

M. grosse Holtforth, Bern
T. O. Boschung, Bern

Approche biopsychosociale multimodale

Dépistage des facteurs psychosociaux dans le traitement de la douleur

Les facteurs psychosociaux influencent, en interaction avec les facteurs biologiques, l'apparition, la chronicisation ainsi que la persistance de la douleur, et doivent donc être identifiés à un stade précoce afin de pouvoir planifier un traitement de manière ciblée.

Les facteurs psychosociaux pertinents pour l'apparition et la persistance des douleurs chroniques interagissent de multiples façons avec les facteurs biologiques, de sorte qu'il convient de les identifier le plus tôt possible après l'apparition de la douleur, en même temps que les facteurs de risque biologiques, afin de pouvoir les utiliser pour l'indication différentielle et la planification du traitement.[1] Les facteurs de risque psychosociaux favorisent l'apparition et la chronicisation de la douleur; ils sont généralement appelés «yellow flags» dans la littérature.[2] Dans le traitement de la douleur, il ne faut cependant pas se contenter d'identifier les facteurs de risque, mais aussi les ressources individuelles de gestion de la douleur. En général, les facteurs psychosociaux pertinents peuvent être divisés en facteurs spécifiques à la douleur, en facteurs spécifiques à la santé et à la maladie généraux, et en facteurs psychologiques et sociaux généraux.[3]

Par ressources psychologiques, nous entendons tous les aspects du comportement, du vécu et de la situation de vie que les patient·es peuvent utiliser pour satisfaire leurs besoins fondamentaux[4] et qui sont donc liés au bien-être ainsi qu'à la santé. Partant du principe que les douleurs chroniques empêchent de diverses manières la satisfaction des besoins fondamentaux psychologiques[5], tout ce qui peut aider les patient·es à gérer ces douleurs devient donc pertinent. On peut citer comme exemples de telles ressources psychosociales les compétences, les connaissances, les aptitudes physiques, les habitudes, les manières, les centres d'intérêt, les désirs, les objectifs, les relations interpersonnelles ainsi que, bien sûr, l'argent et les biens.[6] Souvent, un facteur de risque faible peut également être considéré comme une ressource, ou l'absence de ressources comme un facteur de risque. Dans le contexte de la gestion de la douleur, les ressources et les facteurs de protection souvent évoqués sont l'acceptation de la douleur, l'auto-efficacité face à la douleur ou encore, de manière générale, un soutien social très important (voir ci-dessous).

Nous présentons ci-dessous des outils courants permettant d'identifier efficacement ces facteurs psychosociaux (Tab. 1). Enfin, nous citons trois outils de dépistage multidimensionnels qui évaluent plusieurs concepts au sein d'un même questionnaire. Le choix a été motivé par l'influence des outils et des outils de dépistage efficaces pour l'identification des facteurs de risque ainsi que des ressources dans la pratique clinique, et vise à soutenir une indication et une planification personnalisées (traitement multimodal interdisciplinaire de la douleur).

Facteurs spécifiques à la douleur

Les facteurs psychosociaux spécifiques à la douleur peuvent généralement être divisés en perception de la douleur, compréhension de la douleur, traitement de la douleur, gestion de la douleur et dimension sociale de la douleur.

- La ***perception de la douleur*** comprend différentes dimensions descriptives de la douleur ressentie telles que la localisation (où?), la fréquence (quel intervalle?), l'intensité (quelle sévérité?), la qualité (comment?) et l'impact (quelles limitations?) ainsi que la sensibilité générale à la douleur.
- La ***compréhension de la douleur*** est évaluée en fonction de la manière dont les patient·es perçoivent la douleur comme menaçante et insupportable (*catastrophisme*), de leur disposition à accepter la douleur (*acceptation de la douleur*) et de leur conviction de pouvoir maîtriser leur vie malgré la douleur (*auto-efficacité face à la douleur*). *Une compréhension catastrophiste de la douleur* peut se traduire par des ruminations, une augmentation de la douleur et un sentiment d'impuissance face à la douleur.[7] Dans les études empiriques, le catastrophisme face à la douleur est associé systématiquement à une intensité plus élevée de la douleur, à un impact plus important ainsi qu'à un stress psychologique comme l'anxiété et la dépression.[8,9] L'*acceptation de la douleur* décrit la «volonté d'accepter la douleur sans chercher constamment à la contrôler ou à l'éviter, et de continuer à participer aux activités importantes de la vie quotidienne».[10] Des méta-analyses montrent qu'une meilleure acceptation de la douleur prédit des limitations moins importantes dans la vie quotidienne, une diminution de l'impact perçu, une baisse de la dépressivité ainsi qu'une amélioration du bien-être.[11–13] De plus, une meilleure acceptation de la douleur dans le cadre d'un traitement est associée à de meilleurs résultats.[14] L'*auto-efficacité face à la douleur* désigne la certitude ressentie de pouvoir maîtriser soi-même les défis liés à la gestion de la douleur.[15] Une forte auto-efficacité face à la douleur peut être comprise comme un facteur de protection pour la santé mentale.[16,17]
- Un mauvais traitement ***de la douleur*** peut se traduire par une attention excessive accordée aux stimuli douloureux (*vigilance face à la douleur*), par une peur de la réapparition ou de l'intensification de la douleur (*peur de la dou-*

leur) ainsi que par l'évitement des mouvements et des activités qui déclenchent la douleur (*kinésiophobie*). Une telle peur et un tel évitement de la douleur peuvent conduire à l'inactivité physique et sont associés à une sensibilité accrue à la douleur (voir ci-dessous) ainsi qu'à des limitations fonctionnelles croissantes.[18]

- Les patient·es développent différentes méthodes pour faire face à la douleur (***gestion de la douleur***). Les stratégies de gestion de la douleur et de ses conséquences peuvent être cognitives, émotionnelles et/ou comportementales. Elles coïncident en partie avec des types de traitement de la douleur (voir ci-dessus). Les stratégies utiles (adaptatives) visent à influencer la douleur ou à rester en capacité d'agir malgré la douleur[19], ce qui est par exemple possible grâce à une activité physique régulière[19] ou à une réévaluation cognitive.[20] Les stratégies adaptatives sont généralement associées à une baisse de la dépressivité, à une meilleure fonction physique et à un plus grand bien-être psychologique.[20] Des stratégies passives ou inadaptées, telles que le catastrophisme, l'évitement, l'abstraction, ou une pensée auto-rassurante, mais non axée sur la résolution des problèmes («*comforting thinking*»), s'accompagnent d'une perte de contrôle et d'une plus grande prédominance de la douleur dans la vie quotidienne.[19] En conséquence, elles sont associées à une intensité plus élevée de la douleur, à un stress psychologique plus important et à une capacité d'adaptation moins bonne.[20]
- La perception de la manière dont les autres (partenaires, autres personnes de l'entourage social) gèrent la douleur détermine également l'état d'esprit des patient·es souffrant de douleurs (***dimension sociale de la douleur***). Cela concerne aussi bien le soutien général reçu par les patient·es que, éventuellement, l'amplification des comportements problématiques face à la douleur. Les réactions des partenaires à la douleur peuvent avoir des conséquences très différentes. Par exemple, cela pèse plus aux partenaires lorsque les patient·es expriment plus souvent la douleur ressentie, ce qui peut nuire à la qualité de la relation et entraîner moins de soutien et plus de réactions négatives.[21] En conséquence, les proches ont tendance à adopter un comportement de soutien plus important, comme l'empathie, lorsque l'intensité de la douleur et la résistance psychologique des patient·es sont moindres, alors que des douleurs plus intenses et un fardeau plus lourd pour les patient·es sont associés à des soins excessifs, voire invalidants.[22] L'effet final d'une réaction donnée dépend toutefois de manière décisive de la manière dont les patient·es interprètent le comportement de leurs partenaires.[23]

Perception de la santé et de la maladie

Des concepts plus généraux liés à la santé et la maladie, comme la perception de son propre corps, de la maladie d'une manière générale ou la croyance en matière de contrôle de sa santé et de sa maladie, jouent également un rôle dans la gestion des douleurs chroniques.

Perception de son propre corps: la capacité à percevoir et à traiter les états internes du corps, tels que la fréquence cardiaque ou les changements gastro-intestinaux, est définie comme l'interoception, que nous définissons ici comme la perception de son propre corps. Les personnes souffrant de douleurs chroniques semblent globalement moins capables de percevoir avec précision les signaux internes de leur corps, mais déclarent en même temps accorder davantage d'attention à leurs sensations physiques.[24] Ce schéma ne semble toutefois pas se manifester de la même manière chez toutes les personnes concernées. Oliveira et al. ont identifié trois types différents de perception de la douleur avec des compétences intéroceptives plus ou moins développées dans une analyse par grappes: un profil avec des compétences développées, un profil avec des compétences peu développées et un profil avec des compétences mixtes (en partie développées et peu développées).[25] Ces groupes se distinguaient notamment les uns des autres par des symptômes dépressifs ainsi que par des facteurs psychologiques spécifiques à la douleur, tels que l'auto-efficacité, le catastrophisme et la kinésiophobie.[25]

La *perception de la maladie* décrit la manière dont une personne comprend ou explique sa maladie et est considérée comme défavorable si la personne se sent très menacée par la maladie, si elle s'attend à ce que la maladie dure longtemps, si elle a des réactions émotionnelles fortes et si elle se sent très impuissante face à la maladie.[26] En conséquence, les personnes souffrant de douleurs chroniques perçoivent souvent leur maladie comme étant de longue durée, difficile à contrôler et ayant des conséquences négatives importantes sur leur vie, ce qui s'accompagne d'un stress émotionnel, d'une anxiété et de symptômes dépressifs.[27,28]

Les *croyances en matière de contrôle de la santé* se réfèrent à la mesure dans laquelle une personne pense pouvoir avoir un impact sur sa propre santé. Une distinction peut être faite entre les croyances internes et externes.[29] Les patient·es ayant de fortes croyances internes en matière de contrôle au début du traitement ont montré des réductions plus importantes de l'intensité de la douleur au cours d'un traitement multidisciplinaire.[30] En revanche, le fait de croire que les autres ou le hasard déterminent la santé (croyances externes en matière de contrôle) était associé à des stratégies de gestion plus passives et à un stress psychologique plus important.[31]

Facteurs psychologiques et sociaux généraux

Certains facteurs psychologiques non spécifiques à la douleur jouent également un rôle essentiel dans l'apparition et la persistance des douleurs chroniques, par exemple les expériences traumatisantes antérieures, le stress actuel et chronique, différents aspects de la relation à soi-même, la gestion des émotions ainsi que le soutien social.

Stress et traumatismes psychologiques

Le stress est défini par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme «un état d'inquiétude ou de tension mentale causé par une situation difficile».[32] La relation entre la douleur et le stress est complexe, bidirectionnelle et fait appel à des mécanismes à la fois physiologiques et psychologiques.[33] Alors que le stress aigu peut même avoir un effet analgésique à court terme[34], le stress psychologique chronique nuit au traitement de la douleur et favorise, avec les expériences traumatisantes vécues dans l'enfance, l'apparition ainsi que la persistance des douleurs chroniques.[35,36] En conséquence, plus de la moitié des pa-

tient·es atteint·es d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) souffrent également de douleurs chroniques, jusqu'à la moitié des patient·es souffrant de douleurs chroniques remplissent également les critères d'un TSPT, et les personnes concernées par cette comorbidité font état d'une intensité plus élevée de la douleur, de limitations fonctionnelles plus importantes et d'un stress émotionnel accru que les patient·es souffrant d'un seul des deux troubles.[37,38]

Relation à soi-même: bienveillance envers soi-même et autocritique

Une forte autocritique et un perfectionnisme excessif sont considérés en psychologie clinique comme des facteurs de risque transdiagnostiques de l'apparition et de la persistance de troubles mentaux.[39,40] Chez les patient·es souffrant de douleurs chroniques, une autocritique et un perfectionnisme excessifs sont également liés à une intensité plus élevée de la douleur, à des limitations fonctionnelles plus importantes ainsi qu'à un bien-être psychologique moins grand ou à un risque accru de dépression[41], et sont associés à des résultats moins bons du traitement multidisciplinaire.[42]

Un exemple d'attitude positive envers soi-même est la bienveillance envers soi-même, qui peut être particulièrement importante dans les moments difficiles.[43] Chez les personnes souffrant de douleurs chroniques, le fait d'être bienveillant envers soi-même est associé à des symptômes dépressifs plus légers, à un stress psychologique moins important, à un impact moindre de la douleur et à une autoefficacité plus élevée, alors qu'une attitude très critique envers soi-même est associée à des résultats psychologiques moins favorables.[44,45]

Régulation des émotions

La régulation des émotions concerne «les processus par lesquels les personnes influencent les émotions qu'elles ressentent, le moment où elles les ressentent et la manière dont elles les vivent et les expriment».[46] Deux stratégies pour faire face à l'expérience de la douleur ont été particulièrement étudiées chez les patient·es souffrant de douleurs chroniques: la réévaluation cognitive («*reappraisal*») et la suppression des émotions («*suppression*»). Alors que la réévaluation cognitive est généralement considérée comme adaptative et empiriquement liée aux résultats thérapeutiques, la suppression des émotions est considérée comme une stratégie défavorable entraînant de moins bons résultats thérapeutiques.[47–49] Des perspectives plus récentes soulignent toutefois qu'aucune stratégie n'est en soi adaptative ou inadaptée, mais que ce sont la flexibilité et l'adéquation des stratégies utilisées à la situation qui comptent.[50]

Soutien social

Le soutien social concerne la conviction d'une personne d'être aimée et appréciée. Il englobe à la fois la perception subjective qu'un soutien est disponible en cas de besoin et l'aide réellement reçue.[51] En conséquence, les patient·es font état d'une amélioration de la qualité de vie et d'une réduction du stress émotionnel lorsqu'il·elles bénéficient d'un meilleur soutien social subjectif.[52,53] Face à des facteurs de stress tels que les douleurs chroniques, le soutien social se révèle être un tampon protecteur qui peut aider les patient·es à réévaluer et à maîtriser activement des situations difficiles.[54] D'autres facteurs sociaux, tels que la capacité perçue de pouvoir participer à des rôles sociaux habituels, prédisent également une diminution de l'impact de la douleur.[55]

Satisfaction des motivations

Un manque de satisfaction des besoins fondamentaux psychologiques en matière d'attachement, de contrôle, de valeur et de motivations associées (*incongruence des motivations*) peut être compris comme un facteur de risque transdiagnostique pour l'apparition ainsi que la persistance de problèmes et troubles mentaux.[56,57] Les douleurs chroniques peuvent rendre difficile la satisfaction des besoins. Ainsi, les patient·es souffrant de douleurs primaires chroniques présentaient des valeurs d'incongruence plus élevées que les personnes en bonne santé au début d'un traitement multimodal stationnaire de la douleur, ce qui est associé à une intensité de la douleur, à un impact de la douleur et à un stress psychologique plus importants.[5]

Motivation thérapeutique

La motivation thérapeutique peut être définie comme la motivation des personnes concernées à s'impliquer dans leur traitement psychologique.[58] En général, il apparaît qu'une motivation psychothérapeutique plus élevée avant un traitement de la douleur est associée à une intensité plus faible de la douleur, à moins de symptômes dépressifs et à un stress psychologique global moins important après le traitement.[59] En particulier, la composante de l'espoir, c'est-à-dire un sentiment de désespoir faible, et moins de scepticisme vis-à-vis du traitement ont prédit de manière fiable des améliorations du stress psychologique et de l'impact de la douleur. D'autres aspects de la motivation, comme l'initiative personnelle ou les connaissances concernant le traitement psychologique, n'ont révélé aucune valeur prédictive des résultats thérapeutiques, et aucune composante de la motivation n'a permis de prédire l'intensité de la douleur après le traitement.[60]

Modèles psychologiques/ personnalités spécifiques à la douleur

Dans la pratique du traitement de la douleur, on discute souvent de deux personnalités spécifiques à la douleur, pour lesquelles des recommandations thérapeutiques différentes sont données: la «*Pain-Prone Personality*» et l'«*Action-Prone Personality*». Selon cette étude, la «Pain-Prone Personality» décrit un modèle caractérisé par l'autocritique, la suppression des émotions, l'impuissance, des stratégies de gestion passives (retrait, repos), un fort catastrophisme et une dépressivité accrue.[61] L'«Action-Prone Personality» désigne en revanche un modèle psychologique se traduisant par une activité excessive, un désir de contrôle important, un fort accent mis sur la performance, des difficultés à percevoir ses propres limites ou à s'accorder du repos, et des efforts de gestion hyperactifs, ce qui serait lié à un surmenage et à un épuisement chroniques.[62] Alors que les axes de traitement de la «Pain-Prone Personality» sont souvent une combinaison d'activation, d'exposition des émotions ainsi que de promotion de la vigilance, de l'autoefficacité et de l'expression des émotions, le traitement des personnes présentant une «Action-Prone Personality» se concentre sur la relaxation, le ralentissement du rythme et la promotion de la perception de son propre corps, de la régulation du stress, du fait de prendre soin de soi et de la capacité à se reposer. Il n'existe cependant aucun instrument psychométrique propre à l'évaluation de ces modèles ou types de personnalité, mais ils résultent de la

Outils d'identification des facteurs de risque psychosociaux	
A) Facteurs spécifiques à la douleur	
Perception de la douleur	
Localisation de la douleur	• Schéma corporel dans le DSF[75] • Pain Drawings[76]
Fréquence de la douleur	DSF (échelle de fréquence)[75]
Intensité de la douleur	• Échelle visuelle analogique (VAS)[77], échelle d'évaluation numérique (NRS)[78], échelle d'évaluation verbale (VRS)[79] • Brief Pain Inventory (BPI)[80], sous-échelle de l'intensité • Widespread Pain Index (WPI)[81]
Qualité de la douleur	• Échelle de sensibilité à la douleur (SES)[82] • Liste de description de la douleur (SBL)[75]
Impact de la douleur	Brief Pain Inventory (BPI)[80], sous-échelle de l'impact
Sensibilité à la douleur	• Questionnaire de sensibilité à la douleur (PSQ)[83] • ALGOPEG («clothespin algometer»)[84]
Compréhension de la douleur	
Catastrophisme	Pain Catastrophizing Scale (PCS)[85]
Acceptation de la douleur	Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8 (CPAQ-8)[86]
Auto-efficacité face à la douleur	Questionnaire d'évaluation de l'auto-efficacité face à la douleur (FESS)[15]
Traitement de la douleur	
Vigilance face à la douleur	Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ-D)[87]
Peur de la douleur	Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS20-D)[88]
Évitement	Tampa Scale for Kinesiophobia - 11 (TSK-GV-11)[89]
Gestion de la douleur	
Gestion de la douleur	Brief-COPE[90]
Stratégies de gestion de la douleur	Coping Strategies Questionnaire (CSQ-D)[91] Questionnaire d'évaluation du traitement de la douleur, sous-échelle de la gestion (FESV-BW)[92]
Dimension sociale de la douleur	
Amplification sociale de la douleur/réactions du·e la partenaire	West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory; également Multidimensional Pain Inventory (MPI-D)[93]
B) Perception de la santé et de la maladie	
Perception de son propre corps	Body Perception Questionnaire very short form (BPQ-VSF-D)[94]
Perception de la maladie	Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)[95]
Croyances en matière de contrôle de la santé	Questionnaire d'évaluation des croyances en matière de contrôle de la maladie et de la santé (KKG)[96]
Motivation thérapeutique	Questionnaire sur la motivation psychothérapeutique (FPTM-23)[97]
C) Facteurs psychologiques et sociaux généraux	
Traumatismes et stress	
Stress ressenti	Perceived Stress Scale (PSS-10-D)[98]
Traumatismes psychologiques	• Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-D)[99] • Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)[100]
Relation à soi-même	
Autocritique	Sous-échelle du Depressive Experiences Questionnaire Self-Criticism 4 (DEQ-SC4)[101]
Perfectionnisme (spécifique au travail)	Modèle de comportement et d'expérience spécifique au travail, sous-échelle du perfectionnisme (AVEM-3D)[102]
Bienveillance envers soi-même	Self-Compassion Scale (SCS-D)[103]
Régulation des émotions	Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)[104]
Soutien social	ENRICHD Social Support Instrument (ESSI)[105]
Satisfaction des motivations et motivation thérapeutique	• Questionnaire sur l'incongruence, version courte (K-INK)[57] • Questionnaire sur la motivation thérapeutique (FPTM-23)[97]

D) Résultats du traitement psychologique	
Bien-être et qualité de vie	
Bien-être	• Health Survey SF-36, forme abrégée (SF-12)[106] • EQ-5D-5L[107]
Santé et troubles mentaux	• Mental Health Inventory – 5 (MHI-5)[108] • Symptom Checklist, version courte (SCL-9)[109] • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)[110]
E) Outils de dépistage multidimensionnels	
Outil STarT-MSK pour les douleurs musculo-squelettiques[73]	
Questionnaire de dépistage ultra-court (UKS)[111]	
Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire[74]	

Tab. 1: Outils courants pour l'identification efficace des facteurs de risque psychosociaux

combinaison de différentes mesures individuelles. Des études récentes portant sur la personnalité des patient·es souffrant de douleurs chroniques révèlent que les traits de personnalité les plus marquants chez les personnes souffrant de différents types de douleurs chroniques (fibromyalgie, céphalées/migraines, troubles musculosquelettiques, etc.) sont une combinaison d'une plus grande prévention des dommages («*harm avoidance*»; tendance à l'anxiété, au pessimisme, sensibilité à la critique et besoin important de validation) et d'une plus faible autogestion («*low self-directedness*»; difficultés à définir et à fixer des objectifs pertinents, faible motivation et problèmes de gestion adaptative).

Résultats du traitement psychologique

Afin de répondre à l'hétérogénéité de la recherche sur la douleur et aux exigences du modèle biopsychosocial, des initiatives internationales ont été mises en place pour définir ce que l'on appelle des «Core Outcome Sets» (COS), c'est-à-dire un ensemble minimal de domaines de résultats pertinents. Les recommandations de l'Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) et, en particulier, les recommandations consensuelles plus récentes de l'initiative Validation and Application of a Patient Relevant Core Set of Outcome Domains to Assess Multimodal Pain Therapy (VAPAIN) sont considérées comme la référence pour l'évaluation multidimensionnelle des résultats dans la recherche sur la douleur. Les COS garantissent la prise en compte d'aspects essentiels de la vie des patient·es souffrant de douleurs et contribuent ainsi considérablement à la comparabilité des études cliniques. Ils recommandent comme cadre de référence central l'évaluation de l'état actuel et de l'évolution dans les domaines clés suivants: douleur (intensité, fréquence, impact), fonction physique, symptômes psychologiques, bien-être, qualité de vie (liée à la santé), fonction émotionnelle, satisfaction par rapport aux rôles et activités sociaux, ainsi que productivité. Les mesures de l'évolution et du succès thérapeutique au sens strict sont l'amélioration globale, la satisfaction vis-à-vis du traitement, les effets indésirables du traitement ainsi que l'arrêt du traitement.[63,64] Nous présentons ci-dessous une sélection de différents résultats de traitement psychologique qui ont fait leurs preuves dans notre pratique clinique.

Bien-être et qualité de vie

Le bien-être et la qualité de vie peuvent être perçus et mesurés tant sur le plan physique que psychologique. Sur le plan physique, cela concerne des domaines tels que la fonction physique générale ou la perception générale de la santé, et, sur le plan psychologique, la vitalité générale ou le bien-être psychologique général, qui se traduit par la capacité de la personne à se déplacer de manière autonome, à prendre soin d'elle-même, à participer à différentes activités au travail, en famille ou pendant les loisirs, ou à ressentir des sensations désagréables tels que des douleurs physiques ou un sentiment d'abattement. Les personnes souffrant de douleurs chroniques font état d'une qualité de vie liée à la santé (QVLS) fortement réduite, comparable à celle des patient·es atteint·es d'un cancer avancé et recevant des soins palliatifs.[65] Les limitations concernent aussi bien les domaines physiques que psychologiques et sociaux de la vie.[66]

Santé et troubles mentaux

Les troubles mentaux probables ou les symptômes psychologiques correspondants peuvent être recensés de manière plus ou moins détaillée en tant que probabilité générale, en tant que dépistage d'une large palette de symptômes psychologiques ou de manière ciblée pour certains domaines de symptômes comme l'anxiété ou la dépressivité. Comme pour le stress, la relation entre les douleurs chroniques et les symptômes psychologiques tels que l'anxiété ou la dépression est complexe et bidirectionnelle.[67,68] En conséquence, environ 40% des patient·es souffrant de douleurs chroniques présentent des comorbidités de troubles dépressifs et anxieux.[69] Les données épidémiologiques montrent que les troubles mentaux comorbides multiples et à début précoce augmentent considérablement le risque de développer plus tard des douleurs dorsales ou cervicales chroniques.[70] Inversement, les douleurs chroniques augmentent le risque de développer plus tard des troubles dépressifs et anxieux.[71] Ces effets sont dose-dépendants: plus les parties du corps touchées par des douleurs chroniques sont nombreuses, plus la probabilité de troubles mentaux consécutifs est grande.[72]

Outils de dépistage multidimensionnels

Les outils de dépistage multidimensionnels se prêtent particulièrement bien à l'identification simultanée, le plus tôt possible dans le traitement, d'un grand nombre de facteurs de risque importants de chronicisation de la douleur, de manière simple et à l'aide de quelques questions (items) seulement. En font partie l'*outil STarT-MSK* pour les douleurs musculo-squelettiques, déjà

EN SAVOIR PLUS

Streitberger K: Nouvelles voies dans la prévention des douleurs chroniques. Leading Opinions Médecine interne 2025; 13(7): 22-5

Friedli T, Steinmann G: Le travail social, partie intégrante de la prévention et du traitement des douleurs chroniques. Leading Opinions Médecine interne 2025; 13(8): 9-12

mentionné par Streitberger,[1] qui évalue, outre l'intensité de la douleur et les limitations fonctionnelles, des facteurs psychologiques comme la dépressivité, l'évitement de la peur ou les attentes concernant la durée des douleurs, ainsi que des questions sur la chronicisation et les comorbidités.[73] Il permet ensuite de classer les patient·es en trois catégories pronostiques: risque faible, modéré ou élevé d'évolution défavorable de la maladie, ce qui permet de s'assurer que les patient·es reçoivent rapidement le traitement le mieux adapté à leur cas. Le *questionnaire de dépistage ultra-court*, un autre outil de dépistage multidimensionnel, permet d'évaluer non seulement l'intensité de la douleur et l'impact, mais aussi les comorbidités psychologiques telles que l'anxiété et la dépressivité, la charge professionnelles et sociale, ainsi que la motivation thérapeutique. Enfin, l'*Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire* évalue la localisation de la douleur, l'intensité de la douleur, les capacités et les limitations fonctionnelles, les croyances d'évitement de la peur et la dépressivité.[74] Le choix de l'outil à utiliser doit être évalué individuellement en tenant compte du contexte clinique, de la situation spécifique des patient·es et de l'intérêt diagnostique du·e la médecin de premier recours. ■

Auteurs:
Pr Dr **Martin grosse Holtforth**[1,2]
Tobias Oliver Boschung, MSc[1]
[1]Universitätsklinik für Neurologie Inselspital, Universitätsspital Bern
[2]Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern
E-mail: martin.grosse@unibe.ch
■3331

Littérature:

1 Streitberger K: Leading Opinions Innere Medizin 2025; (7): 20-3 **2** Kaiser U et al.: Schmerz 2021; 35: 45-52 **3** Edwards RR et al.: J Pain 2016; 17: T70-92 **4** Grawe K, Grawe-Gerber M: Psychotherapeut 1999; 44: 63-73 **5** Scheidegger A et al.: J Clin Psychol Med Settings 2023; 30: 893-908 **6** Willutzki U, Teismann T: Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 2013 **7** Sullivan MJL et al.: The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. Psychol Assess 1995; 7(4): 524-32 **8** Quartana PJ et al.: Expert Rev Neurother 2009; 9: 745-58 **9** Rogers AH, Farris SG et al.: Eur J Pain 2022; 26: 1611-35 **10** McCracken L, Vowles K: Curr Pain Headache Rep 2006; 10: 90-4 **11** Craner JR et al.: Int J Behav Med 2017; 24: 542-51 **12** Viane I et al.: Pain 2003; 106: 65-72 **13** White KM et al.: J Clin Psychol Med Settings 2024; 32: 448-59 **14** Probst T et al.: J Clin Med 2019; 8: 1373 **15** Mangels M et al.: Diagnostica 2009; 55: 84-93 **16** Cheng S et al.: PLoS One 2018; 13: e0203964 **17** Li J et al.: J Pain Res 2025; 18: 1361-73 **18** Gatchel R et al.: J Orthop Sports Phys Ther 2016; 46: 38-43 **19** Brown GK, Nicassio PM: Pain 1987; 31: 53-64 **20** Peres MFP, Lucchetti G: Curr Pain Headache Rep 2010; 14: 331-8 **21** Mohammadi S et al.: Clin J Pain 2018; 34: 927-35 **22** Akram H et al.: Res J Psychol 2025; 3: 622-35 **23** Akbari F et al.: Br J Health Psychol 2020; 26: 401-18 **24** Horsburgh A et al.: J Pain 2014; 25: 104476 **25** Oliveira I et al.: Pain 2023; 165: 412-22 **26** Broadbent E et al.: J Psychosom Res 2006; 60: 631-7 **27** Costa E et al.: Psychol Health Med 2016; 21: 483-95 **28** Järemo P et al.: BMC Psychol 2017; 5: 24 **29** Wallston KA, Wallston BS: Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In: Wallston KA, Wallston BS (eds.): Social Psychology of Health and Illness. New York: Psychology Press, 2013. 65-95 **30** Zuercher-Huerlimann E et al.: J Pain Res 2019; 12: 2095-9 **31** Crisson JE, Keefe FJ: Pain 1988; 35: 147-54 **32** World Health Organization: Stress. 2023: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress; dernier accès le 27.1.2026 **33** Abdallah CG, Geha P: Chronic stress 2017; 2470547017704763 **34** Butler RK, Finn DP: Prog Neurobiol 2009; 88: 184-202 **35** Antoniou G et al.: Br J Anaesth 2023; 130: 729-46 **36** Jennings EM et al.: Prog Neurobiol 2014; 121: 1-18 **37** Andersen TE, Ravn SL: Curr Opin Psychol 2025; 62: 101990 **38** Brennstuhl MJ et al.: Perspect Psychiatr Care 2015; 51: 295-304 **39** Shafran R et al.: Behav Res Ther 2002; 40: 773-91 **40** Egan SJ et al.: Clin Psychol Rev 2011; 31: 203-12 **41** Ditchburn GJ et al.: Psychol Health 2025; 1-16 **42** Kempke S et al.: Pain Pract 2014; 14: 309-14 **43** Neff KD: Self and Identity 2003; 2: 223-50 **44** Carvalho SA et al.: Mindfulness 2019; 11: 709-19 **45** Gillett J et al.: Br J Pain 2025; 19: 239-56 **46** Gross JJ: Review of General Psychology 1998; 2: 271-99 **47** van Middendorp H et al.: J Psychosom Res 2008; 64: 159-67 **48** Güney ZEO et al.: PLoS One 2019; 14: e0217277 **49** Schnabel K et al.: Clin Psychol Rev 2022; 97: 102196 **50** Aldao A et al.: Cognitive Therapy and Research 2015; 39: 263-78 **51** Barrera M Jr: Am J Commun Psychol 1986; 14: 413-45 **52** Franqueiro AR et al.: Psychol Res Behav Manag 2023; 16: 4389-99 **53** Rinaudo CM et al.: PLoS One 2025; 20: e0321750 **54** Che X et al.: Clin J Pain 2018; 34: 1061-76 **55** Solé E et al.: Clin J Pain 2020; 36: 371-8 **56** Grawe K: Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe, 1998 **57** grosse Holtforth M, Grawe K: Z Klin Psychol Psychother 2003; 32: 315-23 **58** Drieschner KH et al.: Clin Psychol Rev 2004; 23: 1115-37 **59** Stewart JA et al.: Psychother Psychosom 2027; 86: 60-1 **60** Scheidegger A et al.: J Clin Psychol Med Settings 2024; 31: 48-57 **61** Engel GL: Am J Med 1959; 26: 899-918 **62** Ursin H, Eriksen HR: Psychoneuroendocrinology 2004; 29: 567-92 **63** Kaiser U et al.: Pain 2018; 159: 673-83 **64** Turk DC et al.: Pain 2003; 106: 337-45 **65** Vartiainen P et al.: Pain 2016; 157: 2269-76 **66** Agnus Tom A et al.: Health Psychol Behav Med 2022; 10: 124-44 **67** Vadivelu N et al.: Ochsner J 2017; 17: 173-80 **68** Zheng CJ et al.: Transl Psychiatry 2022; 12: 196 **69** Aaron RV et al.: JAMA Netw Open 2025; 8: e250268 **70** Viana CM et al.: J Pain 2018; 19: 99-110 **71** Tsang A et al.: J Pain 2008; 9: 883-91 **72** Zeng J et al.: J Psychiatr Res 2025; 183: 212-8 **73** Karstens S et al.: PLoS One 2022; 17: e0269694 **74** Schmidt CO et al.: Eur Spine J 2016; 25: 325-32 **75** Pfingsten M et al.: Deutscher Schmerzfragebogen (DSF): Handbuch. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. 2020 **76** Egloff N et al.: BMC Musculoskeletal Disord 2012; 13: 257 **77** Huskisson E: Lancet 1974; 304: 1127-31 **78** Downie WW et al.: Ann Rheum Dis 1978; 37: 378-81 **79** Keele K: Lancet 1948; 252: 6-8 **80** Radbruch L et al.: J Pain Symptom Manage 1999; 18: 180-7 **81** Häuser W et al.: PLoS One 2012; 7: e37504 **82** Geissner E: Die Schmerzempfindungs-Skala (SES). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe, 1996 **83** Ruscheweyh R et al.: Journal Club Schmerzmedizin 2012; 1: 28 **84** Egloff N et al.: BMC Musculoskeletal Disord 2011; 12: 174 **85** Meyer K et al.: J Psychosom Res 2008; 64: 469-78 **86** Nilges P et al.: Schmerz 2007; 21: 57-67 **87** Kunz M et al.: Int J Behav Med 2016; 24: 260-71 **88** Walter B et al.: Schmerz 2002; 16 **89** Pagels L et al.: Schmerz 2022; 38: 198-204 **90** Knoll N et al.: Eur J Personality 2005; 19: 229-47 **91** Stoffel M et al.: Rehabil Psychol 2013; 58: 386-95 **92** Geissner E: Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) – Manual und Testkit. Göttingen: Hogrefe, 2001 **93** Flor H et al.: Schmerz 1990; 4: 82-7 **94** Brand S et al.: PLoS Mental Health 2024; 1: e0000038 **95** Kuiper H et al.: Clin Rehabil 2021; 36: 550-7 **96** Lohaus A, Schmitt GM: Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen: Hogrefe, 1989 **97** Schulz H et al.: Diagnostica 2003; 49: 83-93 **98** Klein EM et al.: BMC Psychiatry 2016; 16: 159 **99** Schäfer I et al.: ACE-D. Deutsche Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire. In: Richter D, Brähler E, Strauß B (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Sexualwissenschaft. Göttingen: Hogrefe, 2014. 11-5 **100** Klinitzke G et al.: Psychother Psychosom Med Psychol 2011; 62: 47-51 **101** Tibubos AN et al.: J Pers Assess 2023; 105: 74-86 **102** Beierlein V et al.: Rehabilitation 2016; 55: 348-56 **103** Hupfeld J, Ruffieux N: Z Klin Psychol Psychother 2011; 40: 115-23 **104** Abler B, Kessler H: Diagnostica 2009; 55: 144-52 **105** Kendel F et al.: Diagnostica 2011; 57: 99-106 **106** Drixler K et al.: Z Psychosom Med Psychother 2020; 66: 272-86 **107** Boczor S et al.: BMC Public Health 2019; 19: 1464 **108** Savic B et al.: BMC Psychiatry 2025; 25: 917 **109** Petrowski K et al.: PLoS One 2019; 14: e0213490 **110** Hinz A, Brähler E: J Psychosom Res 2011; 71: 74-8 **111** Schmidt S et al.: Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin 2019; 29: 206-14