

Physiothérapie		
Procédure:	Physiothérapeutes Belle Idée, J. De Buretel De Chassey, Dr A. Fleury	
DS:	Mai 2016	
Validation:	A. Laubscher, Directeur des soins HUG	Visa:
	Pr A. Perrier, Directeur médical HUG	Visa:
Classement sous:	Secteur Médecine Interne Réhabilitation Gériatrie	
N°:	2.04	

Lombalgies chroniques chez les patients atteints de troubles psychiques

### **Domaine**

Musculo-squelettique et psychiatrie

Cette note est destinée et adaptée aux besoins des physiothérapeutes qui pratiquent leur activités dans les services d'hospitalisation du Département de Santé Mentale et Psychiatrie (DSMP).

### **Définition**

Traitement des patients atteints de lombalgie chronique d'origine structurelle et/ou de troubles somatoformes douloureux.

#### **Lombalgie**

La lombalgie est caractérisée par des douleurs lombaires diffuses, souvent unilatérales, irradiant parfois vers les fessiers. Dans sa forme commune, la douleur est augmentée par l'effort et la fatigue.

Son origine peut être structurelle ou une expression d'une tension interne ou d'un trouble psychique. (cf. procédure musculo-squelettique en ce qui concerne la rééducation classique de la version organique-structurelle de la lombalgie).

#### **Lombalgie chronique**

La douleur est définie telle qu'une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion". (Association Internationale pour l'étude de la douleur).

La douleur est dite chronique, lorsqu'elle persiste au-delà de 3 à 6 mois. L'origine de la manifestation douloureuse est polyfactorielle, c'est-à-dire influencée par les facteurs de chronicisation d'origine environnementale, psychologique, familiale et professionnelle, comme le niveau de formation, le travail non qualifié, le catastrophisme, la perte de confiance en soi, de compétences professionnelles et de capacités physiques).

Lorsque la douleur devient chronique, elle perd de sa fonction d'alarme pour devenir une maladie en soi.

Ainsi, le symptôme devient un syndrome. Certains auteurs nuancent cette définition et proposent un diagnostic de chronicité dès l'apparition de la douleur en présence des catégories de facteurs de chronicisation décrits ci-dessus.

### **Souffrance psychique versus pathologie psychiatrique**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme *"un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté"*.

- La **souffrance psychique** est un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental.

C'est la mesure de son **degré d'intensité**, sa **permanence** et sa **durée** ainsi que ses **conséquences** qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge médicale.

- Les **troubles mentaux** sont plus ou moins sévères, de durée variable et peuvent entraîner une situation de handicap psychique. Ils relèvent d'une prise en charge médicale. Les pathologies mentales ou psychiatriques font référence à des classifications diagnostiques internationales (CIM-10 ou DSM-IV) correspondant à des ensembles de troubles mentaux (symptômes) et de critères spécifiques.

La souffrance psychique et les troubles mentaux ne sont donc pas des notions superposables ou assimilables ou systématiquement associées l'une à l'autre.

### **Lien entre souffrance psychique et physique**

#### **Douleur psychosomatique**

Elle se définit par une atteinte somatique associée à une atteinte psychique ou psychiatrique. Ces manifestations somatiques ou d'expressions corporelles trouvent leurs origines au niveau psychique, ce qui correspond à des situations où il est impossible de trouver une lésion ou une dysfonction du corps. La composante psychiatrique majeure ainsi le trouble initial l'inscrivant dans *un processus de cercle vicieux*.

#### **Douleur somatoforme (ou somatomorphe)**

Elle est caractérisée par la présence de plaintes et/ou de dysfonctionnements physiques sans qu'il existe d'anomalies structurelles objectivables pouvant rendre compte de ces troubles au regard des connaissances médicales et scientifiques actuelles.

A noter que l'expression des manifestations du corps (et les symptômes somatiques) se trouvent majorés dans un contexte psychiatrique, ce qui n'exclut pas pour autant de réels dysfonctionnements mécaniques (cf. procédure musculo-squelettique). *"L'investigation soigneuse d'une cause organique au symptôme douloureux doit s'accompagner d'une lecture d'emblée élargie aux dimensions psychiques et sociales de la souffrance"*.

## Sentiments associés

- Le concept de "**peur-évitement**" est un déterminant central du processus de chronicisation. Il se traduit par un sentiment de "*pensées catastrophistes, c'est-à-dire de croyances et d'attentes pessimistes à propos de soi-même, des autres et du futur. [il] engendre un sentiment d'impuissance face aux événements qui se traduit par une peur du mouvement (kinésiophobie) et des comportements d'évitement. Pour certains patients, la peur du mouvement peut être plus invalidante que le douleur elle-même.*"
- La difficulté de vivre avec une lombalgie se traduit par des sentiments de colère, d'injustice quant à l'arbitraire de la maladie, aux limites médicales, et à l'entourage socioprofessionnel.
- L'enjeu pour le thérapeute se situe aussi fortement autour de la reconnaissance de la situation du malade et de la validation de sa détresse.
- Le sentiment de tristesse engendre des pertes de plaisir ainsi qu'une diminution de l'estime de soi, voire un sentiment d'inutilité.
- Les patients expriment souvent un sentiment de perte de contrôle, surtout quand il y a une perte d'activité physique qui impacte la poursuite de leur pratique professionnelle.
- Un cercle vicieux se met ainsi en place. il impacte la santé mentale du patient, la symptomatologie douloureuse et ses répercussions sociales. La présence d'un syndrome dépressif chez les sujets douloureux chronique aggrave aussi bien le déconditionnement que son retentissement socioprofessionnel.

Les patients privilégient l'expression de leur souffrance via leur plainte corporelle au détriment de leur expression émotionnelle.

A noter que plus de la moitié des patients douloureux chroniques présentent une symptomatologie psychiatrique associée.

## Critères de validation de l'indication

- Antalgie:
  - Le traitement, via un bilan initial, vise à évaluer, valider et à diminuer la douleur exprimée, qu'elle soit d'origine structurelle ou psychique.  
Le physiothérapeute choisit parmi les tests usuels ou les demandes médicales: *EVA et EN, Echelles des visages*, Echelles utilisées dans les programmes Prodiges et Promidos des HUG: *Core set, DMP+ sentiment d'injustice, Dallas pain.*
- Lutte contre la clinophilie, et la kinésiophobie, symptôme majeur dans les lombalgies chroniques:
  - le traitement vise à rompre le cercle vicieux s'installant entre douleur, processus de perte de confiance en soi et peur du mouvement, allant jusqu'à augmenter les symptômes psychiatriques du patient.

Il faut adopter une approche thérapeutique individualisée et adaptée. Ce sont deux concepts cliniques différents: le premier est en lien avec la perte d'élan vital, le second est lui en lien avec la peur, l'appréhension (la dimension anxieuse) mais avec les mêmes conséquences sur l'évolution défavorable d'une lombalgie commune.

Selon la situation, cette indication est évaluée au moyen des échelles *Odi-Sf12* ou *Tampa*.

- Soutien de l'autonomie du patient:
  - le traitement actif vise à impliquer le patient dans son traitement en lui permettant d'effectuer des exercices d'auto-mobilisation en dehors des séances de physiothérapie.
- Reprise de l'activité et préparation à la sortie:
  - le traitement vise à rompre le cercle vicieux s'installant entre les troubles psychiques, le déconditionnement et leurs répercussions socioprofessionnelles.

L'amélioration des symptômes structurels et psychiques, ajoutée à l'implication du patient, permettent de le préparer à une reprise de l'activité physique, voire professionnelle. Les séances de physiothérapie peuvent être poursuivies en ambulatoires, ce qui peut contribuer à la continuité de soins entre l'hospitalisation et la sortie du patient dans l'objectif de sa réinsertion sociale.

Cette indication est évaluée au moyen de l'échelle Work Role functioning Questionnaire (WRFQ).

### **Précautions, contre-indications**

- Précaution liées au risque suicidaire: les patients en risque suicidaire doivent être accompagnés (aller chercher le patient et le ramener) et bénéficier d'une surveillance particulière (ne pas laisser le patient seul durant un traitement de fangothérapie ou d'électrothérapie). Il est indispensable de se renseigner auprès de l'équipe soignante, d'autant que cet état est variable dans le temps.
- En plus des précautions neurologiques et musculo-squelettiques liées au traitement des lombalgies chroniques, il est important de veiller aux points suivants avec les patients qui présentent des troubles psychiques:
  - sélectionner les moyens de traitement en fonction de l'état psychique du patient au moment du traitement (agressivité, hallucination, troubles cognitifs). Le choix adéquat de ces moyens doit être réévalué dans le temps, au cas par cas, en fonction de l'évolution psychique et fonctionnelle du patient,
  - valider et ramener le patient à la réalité "ici et maintenant",
  - suivre le rythme du patient,
  - effectuer une négociation initiale pour obtenir l'alliance thérapeutique
  - selon l'état psychique du moment, et après prise de renseignements auprès du personnel soignant et sur le DPI, différentes précautions supplémentaires peuvent être prises:
    - effectuer le traitement à 2 physiothérapeutes,
    - prendre le bracelet alarme,
    - faire le traitement en chambre.
- Exemples de précautions liées aux moyens de traitement (massage, électrothérapie):
  - certains moyens de traitement peuvent être sujets à interprétation ou projection de la part du patient atteints de troubles psychiques aigus. Les patients psychotiques peuvent ainsi intégrer certains moyens de traitement comme l'électrothérapie dans leur délire et renforcer ainsi leurs symptômes psychotiques,
  - les massages de détente sont également sujets à précaution chez les patients Borderline car ils peuvent renforcer les phases dissociatives. On leur préférera alors des moyens de traitements actifs, de type mobilisation, renforcement musculaire, ou encore travail proprioceptif et/ou de coordination,
  - pour les patients en phase dite "haute" (phase maniaque durant laquelle le patient est euphorique, énergique, hyperactif voire agressif): choisir les techniques passives afin de ne pas sur-stimuler le patient,
  - agressivité: évaluer si le traitement est possible suivant la collaboration effective du patient en fonction de ses capacités à gérer cette agressivité lors de la séance de physiothérapie et en accord avec l'équipe médico-soignante.

## **Déroulement du traitement**

### **Cadre**

Le traitement de physiothérapie s'effectue sur prescription médicale. Le physiothérapeute évalue la douleur (échelle), les capacités fonctionnelles, les troubles moteurs, le niveau lésionnel et l'irradiation neurogène.

Le traitement somatique de la lombalgie chronique n'est pas abordé dans cette procédure; voir les procédures existantes dans les secteurs musculo-squelettique et de neurologie.

Le traitement débute une fois que le lien thérapeutique est créé entre les intervenants car nous recherchons l'implication maximale du patient dans son plan de traitement.

Le traitement est établi en fonction des objectifs, des attentes, des besoins du patient, et en termes de projet thérapeutique. Il faut ainsi aider le patient à verbaliser afin de diminuer le cercle-vicieux des douleurs chroniques, tel que décrit plus haut.

Les objectifs de traitement seront adaptés au rythme du patient, tant somatique que psychique. Ils tiendront compte de son projet de vie, de ses craintes et de son vécu.

Ils se doivent d'être réalistes et progressifs à court et moyen terme. Toute anticipation ou élaboration d'objectifs trop lointains peuvent se révéler délétère par une potentielle mise en échec du patient, si nous ne prenons pas en considération les fluctuations de son état.

La fréquence et l'intensité du traitement dépendent de la fluctuation psychique du patient et de son niveau de collaboration.

Les protocoles de soins somatiques peuvent être court-circuités par les troubles du comportement ou des priorités médicales en soins psychiatriques, ce qui nécessite une forte adaptation des traitements, ceci en discussion et en accord avec l'équipe médicale et soignante.

- Exemples d'objectifs thérapeutiques en psychiatrie:
  - diminution de la douleur à 3 mois (échelle EVA),
  - augmentation du périmètre de marche (120 m dans l'unité, 700 m sur le domaine),
  - réalisation des AVQ de manière autonome,
  - déplacements indépendants pour venir à la séance de physiothérapie (périmètre de marche de 1000 m minimum et respect du cadre thérapeutique),
  - respect du cadre thérapeutique (horaires, lieu de rendez-vous) établi durant le traitement,
  - diminution de l'expression de la souffrance psychique.

### **Modalités de traitement en psychiatrie:**

- Séances individuelles:
  - de 30 à 90 min selon l'état psychique du patient lors du traitement, à un ou deux physiothérapeutes, selon évaluation,
  - fréquence: 2 à 3 séances individuelles par semaine.
- Objectifs ciblés pour chacun: mise en route d'un processus de reprise de confiance en soi, en ses compétences et capacité à oser refaire l'expérience des activités, à trouver du plaisir et de la gratification dans l'investissement du "mouvement".
- Séances groupales:
  - de 60 à 80 minutes,
  - fréquence: 1 fois par semaine, selon l'unité.

- Objectifs travaillés durant les groupes
  - accueil des participants,
  - mobilité et renforcement musculaire du tronc + des membres supérieurs et inférieurs,
  - coordination et proprioception,
  - éducation posturale,
  - exercices respiratoires,
  - interactions sociale entre les participants,
  - lutte contre la clinophilie,
  - lutte contre l'isolement,
  - peur de la chute,
  - travail de l'image corporelle et de soi.
  
- Séance en salle de sport:
  - de 60 à 90 minutes,
  - fréquence: à la demande médicale ou selon évaluation physiothérapeutique.
  
- Objectifs travaillés:
  - prise de contact avec le patient et rappel des règles du cadre sécuritaire,
  - échauffement,
  - travail cardio-respiratoire,
  - mobilité et renforcement musculaire du tronc, et des membres supérieurs et inférieurs,
  - étirements et retour au calme.
  
- Visites à domicile:
  - sur demande spécifique médicale impliquant une évaluation physiothérapeutique.

### **Critères de poursuite du traitement le week-end**

Pas de critère d'indication pour la continuité de traitement de fin de semaine et lors des jours fériés.

### **Arrêt du traitement**

- Refus du patient: opposition active ou passive (le patient vient en séance mais ne participe pas activement).
- Augmentation des troubles observés (agressivité, hallucination, anxiété) durant la séance et non canalisables.
- Non respect du cadre du traitement propice à l'amélioration des symptômes (consignes, sécurité, ponctualité, attitudes non respectueuses envers le soignant rendant la séance impossible).
- Décompensation psychique du patient (patient transféré en urgence, et/ou en chambre fermée): le traitement de physiothérapie sera reporté.
- Péjoration du bilan initial en termes de tests objectifs d'évaluation de la douleur (EVA).
- Objectifs thérapeutiques atteints (voir exemple ci-dessus) tels que reprendre les activités de la vie courante normalement sans douleur.

## Bibliographie

- Adant G. La kinésithérapie en santé mentale. Kiné Actualité. 2012;(1279).
- Airagnes G, Tripodi D, Petit Le Manac'h A. Douleur chronique : la place du psychiatre. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2014;172(2):146-153.
- Cedraschi C, Piguet V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz A. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Revue du Rhumatisme. 2009;76(6):587-592.
- Harding V, Williams A. Extending Physiotherapy Skills Using a Psychological Approach: Cognitive-behavioural management of chronic pain. Physiotherapy. 1995;81(11):681-688.
- Henry P. De quelques aspects psychologiques et psychopathologiques des douleurs chroniques. Douleur et Analgésie. 1992;5(2):37-41.
- Joud B. Kinésithérapie en psychiatrie, une expérience. Annales de Kinésithérapie. 1988;15(9):427-450.
- Kupper D, Gallice J, Rentsch D, Barthassat V, Cedraschi C, Genevay S. Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques : concepts et aspects pratiques. Kinésithérapie, la Revue. 2010;10(102):35-39.
- Lemogne C, Smagghe P, Djian M, Caroli F. La douleur chronique en psychiatrie : comorbidité et hypothèses. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2004;162(5):343-350.
- Ministère des Affaires sociales d. Introduction - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) [Internet]. Sante.gouv.fr. 2015 [cited 10 December 2015]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/introduction.html>
- Rentsch D. Douleurs chroniques et dépression: un aller-retour? Revue Médicale Suisse. 2009;(1364-1369).