



La peur de la douleur – facteur de chronicisation dans la lombalgie

Michael Pfingsten

Avec environ 40% de prévalence ponctuelle et une prévalence à vie dépassant les 90%, les chiffres de prévalence des douleurs lombaires sont alarmants dans presque tous les Etats industrialisés et montrent une progression constante – contrairement à ce que l'on observe pour d'autres maladies [1]. La fréquence élevée des douleurs lombaires ne cadre en l'occurrence ni avec les progrès importants enregistrés dans le domaine de l'imagerie diagnostique – et par là même avec les indications plus précises de traitements spécifiques – ni avec les améliorations survenues ces dernières décennies dans le domaine des contraintes biomécaniques au poste de travail. Ces deux évolutions auraient dû aboutir à une réduction de la fréquence des lombalgies.

Les études épidémiologiques montrent que l'évolution caractéristique des lombalgies présente un caractère chronique récidivant. Les problèmes majeurs, y compris financiers, concernent les cas chroniques. Les résultats des études prospectives attestent que les mécanismes psycho-sociaux permettent de nettement mieux prévoir la chronicisation des douleurs lombaires que les facteurs somatiques ou biographiques [2]. D'une part, il s'agit ici de facteurs psychologiques généraux de la perception et de l'attention, de l'évaluation cognitive et du ressenti émotionnel, qui déterminent le comportement des per-

sonnes. D'autre part, cela dépend aussi des dispositions de la personnalité et du vécu en matière d'apprentissage, qui influent tant sur les axes de perception et les jugements que sur certaines préférences comportementales. Sous l'effet de ces facteurs, des aspects somatiques peuvent perdre de plus en plus d'importance. Il en résulte finalement un tableau clinique autonome qui est caractérisé par des répercussions au niveau physique (déconditionnement physique, par exemple), par des handicaps psychiques (anxiété, dépressivité, par exemple), par des modifications du comportement (comportement de

Editorial

Les facteurs psychologiques jouent un rôle déterminant dans la chronicisation de la douleur. L'expérience vécue de la douleur aiguë et de la peur qu'elle suscite entraîne la peur du mouvement susceptible de la causer. On évite dès lors de le faire. Les comportements de peur et d'évitement liés à des croyances (« fear avoidance beliefs ») aboutissent à une limitation des activités non seulement physiques, mais également sociales, et favorisent l'apparition d'autres douleurs et de dépressions qui peuvent devenir chroniques. Seul un traitement multimodal et interdisciplinaire avec conditionnement physique, médicaments (rarement), traitement interventionnel (très rarement) et thérapie comportementale peut permettre de sortir de ce cercle vicieux.

Déborah Prisi
Rédactrice

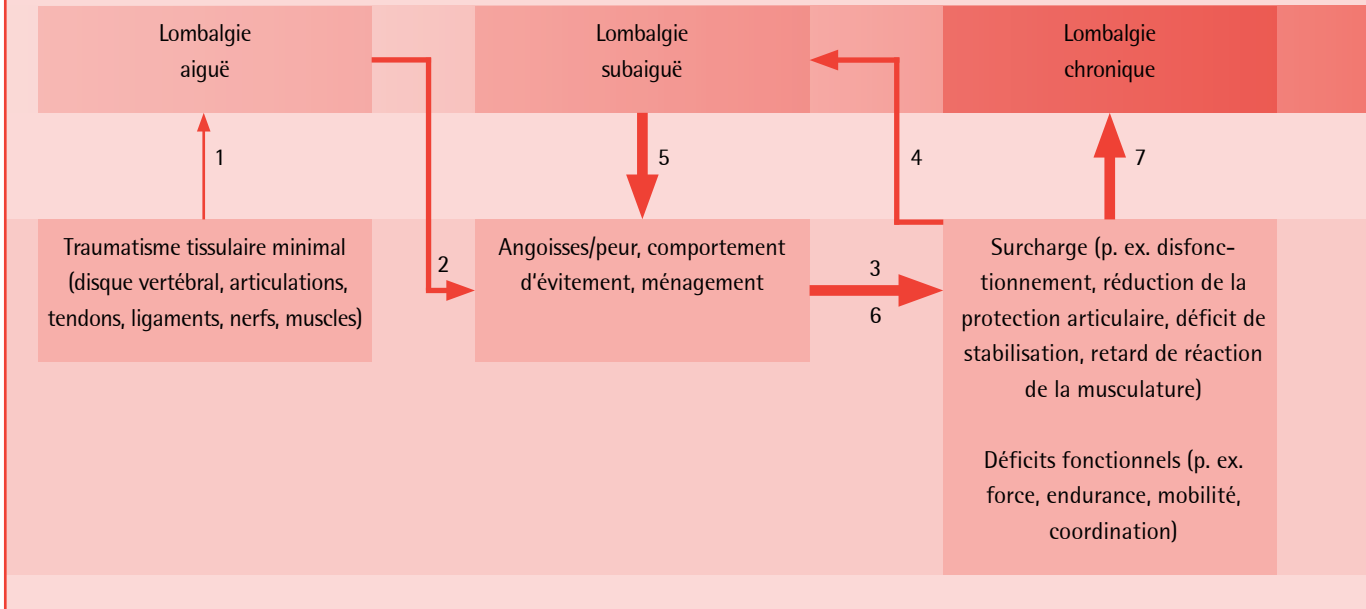
ménagement et d'évitement), par une gestion inadéquate de la maladie ainsi que par des répercussions sociales (perte de l'emploi, isolement social, par exemple) [3].

L'aspect temporel joue un rôle plutôt secondaire. Le processus de chronicisation doit être considéré beaucoup plus comme une évolution par paliers, au cours de laquelle – selon le comportement des sujets concernés et la nature de l'environnement thérapeutique ainsi que selon les conditions générales

Sommaire

La peur de la douleur – facteur de chronicisation dans la lombalgie	1
Implications thérapeutiques	3
Pharmanews	4

Figure 1
Cycle de l'immobilisation (la succession des chiffres correspond à l'évolution dans le temps)



sociales et professionnelles individuelles – des chances de guérison sont soit saisies, soit manquées [4].

Bien que le processus de chronicisation relève dans chaque cas des combinaisons individuelles de tout un éventail de caractéristiques et de facteurs, on peut généralement identifier des mécanismes efficaces qui agissent sur ce processus et qui – sans acquérir pour autant de validité générale – s'observent chez un grand nombre de patients. Le mécanisme actuellement le mieux analysé est illustré dans les modèles dits « de peur et d'évitement liés à des croyances ».

Modèles de peur et d'évitement liés à des croyances (« fear-avoidance beliefs »)

Les modèles de peur et d'évitement liés à des croyances montrent la relation existant entre facteurs liés au comportement et facteurs cognitivo-émotionnels. Ce modèle permet de mettre en évidence le mécanisme qui préside à l'évolution allant de la simple perception d'une douleur aiguë jusqu'à un syndrome douloureux chronique complexe. Au centre de cette conception figure le comportement d'évitement considéré d'abord comme une réaction normale à des

lésions. L'évitement de stimuli déclenchant des douleurs est une réaction instinctive à des stimuli désagréables ; dans cette mesure, le ménagement physique en tant que réponse à une douleur aiguë est un comportement judicieux. En revanche, lorsqu'il se poursuit, le comportement d'évitement ou le ménagement ne présentent pas d'avantages et n'amènent pas non plus de réduction des douleurs. Au contraire, le comportement d'évitement joue un rôle actif dans le processus de chronicisation, en ce sens que la mise permanente au repos de structures physiques entraîne des modifications structurelles et fonctionnelles qui peuvent être par la suite une cause supplémentaire de douleurs (voir figure 1 : Cycle de l'immobilisation).

Les facteurs psychologiques sont intégrés à ce processus ; l'expérience émotionnelle de la peur est la clé du modèle. Par la conjonction spatio-temporelle répétée du stimulus aversif « douleur » et du stimulus originellement neutre « mouvement/activité », les deux expériences sont associées cognitivement (conditionnement classique). Conséquence de cette association : non seulement la douleur, mais

également le mouvement sont associés à la peur, et – partant de la motivation acquise à réduire l'inconfort – les patients réagissent typiquement par un évitement (motivé par la peur) du mouvement et de la contrainte. L'évitement de l'association mouvement/contrainte permet aussi de réduire la peur (au sens de la psychologie de l'apprentissage, un processus opérant avec renforcement « négatif »). Le vécu positif de la réduction de la peur augmente ainsi la probabilité de recourir aussi à l'avenir au comportement qui a précédé, en l'occurrence le comportement d'évitement. L'angoisse de la douleur génère de ce fait une forte motivation à éviter de manière générale les activités potentiellement douloureuses et aboutit en définitive à une immobilisation prononcée (voir figure 2). La crainte/l'idée d'une douleur s'amplifiant (éventuellement) entrave finalement l'exercice d'une activité physique davantage que le handicap physique lui-même. Ce comportement (d'évitement) est particulièrement résistant à l'extinction, car la personne concernée ne fait plus l'expérience qu'il n'existe aucune relation inévitable (et causale) entre le stimulus (mouvement) et la douleur (voir figure 2).

Des études menées par différents groupes de travail internationaux ont montré les effets des comportements de peur et d'évitement liés à des croyances ou les effets de l'attente de la douleur sur la chronicisation des douleurs lombaires ; une méta-analyse exhaustive a largement confirmé les hypothèses qui président au modèle (cf. en résumé [5]).

Implications thérapeutiques

Lorsque des relations spécifiques cause-effets sont identifiables, il est judicieux de les prendre en considération pour la démarche thérapeutique. Il en résulte l'intégration des techniques et des principes psychothérapeutiques suivants dans une approche interdisciplinaire :

Diagnostiquer aussi précocement que possible les comportements de peur et d'évitement liés à des croyances

Il importe d'identifier à un stade aussi précoce que possible les comportements inadéquats de peur et d'évitement liés à des croyances. Pour cela, on peut recourir à un outil bref, économique, fiable et valide – à savoir la version française du questionnaire « Fear Avoidance Beliefs » [6]. Son utilisation permet d'identifier les patients à risque, chez lesquels la chronicisation des douleurs lombaires peut être attribuée pour une large part au comportement d'évitement associé à des messages cognitifs.

Eviter les effets d'attente négatifs – susciter les attentes positives

Les résultats expérimentaux montrent les effets rapides de l'attente de la douleur ou de son renforcement sur le comportement des patients. Différents paramètres de performance dans le comportement physique et l'expérience d'un renforcement de la douleur ont été prioritairement influencés par le fait que les patients ont été informés que le mouvement pouvait provoquer des douleurs à court terme [7]. Autrement dit, toute évocation d'une évolution potentiellement critique du cours de la maladie est synonyme d'un risque d'aggravation. Transposition logique de ces résultats : le système de santé actuel lié à une démarche axée sur une identification avec la pathologie contribue en partie aussi à renforcer les croyances (inadaptées) en relation avec la maladie.

« Eviter l'évitement »

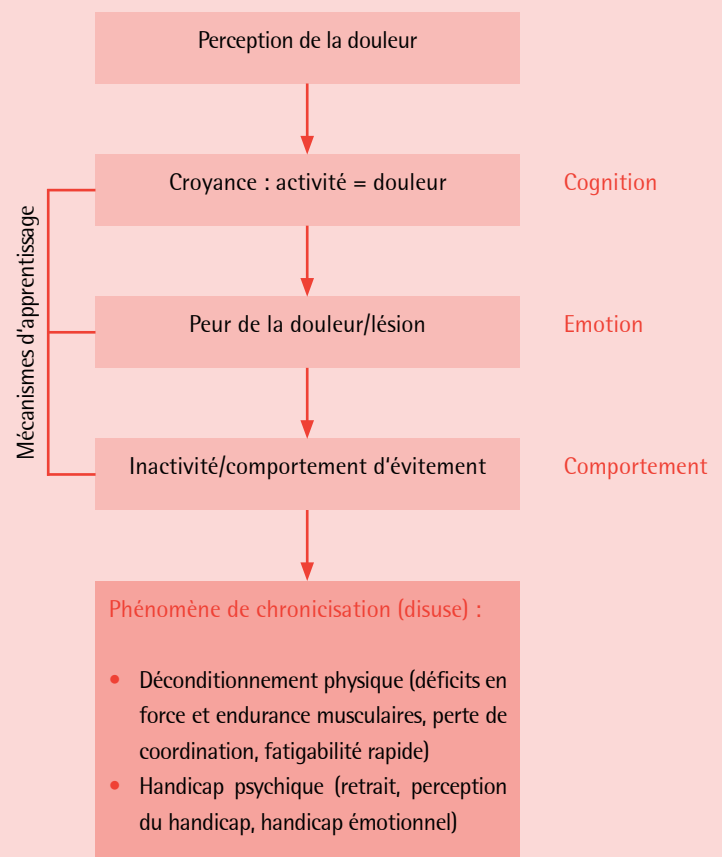
En tenant compte du modèle de peur et d'évitement lié à des croyances, toute mesure thérapeutique appliquée à des douleurs lombaires non spécifiques doit être contrôlée pour savoir si elle pourrait provoquer, voire ancrer, des comportements problématiques de peur et d'évitement liés à des croyances. A cet égard, le recours indifférencié aux écoles traditionnelles du dos doit en particulier être considéré comme problématique – surtout lorsque les mesures envisagées sont appliquées après un comportement global d'évitement lié à des croyances.

Traitement selon les principes de la thérapie d'exposition

Le mécanisme de chronicisation exposé ci-dessus présente de nombreuses analogies et caractéristiques que l'on retrouve dans le

développement des phobies. Il est donc judicieux de compléter le traitement des lombalgies chroniques par des techniques éprouvées tirées de la thérapie d'exposition (aux craintes du patient). Selon la conception de la thérapie comportementale, les phobies sont « apprises » et peuvent être « désappries » par des interventions adaptées. Une exposition contrôlée – autrement dit une confrontation avec le stimulus déclenchant la peur – ainsi que le blocage du comportement d'évitement sont en l'occurrence les méthodes thérapeutiques les plus efficaces. Appliqué au mécanisme de chronicisation décrit plus haut, cela signifie pour les patients concernés une activation physique importante et la confrontation avec des contraintes physiques. Ce faisant, on ne sait pas encore si un entraînement axé sur la peur individuelle et spécifique du mouvement constitue une

Figure 2
Modèle « Fear-Avoidance » des douleurs lombaires « chronicisantes »



méthode plus efficace qu'un entraînement physique gradué global [8].

Thérapie d'activation physique

Les objectifs mentionnés ci-dessus impliquent la nécessité d'une activation physique intensive de ces patients. Seules les expériences de mobilisation et de contraintes permettent de mettre en œuvre les processus d'apprentissage évoqués. L'entraînement physique ne vise pas dans un premier temps à augmenter la force, la mobilité et l'endurance ; c'est d'abord l'extinction du comportement problématique d'évitement qui figure au premier plan. Dans des conditions contrôlées, les patients doivent constater par leur propre comportement qu'ils peuvent se mouvoir sans que la douleur s'en trouve augmentée. Le traitement des douleurs lombaires nécessite de ce fait des mesures d'activation physique intensives, même si leurs effets s'expliquent essentiellement par des mécanismes psychologiques. Pour pouvoir obtenir les effets recherchés, on doit impérativement tenir compte de principes spécifiques en matière de thérapie comportementale, tels que s'axer sur des plans de quotas (décrits en détail dans Hildebrandt et al. [9]).

Concepts de traitement multimodal

Des expériences internationales montrent que, dans le traitement de la lombalgie (non compliquée), il importe de passer d'une observation structurelle à une approche fonction-

nelle. Pour cela, les concepts dits de « fonctionnal restoration » (rétablissement des fonctions altérées au niveau somatique, psychique et social) offrent une approche adaptée – des éléments de thérapie comportementale étant intégrés dans une démarche sportive thérapeutique et physiothérapeutique [10]. Au cours de ces dernières années, un grand nombre de rapports d'observation et d'études d'efficacité relatifs à ce type de programmes ainsi que des méta-analyses ont été publiés ; ils attestent une nette supériorité de ces modes de démarche [11].

Bibliographie :

1. Schmidt CO et al. *Spine*; 32: 2005-2011, 2007
2. Hasenbring M et al. *Psychologische Mechanismen der Chronifizierung*. In: Kröner-Herwig B et al (Hrsg.). *Schmerzpsychotherapie*, 6. erweiterte Auflage. Springer, Heidelberg, 103-122, 2007
3. Pflingsten M. *Psychologische Faktoren*. In: Hildebrandt J et al (Hrsg.). *Die Lendenwirbelsäule*. Urban & Fischer (Elsevier), München: 26-39, 2004
4. Pflingsten M et al. *Vom Symptom zur Krankheit*. In: Hildebrandt J et al (Hrsg.). *Die Lendenwirbelsäule*. Urban & Fischer (Elsevier), München: 55-66, 2004
5. Leeuw et al. *J Behav Med*. 30: 77-94, 2007
6. Chaory K et al. *Spine*. 29: 908-13, 2004
7. Pflingsten M et al. *Pain Med*. 2: 259-266, 2001
8. Leeuw M et al. *Pain*. doi: 10.1016, 2008/j. pain. 12.009, 2007
9. Hildebrandt J et al. *GRIP – Das Manual*. Berlin: Congress-Verlag: 1-183, 2003
10. Mayer TG et al. *Functional restoration for spinal disorders: the sports medicine approach*. Philadelphia, Lea & Febiger: 1-256, 1988
11. Guzman J et al. *BMJ*. 322: 1511-6, 2001

Pharmanews

UCB-Pharma AG

Neupro® dispositif transdermique – Prescriptions à de nouveaux patients possibles depuis octobre 2008

Le dispositif transdermique de Neupro® peut être à nouveau prescrit à de nouveaux patients depuis octobre 2008 [1]. Le dispositif transdermique de Neupro® doit être nouvellement conservé au réfrigérateur de 2-8°C. Neupro® dispose comme premier et unique patch anti-parkinsonien de concentrations plasmatiques stables pendant 24 heures, d'un bon contrôle des symptômes et d'une bonne tolérance [1-6].

Références :

1. Information professionnelle Neupro®, Compendium Suisse des Médicaments (www.documed.ch).
2. Braun M et al. *Steady-state pharmacokinetics of rotigotine in patients with early parkinson's disease*. *Eur J Neurology* 2005; 12(supl. 2): 66, Poster P1245, EFNS, 17-20th September 2005, Athen, Greece.
3. LeWitt PA et al. *Advanced parkinson's disease treated with rotigotine transdermal system*. *Neurology* 2007; 68: 1262-1267.
4. LeWitt PA et al. *Randomised blind, controlled trial of rotigotine transdermal in early parkinson's disease*. *Neurology* 2007; 68: 272-276.
5. Kenney C et al. *Rotigotine transdermal patch in the treatment of parkinson disease and restless legs syndrome*. *Expert Opin. Pharmacother*. 2007; 8(9): 1329-1335.
6. Morgan JC et al. *Rotigotine for the treatment of parkinson's disease*. *Expert Rev. Neurother*. 2006; 6(9): 1275-1282.

Tous les textes publiés sous la rubrique Pharmanews sont des affirmations émanant de l'industrie

Impressum

Comité de rédaction : Pr A. Borgeat, Zurich ; Pr U. W. Buettner, Aarau ; Dr M. Felder, PD, Zurich ; Pr P. Keel, Bâle ; Pr S. Palla, médecine dentaire, Zurich ; rédactrice responsable : D. Prisi, IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Bâle

Les noms de marque peuvent être protégés par le droit des marques, même si l'indication correspondante devait faire défaut. Aucune garantie n'est donnée en ce qui concerne les indications relatives à la posologie et à l'administration de médicaments.

Publication en collaboration avec la Société suisse pour l'étude de la douleur. Editeur : Dr Christian Jäggi, IMK, Bâle ; Edition : IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Münsterberg 1, 4001 Bâle ; tél. : 061/271 35 51 ; fax : 061/271 33 38 ; e-mail : dolor@imk.ch ; www.dolor.ch

Parution trimestrielle
ISSN 1422-0601 © IMK

Avec l'aimable soutien de



Les sponsors n'exercent aucune influence sur le contenu de la publication. Ils peuvent faire paraître de brefs communiqués sous la rubrique Pharmanews.