



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Évaluation de l'Art-thérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire
des patients lombalgiques chroniques**

Présentée et soutenue publiquement le 2 avril 2014 à 18h00

au Pôle Recherche

Par Amandine Debray

JURY

Président :

Monsieur le Professeur THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BLOND

Madame le Docteur BERA-LOUVILLE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur THEVENON

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AT	Art-thérapie
FDR	Facteur de risque
HAS	Haute Autorité de Santé
ESPT	État de Stress Post-Traumatique
PECP	Prise En Charge Pluridisciplinaire
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
IASP	International Association for the Study of Pain
CSP	Catégorie SocioProfessionnelle
HAD	Hospital Anxiety and Depression scale
EIFEL	Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgiques
FABQ	Fear-avoidance Beliefs Questionnaire
TSK	Tampa Skale of Kinesiophobia

Table des matières

RÉSUMÉ.....	11
INTRODUCTION.....	12
ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES.....	13
I. La lombalgie chronique.....	13
A. Épidémiologie et définitions.....	13
B. Évolution des idées dans la prise en charge de la lombalgie chronique.....	15
C. Facteurs de risque de passage à la chronicité d'une lombalgie.....	16
1. Facteurs individuels	17
2. Facteurs propres à la maladie.....	17
3. Facteurs psychologiques.....	18
4. Facteurs socioculturels.....	18
5. Facteurs professionnels	18
II. Analyse de la douleur chronique d'un point de vue psychopathologique.....	20
A. Attitudes et mécanismes d'adaptation du patient face à une douleur chronique.....	20
B. Rapprochement avec l'état de stress post-traumatique.....	23
C. Douleur chronique et dépression: une comorbidité fréquente.....	24
1. Données épidémiologiques.....	24
2. Stratégies de coping	25
III. Les prises en charge non médicamenteuses.....	27
1. La prise en charge pluridisciplinaire.....	27
2. Le reconditionnement physique.....	28
3. La thérapie cognitivo-comportementale.....	29
IV. L'Art-thérapie, définitions et concepts.....	31
A. Histoire de l'Art-thérapie.....	31
B. Concepts et pratiques de l'Art-thérapie.....	32
1. La création d'un objet artistique.....	32
2. Art-thérapie et douleur chronique.....	33
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	35
I. Participants.....	35
II. Outils d'évaluation.....	36

1.L'auto questionnaire de Dallas (cf. annexe 1).....	36
2.L'échelle HAD (cf. annexe 2).....	37
3.L'échelle EIFEL (cf. annexe 3).....	37
4.Le questionnaire FABQ (cf. annexe 4).....	37
5.L'échelle de kinésiophobie Tampa (cf. annexe 5).....	38
III.Intervention.....	38
IV.Analyse statistique.....	39
RÉSULTATS.....	40
I.Analyse des données de l'échantillon global.....	40
A. Données démographiques.....	40
B.Évaluation des scores avant le programme de rééducation.....	43
1.Auto-questionnaire de DALLAS.....	43
2.Échelle HAD.....	43
3.Échelle EIFEL.....	43
4.Questionnaire FABQ.....	43
5.Échelle Tampa.....	44
II.Évaluation de l'intervention art-thérapie (AT).....	44
DISCUSSION.....	49
A.Analyse de l'échantillon de population rapportée aux données de la littérature.....	49
B.Una tendance surprenante à une moindre amélioration dans le groupe intervention.....	51
C.Évaluation par l'art-thérapeute.....	53
CONCLUSION.....	54
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	55
ANNEXES.....	58
Annexe 1 Auto-questionnaire de DALLAS.....	58
Annexe 2 Échelle HAD.....	60
Annexe 3 Échelle EIFEL.....	62
Annexe 4 Questionnaire FABQ.....	63
Annexe 5 Échelle de kinésiophobie Tampa.....	64
Annexe 6 Exemples de productions de patients.....	65

RÉSUMÉ

Contexte : La lombalgie chronique est une pathologie fréquente avec un impact psychosocial important. La recherche médicale montre l'importance des processus cognitifs et émotionnels dans la persistance de la douleur. L'objectif était d'observer les caractéristiques d'une population de lombalgiques chroniques et d'évaluer l'apport de l'Art-thérapie dans leur prise en charge.

Méthode : Un groupe intervention était composé de patients recrutés d'avril à septembre 2013, hospitalisés pour suivre un programme de rééducation de quatre semaines. Ils bénéficiaient de séances d'Art-thérapie. Un groupe témoin était formé de façon rétrospective, ils avaient suivi le même programme sans Art-thérapie. Les patients remplissaient une batterie d'échelles d'autoévaluation avant et après programme. Les scores des groupes étaient comparés par analyse bivariée en utilisant le test non paramétrique de Wilcoxon.

Résultats : L'échantillon global était composé de 57 patients, 67% de femmes d'âge moyen 42,88 ans. 28 patients composaient le groupe intervention, 29 patients composaient le groupe témoin. Les scores obtenus montraient dans l'échantillon global une qualité de vie altérée (62,9% de répercussions sur le rapport activités professionnelles/loisirs, 44,9% sur la sociabilité) et un comportement inadapté face à la douleur (53,6% des patients présentaient une kinésiophobie importante). Il y avait 14% de patients présentant un score de dépression élevé sur l'échelle HAD. En fin de programme, les scores moyens étaient améliorés, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes.

Conclusion : L'étude confirme l'existence de dysfonctionnements cognitifs et émotionnels chez les douloureux chroniques. L'Art-thérapie n'apporte pas d'amélioration objective dans cet échantillon, toutefois il paraît nécessaire de prendre en charge la composante psychoémotionnelle, variable majeure dans la pérennisation de la douleur chronique.

INTRODUCTION

Le parcours d'un patient souffrant de lombalgie chronique aboutit souvent à une mise en échec de la prise en charge médicale, difficile à vivre pour le médecin qui ne parvient pas à apporter un soulagement à son patient et pour le patient lui-même qui vit cet échec comme un abandon (1).

À l'heure où la médecine devient de plus en plus performante, la douleur chronique reste une énigme médicale (2). Les dernières avancées médicales montrent que la comorbidité psychiatrique (notamment les troubles dépressifs), est particulièrement fréquente (3) et que les processus émotionnels sont au cœur de la régulation entre dépression, anxiété et douleur chronique. Si le lien entre psychopathologie et douleur chronique n'a pas encore abouti à un modèle spécifique expliquant leur interaction, on sait désormais que la prise en charge du syndrome douloureux chronique doit comporter un travail de régulation émotionnelle (4).

C'est dans cette optique que l'art-thérapie pourrait apporter un bénéfice dans la prise en charge de la lombalgie chronique. À l'heure où la médecine moderne se veut pluridisciplinaire pour prendre en charge la personne dans sa globalité, cette discipline est en plein essor et a déjà montré sa valeur thérapeutique dans de multiples domaines.

Notre rôle en tant que médecin est d'améliorer la santé de nos patients, mais rappelons que la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est « un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES

I. La lombalgie chronique

A. Épidémiologie et définitions

La lombalgie est un problème de santé publique dans les pays développés. Selon une revue de 5 études comparés par les groupes de travail de l'HAS, la prévalence d'un épisode de lombalgie au moins une fois dans sa vie est comprise entre 60 et 65% dans les pays nordiques, et la prévalence annuelle de lombalgie aiguë (évolution de moins de 3 mois) est de 7,6% (5). Parmi les épisodes de lombalgies aiguës, 10% deviennent chroniques (6). Il est difficile de définir la fréquence de la lombalgie chronique, car on se heurte à une grande variabilité des définitions données de la lombalgie, des populations étudiées et des méthodes d'évaluation (5) (7).

La lombalgie chronique est au troisième rang des demandes d'invalidité, elle génère 7% des arrêts de travail et est responsable de désinsertion sociale. Les chances de reprise d'une activité professionnelle diminuent avec la durée de l'arrêt de travail ; elles sont de 50% après 6 mois, moins de 30% après un an, et pratiquement nulles après 2 ans. Ainsi, les services de santé publique s'emploient à trouver des solutions pour réduire la fréquence de cette pathologie.

La lombalgie chronique est définie selon l'HAS par une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de trois mois. Elle peut s'accompagner d'une douleur à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou (5). On différencie la lombalgie commune et la lombalgie symptomatique. Elle est commune lorsque la douleur n'est pas attribuée à une cause inflammatoire, infectieuse, tumorale ou structurale.

Rappelons également la définition de la douleur chronique ou syndrome douloureux chronique selon l'HAS: « [...]lorsque la douleur exprimée persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.» (1)

Cette définition montre bien le caractère multidimensionnel de la douleur chronique, et les répercussions psychologiques et sociales qu'elle entraîne.

Le ressenti de cette douleur est étroitement lié à cette dimension psychosociale, ce qui explique en partie la grande variabilité inter-individuelle. La douleur est donc ce que la personne atteinte dit qu'elle est.

C'est un phénomène subjectif, ressenti différemment d'une personne à une autre, en fonction du vécu, de l'entourage socioprofessionnel, des ressources psychologiques de la personne. La douleur n'est pas quantifiable par une mesure directe (absence de marqueur biologique et de concordance anatomoclinique) (8). Même s'il existe des échelles standardisées d'évaluation de la douleur, la meilleure méthode d'évaluation est d'écouter attentivement la parole du patient douloureux.

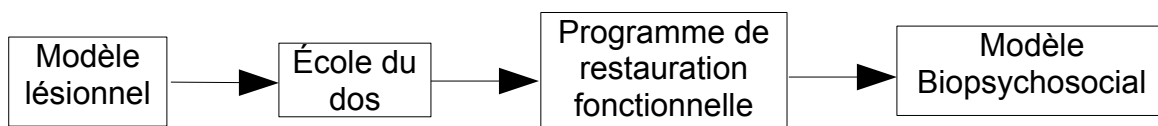
B. Évolution des idées dans la prise en charge de la lombalgie chronique

Entre 1960 et 1980, les travaux de recherche sur la lombalgie chronique commune s'appliquent à trouver la meilleure méthode de rééducation physique analytique (rééducation posturale en cyphose, en lordose...). On considère alors la lombalgie chronique comme une « lésion purement physique » (9).

Puis les écoles du dos font leur apparition dans les années 1970. C'est un nouveau modèle qui intègre des processus cognitifs en faisant participer le patient à sa prise en charge (9).

Par la suite Tom Mayer émet, en 1984, l'hypothèse selon laquelle la lombalgie chronique serait la conséquence d'un syndrome de déconditionnement qu'il définit comme l'association d'une perte de flexibilité, d'une incompétence musculaire, d'une réduction des capacités fonctionnelles avec désadaptation cardiorespiratoire, d'une inhibition neuromusculaire, et d'un retentissement psychologique et social. C'est une véritable révolution où le modèle lésionnel fait place à un modèle d'incapacité fonctionnelle (9).

Enfin dans les années 1990, des auteurs comme Fordyce, Melzack et Wall ou Main développent le modèle biopsychosocial qui intègre le versant somatique de la douleur avec les processus cognitifs de traitement de l'information que le patient va mettre en place, les processus émotionnels et les mécanismes sociaux liés à l'incapacité (9).



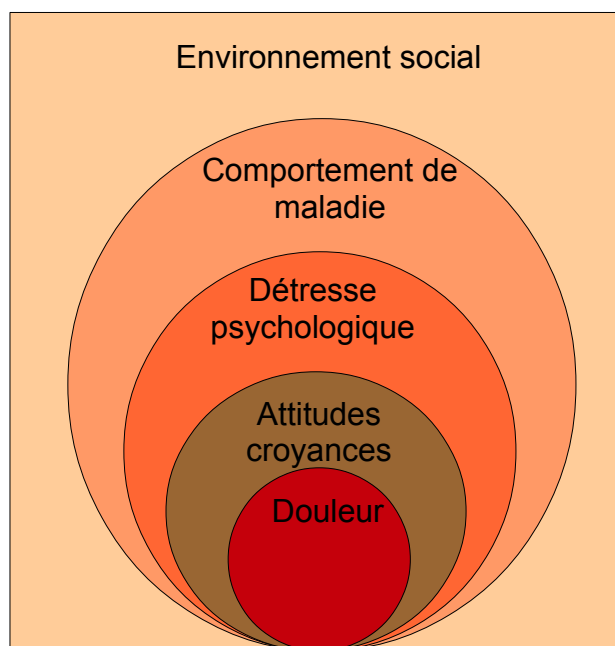


Figure 1 Modèle biopsychosocial de la douleur chronique

C. Facteurs de risque de passage à la chronicité d'une lombalgie

Le dépistage de sujets susceptibles de développer une forme chronique de lombalgie est essentiel afin d'adapter la prise en charge de ces sujets et limiter le risque de passage à la chronicité. Ce qui permettrait de diminuer les conséquences personnelles, familiales, sociales et professionnelles, et également de diminuer le coût en terme de santé publique (8).

Il existe un grand nombre de facteurs de passage à la chronicité décrits dans la littérature mais beaucoup restent controversés et possèdent un niveau faible de preuve scientifique, les études n'ayant pas tout le temps permis de montrer une relation de causalité entre les FDR et la lombalgie chronique (6).

Dans une revue détaillée de la littérature de 1990 à 2003, Poiraud et al. ont analysé 61 articles et ont dégagé les facteurs de risque de chronicisation ayant un niveau de preuve intermédiaire (**) et fort (***) (6).

1. Facteurs individuels

- Des antécédents de lombalgie ou de chirurgie lombaire (***)
- Un âge élevé, notamment après 45 ans (***)
- Le sexe féminin (**). Des résultats contradictoires sont rapportés dans la littérature concernant ce facteur
- Le manque d'activités sportives ou extraprofessionnelles (activités de bricolage et jardinage) ou au contraire l'excès d'activités telles que la gymnastique, l'haltérophilie, le football ou le tennis chez les sujets jeunes (**)

2. Facteurs propres à la maladie

- La sévérité de l'incapacité fonctionnelle (***)
- L'existence d'une irradiation douloureuse aux membres inférieurs (***)
- L'intensité de la douleur (**)
- La durée d'évolution de la lombalgie à l'inclusion (***). Plus l'épisode lombalgique était ancien (de 0 à 3 mois) à l'inclusion dans l'étude, plus le risque d'évoluer vers la chronicité était important.
- L'évaluation par le médecin traitant de la susceptibilité à la chronicité (**)
- Une offre de soins fortement médicalisée (nombre de consultations médicales élevé, recours aux spécialistes, à l'imagerie et positivité de l'imagerie)
- Une prescription de repos au lit strict (***)
- L'absence d'information et de conseils (***)

3. Facteurs psychologiques

- Un mauvais statut psychologique global (**)
- Des troubles d'anxiété voire de dépression (**)
- L'utilisation de stratégies adaptatives (« coping ») inappropriées (**)

(cf. page 25)

La peur et la croyance du patient concernant la relation entre sa lombalgie et ses activités physiques et/ou professionnelles était un FDR de chronicité de faible niveau de preuve. Il est évalué par le questionnaire FABQ (cf. annexe 4). Cependant dans une étude de 2006, un score élevé au FABQ-travail était significativement lié à la persistance des lombalgies (10).

4. Facteurs socioculturels

- Statut social non satisfaisant autoévalué par le patient (**)
- Un statut familial défavorable (nombre élevé d'enfants, statut parental (seul), divorcé ou veuf sans enfant, charge élevée de travail domestique) est un FDR de faible niveau de preuve.

5. Facteurs professionnels

- Une insatisfaction au travail (***)
- Un arrêt de travail supérieur à 8 jours (**)
- Une mauvaise posture au travail et la durée de port de charge (**)
- L'absence de poste aménagé (**)
- Une faible qualification professionnelle (**)
- L'indemnisation, l'inadéquation du salaire (**)

Les lombalgies sont associées de façon significative à un travail monotone, à la peur de commettre des erreurs, et à la contrainte de temps.

Toutefois, le poids des facteurs physiques et mécaniques semble être moins important que celui des facteurs personnels et psychosociaux. Ces derniers représentent plus de 35 % de la variance de l'incapacité fonctionnelle du patient lombalgique chronique, alors que le facteur douleur représente moins de 10% (6) (8).

II. Analyse de la douleur chronique d'un point de vue psychopathologique

A. Attitudes et mécanismes d'adaptation du patient face à une douleur chronique

Lors d'une douleur aiguë, des phénomènes adaptatifs se produisent afin de préserver l'intégrité de l'organisme: mobilisation de l'attention, de la mémoire, réaction émotionnelle. Dans la douleur chronique, certains dysfonctionnements de régulation émotionnelle ont un impact sur l'intensité du ressenti de la douleur.

Les patients vont avoir tendance à éprouver des craintes inadaptées en rapport à la douleur. Ces peurs entraînent souvent un évitement des activités considérées comme pouvant provoquer ou augmenter la douleur. Les patients s'enferment alors dans un cercle vicieux associant diminution de leurs capacités physiques, accentuation des sensations douloureuses. Cette peur du mouvement et de l'activité physique est appelée kinésiophobie. Elle est corrélée à la notion de catastrophisme, défini comme un état de focalisation exclusive du patient sur les aspects aversifs et négatifs de l'expérience douloureuse (11).

La peur agit sur la focalisation attentionnelle. L'attention est un processus cognitif qui participe au déclenchement et à l'extinction de l'émotion. Lors de la douleur chronique, ce mécanisme devient dysfonctionnel: la mobilisation des ressources attentionnelles entraînent le maintien des ruminations mentales à propos de la douleur, ainsi qu'une augmentation du handicap (4).

D'autres émotions négatives sont corrélées à la chronicisation de la douleur : le sentiment d'injustice et la colère. Elles sont particulièrement présentes lorsque la douleur fait suite à un accident du travail. Le patient se sent alors victime d'un préjudice et se sent en droit de réclamer indemnisation et réparation.

Ce système peut mettre en péril l'alliance thérapeutique et le bénéfice de la prise en charge médicale. Ces émotions placent le patient dans une position de victime et contribue à augmenter le « catastrophisme » (12).

L'étude de ces mécanismes aboutit à l'élaboration d'un modèle théorique du douloureux chronique: une douleur interprétée comme menaçante peut aboutir à la peur de la douleur. Cette peur influencerait l'attention, générerait de l'hypervigilance puis un comportement d'évitement excessif. L'évitement et l'hypervigilance entraîneraient alors un accroissement du sentiment d'infirmité, de l'incapacité à maintenir les activités de la vie quotidienne, susceptibles de déboucher sur un syndrome dépressif (11).

Ce modèle est particulièrement adapté aux douleurs chroniques d'origine musculo-squelettique, notamment la lombalgie chronique.

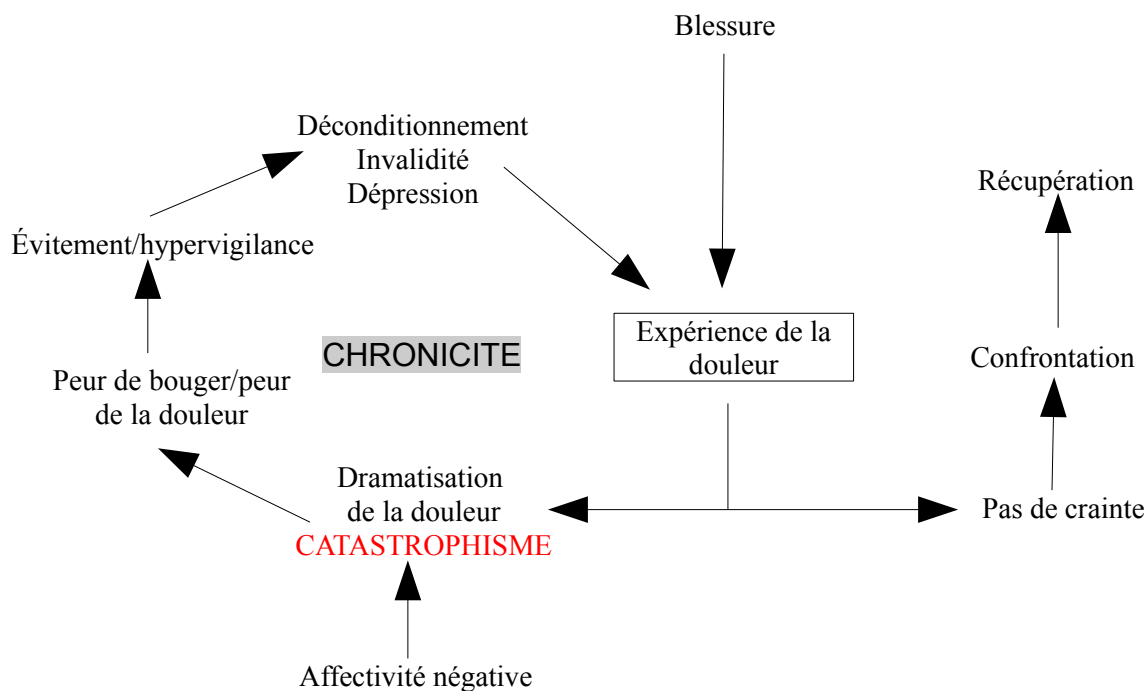


Figure 2 Fear-avoidance model d'après Vlayen et Linton (11)

Des facteurs contextuels expliquent également cette majoration de la douleur par leur impact sur les dimensions émotionnelles et cognitives: difficulté d'obtenir un diagnostic et un traitement adapté, succession de consultations par différents médecins, incompréhension de leur douleur par leur entourage et les personnels soignants. Ce parcours difficile est souvent vécu comme un manque de reconnaissance de leur douleur et un abandon (4).

B. Rapprochement avec l'état de stress post-traumatique

Selon certains auteurs, le syndrome douloureux chronique peut être rapproché de l'état de stress post-traumatique (ESPT) (13). Voyons brièvement la définition de l'ESPT pour pouvoir le comparer au syndrome douloureux chronique.

L'ESPT fait suite à l'exposition à un événement stressant ou traumatisant, ayant impliqué la mort, ou une menace de mort, des blessures graves ou une menace à l'intégrité physique de la personne ou celle d'autrui. Suite à cet événement traumatisant, l'individu éprouve généralement une peur intense, un sentiment d'horreur, puis un ensemble de symptômes peuvent apparaître:

- diminution de la réactivité au monde extérieur
- souvenirs envahissants ou rêves répétitifs liés à l'événement traumatique
- comportement d'évitement d'objets, de situations ou de personnes liés à l'événement traumatisant
- troubles anxieux persistants et de forte intensité (hyperéveil)

Les symptômes durent plus d'un mois, l'ESPT est dit chronique si ils durent plus de trois mois (14).

Dans le cadre du syndrome douloureux chronique, il y aurait un traumatisme initial, responsable de l'apparition d'une douleur aiguë. Un événement qui peut être bref et qui provoque un état de sidération. Au sein de l'appareil psychique, il n'existe pas de représentation du Moi mort ou souffrant. Cet événement vient rompre l'illusion d'homéostasie et d'immortalité. La scène traumatique devient alors un corps étranger interne, qui ne trouve pas de lien dans les représentations de l'inconscient et ne

cesse alors de se répéter (chronicisation de la douleur) comme une énigme posée aux instances psychiques (13).

Un autre lien clinique peut être réalisé entre le syndrome douloureux chronique et l'état de stress post-traumatique. L'activité mentale de ces patients est concentrée sur une tâche unique: déploiement des énergies défensives destinées à maîtriser l'invasion du traumatisme. Ce qui conduit à l'isolement du sujet et à l'apparition de phénomènes régressifs: toute relation avec l'extérieur qui ne concerne pas sa douleur est désinvestie (13).

C. Douleur chronique et dépression: une comorbidité fréquente

Nous avons vu précédemment l'existence de facteurs de risque psychologiques de passage à la chronicité de la douleur. Plusieurs de ces FDR sont communs aux facteurs prédisposant à la dépression.

1. Données épidémiologiques

Au delà de la simple émotion désagréable, la douleur chronique est fréquemment associée à de réels syndromes dépressifs. Selon les études, le risque pour un patient algique de présenter un épisode dépressif majeur varie de 15 à 54,5 %, c'est à dire 2,5 à 3 fois plus fréquemment que les patients non algiques en population générale. Inversement, 65% des patients souffrant de dépression

présentent une douleur chronique (11). Cette variation importante de prévalence entre les études peut s'expliquer par le chevauchement des critères diagnostiques de la dépression et ceux de la douleur chronique (15).

Le lien de causalité est bilatéral: la douleur chronique déprime le patient et la dépression favorise la douleur chronique.

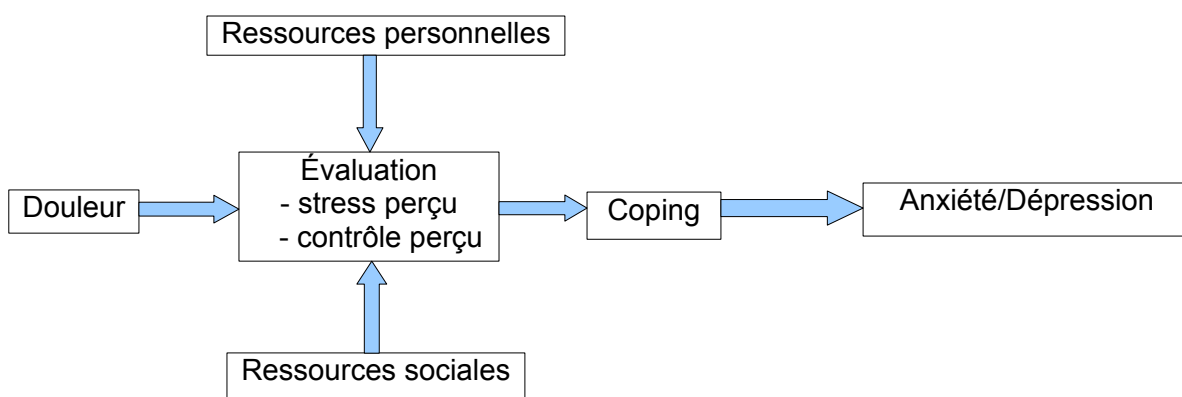
2. Stratégies de coping

Face à sa douleur, le patient réalise un double travail d'évaluation:

- Évaluation primaire: stress perçu (durée de la douleur, de son intensité, phénomène d'injustice et d'incompréhension)
- Évaluation secondaire: contrôle perçu (ressources disponibles pour contrôler cette douleur) (11).

C'est cette adéquation entre l'évaluation primaire et secondaire qui détermine la mise en place de stratégies pour gérer la douleur: les stratégies de coping. Ce sont des stratégies d'ajustement que l'individu met en place pour faire face à une situation stressante, en vue de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celle-ci sur son bien être physique et psychologique (4). Elles permettront, si elles sont efficaces, de faire l'économie de la souffrance émotionnelle.

Ces stratégies cognitives et comportementales mises en place dépendent d'une interaction entre l'individu et son environnement: traits de personnalité du sujet, ressources sociales (entourage familial, amical, professionnel), croyances de l'individu (facteurs extérieurs incontrôlables, fatalité, hasard) (11).



Les stratégies de coping sont dysfonctionnelles si le patient abandonne la gestion de sa douleur ou en attribue la responsabilité à une source extérieure. On retrouve généralement une dramatisation et un comportement d'évitement.

Des thérapies se développent pour lutter contre ces stratégies de coping inadaptées: les thérapies cognitives et comportementales (TCC). Nous les développerons dans le chapitre suivant.

III. Les prises en charge non médicamenteuses

Les traitements médicamenteux ont longtemps été le premier recours face à la douleur chronique mais seuls, ils permettent rarement de venir à bout de la symptomatologie et ne sont pas dénués de conséquences néfastes: escalade thérapeutique, effets secondaires et iatrogénie, dépendance médicamenteuse.

De nombreuses prises en charge non médicamenteuses sont aujourd'hui admises par le champ médical. Acupuncture, relaxation, sophrologie, placebo, ou encore hypnose, autant de méthodes qui ont prouvé leur efficacité, notamment via des techniques d'imagerie cérébrale. Elles ont d'ailleurs pris une place importante dans les centres antidouleur et permettent même parfois de diminuer les prises médicamenteuses de certains patients (5).

Développons celles qui nous intéressent pour la compréhension de l'étude.

1. La prise en charge pluridisciplinaire

Depuis le développement du modèle biopsychosocial dans les années 1990, le patient et sa douleur sont englobés dans une prise en charge pluridisciplinaire (PECP). La pluridisciplinarité implique que plusieurs personnes d'origines et/ou de compétences différentes s'occupent d'un même problème médical.

La PECP permet de prendre en compte le caractère multifactoriel de la lombalgie chronique (facteurs physiques, psychologiques, professionnels, sociaux), avec intervention d'une équipe centrée sur le patient (médecins spécialistes en

médecine physique, rhumatologues, rééducateurs, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, éducateurs sportifs, infirmières, assistantes sociales).

Ces PECP comportent des traitements passifs et surtout actifs au cours d'un reconditionnement à l'effort, mais aussi des mesures éducatives et pédagogiques associées à des techniques comportementales et cognitives, à un apprentissage de la gestion de la douleur et du stress. En l'état actuel des connaissances, le type de cadre institutionnel (en ambulatoire ou au cours d'une hospitalisation) et la durée optimale de prise en charge ne sont pas connus.

Cette approche thérapeutique ne convenant pas à tous les patients, elle n'est pas à proposer de façon systématique.

Selon l'HAS : les PECP associant, dans des proportions qui restent à définir, des séances d'éducation et de conseils, des exercices physiques intensifs supervisés ou non par un kinésithérapeute à une prise en charge psychologique sont recommandées pour le traitement à visée antalgique, fonctionnelle et dans une moindre mesure pour le retour au travail des patients lombalgiques chroniques (5).

2. Le reconditionnement physique

Il repose sur la notion de syndrome de déconditionnement qui surviendrait chez les patients lombalgiques chroniques suite à une période de 4 à 6 mois d'inactivité physique engendrée par les douleurs lombaires. Il associe perte de flexibilité, diminution de force et d'endurance musculaire, réduction des capacités fonctionnelles et désadaptation cardio-respiratoire à l'effort.

En cas de lombalgie chronique, l'efficacité à court et moyen terme des programmes de reconditionnement physique sur le statut algofonctionnel a été démontrée, mais les effets à long terme sont faibles à modérés.

3. La thérapie cognitivo-comportementale

En bref, le fait de souffrir de douleurs chroniques affecte le bien être de l'individu, au regard de la manière dont il se l'imagine et la gère. Ce n'est pas tant la situation à laquelle est exposé un douloureux chronique qui peut affecter son état de santé et sa qualité de vie (stress objectif), mais plutôt la lecture subjective qu'il en fait (stress perçu) (16). Les TCC visent à analyser et modifier les attitudes et représentations des patients ainsi que leurs comportements douloureux (dramatisation, évitement...)

Les principes sont les suivants:

- prise de conscience des comportements douloureux et de leur conséquence
- Exercices quotidiens d'attention à la douleur au cours desquels le patient se confronte à ses sensations douloureuses et s'expose aux cognitions négatives
- « Défusion » cognitive : reconnaissance des pensées automatiques et négatives associées à la douleur, modification de la réponse apportée à ces pensées en favorisant leur acceptation sans tenter de les critiquer
- Détermination des valeurs importantes par le patient qui doit agir de manière à les suivre (11).

L'approche cognitive et comportementale associée à un autre traitement (exercice physique, kinésithérapie, etc.) semble plus efficace sur la douleur que ce même traitement seul (5). Une étude Cochrane a analysé l'efficacité clinique des TCC : celles-ci modifient efficacement l'humeur et les résultats se maintiennent à six mois. Cependant, elles ont un faible impact sur la douleur et le handicap (15).

IV. L'Art-thérapie, définitions et concepts

L'AT utilise l'art au service de l'être humain en exploitant le potentiel artistique de la personne, dans une visée thérapeutique et humanitaire.

Les objectifs thérapeutiques sont la revalorisation de l'estime de soi, l'affirmation de soi, le contrôle des émotions (17).

A. Histoire de l'Art-thérapie

Dans les années 1900, l'activité artistique fait son apparition dans les hôpitaux psychiatriques, dans un objectif de distraction des «aliénés». De ce fait, de véritables œuvres d'art sont créées par des malades mentaux, et des psychiatres commencent à s'y intéresser en cherchant le lien entre la pathologie et la production artistique. Cette source de recherche donnera lieu à de nombreuses études et ouvrages.

La thérapie par l'Art, d'abord utilisée en psychiatrie, se diversifie rapidement et l'engouement pour cette discipline ne cesse d'augmenter. Depuis une dizaine d'années, l'AT occupe une place grandissante dans la prise en charge des patients atteints de pathologies diverses. Des écoles de formation se créent, et de nombreux ouvrages et conférences sont consacrés à cette nouvelle forme de soins (18).

En rééducation, l'Art-thérapie fait l'objet de nombreuses études. En 2009, une équipe de Montpellier a ainsi montré dans une étude observationnelle sur 13 patients

traumatisés crâniens, que la musicothérapie baissait significativement leur niveau d'anxiété et de dépression (19).

B. Concepts et pratiques de l'Art-thérapie

L'Art, au sens large du terme et par ses multiples moyens d'expression, nous valorise en nous permettant d'exprimer nos singularités. Son langage universel véhicule émotions et expériences au delà des mots.

L'Art-thérapie se pratique individuellement ou en groupe encadré par un art-thérapeute. Les techniques utilisées sont multiples et varient selon la dominante artistique de l'art-thérapeute.

1. La création d'un objet artistique

L'Art-thérapie permet de travailler sur l'inconscient, elle engendre un processus créatif par le biais de l'art-thérapeute. Au centre de la relation thérapeutique: la «chose créée» par le patient. Cet objet créé est le reflet de ce que le patient y a projeté, mais est aussi un langage non verbal. La production est le moyen de communication premier entre soi et la réalité extérieure, entre conscient et inconscient.

Chaque patient arrive en séance d'art-thérapie avec des attentes et des demandes qui lui sont propres, une histoire et un vécu personnel. Le patient

s'exprime de là où il en est, avec ce qu'il est, et ce qu'il a. L'art-thérapeute va s'adapter en fonction de l'envie du patient, de son histoire et de l'objectif de réinsertion et de réadaptation.

Pendant les premières séances, la création va surtout permettre au patient de s'exprimer et d'instaurer une relation avec l'art-thérapeute. Puis dans un second temps, celui-ci va aider la personne à donner du sens à son expression. Ensemble, ils vont travailler sur la production afin de faire évoluer les comportements, les émotions et représentations inadaptées du patient par rapport à sa pathologie.

L'art-thérapeute n'est pas un psychothérapeute à support artistique : Il n'interprète pas l'œuvre du patient mais utilise l'activité artistique pour activer ou réorganiser le processus d'expression, de communication ou de relation (17).

2. Art-thérapie et douleur chronique

Dans le cadre de la prise en charge de douleur chronique, l'AT s'adresse à des personnes dont la symptomatologie douloureuse est rebelle aux thérapeutiques habituelles, dont le projet de vie est en suspens, et/ou qui sont en rupture sociale. Pour être bénéfique, les personnes doivent être prêtes à se mobiliser pour un réaménagement personnel (17).

Dans une prise en charge pluridisciplinaire, en complémentarité des autres disciplines, l'AT paraît intéressante pour soigner les lombalgies chroniques car c'est une médiation qui mobilise des voies d'ouverture sur le plan individuel: accès aux ressources propres du patient, dynamisme, prise de distance du sujet avec sa douleur chronique comme avec ses blessures antérieures (18).

Le processus créatif mobilisé chez le patient va favoriser le renforcement de l'estime de soi. Il pourra alors accéder aux ressources dont il dispose pour gérer sa douleur. Il va, de plus, prendre conscience des émotions qui l'habitent et apprendre à les contrôler (20).

Les séances en groupes permettent également de créer de nouveaux liens sociaux, et de favoriser un réinvestissement relationnel et une réassurance dans un espace de confiance (18).

Les séances permettent également de lutter contre cet état de focalisation exclusive du patient sur les aspects négatifs de leur douleur : il va concentrer son attention sur une production artistique. C'est pour lui une perception sensorielle agréable, nouvelle qui va lui procurer un plaisir, un bien-être.

Cette expérience sensorielle agréable se reproduit à chaque séance, et le patient va apprendre progressivement à la transférer à l'extérieur, dans sa vie quotidienne.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Participants

Nous avons recruté de façon exhaustive les patients lombalgiques chroniques hospitalisés pour suivre un programme de reconditionnement fonctionnel du rachis sur quatre semaines dans le service de rééducation et réadaptation du Professeur THEVENON à l'hôpital Swynghedauw de Lille.

Les patients bénéficiant de ce programme souffraient d'une lombalgie commune chronique, les critères d'exclusion étaient une hyperalgie, une sciatique par compression radiculaire, une démarche médico-légale en cours.

La période de recrutement était du 1er avril au 30 septembre 2013. Trente deux patients ont été inclus. Ils étaient reçus à leur admission en entretien individuel, par moi-même ou l'art-thérapeute ou une infirmière du service. Des informations leur étaient fournies sur l'objectif de l'étude et sur les séances d'Art-thérapie. S'ils acceptaient de participer à l'étude, ils signaient un formulaire de consentement libre et éclairé.

Trois patients ont refusé de participer à l'étude, et un patient est sorti de l'étude suite à l'arrêt prématuré du programme de rééducation. Les vingt-huit patients volontaires formaient le groupe intervention.

Un groupe témoin était formé de façon rétrospective. Il était composé de vingt-neuf patients lombalgiques chroniques participant au programme de rééducation sur

la période de septembre 2012 à janvier 2013. Leur programme ne comprenait pas de séances d'AT.

Les données démographiques âge, sexe, classe socioprofessionnelle (selon l'INSEE) étaient relevées.

II. Outils d'évaluation

Les patients des 2 groupes remplissaient un questionnaire d'autoévaluation le premier jour de leur hospitalisation et la dernière semaine de leur séjour. Cette évaluation était composée de l'auto-questionnaire de DALLAS, de l'échelle HAD, de l'échelle EIFEL, du questionnaire FABQ et de l'échelle de kinésiophobie Tampa (cf annexes 1 à 5).

1. L'auto questionnaire de Dallas (cf. annexe 1)

C'est une échelle de qualité de vie spécifique des lombalgiques chroniques, divisée en quatre parties indépendantes: activités quotidiennes, activités professionnelles et de loisirs, anxiété/dépression, sociabilité. Elle comporte seize questions auxquelles le patient répond en plaçant une croix sur une échelle visuelle segmentée. Pour chacune des quatre parties, le retentissement de la douleur sur la qualité de vie est exprimé par un pourcentage, obtenu en sommant le score de chaque question et en le multipliant par le coefficient qui lui correspond.

Pour l'étude, nous avons analysé les scores relatifs à la partie activités professionnelles et loisirs, et à la partie sociabilité, les autres composantes de la qualité de vie étant étudiées par d'autres échelles.

2. L'échelle HAD (cf. annexe 2)

Ce score mesure les composantes anxieuse (A) et/ou dépressive (D). Chacune des 2 composantes est évaluée à partir de 7 items, les réponses étant cotées de 0 à 3. Les scores totaux peuvent donc s'échelonner de 0 à 21, les plus élevés correspondant à une symptomatologie plus sévère. Elle ne permet pas de faire le diagnostic de syndrome dépressif ou anxieux, mais au-delà d'un certain seuil, le score est considéré comme un signal d'alarme.

Pour les deux composantes anxiété et dépression :

- score inférieur ou égal à 7 : absence de cas
- score compris entre 8 et 10 : cas douteux
- score supérieur ou égal à 11 : cas certain

3. L'échelle EIFEL (cf. annexe 3)

C'est l'échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgiques.

Pour chacune des 24 questions, le patient doit cocher la case si elle correspond à sa situation actuelle. Si la douleur lombaire le cloue au lit, il doit cocher la première case et arrêter le questionnaire. Le score total est calculé en additionnant le nombre

de cases cochées. Plus le score est important, plus la lombalgie a une répercussion fonctionnelle.

4. Le questionnaire FABQ (cf. annexe 4)

Le « Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire » (FABQ) permet l'évaluation des peurs et des croyances. Cet auto-questionnaire apprécie l'appréhension et l'évitement de la reprise vis à vis des activités professionnelles (score sur 42) et physiques (score sur 24).

5. L'échelle de kinésiophobie Tampa (cf. annexe 5)

La « Tampa Scale of Kinesiophobia » (TSK) ou échelle de kinésiophobie se compose de 17 items et évalue la peur du mouvement et celle de se blesser à nouveau. Chaque item doit être coté au moyen de quatre affirmations : « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ». Un score supérieur à 40/68 est considéré comme une kinésiophobie importante.

Nous avons intentionnellement décidé de ne pas prendre en compte l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) comme critères d'évaluation. Cette échelle est une réglette qui permet au patient d'auto-évaluer sa douleur ressentie au moyen d'un curseur. Cette méthode était trop variable dans le temps et nous paraissait trop critiquable scientifiquement.

III. Intervention

Dans le groupe intervention, les patients participaient à des séances d'Art-thérapie, incluses dans le programme initial de rééducation. Celui-ci comprenait des séances de kinésithérapie, balnéothérapie, ergothérapie, activités sportives. Il était prévu, au mieux, deux séances de 1 heure d'Art-thérapie par semaine, en fonction des contraintes organisationnelles du service, des patients et de l'art-thérapeute.

Les séances étaient encadrées par une art-thérapeute en formation pour qui ce travail représentait le mémoire de fin d'études. La première séance consistait en un entretien individuel où l'art-thérapeute ciblait les actions thérapeutiques à mener. Les séances étaient réalisées en individuel ou en groupe de deux ou trois patients, selon l'évaluation de l'art-thérapeute, la personnalité du patient, son désir et l'activité choisie. Les activités proposées étaient la sculpture, la peinture, la danse ou le dessin.

IV. Analyse statistique

Nous avons étudié les caractéristiques de l'échantillon global de population par une analyse descriptive univariée.

Pour évaluer l'impact de l'Art-thérapie sur les différentes variables, nous avons fait une analyse statistique bivariée pour chaque score étudié en utilisant le test non paramétrique de WILCOXON indépendant.

Le seuil de significativité retenu était p inférieur à 5%.

RÉSULTATS

I. Analyse des données de l'échantillon global

A. Données démographiques

L'échantillon global (groupe intervention et groupe témoin) était composé de 57 patients, il y avait 67% de femmes, l'âge moyen était de 42,88 ans. On remarquait une nette prédominance des catégories socioprofessionnelles 4 et 5 (respectivement 30% et 28%), alors que la catégorie socioprofessionnelle 2 est quasiment absente (2%). 14% étaient sans activité professionnelle, 5% étaient retraités.

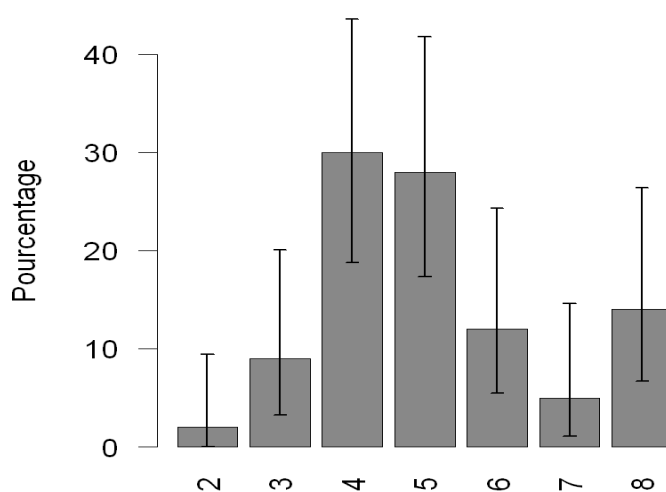


Figure 1 catégories socioprofessionnelles de l'échantillon global

Liste des catégories socioprofessionnelles selon l'INSEE

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions Intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activité professionnelle

Selon le bulletin épidémiologique de l'INSEE sur la population des plus de 15 ans en 2012, la répartition des catégories socioprofessionnelles (CSP) en population générale française diffère de celle de l'échantillon de population de l'étude.

CSP	Population générale 2012 (%)	population de l'étude (%)
1	1	0
2	3,4	2
3	9,6	9
4	13,3	30
5	16	28
6	12,4	12
7	26,5	5
8	17,7	14

tableau 1 Comparaison de répartition des CSP en population générale et dans l'étude

Les deux groupes étaient comparables sur les scores du questionnaire avant programme de rééducation et sur les données démographiques, excepté sur le sexe : il y avait plus d'hommes dans le groupe intervention (n=12) que dans le groupe témoin (n=7).

Variables	Modalités	Non n=29	Oui n=28	NA
SEXE				Valeurs manquantes = 0
		24% (n=7)	43% (n=12)	
ÂGE				Valeurs manquantes = 0
		42.79 +/- 12.87	42.96 +/- 11.67	
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE				Valeurs manquantes = 0
		2 0% (n=0)	4% (n=1)	
		3 3% (n=1)	14% (n=4)	
		4 34% (n=10)	25% (n=7)	
		5 31% (n=9)	25% (n=7)	
		6 14% (n=4)	11% (n=3)	
		7 7% (n=2)	4% (n=1)	
		8 10% (n=3)	18% (n=5)	
GROUPE				Valeurs manquantes = 0
		0% (n=0)	100% (n=28)	
NOMBRE DE SÉANCES				Valeurs manquantes = 29
		NaN +/- NA	5.46 +/- 1.45	
DALLAS PROFESSION/LOISIR AVANT				Valeurs manquantes = 1
		62.32 +/- 19.41	63.5 +/- 19.5	
DALLAS SOCIABILITÉ AVANT				Valeurs manquantes = 2
		45.56 +/- 23.34	44.29 +/- 22.22	
EIFFEL AVANT				Valeurs manquantes = 0
		11.41 +/- 4.64	11.54 +/- 4	
HAD ANXIÉTÉ AVANT				Valeurs manquantes = 3
		10.88 +/- 3.66	10 +/- 3.39	
HAD DÉPRESSION AVANT				Valeurs manquantes = 3
		7.04 +/- 3.68	6.36 +/- 4.44	
FABQ TRAVAIL AVANT				Valeurs manquantes = 3
		18.35 +/- 13.71	20.25 +/- 12.83	
FABQ PHYSIQUE AVANT				Valeurs manquantes = 3
		12.62 +/- 6.71	13.75 +/- 6.95	
TAMPA AVANT				Valeurs manquantes = 1
		40.61 +/- 9.59	40.68 +/- 8.86	
DALLAS PROFESSION/LOISIR APRÈS				Valeurs manquantes = 3
		41.85 +/- 21.17	49.44 +/- 24.27	
DALLAS SOCIABILITÉ APRÈS				Valeurs manquantes = 4
		33.33 +/- 21.53	39.62 +/- 26.07	
EIFFEL APRÈS				Valeurs manquantes = 0
		8.24 +/- 5.22	7.82 +/- 4.83	
HAD ANXIÉTÉ APRÈS				Valeurs manquantes = 1
		9.28 +/- 4.1	8.7 +/- 3.15	
HAD DÉPRESSION APRÈS				Valeurs manquantes = 1
		5.38 +/- 3.42	5.44 +/- 3.49	
FABQ TRAVAIL APRÈS				Valeurs manquantes = 4
		16.96 +/- 12.23	19.57 +/- 13.26	
FABQ PHYSIQUE APRÈS				Valeurs manquantes = 2
		9.15 +/- 6.61	10.11 +/- 7.6	
TAMPA APRÈS				Valeurs manquantes = 1
		38.18 +/- 10.1	38.04 +/- 8.09	
DELTA DALLAS PROF				Valeurs manquantes = 4
		-18.65 +/- 19.88	-13.26 +/- 17.6	
DELTA DALLAS SOCIABILITE				Valeurs manquantes = 6
		-10.6 +/- 19.17	-3.65 +/- 20.91	
DELTA EIFFEL				Valeurs manquantes = 0
		-3.17 +/- 3.85	-3.71 +/- 4.74	
DELTA HAD ANXIÉTÉ				Valeurs manquantes = 4
		-1.5 +/- 2.42	-1.41 +/- 3.08	
DELTA HAD DÉPRESSION				Valeurs manquantes = 4
		-1.54 +/- 2.4	-1 +/- 3.98	
DELTA FABQ TRAVAIL				Valeurs manquantes = 4
		-2.12 +/- 7.06	-0.68 +/- 9.27	
DELTA FABQ PHYSIQUE				Valeurs manquantes = 4
		-3.56 +/- 6.38	-3.64 +/- 7.77	
DELTA TAMPA				Valeurs manquantes = 1
		-2.43 +/- 5.95	-2.64 +/- 6.36	
NOMBRE SEANCE SUP EGAL 5				Valeurs manquantes = 0
		0% (n=0)	82% (n=23)	

OUI = groupe intervention, NON= groupe témoin

Tableau 2 données descriptives des groupes

B. Évaluation des scores avant programme de rééducation

Nous avons étudié l'échantillon global de population selon les résultats obtenus au questionnaire rempli en début de programme de rééducation.

1. Auto-questionnaire de DALLAS

On notait une répercussion de la douleur de 62,91% en moyenne sur le rapport activités professionnelles/loisirs, et de 44,91% sur la sociabilité.

2. Échelle HAD

Le score moyen à la partie HAD – anxiété était de 10,42/21.

51,85% des patients avaient un score supérieur ou égal à 11 (considérés « cas anxieux » de façon certaine).

Le score moyen à la partie HAD – dépression était de 6,69/21.

14,8% des patients avaient un score supérieur ou égal à 11 (considérés « cas dépressifs » de façon certaine).

3. Échelle EIFEL

Le score moyen au questionnaire EIFEL était de 11,47/24

4. Questionnaire FABQ

Le score moyen était de 19,33/42 pour la partie « croyances concernant le travail », et de 13,2/24 pour la partie « croyances concernant l'activité physique ».

5. Échelle Tampa

Le score moyen était de 40,64/68.

53,57% des patients présentaient un score supérieur ou égal à 40/68, (seuil de kinésiophobie « importante »).

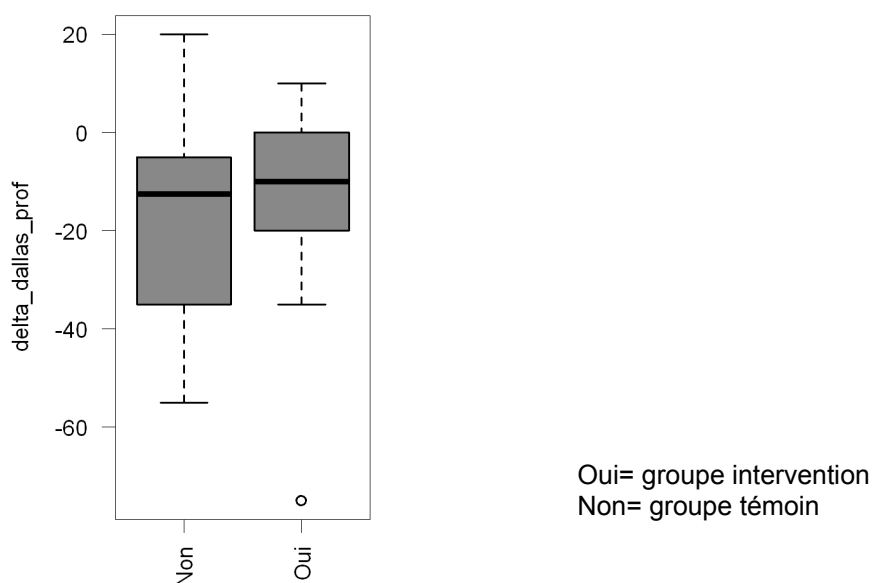
II. Évaluation de l'intervention Art-thérapie (AT)

Le nombre moyen de séances d'AT sur les 4 semaines était de 5,46.

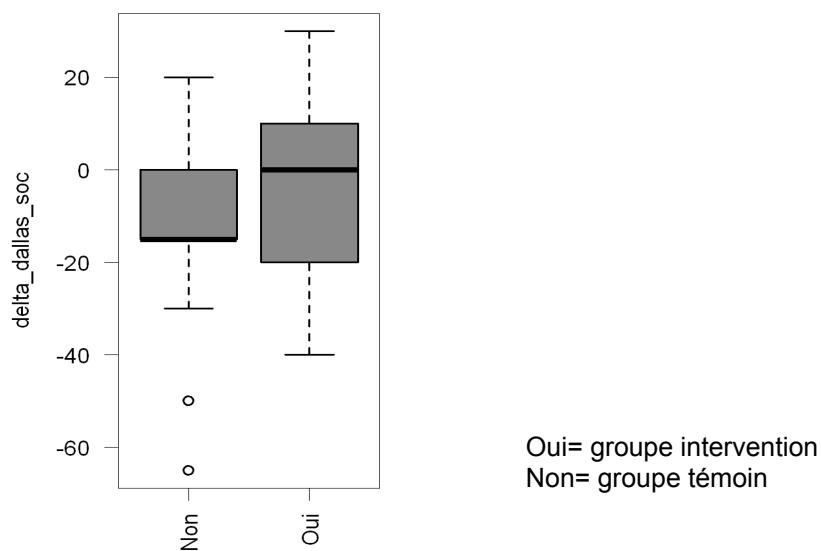
Nous avons comparé les résultats des deux groupes pour chaque score du questionnaire de fin de programme de rééducation.

Aucune différence significative entre les groupes n'a été montrée.

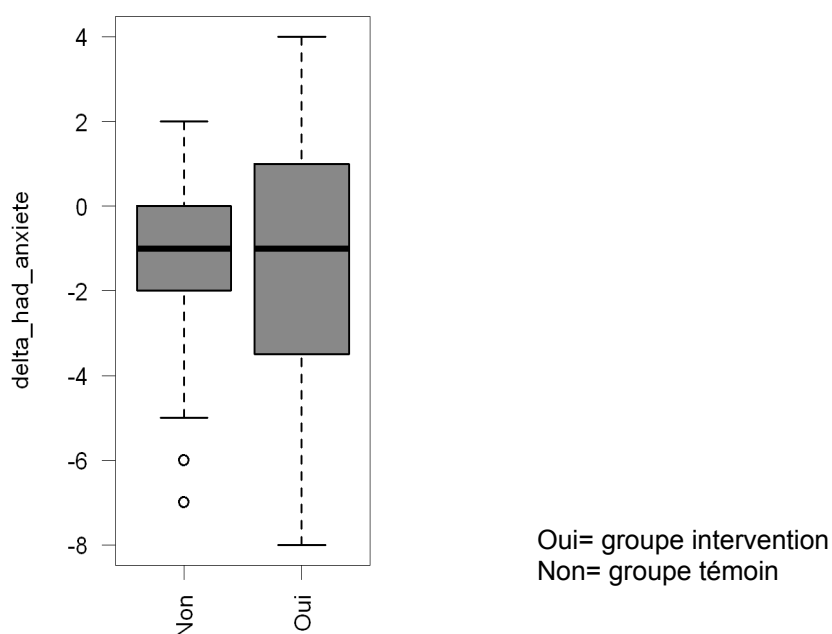
Auto-questionnaire DALLAS – activités professionnelles/loisirs : on observe une réduction moyenne du score de 18,65% dans le groupe témoin, et de 13,26% dans le groupe intervention ($p=0,287$).



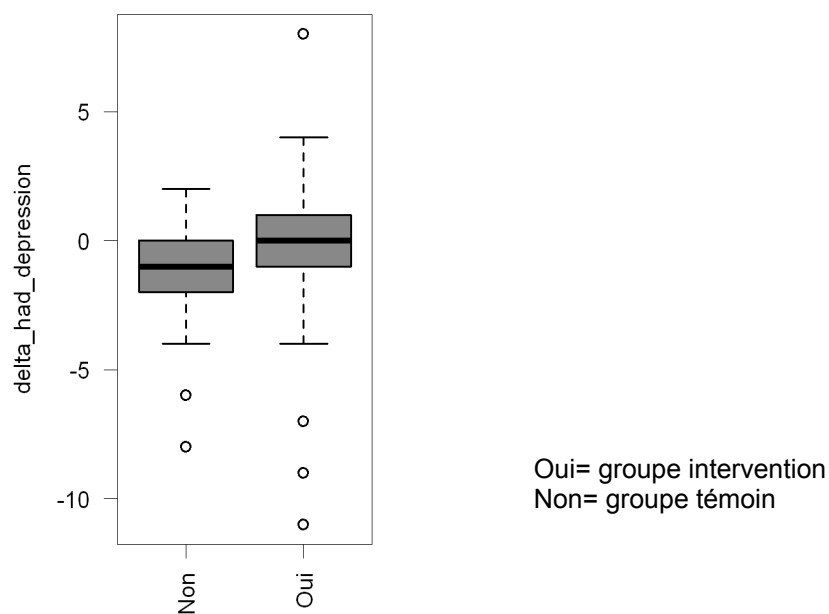
Auto-questionnaire DALLAS – sociabilité : on observe une réduction moyenne du score de 10,6% dans le groupe témoin, et de 3,65% dans le groupe intervention ($p=0,256$)



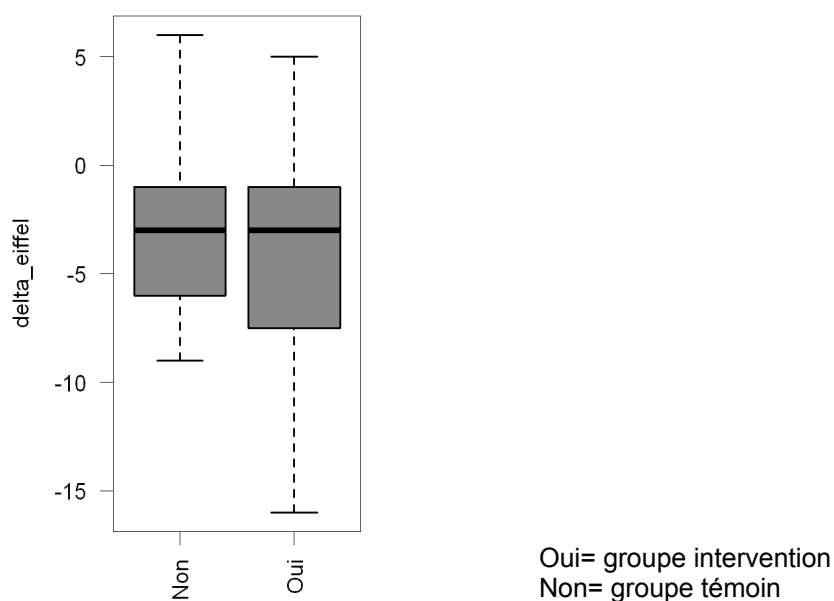
Échelle HAD – anxiété : on observe une réduction moyenne du score de 1,5 point dans le groupe témoin, et de 1,41 point dans le groupe intervention ($p=0,871$)



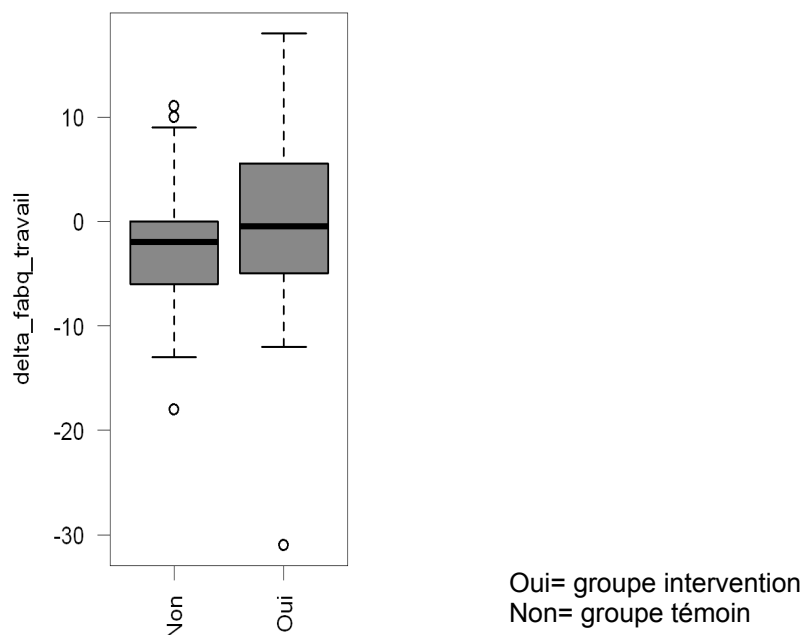
Échelle HAD – dépression : on observe une réduction moyenne du score de 1,54 point dans le groupe témoin, et de 1 point dans le groupe intervention ($p=0,246$)



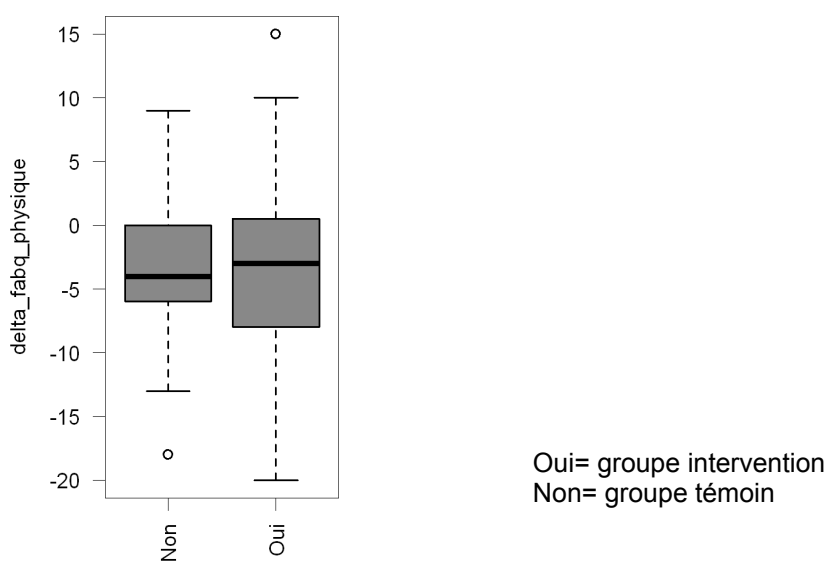
Échelle EIFEL : on observe une réduction moyenne du score de 3,17 points dans le groupe témoin et de 3,74 points dans le groupe intervention ($p=0,748$)



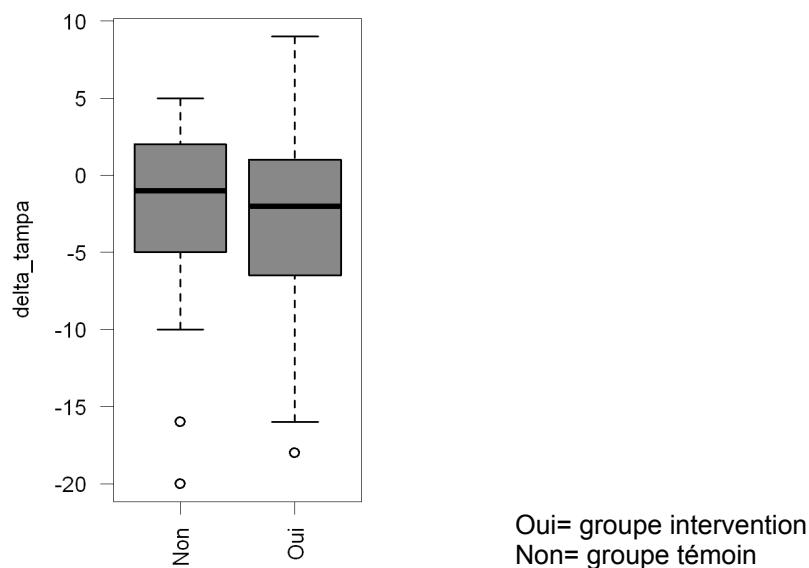
Questionnaire FABQ – croyances sur le travail : on observe une réduction moyenne du score de 2,12 points dans le groupe témoin, et de 0,68 point dans le groupe intervention (p=0,353)



Questionnaire FABQ – croyances sur l'activité physique : on observe une réduction moyenne du score de 3,56 points dans le groupe témoin, et de 3,643 points dans le groupe intervention (p= 0,979)



Échelle Tampa: on observe une réduction moyenne du score de 2,43 points dans le groupe témoin, et de 2,64 points dans le groupe intervention ($p=0,87$).



Nous avons voulu mesurer l'influence du facteur « nombre de séances » sur les résultats des scores. Nous avons donc procédé aux mêmes analyses bivariées en comparant les scores de fin de programme de deux nouveaux groupes : un groupe de 22 patients ayant eu au moins 5 séances d'AT, et un groupe de 34 patients ayant eu aucune ou moins de 5 séances d'AT. Les résultats n'ont pas été modifié par rapport à ceux présentés ci-dessus.

DISCUSSION

L'analyse des caractéristiques de l'échantillon global a permis de mettre en évidence une proportion importante de patients présentant des symptômes anxieux et/ou dépressifs. Les répercussions de la douleur sur la vie quotidienne étaient considérables. On mettait en évidence une kinésiophobie importante chez plus de la moitié des patients. L'analyse comparative des scores au questionnaire de fin de programme de rééducation n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre le groupe ayant bénéficié d'Art-thérapie et le groupe témoin.

A. Analyse de l'échantillon de population rapportée aux données de la littérature.

Dans la littérature française, 5 à 15% des français ont vécu un épisode dépressif au cours de l'année et selon une étude de l'INPES de 2005, 19% ont vécu ou vivront un épisode de dépression dans leur vie (21). Dans un contexte de douleur chronique, le risque pour un patient algique de présenter un épisode dépressif majeur varie de 15 à 54,5 % (11). Il est difficile de comparer ces chiffres aux 14,8% de « cas dépressifs certains » et 51,85% de « cas anxieux certains » de l'étude car l'échelle HAD n'est pas une échelle de diagnostic de la dépression ou des troubles anxieux, et les études englobent fréquemment symptômes dépressifs et anxieux.

Toutefois, les pourcentages importants de patients présentant un score élevé à l'échelle HAD au moment de l'étude indiquent qu'un lien entre douleur chronique et troubles psychiques existe, sans pour autant pouvoir identifier la cause de la conséquence.

La dépression touche en moyenne deux femmes pour un homme en population générale. Cette prédominance féminine dans les troubles de l'humeur est vérifiée dans notre étude : parmi les 28 cas « anxieux » (score HAD – anxiété supérieur ou égal à 11), 20 étaient des femmes, et parmi les 8 cas « dépressifs » (score HAD – dépression supérieur ou égal à 11) 5 étaient des femmes.

Les taux de répartition des différentes catégories socioprofessionnelles (CSP) variaient de ceux retrouvés en population générale française, selon le rapport épidémiologique de l'INSEE sur la population des plus de 15 ans en 2012 (cf tableau 1). On observait effectivement dans notre population de lombalgiques chroniques, un pourcentage important de professions intermédiaires (30%) et d'employés (28%). Inversement la catégorie des retraités était peu représentée (5%). Cette répartition est étonnante d'un premier abord car l'on s'attendrait à trouver en majorité les professions soumises à des ports de charge lourde et des contraintes physiques importantes, c'est à dire les ouvriers. C'est effectivement ce qu'on pensait il y a quelques années et les médecins du travail s'attachaient à réduire ces contraintes physiques pour diminuer le risque de lombalgie chronique. Mais les études récentes sur les facteurs de risque de passage à la chronicité montrent que les facteurs physiques et mécaniques sont moins influant que les facteurs personnels et psychosociaux. On peut imaginer alors que les professions les plus représentées ici sont celles qui engendrent le plus d'insatisfaction au travail, d'anxiété, de de stress

par contrainte de temps. A contrario, les retraités qui sont peu nombreux dans l'échantillon de lombalgiques chroniques ne subissent aucune pression professionnelle. Cette hypothèse confirme le rôle majeur des processus cognitifs et émotionnels dans la douleur chronique.

B. Une tendance surprenante à une moindre amélioration dans le groupe intervention

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes dans les scores obtenus au questionnaire de fin de programme de rééducation. Les faibles effectifs et l'absence de recrutement au hasard ont diminué la puissance statistique de l'étude.

Toutefois, les chiffres étaient surprenants dans le sens où ils mettaient en évidence une tendance à moins s'améliorer dans le groupe ayant bénéficié de l'Art-thérapie. Rappelons les scores pour lesquels cette tendance est constatée, respectivement groupe témoin versus groupe intervention :

- DALLAS – activités professionnelles/loisirs : -18,65 versus -13,26 points
- DALLAS – sociabilité : -10,6 versus -3,65 points
- FABQ – travail : -2,12 versus -0,679 points

Plusieurs facteurs de confusion peuvent expliquer cette tendance.

Le premier est celui de la période d'inclusion. En effet, le groupe témoin a été formé de façon rétrospective avec des patients hospitalisés sur une période hivernale de septembre 2012 à janvier 2013, alors que le groupe intervention était

formé de façon prospective sur une période printanière de avril à septembre 2013. Il se peut alors qu'un certain nombre de patients du groupe témoin présentaient au moment de leur hospitalisation des symptômes dépressifs saisonniers, fréquents en période hivernale. Ces derniers ont pu s'améliorer au long des 4 semaines de prise en charge, de façon spontanée et /ou grâce aux différentes activités proposées.

Un autre facteur de confusion est celui du nombre de femmes différent dans les deux groupes. En effet, il y avait 76% de femmes dans le groupe témoin contre 31% dans le groupe intervention. L'évolution de la lombalgie chronique des femmes par rapport aux hommes dans un programme de rééducation n'est pas décrit dans la littérature, mais on peut penser que ce critère a un impact sur les résultats.

Enfin, il est important de souligner que le groupe intervention avait le même programme de rééducation que le groupe témoin avec deux séances d'Art-thérapie par semaine en plus. La charge de l'emploi du temps était donc plus important, il se peut qu'une fatigue accumulée ait pu jouer en défaveur de l'Art-thérapie.

Mais le critère essentiel qui pour moi, a pu limiter l'apport de l'Art-thérapie est celui du manque d'adhésion du patient aux séances. Plusieurs hypothèses à cette constatation de la part de l'art-thérapeute et de moi-même peuvent être émises:

- L'inscription au programme de rééducation était prises plusieurs semaines avant le début de hospitalisation. Le projet de l'étude n'ayant pas encore pris forme, les patients avaient reçu des explications précises sur le déroulement du programme sans que le sujet de l'Art-thérapie n'ait été abordé. Lors de l'admission, les patients étaient donc étonnés de voir cette activité dans leur planning. L'équipe paramédicale n'ayant pas été formée, les patients ont parfois reçu des réponses floues à leurs interrogations, et ont ainsi considéré cette activité comme secondaire et facultative.

- Les problèmes organisationnels, la difficulté à trouver un local adapté, difficulté d'adaptation entre les planning de l'art-thérapeute et des autres intervenants ont contribué à rendre l'Art-thérapie peu crédible aux yeux des patients.

- Les patients étaient conditionnés pour suivre un programme de reconditionnement fonctionnel du rachis, ils n'étaient pas préparé à suivre en parallèle une autre forme de prise en charge sur les aspects comportementaux et émotionnels de leur pathologie. Cette prise en charge nécessite au préalable un travail de prise de conscience par le patient, qui n'a pas pu être réalisé ici. L'Art-thérapie était donc vécue par les patients comme un corps étranger dans leur programme de rééducation fonctionnel.

- Si l'Art-thérapie paraissait aux yeux du patient, hétérogène et contrastant avec la prise en charge fonctionnelle, la vision de l'art-thérapeute sur le lombalgique était également très différente des autres intervenants.

Nous avons donc, durant les premiers mois de l'étude, un manque d'adhésion des participants. Ce qui est nouveau et inconnu suscite souvent de l'appréhension voire un rejet.

C. Évaluation par l'art-thérapeute

Quelques constatations de Miriam RABIH, l'art-thérapeute qui a encadré les patients pendant les 6 mois de l'étude :

« Ils souffrent d'une douleur constante qui atteint leur santé physique et, par la chronicité, finit par atteindre leur santé mentale et sociale. Ils n'ont plus confiance en eux et pour certains l'estime de soi est au plus bas. »

« Il est essentiel de faire retrouver aux patients leurs goûts, leurs envies, leurs loisirs, leurs activités préférées, ce qu'ils aiment, ce qu'ils trouvent beau ! Souvent la mémoire leur revenait en fin d'entretien accompagné d'un regard nostalgique et l'esquisse d'un sourire... Car tous ces sujets font partie du passé »

L'objectif principal des séances d'AT était la revalorisation de l'estime de soi, les objectifs secondaires étaient la stimulation de l'élan corporel. L'art-thérapeute avait d'autres variables d'évaluation que les scores du questionnaire. Elle évaluait des critères subjectifs comme : la qualité des gestes, l'humeur, le mouvement, l'attitude physique, l'autonomie, l'implication. Pour tous ces items, elle a observé une nette amélioration avec une progression constante au fur et à mesure des séances pour la plupart des patients.

CONCLUSION

L'analyse descriptive de l'échantillon de lombalgiques chroniques hospitalisés a confirmé la présence d'un dysfonctionnement dans les processus psycho-comportementaux mis en place par le patient confronté à sa douleur. Nous avons observé l'importance des répercussions de sa douleur sur le pan social et professionnel, et l'altération de sa qualité de vie globale.

En proposant l'art-thérapie aux lombalgiques chroniques dans cette étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur les scores d'autoévaluation de qualité de vie. Nous avons toutefois observé une évolution subjective dans le vécu et le ressenti de leur pathologie, et leur façon d'appréhender la douleur.

La lombalgie chronique est une affection multifactorielle qui ne pourra répondre qu'à des soins pluridisciplinaires. Beaucoup de progrès sont réalisés dans ce sens par la prise en charge socio-professionnelle, rééducative et personnelle. Mais la composante psycho-émotionnelle reste trop souvent ignorée, pourtant elle représente une variable majeure dans la pérennisation voire l'aggravation de la maladie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute autorité de santé. (page consultée le 10/10/2013). Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
2. Gabriel Burloux. Le corps et sa douleur. Paris:Dunod, 2004
3. Lemogne C, Smaghe PO, Djian MC, et al. La douleur chronique en psychiatrie: comorbidités et hypothèses. *Ann Med Psychol.* 2004;162:350-343
4. Elbeze Rimasson D, Gay MC. Le fonctionnement émotionnel lors de la douleur chronique: état de la question Emotional processing in chronic pain: The state of the art. *Annales Médico-Psychologiques.* 2011 Mar 24;170:168-163
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (page consultée le 25/11/2013). Diagnostique, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombalgie_dec2000_recos.pdf
6. NguyenC, Poiraud S, Revel M, et al. Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme.* 2009;76:537-542
7. Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A. (page consultée le 20 décembre 2013). Épidémiologie des lombalgies : quoi de neuf? , [en ligne]. http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/42/68/48/PDF/Rossignol_24avril09_AL.pdf
8. Genêt F, Lapeyre E, Schnitzler A, et al. Evaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique Psychobehavioural assessment for chronic low back pain. *Annales de réadaptation et de médecine physique.* 2006;49:233-226
9. Morel Fatio M, La lombalgie chronique Un modèle de référence pour l'étude des mécanismes d'incapacité liés à une douleur chronique, Mars 2012
10. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F et al. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain.* 2006;124:330-337
11. Radat F, Koleck M. Douleur et dépression: les médiateurs cognitifs et comportementaux d'une association très fréquente. *L'Encéphale.* 2010 Oct 08;37:179-172
12. Allaz A-F. Douleurs et aspects émotionnels. *La lettre de l'Institut UPSA de la douleur.* nov 2013;42
13. Brousse G, Daniel M, Llorca PM. Névrose traumatique et syndrome douloureux chronique Rapprochement clinique et théorique. *Stress et Trauma.* 2003;3(2):97-93
14. M.Capron R. (page consultée le 18/02/2014). CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS LE DSM IV-TR , [en ligne]. http://www.licorne-formation.com/media/811fe93_critere.pdf

15. O'Reilly A. La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique: une revue de travaux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2011;21:131-126
16. Laroche F, Roussel P. Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives (TCC) Fondements, efficacité, cas cliniques. Paris:editions in press, 2012
17. AFRATAPEM école d'art-thérapie de Tours. (page consultée le 18/02/2014). Définitions, [en ligne]. <http://www.art-therapie-tours.net/fr/afratapem.php>
18. Angela Evers. *Le grand livre de l'art-thérapie*. Paris:Eyrolles, 2010
19. Guétin S, Soua B, Voiriot G, et al. Intérêt de la musicothérapie sur l'humeur et l'anxiété-dépression :étude observationnelle chez des patients cérébrolésés traumatiques institutionnalisés. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. feb 2009;52:30-40
20. Hamel J, Labrèche J. *DECOUVRIR L'ART-THERAPIE: des mots sur les maux, des couleurs sur les douleurs*. Paris:Larousse, 2010
21. Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 09/02/2014). La dépression, [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/la-depression.html>

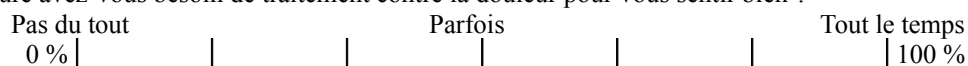
*« Mettre des couleurs sur les douleurs
et des mots sur les maux »*

ANNEXES

Annexe 1 Auto-questionnaire de DALLAS

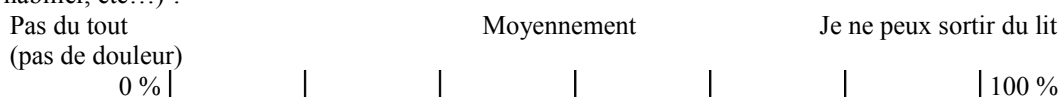
1 La douleur et son intensité

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitement contre la douleur pour vous sentir bien ?



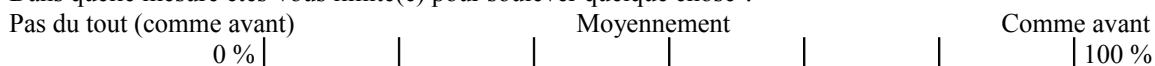
2 Les gestes de la vie quotidienne

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc...) ?



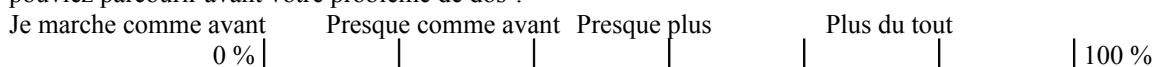
3 La possibilité de soulever quelque chose

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?



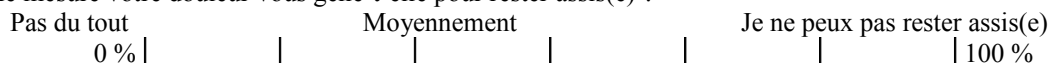
4 La marche

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?



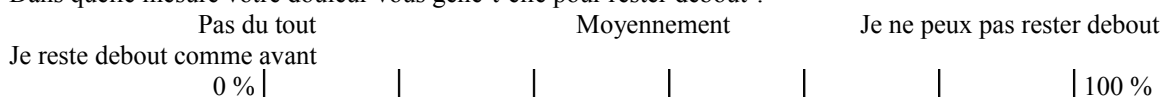
5 La position assise

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?



6 La position debout

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout ?



Annexe 2 Échelle HAD

	A	Je me sens tendu ou énervé :
	3	La plupart du temps
	2	Souvent
	1	De temps en temps
	0	Jamais
D		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		Oui, tout autant
1		Pas autant
2		Un peu seulement
3		Presque plus
	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
D		Je ris facilement 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
	A	Je me fais du souci :
	3	Très souvent
	2	Assez souvent
	1	Occasionnellement
	0	Très occasionnellement
D		Je suis de bonne humeur :
3		Jamais
2		Rarement
1		Assez souvent
0		La plupart du temps
	A	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
	0	Oui quoi qu'il m'arrive
	1	Oui en général
	2	Rarement
	3	Jamais
D		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3		Presque toujours
2		Très souvent
1		Parfois
0		Jamais

	A	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	0	Jamais
	1	Parfois
	2	Assez souvent
	3	Très souvent
D		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3		Plus du tout
2		Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		J'y prête autant d'attention que par le passé
	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
D		Je me réjouis d'avance 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
	A	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	3	Vraiment très souvent
	2	Assez souvent
	1	Pas très souvent
	0	Jamais
D		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
0		Souvent
1		Parfois
2		Rarement
3		Très rarement

Annexe 3 Échelle EIFEL

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. A cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison
5. A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers
6. A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer
7. A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil
8. A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place
9. A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude
10. Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos
11. A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni m'agenouiller
12. A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise
13. J'ai mal au dos la plupart du temps
14. A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit
15. J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos
16. A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants)
17. Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos
18. Je dors moins à cause de mon mal de dos
19. A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller
20. A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée
21. A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison
22. A cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens
23. A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude
24. A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps

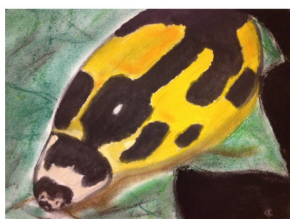
Annexe 4 Questionnaire FABQ

	<i>Absolument pas d'accord avec la phrase</i>	<i>Partiellement d'accord avec la phrase</i>					<i>Complètement d'accord avec la phrase</i>
FABQ PHYSIQUE							
1 – Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 – L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 – L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4 – Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 – Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
FABQ TRAVAIL							
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>							
6 – Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 – Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8 – Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 – Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
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	0	1	2	3	4	5	6
13 – Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14 – Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 – Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 – Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6
TOTAL DES ITEMS							
Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)							
Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24)							

Annexe 5 Échelle de kinésiophobie Tampa

Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encercler le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.		Fortement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Fortement en accord
1.	J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique	1	2	3	4
2.	Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre	1	2	3	4
3.	Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas	1	2	3	4
4.	Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée *	1	2	3	4
5.	Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux	1	2	3	4
6.	Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours	1	2	3	4
7.	La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e)	1	2	3	4
8.	Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux *	1	2	3	4
9.	J'ai peur de me blesser accidentellement	1	2	3	4
10.	La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles	1	2	3	4
11.	Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps	1	2	3	4
12.	Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve) *	1	2	3	4
13.	La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas	1	2	3	4
14.	Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active	1	2	3	4
15.	Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser	1	2	3	4
16.	Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave *	1	2	3	4
17.	Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur	1	2	3	4

Annexe 6 Exemples de productions de patients



AUTEUR : DEBRAY Amandine

Date de Soutenance : mercredi 02 avril 2014

Titre de la Thèse :

Évaluation de l'Art-thérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients lombalgiques chroniques

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES Médecine générale

Mots-clés : lombalgie chronique, douleur, art-thérapie, rééducation, facteurs psychosociaux, qualité de vie

Résumé :

Contexte : La lombalgie chronique est une pathologie fréquente avec un impact psychosocial important. La recherche médicale montre l'importance des processus cognitifs et émotionnels dans la persistance de la douleur. L'objectif était d'observer les caractéristiques d'une population de lombalgiques chroniques et d'évaluer l'apport de l'Art-thérapie dans leur prise en charge.

Méthode : Un groupe intervention était composé de patients recrutés d'avril à septembre 2013, hospitalisés pour suivre un programme de rééducation de quatre semaines. Ils bénéficiaient de séances d'Art-thérapie. Un groupe témoin était formé de façon rétrospective. Les patients remplissaient une batterie d'échelles d'autoévaluation avant et après programme. Les scores des deux groupes étaient comparés par analyse bivariée en utilisant le test non paramétrique de Wilcoxon.

Résultats : L'échantillon global était composé de 57 patients, 67% de femmes, d'âge moyen 42,88 ans. 28 patients composaient le groupe intervention, 29 patients composaient le groupe témoin. Les scores obtenus montraient dans l'échantillon global une qualité de vie altérée (62,9% de répercussions sur le rapport activités professionnelles/loisirs, 44,9% sur la sociabilité) et un comportement inadapté face à la douleur (53,6% des patients présentaient une kinésiophobie importante). Il y avait 14% de patients présentant un score de dépression élevé sur l'échelle HAD. En fin de programme, les scores moyens étaient améliorés, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes.

Conclusion : L'étude confirme l'existence de dysfonctionnements cognitifs et émotionnels chez les douloureux chroniques. L'Art-thérapie n'apporte pas d'amélioration objective dans cet échantillon, toutefois il paraît nécessaire de prendre en charge la composante psychoémotionnelle, variable majeure dans la pérennisation de la douleur chronique

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Serge BLOND

Monsieur le Professeur André THEVENON

Madame le Docteur Anne BERA-LOUVILLE

Directeur : Monsieur le Professeur André THEVENON