mediating role of pain catastrophizing in the relationship between presurgical anxiety and acute postsurgical pain after hysterectomy. *Pain*. 2012;153(1):218-226.
18. Abbott AD, Tyni-Lenne R, Hedlund R. Leg pain and psychological variables predict outcome 2-3 years after lumbar fusion surgery. *Eur Spine J*. 2011;20(10):1626-1634.
19. Sommer M, et al. Predictors of acute postoperative pain after elective surgery. *Clin J Pain*. 2010;26(2):87-94.
20. Pavlin DJ, Sullivan MJL, Freund PR, Roesen K. Catastrophizing: A risk factor for post-surgical pain. *Clin J Pain*. 2004.
21. Forsythe ME, Dunbar MJ, Hennigar AW, et al. Prospective relation between catastrophizing and residual pain following knee arthroplasty: two-year follow-up. *Pain Res Manag*. 2008;13:335-341.
22. Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol*. 2002;156:1028-1034.
23. Waddell G, Burton AK, Main CJ. Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work. London UK: Royal Society of Medicine Press, 2003.
24. Spinhoven P, Ter Kuile M, Kole-Snijders AM, Hutten Mansfeld M, Den Ouden DJ, Vlaeyen JW. Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *Eur J Pain*. 2004;8(3):211-219.
25. Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA and al. Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*. 1989;37:51-56.
26. Martin MY, Bradley LA, Alexander RW, Alarcon GS, Triana-Alexander M, Aaron LA, Alberts KR. Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain*. 1996;68:45-53.
27. Smeets RJ, van Geel AC, Kester AD, Knottnerus JA. Physical capacity tasks in chronic low back pain: what is the contributing role of cardiovascular capacity, pain and psychological factors? *Disabil Rehabil*. 2007;29(7):577-586.
28. Holroyd KA, Drew JB, Cottrell CK, Romanek KM, Heh V. Impaired functioning and quality of life in severe migraine: the role of catastrophizing and associated symptoms. *Cephalalgias*. 2007;27(10):1156-1165.

29. Keefe FJ, Lefebvre JC, Egert JR, Affleck G, Sullivan MJ, Caldwell DS. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*. 2000;87(3):325-334.
30. Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol*. 2002;156(11):1028-1034.
31. Jensen MK, Thomsen AB, Hojsted J. 10-years follow-up of chronic non-malignant pain patients: opioid use, health related quality of life and health care utilization. *Eur J Pain*. 2006;10(5):423-433.
32. Papaioannou M and al. The role of catastrophizing in the prediction of pain. *Pain Med*. 2009;10(8):1452-1459.
33. Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and meta-analysis of the association with chronic postsurgical pain. *Clin J Pain*. 2012;28(9):819-841.
34. Martel MO, Wasan AD, Jamison RN, Edwards RR. Catastrophizing thinking and increased risk for prescription opioid misuse in patients with chronic pain. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(1-2):335-341.
35. Jacobsen PB, Butler RW. Relation of cognitive coping and catastrophizing to acute pain and analgesic use following breast cancer surgery. *J Behav Med*. 1996;19:17-29.
36. Gil KM, Thompson RJ, Keith BR, Tota-Faucette M, Noll S, Kinney TR. Sickle cell disease pain in children and adolescents: change in pain frequency and coping strategies over time. *J Ped Psychol*. 1993;18:621-637.
37. Linton SJ. Do psychological factors increase the risk for back pain in the general population in both a cross-sectional and prospective analysis? *Eur J Pain*. 2005;9(4):355-361.
38. Eccleston C, Williams AC, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 11:CD007407.
39. Darnall BD, Sturgeon JA, Kao MC, Hah JM, Mackey SC. From catastrophizing to recovery: a pilot study of a single-session treatment for pain catastrophizing. *Journal of pain Research*. 2014;7:219-226.
40. Linton SJ, Andersson T. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavioural intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine*. 2000;25:2825-2831.
41. Linton SJ, Boersma K. Early identification of patients at risk for developing a persistent back problem: The predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin J Pain*. 2003;19:80-86.
42. Linton SJ, Ryberg MA. A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: A randomized controlled trial. *Pain*. 2001;90:83-90.

43. Barak A, Grohol JM. Current and future trends in internet-supported mental health interventions. *Journal of Technology in human services*. 2011;29:155-196.
44. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira N. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of technology in Human Services*. 2008 Jul;26(2-4):109-160.
45. McGeary DD, McGeary CA, Gatchel RJ, Allison S, Hersh A. Assessment of research quality of telehealth trials in pain management: a meta-analysis. *Pain Pract*. 2012 Sep 27;1-10.
46. Cuijpers P, Van Straten A, Andersson G. Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *J Behav Med*. 2008 Apr;31(2):169-77.
47. Bender JL, Radhakrishnan A, Diorio C, Englesakis M, Jadad AR. Can pain be managed through the Internet? A systematic review of randomized controlled trials. *Pain*. 2011 Aug;152(8):1740-50.
48. Williams DA, Kuper D, Segar M, Mohan N, Sheth M, Clauw DJ. Internet-enhanced management of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Pain*. 2010 Dec;151(3):694-702.
49. Ruehlmen LS, Karoly P, Enders C. A randomized controlled evaluation of an online chronic pain self-management program. *Pain*. 2012 Feb;153(2):319-30.
50. Buhrman M, fredriksson A, Edström G, Shafiei D, Tärnqvist C, Ljotsson B, hursti T, Gordh T, Andersson G. Guided Internet-delivered cognitive behavioural therapy for chronic pain patients who have residual symptoms after rehabilitation treatment: Randomized controlled trial. *Eur J Pain*. 2012 Nov 9.
51. Kristjansdottir OB, Fors EA, Eide E and al. A smartphone-based intervention with diaries and therapist feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread pain. *J Med Internet Res*. 2013 Mar;15(3):e72.
52. Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA, et al. Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*. 1989;37:51-56.
53. Keefe FJ, Kashikar-Zuck S, Robinson E, Salley A, Beupre P, Caldwell D, Baucom D, Haythornthwaite J. Pain coping strategies that predict patient's and spouses rating of patients self-efficacy. *Pain*. 1997;73:191-199.
54. Sullivan MJL, Stanish W, Waite H, Sullivan ME, Tripp D. Catastrophizing, pain, and disability following soft tissue injuries. *Pain*. 1998;77:253-260.
55. Sullivan MJL, Stanish W, Sullivan ME, Tripp D. Differential predictors of pain and disability in patients with whiplash injuries. *Pain Res Manag*. 2002;7:68-74.
56. Sullivan MJL, Neish N. Catastrophizing, anxiety and pain during dental hygiene treatment. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 1998;37:243-250.
57. Sullivan MJL, Neish N. The effects of disclosure on pain during dental hygiene treatment: The moderating role of catastrophizing. *Pain*. 1999;79:155-163.

Vu, le président du jury,

Vu, le directeur de thèse,

Vu, le doyen de la faculté,

Acceptation ou non de l'état de catastrophisme chez 31 patients lombalgiques chroniques

RESUME

Introduction : Avec le nombre croissant d'étude sur la lombalgie chronique, il devient évident qu'un profil de patients catastrophistes, défini par la ruminantion, l'amplification des douleurs et un sentiment d'impuissance influe sur les symptômes de la maladie .

Objectif : Evaluer la proportion des patients se considérant comme catastrophistes avant et après remplissage des questionnaires, et celle qui est prête à lutter contre celui-ci. Les objectifs secondaires étaient de s'assurer de l'étalement des scores de catastrophisme et de contrôler l'indépendance du catastrophisme des autres problématiques des patients (via les scores HAD, FABQ et Rolland & Morris).

Méthode : L'étude observationnelle monocentrique constituait en un remplissage par 31 patients lombalgiques chroniques d'un questionnaire général, du test de Sullivan qui définissait l'état de catastrophisme lorsque le score dépassait 30/52, des scores HAD, FABQ et Rolland & Morris. Les questions correspondant aux objectifs principaux étaient ensuite posées.

Résultats : Sur 31 patients, 15 étaient catastrophistes, dont 10 qui se décrivaient spontanément comme tels. Après révélation du score de Sullivan, seul un patient refusait d'admettre son état. 23 patients reconnaissaient que le catastrophisme aggravait les lombalgies et 23 patients se disaient prêt à lutter contre. Seulement 17 patients reconnaissaient le catastrophisme comme facteur aggravant de leur pathologie et étaient simultanément ouverts à lutter contre. Les scores de catastrophisme étaient bien étalés et indépendants de l'anxiété et dépression, de la kinésiophobie et de l'impact fonctionnel de la lombalgie.

MOTS-CLES

« catastrophisme », « score de Sullivan », « lombalgie chronique », « acceptation du catastrophisme », « rééducation »