



HAL
open science

Chronicisation de la lombalgie : étude de prévalence des facteurs de risque psychologiques

Thibault Benezech

► **To cite this version:**

Thibault Benezech. Chronicisation de la lombalgie : étude de prévalence des facteurs de risque psychologiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03475004

HAL Id: dumas-03475004

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03475004v1>

Submitted on 10 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Chronicisation de la lombalgie :
étude de prévalence des facteurs de risque psychologiques**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 25 Novembre 2021

Par Monsieur Thibault BENEZECH

Né le 16 août 1989 à Bordeaux (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) SARI-MINODIER Irène

Assesseur

Monsieur le Docteur VAN DER VELDEN Francis

Directeur

Je remercie la faculté pour le temps qui m'aura été accordé pour la réalisation de ce travail.

Ce travail est dédié à tous ceux qui prennent sur eux d'assurer la transmission vivante du savoir,

Aux patients et aux briques qu'ils ont déposés dans mon cœur.

Aux dévoués des hôpitaux, soignants ou non, à leurs vies qui défilent dans les couloirs.

Aux autres étudiants, anciens, présents, futurs, et particulièrement à ceux qui sont passés, passent et passeront par les mêmes pièges que nous sans que nos expériences aient pu leur profiter. Aux aléas.

À toutes les fois où tout s'est bien passé.

Au Pr Sanchez pour l'intransigeance pour la Sémiologie.

Au Dr Phillipart, aux réalités de la réanimation, à l'objectivité, due-t-elle être terrifiante.

Au Dr Fassié, la méthodologie, les démonstrations répétées de l'efficacité de la sincérité.

Au Dr Cédric Petit-Le Menach pour son ouverture et ses connaissances rares.

À l'ensemble du service d'urgence d'Aix-en-Provence, et particulièrement Chef Galatis pour l'expression franche de sa confiance.

À tous ceux qui m'ont apporté leurs lumières.

À la dette que la science porte envers le vivant,

Aux survivants reconnaissants

À toute ma famille.

Table des matières

INTRODUCTION.....	2
1. Lombalgie non spécifique.....	2
1.1. Définition clinique et paraclinique.....	2
1.2. Épidémiologie, santé publique.....	2
1.3. Modèle biopsychosocial.....	6
1.4. Notion d'incapacité.....	7
2. Analyse de la douleur.....	8
2.1. Effets de la douleur.....	8
2.2. Nouvelles définitions du concept de douleur.....	8
2.3. La douleur comme objectif pratique : la mise en action.....	10
2.4. Aspects physiopathologiques liés à la chronicité.....	11
3. Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur.....	15
3.1. Implications thérapeutiques.....	16
3.2. Catastrophisme.....	19
3.3. Kinésiophobie.....	18
4. Aspects Thérapeutiques.....	21
4.1. Facteurs de décisions de prise en charge.....	21
4.2. Prise en charge.....	21
5. Objectifs.....	23
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	24
1. Méthodologie.....	24
2. Critères cliniques d'inclusion.....	25
3. Les questionnaires (cf. annexes).....	28
3.1. EQ5D-3L.....	28
3.2. Pain Catastrophizing Scale, PCS-cf.....	29
3.3. Tampa scale of Kinesiophobia. TSK 11.....	30
4. Analyse statistique.....	30
RESULTATS.....	31
1. Description de la population.....	31
2. Résultats des tests statistiques.....	32
2.1. Résultats pour le score PCS.....	32
2.2. Résultats pour le score TSK.....	35
2.3. Résultats score PCS et score TSK.....	35
2.4. Résultats pour l'incapacité.....	35
2.5. Résultats pour le niveau de santé déclaré.....	36
2.6. Résultats pour la chronicité.....	36
2.7. Résultats pour le niveau d'intensité de douleur.....	36
DISCUSSION.....	37
1. Principaux résultats.....	37
2. Concernant les outils métrologiques utilisés.....	37
3. Forces et faiblesses de l'étude.....	40
4. Comparaison avec d'autres études.....	41
5. Thérapeutique.....	42
6. Perspectives.....	46
Bibliographie.....	48
Annexes.....	53
Annexe 1 : Questionnaire EQ 5D 3L.....	53
Annexe 2 : Pain Catastrophizing Scale.....	55
Annexe 3 : Tampa Scale of kinesiophobia TSK 11.....	56

INTRODUCTION

1. Lombalgie non spécifique

1.1. Définition clinique et paraclinique

« La lombalgie est une douleur, ou une gêne fonctionnelle, située entre la 12^e côte et le pli fessier, associée ou non à des irradiations dans les membres inférieurs. » 1

On parle de lombalgies non spécifiques, ou lombalgie commune, pour des douleurs lombaires ne pouvant qui ne sont pas causées par une pathologie spécifique, de type inflammatoire, infectieuse, tumorale, métabolique ou congénitale.

C'est un diagnostic clinique.

Aucun examen complémentaire n'est requis en l'absence des signes d'alerte, à la phase aiguë et les examens d'imageries médicales sont contre-indiqués, ils entraînent des faux-positifs, des inquiétudes inutiles mais aussi parfois des interventions chirurgicales non nécessaires. 2

Si malgré tout un examen est pratiqué, et si jamais une anomalie est retrouvée, celle-ci n'est significative que s'il existe une concordance radio-clinique dans la symptomatologie, la correspondance entre les symptômes décrits par le patient et les signes retrouvés par l'imagerie. 3

Sur de larges cohortes on a retrouvé jusqu'à plus de 30% de discopathies radiologiques chez des patients asymptomatiques. 4

C'est un diagnostic d'élimination. C'est l'absence de certains signes sémiologiques (drapeaux rouges) qui permet de diagnostiquer la lombalgie non spécifique. Le rôle du médecin est avant tout d'exclure les diagnostics différentiels.

La lombalgie est dite aiguë lorsqu'évoluant depuis moins de 3 mois, 'aiguë' signifiant récent et non intense ou d'apparition brutale. Au-delà de 3 mois, on parle de forme chronique.

1.2. Épidémiologie, santé publique.

C'est une pathologie très fréquente, en France, la prévalence au cours d'une vie est de 84%. 6

L'Observatoire de Médecine Générale, dont les données sont disponibles de 1995 à 2009, montraient une augmentation régulière de la prévalence annuelle de la lombalgie, de 5,2% à 6,9%, une augmentation de 14%. 5

C'est une pathologie qui touche principalement les patients de 30 à 70 ans et particulièrement les actifs de 40-60 ans, sans différence significative entre les hommes et les femmes.

De bon pronostic dans sa forme aiguë, avec plus de 90% de guérison ad integrum en moins de 6 semaines, 6, la pathologie est cependant associée à un taux de récurrence élevé, et à 1 an il existe des taux de récurrence allant de 15% à 84% suivant les cohortes. 7

La forme chronique représenterait selon la Haute Autorité de Santé 3 à 6% des cas actifs. D'autres auteurs estiment jusqu'à 15% la part de la population qui présentera une chronicisation à vie. 8

Dans un auto-questionnaire utilisé en population générale pour l'Enquête de santé et protection sociale de 2012, sur 23 000 individus interrogés sur leur état de santé, parmi la liste proposée par les auteurs de maladies chroniques déclarées, la lombalgie est loin en tête avec 19,2%, l'hypertension artérielle à 13,1%, le diabète à 8.5%. 9

Ces différences de prévalence pourraient s'expliquer par une différence de définition entre le mal-être exprimé par le patient et les cadres nosologiques utilisés par les médecins. La maladie selon le médecin et la maladie vécue par le malade diffèrent : pour le patient, un état de souffrance ne correspond pas systématiquement à un diagnostic de maladie selon le médecin.

C'est majoritairement une pathologie de cabinet de médecine générale : la poussée aiguë de lombalgie est le 2^e motif de recours au médecin traitant.

Selon les données de l'Observatoire de Médecine Générale, en moyenne chaque année, un médecin généraliste français voit 92 patients pour une lombalgie, qui consultent en moyenne une fois et demie pour ce problème.

Seulement 15% des patients consulteront un rhumatologue dans les trois mois d'un arrêt maladie pour lombalgie. Le médecin généraliste agit seul dans la majorité des situations.

L'augmentation de la prévalence et les coûts associés aux soins ont fait de la lombalgie non spécifique comme une problématique de santé publique majeure.

Les recommandations de bonnes pratiques insistent à rappeler que la prise en charge de la lombalgie pourrait être améliorée, particulièrement dans sa forme chronique : trop de recours aux arrêts de travail, trop d'actes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques souvent inutiles et parfois nuisibles et tout cela pour une efficacité thérapeutique modérée.

Des changements dans l'approche du problème sont nécessaires, en médecine générale autant que dans l'imaginaire collectif, cf la campagne d'information et sensibilisation : « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement » de 2018. 1 En 2017, près de 7 personnes sur 10, disaient encore que le meilleur remède contre la lombalgie était le repos, réévalué cette année à 45%, preuve de l'efficacité.

Les prescriptions trop fréquentes d'arrêts de travail sont pointées du doigt : un cas sur cinq entraîne un arrêt de travail.

La forme chronique est nettement surreprésentée parmi les pathologies professionnelles et elle est impliquée dans 30% des arrêts de travail de plus de 6 mois. 6 L'arrêt de travail, statistiquement associé à une guérison retardée, n'est pourtant pas recommandé en dehors du cas des travailleurs physiques.

En 2016, la forme chronique était la première cause d'années de vie vécues avec handicap dans le monde. Cette pathologie est devenue la première cause d'exclusion du travail avant 45 ans. Il est estimé chaque année que 8% de la population des travailleurs présente une situation d'incapacité liée à la lombalgie. 9

Si pathologie aiguë est de si bon pronostic, le problème serait la récurrence des épisodes ainsi que celui de la proportion de patients présentant des douleurs et incapacités chroniques. Comment est-il possible que la pathologie aiguë, simple et bénigne soit devenu le problème médical le plus fréquent dans le monde ? 9

Au-delà du souci du poids socio-économique via le coût associé aux invalidités, la consommation de soins parfois inutiles autant que la diminution de productivité, le problème

est aussi celui de patients en situation chroniques présentant des souffrances que le médecin se retrouve parfois incapable d'expliquer.

Du point de vue médical, ces situations sont parfois génératrices d'un sentiment de frustration face à l'échec de certaines prises en charge.

Certains auteurs expliquent cela par le non-suivi des protocoles de soin recommandés et retrouvent une compliance moyenne voire insuffisante des médecins aux recommandations de prise en charge des lombalgies, situation appelée à améliorer lors de la formation initiale et post doctorale. 10, 11

D'autres ont pointé du doigt la mauvaise connaissance des symptômes chroniques par les médecins, menant à des prises en charge inadaptées. Il est vrai qu'historiquement, la médecine prenait surtout en charge des maladies aiguës, souvent infectieuses qui demandent des soins ciblant un agent causal précis, une crise qui peut être guérie sans participation active de la part du patient. 5 Dans le cadre de la lombalgie non spécifique, la participation active du patient est nécessaire.

Notons que G. Johnson écrivait déjà en 1881 que le repos au lit absolu engendrait des douleurs lombaires... Déclaration ensuite confirmée par des généralistes en désaccord avec les orthopédistes qui affirmaient que l'inflammation osseuse était la cause à l'origine du mal, qui devait donc être traité par un alitement total...

Les contraintes du quotidien du médecin généraliste génèrent leurs propres défis. D'une part, le médecin est le plus souvent seul face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution et qui présentent rarement le tableau complet d'une maladie ; d'autre part nous disposons de moyens diagnostiques limités, sans plateau technique, et sommes amenés à prendre des décisions dans un temps court (18 minutes de consultation en moyenne selon l'Observatoire de Médecine Générale).

Face aux incertitudes diagnostiques, le médecin est exposé d'une part au risque de réduire le diagnostic au seul motif de consultation et de proposer un traitement symptomatique mais également au risque de poser un diagnostic sans preuve.

La méthode diagnostique des lombalgies non spécifiques est rappelée au chapitre matériel et méthode.

Les causes de la lombalgie sont si nombreuses que personne ne les énumère, la prise en charge elle se doit d'être multifactorielle, clinique, précoce, au long-court et fréquemment pluridisciplinaire. Elle comprend la prise en charge de la douleur, des incapacités et la prévention des récives ou de la chronicisation.

Afin de remplir ces objectifs, les prises en charge actuelles intègrent de nouveaux facteurs de décision, notamment des critères psychologiques qui vont influencer le pronostic et dont les descriptions relativement récentes ont motivé ce travail.

1.3. Modèle biopsychosocial.

Pour interpréter la disproportion entre les formes aiguës et chroniques, le modèle historique, biomécanique, a montré ses limites et a été abandonné. Les situations de douleur et incapacité chroniques sont analysées selon le modèle dit biopsychosocial, tel celui de Waddell.

C'est un élargissement des modèles précédents, sans rupture de continuité : les facteurs biologiques et physiques gardent toute leur place, mais les facteurs psychologiques et sociaux y sont intégrés en plus et considérés comme participants simultanément au maintien de la santé et au développement des maladies. 12

Ce n'est pas une conception psychologique, sociologisante voire psychiatrisante de la maladie, le terme « psychologique » réfère à des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux entièrement normaux qui relèvent, entre autres, du processus naturel d'interprétation des symptômes par le sujet.

Le modèle biopsychosocial permet un abord multidimensionnel : les causalités linéaires, point à point, sont remplacées par des arborescences multiples, en cascade et/ou circulaires. Les liens de causalité sont plus complexes à identifier car ils font intervenir un plus grand nombre de facteurs déterminants. A fortiori ils sont plus difficiles à contrôler.

Cette approche implique pour le clinicien comme pour le patient un cheminement de raisonnement parfois inconfortable, fait d'incertitudes.

1.4. Notion d'incapacité

Une incapacité est une conséquence à une déficience : la réduction des activités physiques, et/ou mentales, considérées normales pour un être humain (selon la définition internationale proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé).

Pour la vie sociale, l'incapacité conduit souvent (mais pas nécessairement) au handicap : « *la limitation d'activités ou la restriction de participation à la vie en société subie par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques.* » (Définition OMS du handicap)

Dans le cadre de la lombalgie non spécifique, la sévérité d'une lésion n'est pas proportionnée à l'incapacité qui en découle. 13

Ainsi comme avec les 30% de discopathies asymptomatiques : certaines atteintes anatomiques n'entraînent pas de symptômes, et inversement, régulièrement, des symptômes intenses existent alors qu'aucune anomalie anatomique n'est détectée.

Pour les patients, la douleur et les incapacités sont au premier plan et se doivent d'être prise en charge par le soignant. Afin de cerner les causes de la persistance du mal, je me suis d'abord intéressé aux mécanismes de la douleur, de l'échelle synaptique à l'architecture cérébrale.

2. Analyse de la douleur

2.1. Effets de la douleur

En situation aiguë, la douleur :

- demande de l'attention 14
- réduit les capacités de traitement cortical des informations 15
- ralenti la prise de décision 16
- augmente de nombre d'erreurs de jugement 17

Les patients en situation de douleur chroniques présentent :

- une baisse de la mémoire de travail et de rappel. 18
- des modifications de l'activité du système immunitaire. 19
- des altérations de l'axe hypothalamo-pituitaire 20
- des altérations des fonctions de reproduction 21
- des élévations du niveau de cortisol salivaire. 22

La douleur entraîne d'importantes modifications, physiologiques et psychologiques, elle est désormais préférentiellement évaluée au regard des effets qu'elle produit plutôt que ses caractéristiques et qualificatifs.

2.2 Nouvelles définitions du concept de douleur.

L'Association Internationale d'Étude de la Douleur (AIEP) a fait évoluer la définition du concept de douleur, 23 et celle-ci n'est plus comme on a pu la considérer, « une sensation physique et émotionnelle désagréable associée à des lésions réelles ou potentielles » tel définit en 1979 par l'AIEP.

« Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » AIEP 2018

D'autres définitions de ce symptôme subjectif et multidimensionnel ont été proposées, plus ouvertes, moins ethnocentrées, et font de la douleur une aptitude générale de la vie et insistent

sur ses manifestations organiques, communes à tous les êtres vivants, et se dispensent de critères langagiers.

« La perception de la douleur qu'elle soit associée ou non à un dommage tissulaire, est une qualité inhérente à la vie, présente chez tous les organismes vivants viables. Les altérations comportementales dues à la douleur représentent des équivalents précoces d'expression verbale et ne doivent pas être sous-estimés. » 23, 24

Son intensité n'est pas proportionnelle à la gravité d'une lésion. Son apparition peut être retardée ou anticipée. Des lésions n'entraînent aucune douleur, il y a des douleurs sans lésion tissulaire, c'est vrai pour la lombalgie mais autant pour les traumatismes, les membres fantômes les syndromes douloureux chroniques, certains cas fameux de traumatismes, avec par exemple des blessures de guerre passant inaperçues pendant des heures, voire des années. 25

On considère que l'expression de la douleur est dominée par la part psychologique, mentale ou cognitive. On parle de différentes composantes à la douleur : cognitives, émotionnelle, comportementales, qui s'ajoutent à la composante sensori-discriminative.

La composante sensori-discriminative comprend tous les mécanismes neuro-physiologiques, des nocicepteurs au décodage des influx sur l'aire somatosensorielle primaire du cortex pariétal et l'homunculus sensoriel. Définir la « qualité » de la douleur (type, intensité, durée, mode d'évolution, localisation et irradiation).

Communiquer l'aspect sensori-discriminatif de la douleur exige pléthore de vocabulaire, communiquer l'intensité exige de pouvoir jauger sa douleur et donc la relativiser.

La composante cognitive est ce qui donne sens, interprétation à la douleur : les processus mentaux d'interprétation sont capables d'influencer la perception de la douleur et des comportements qu'elle engendre.

Sous l'effet de la douleur, le cortex préfrontal médian analyse, cherche la cause, les recours possibles, en se référant à ses expériences antérieures, ses connaissances, la mémoire, cela pondère le ressenti. Lorsqu'un patient est dépourvu de ces ressources de réflexions internes, il peut se voir envahi par les sentiments négatifs que la douleur génère.

En observant comparativement deux groupes de blessés, militaires et civils, présentant des lésions identiques, on a observé que les militaires réclamaient deux fois moins d'analgésiques que les civils. Dans les deux cas, le traumatisme et son contexte revêtent des significations différentes, plutôt positives pour les militaires (vie sauve, fin des combats, des risques, bonne considération du milieu social), plutôt négatives pour les civils (perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale).

La composante émotionnelle confère à la douleur sa tonalité désagréable, pénible voire insupportable, c'est l'émotion qui transforme la douleur en souffrance. Les émotions liées à la douleur sont d'abord la peur, l'angoisse voire la panique, la colère parfois, puis la tristesse quand la douleur se répète ou se prolonge, jusqu'à la dépression lorsqu'une situation d'impasse s'est installée.

La composante comportementale est l'ensemble des manifestations observables, qu'elles soient verbales ou non. Interviennent aussi :

- une signification spirituelle
- l'impact sur l'entourage
- les mécanismes pour faire face (« coping »).
- une composante culturelle, chaque famille, ethnique, utilise un comportement de douleur, plus ou moins riche et expressif ou à l'inverse contenu.

Est douleur ce que le patient décrit comme tel, qu'il y ait expression, verbalisée ou non, comportement spécifique associé ou non,. Seul le patient sait ce qu'il éprouve. C'est une sensation, subjective, personnelle et contextuelle, dont l'expression n'est pas toujours évidemment déchiffrable.

La douleur est la conséquence normale produite par l'organisme pour répondre à une menace sur son intégrité physique, avec pour objectif de s'adapter à la menace.

2.3. La douleur comme objectif pratique : la mise en action.

La douleur serait produite par le cerveau lorsque celui-ci conclut qu'une action est requise pour se soustraire à un danger. 26

La notion cruciale est la prise en compte et la réactivité face au danger : le cerveau crée un message de douleur lorsqu'il estime qu'une action peut l'en libérer ; inversement, il peut masquer une douleur lorsque l'attention portée à la blessure n'est pas l'attitude optimale. 27

Dans le cadre des lombalgies, on sait que l'immobilisation aggrave la douleur et les patients se disent améliorés par la marche et l'activité physique modérée : le signal douloureux est diminué à la suite de la mise en action. Réagir à la douleur permettrait déjà la diminution de celle-ci. (Au plan purement mécanique, le maintien d'une position fixe diminue l'apport sanguin péri-articulaire. L'hypoxie locale entraîne l'accumulation d'acides lactiques qui activent des chémorécepteurs, qui génèrent un stimulus nociceptif.)

La douleur serait donc le système spécifique de détection et de réactivité au danger. Son expression est individuelle, hautement variable, contextuelle, parfois indéchiffrable mais toujours présente sous la forme d'un comportement ; même l'absence, repli sur soi, mutisme.

Ce système de maintien de l'intégrité physique est particulièrement efficace, on va voir qu'il possède des mécanismes de renforcement qui augmentent la nature répulsive de certaines stimulations, avec pour effet de rendre plus intenses les réactions d'évitement de ces stimuli. Son activation chronique va cependant d'entraîner des conséquences inadaptées.

2.4. Aspects physiopathologiques liés à la chronicité

2.4.1. Cortisol et seuils d'activations

Les nocicepteurs ont des seuils d'activation, ils ont une activité basale mais ne déclenchent d'influx nerveux qu'au-delà d'un certain seuil.

Au niveau moléculaire, la chronicité d'un stress se traduit par une sécrétion de cortisol excessive. 22 L'excès chronique de cortisol, engendre un abaissement des seuils d'activation synaptique, ce qui se traduit par une amplification relative des signaux sensitifs. 28

C'est un premier mécanisme de sensibilisation et renforcement de la détection des stimuli néfastes.

Lorsque le seuil de réactivité aux signaux nociceptifs est abaissé de façon chronique, on constate une sensibilisation centrale, qui amène une hypersensibilité généralisée. 29 Cette sensibilité exacerbée implique que des messages sensitifs normaux vont être traités comme des messages de douleur : le patient souffre sans que les tissus ne soient nécessairement endommagés.

2.4.2. Rôle de la Formation réticulée

Les signaux amplifiés activent une région du cerveau spécifique, à la partie caudale du tronc cérébral : la formation réticulée. C'est une « zone gâchette » très sensible aux stimuli qu'ils soient internes ou externes à l'organisme. 30

La Formation Réticulée, et particulièrement le locus ceruleus, joue un rôle clef dans la réaction d'alerte et maintien de la vigilance, grâce à ses multiples projections vers plusieurs régions du cerveau, notamment système limbique, hypothalamus et cortex frontal :

Le relais sur le système limbique est porteur du contexte affectif, le relais sur le cortex frontal est responsable de l'interprétation de la sensation et joue un rôle dans la verbalisation et la mémorisation de l'expérience douloureuse.

C'est la traduction des influx neuronaux en expériences agréables, neutres ou néfastes. **Le cortex frontal a également une action inhibitrice sur la formation réticulée.**

La signification rattachée à une information pénible est cruciale. Via la composante cognitive, selon qu'elle est accidentelle ou provoquée, la douleur n'est pas ressentie de la même façon (schématiquement, on tolère de se faire marcher sur les pieds par une foule mais pas que quelqu'un vienne l'écraser volontairement.)

C'est une autre voie de renforcement possible de l'aspect négatif associé à une information sensitive lorsque l'interprétation du message est défavorable.

Le relais hypothalamique, (fonction régulatrice végétative) est à l'origine des réponses neurovégétatives à la douleur via l'excitation du système sympathique : avec comme effets l'accélération du rythme cardiaque, augmentation de l'amplitude et de la fréquence respiratoire, la vasoconstriction, dilatation des pupilles ou encore l'augmentation de la glycémie.

Cette activation hypothalamique par la formation réticulée **induit, via le système sympathique, la libération de noradrénaline** qui s'accompagne d'une augmentation de la vigilance. Cette réaction physiologique s'accompagne d'un comportement attaque ou fuite, "fight or flight". Pratiquement toute l'activation endocrinienne et neurovégétative liées à la douleur et au stress provient de l'activation de cette zone gâchette du tronc cérébral. L'hypervigilance chronique conduit à l'anticipation de la douleur.

Le relais sur les Noyaux Gris Centraux est à l'origine des **réponses motrices automatiques** (réaction de fuite). Observable de façon stéréotypée dans le réflexe de clignement à la menace ou le réflexe de sursaut acoustique.

Le niveau d'émotion désagréable est modifiable car accessible à la conscience et l'interprétation. 31 Le contrôle inhibiteur du cortex frontal sur la formation réticulée est l'objet des interventions thérapeutiques psychologiques car il permet de sortir de la boucle « stimulus => perception du danger => augmentation de l'attention portée au stimulus, hypervigilance => activation réflexe de la zone gâchette pour des stimuli neutres ».

Au niveau anatomique, on estime qu'il n'y a pas un centre unique de traitement des informations nociceptives, mais plutôt un vaste réseau cortical ayant une grande variabilité interindividuelle. 32 En imagerie par résonance magnétique, des anomalies sont visibles dans les cerveaux ayant subi des stress chroniques : pertes de substance blanche, notamment préfrontale, et hypertrophie amygdalienne y sont constatées.

Le lien a été démontré chez des sujets non déprimés entre augmentation du volume de l'amygdale et certains traits cliniques de la dépression comme la prévalence des affects négatifs et le biais de réinterprétation des souvenirs avec une valence négative. 28

De plus, les phénomènes de sélection neuronale renforcent les circuits fortement stimulés et éliminent les circuits inutilisés ou redondants. 33

L'activation chronique de ces circuits neuronaux entraîne leur renforcement par l'hypertrophie des gaines de myéline. Certaines de ces anomalies structurales peuvent être réversibles, notamment celles du cortex préfrontal médian et de l'hippocampe, via l'arrêt du stress, l'utilisation d'antidépresseurs pour médier les effets du cortisol ou encore l'exercice physique.

Au total, il est impossible de résumer les lombalgies aux douleurs ou incapacités qu'elles engendrent. Et les douleurs ne sont pas même réductibles à la nociception ni à ses composantes.

On peut tenter de, partiellement, **concevoir la douleur comme un système d'alerte pouvant s'auto-amplifier et possédant sa propre mémoire**, et la chronicité comme l'hyper-activation inadaptée de ce système, une hypersensibilité centrale qui implique que des messages sensitifs normaux vont être traités comme des messages de douleur. 34

La connaissance des effets de la douleur chronique permet une meilleure compréhension des situations individuelles, cependant la douleur et l'incapacité ne sont pas suffisants pour décrire ni prédire l'évolution favorable ou non des patients lombalgiques.

Au-delà des apports des neurosciences, des facteurs psychologiques de chronicisation ont été mis en lumière et se sont avérés des outils pronostics pertinents.

3. Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur

Le développement cérébral est continu et non déterminé par le seul code génétique, il est largement influencé par des facteurs environnementaux, relationnels, affectifs.

L'individu constitue au cours du temps des circuits et voies neuronales, et les schémas cognitifs leur correspondant, de la naissance à travers toutes les expériences de vie. Ces schémas forment la structure sous-jacente qu'empruntent les pensées conscientes.

Ces schémas sont parfois inadaptés aux situations vécues.

Tout un chacun est sujet à des biais, distorsions ou inférences cognitives, des pensées automatiques, dites « magiques ». 2

Lorsque ces automatismes sont inadaptés, ils sont sources d'une majoration des souffrances, par l'interprétation dysfonctionnelle, non-objective, des situations vécues.

Une vision négative de la douleur engendre de la peur, ce qui amplifie l'expérience douloureuse. L'hypervigilance qui en découle correspond à une conduite de sécurité destinée à contrôler l'impact de la douleur. Et ces conduites peuvent à long terme entraîner des croyances dissociées des réalités et à la base de désocialisations. 35

Ces comportements sont liés à des croyances inconscientes : « fear avoidance beliefs » (FAB), « croyances d'évitement de la peur ».

La peur de la douleur suscite une réaction dichotomique innée, un réflexe de survie : affronter ou éviter. Face à une douleur aiguë, le sujet peut parvenir à contenir sa peur (notamment grâce au rôle inhibiteur du cortex frontal sur la formation réticulée) de telle façon que les symptômes finissent par disparaître.

A l'inverse, le sujet risque d'exagérer l'ampleur de la douleur, c'est le catastrophisme, et/ou adopter des stratégies d'évitement en associant les mouvements à la douleur et à la crainte qu'elle ne revienne, c'est la kinésiophobie, peur du mouvement,

Si la douleur est interprétée comme menaçante, la peur qui lui est liée progresse, on pourrait parler de comorbidité de la douleur, la peur majore l'intensité des expériences douloureuses.

Cette peur est à l'origine de comportements de recherche de sécurité, qui sont tout à fait adaptés en cas de douleur aiguë, mais peuvent devenir contre-productifs en situation chronique.

Il risque de s'installer un schéma d'évitement/échappement générateur d'un sentiment d'impuissance et d'une colère, d'un abandon, voire d'une dépression quand les symptômes persistent, c'est un cercle vicieux d'évitements croissants où le patient perd progressivement la capacité à faire face et modifie son mode de vie de façon durable sur la base d'un comportement initial bénéfique, mais sensé être temporaire.

En situation chronique, les FAB sont associées à une majoration de l'incapacité et des douleurs, en intensité autant qu'en durée. Ces situations d'évitement chronique aboutissent à une limitation des activités, physiques conduisant au déconditionnement à l'effort mais également sociales, menant à un sentiment d'exclusion. 2

Les croyances des patients au sujet de la douleur (son caractère contrôlable, prédictible, handicapant, etc.) et les moyens qu'ils utilisent pour y faire face, influencent les caractéristiques de leur douleur spécifique (dont son intensité) et modifient leur fonctionnement psychosocial.

3.1. Implications thérapeutiques

Les recommandations européennes éditées à l'intention des médecins généralistes datent de 2004, avec mises à jour en 2010, sans avoir modifier les classifications diagnostiques ni proposer de nouveauté dans les possibilités d'interventions thérapeutiques. 1, 36

Les objectifs cités sont l'amélioration de la qualité des soins, la maîtrise des coûts par la réduction du nombre d'actes diagnostiques et d'interventions inutiles, inefficaces voire nuisibles, et l'optimisation des thérapeutiques médicamenteuses déjà existantes.

Ces recommandations évoquent rarement la prévention, primaire ou secondaire. 37 Pourtant la recherche clinique médicale et psychologique a révélé des facteurs de risque associés au passage à la chronicité et des possibilités d'interventions thérapeutiques non médicamenteuses ni chirurgicales sont apparues.

L'étude des comportements de patients atteints d'incapacités chroniques a mis en avant le rôle des facteurs psychologiques dans l'ajustement à la douleur, c'est à dire l'adaptation des comportements habituels à la nouvelle situation : capacité à modifier son mode de vie au cours d'une situation inédite.

Ont ainsi été définis les « **Drapeaux Jaunes** » : les principaux facteurs de risque de passage à la chronicité de la lombalgie dont la présence exige une prise en charge thérapeutique renforcée.

1

- La croyance que la douleur du dos est nocive ou potentiellement gravement invalidante (catastrophisme).
- Tendance au repli sur soi, comportement d'évitement du mouvement lié à la crainte de la douleur (kinésiophobie) et par conséquent une réduction de l'activité physique.
- Exagération des sensations corporelles (somatisation)
- Présence d'un état dépressif, retrait de la vie sociale.
- Problèmes et/ou l'insatisfaction au travail. Travail jugé dangereux.
- Contexte d'accident du travail, recherche d'indemnisation
- L'attente passive d'efficacité des traitements (par exemple la prise en charge de la lombalgie chronique uniquement par le massage) plutôt que l'engagement actif un programme de rééducation et sentiment d'impuissance.
- Comportement surprotecteur du partenaire.

Ces facteurs de risque sont notamment associés à :

- Majoration des douleurs, en terme qualitatif et quantitatif
- Majoration de la consommation médicamenteuse et médicale
- Retard globale à la guérison avec majoration du risque de chronicisation

Ces facteurs psycho-sociaux jouent un rôle dans la genèse de l'incapacité fonctionnelle et le passage à la chronicité : ils amplifient la souffrance, la détresse, et l'incapacité.

Parmi ceux-ci, ce travail s'est concentré sur la peur du mouvement, nommée kinésiophobie ainsi que sur le catastrophisme, ou dramatisation, anglicisme qui représente la triade rumination, exagération, vulnérabilité

3.2. Catastrophisme

Plus qu'une « attitude pessimiste », le catastrophisme est un concept regroupant trois notions : l'exagération du risque, la ruminantion ou lamentation des mauvaises expériences passées, et la vulnérabilité ou sentiment d'impuissance.

De façon exagérée, c'est un trouble anxieux : la tendance à se focaliser à l'excès sur les conséquences les plus négatives : « Un ensemble de pensées négatives amenées à l'esprit durant l'expérience actuelle ou anticipée de la douleur ».

Buer & Linton en 2002 montrent que le catastrophisme est un facteur individuel, parfois présent chez des individus n'étant pas dans un état de douleur chronique. 39

C'est une expression de la douleur (verbalisée ou non) inadaptée de part une attitude mentale exagérément négative, une distorsion cognitive entraînant une focalisation excessive sur les aspects aversifs de l'expérience douloureuse, une tendance à accroître ou exagérer la menace ou la sévérité des sensations de douleur. 40

La pensée catastrophique a pour principales caractéristiques l'anxiété voire la détresse psychologique et émotionnelle, la difficulté à gérer et à maintenir une pensée cohérente, et le fait de ressentir le besoin pressant de se soustraire à la douleur, de ne pouvoir y faire face, c'est à dire l'évitement.

La pensée catastrophique est associée avec l'activation plus forte des centres du cerveau responsables de la modulation des processus affectifs, de l'attention et des aspects moteurs de la douleur. La pensée catastrophique est associée à une diminution de l'activation des centres du cerveau impliqués dans l'inhibition descendante de la douleur.

Paramètre psychologique conceptualisé par Albert Ellis, puis utilisé par Aaron Beck et al. en 1961, ses origines sont encore mal connues. 41

La pensée catastrophiste a pour effet de majorer le niveau d'attention portée à la douleur, donnant lieu à abaissement du seuil de vigilance et une hyper-réactivité et donc l'anticipation de la douleur et des menaces en augmentant la réponse émotionnelle à la douleur. 42

Le catastrophisme a pu être indépendamment corrélé à : 39, 42

- une expression plus intense de la douleur
- la dépression et l'anxiété sévère
- L'algophobie, peur de la douleur
- La kinésiophobie
- l'évitement

Le catastrophisme est prédictif de

- l'incapacité 43
- la consommation d'analgésiques 44
- séjours d'hospitalisation plus longs, et de niveaux de douleurs post-chirurgicales plus importants 45

3.3. Kinésiophobie

Le ressenti de la douleur aiguë, et de la peur qu'elle suscite, entraîne parfois la peur du mouvement, c'est une stratégie adaptative d'évitement. Le modèle cognitivo-comportemental de la peur de bouger fut explicité par Vlaeyen en 1995. 38

Plus précisément, la kinésiophobie se rapporte à la peur excessive et irrationnelle de faire certains mouvements ou activités précises. Cette peur est alimentée par la crainte que le mouvement entraîne une augmentation de la douleur ou l'apparition d'une nouvelle blessure. Le patient devient alors hyper-vigilant et surveille de près toute sensation ou apparition de douleur au quotidien.

Les réactions d'évitement sont souvent efficaces et adaptées en présence d'une douleur aiguë. Les patients victimes d'un traumatisme du membre supérieur ont une attitude saine et bénéfique de maintien et protection du membre atteint. Malheureusement dans le cas de la lombalgie non spécifique, c'est l'inverse : cette peur du mouvement va être susceptible de causer de la douleur supplémentaire.

Dans les situations où cet évitement devient une habitude pour le patient qui réduit ses activités physiques normales, la conséquence sera une perte musculaire et déconditionnement à l'effort. L'évitement des activités sportives et de certaines tâches quotidiennes entraînera un manque de confiance, un sentiment d'incapacité majoré, un stress important et encore plus de craintes face à la douleur : un cercle vicieux menace de s'installer.

D'autres facteurs psychologiques non étudiés dans ce travail, peuvent à l'opposé s'avérer protecteurs et favoriser un rétablissement rapide et complet : certaines stratégies de coping («faire-face», s'adapter, s'ajuster), le sentiment d'auto-efficacité, ou encore l'acceptation sont associés à un meilleur contrôle des conséquences négatives de la douleur.

4. Aspects Thérapeutiques

4.1. Facteurs de décisions de prise en charge.

Les recommandations sont univoques : la prise en charge ne dépend pas du diagnostic initial précis mais de l'exclusion des diagnostics différentiels. 1

La détection précoce et la prise en charge des facteurs psychosociaux sont progressivement intégrées aux arbres décisionnels des recommandations. 46

Les recommandations ne sont cependant qu'un des éléments contribuant à la décision médicale. La conduite à tenir doit tenir compte des croyances, préférences et des valeurs exprimées par les patients, (autant que des moyens disponibles).

La participation du patient est primordiale, il doit se sentir responsable et acteur de sa prise en charge. 1

Toujours dans la tentative d'expliquer les échecs de prise en charge, outre les critiques formulés au corps médical, il est décrit que certains patients ne consultent spontanément que ponctuellement, lors des périodes d'exacerbation. Ne consultant que par épisodes aigus, ils ne bénéficient pas d'un suivi au long cours ni de prise en charge précoce, et il est plus difficile pour le médecin d'instaurer une alliance thérapeutique convaincante ou de développer un plan de soins personnalisé. 47

4.2. Prise en charge

Une fois le diagnostic clinique établi, il est primordial de rassurer les patients : l'évolution est spontanément favorable même avec une prise en charge minimale et la douleur se résorbe en moins de six semaines dans plus de 90% des cas. Il nous faut donc traiter l'inquiétude.

Concernant les propositions thérapeutiques tirées des recommandations, on retrouve : 48

Pour les douleurs aiguës :

- Réassurance du patient.
- Découragement de l'alitement.
- Maintien d'une activité physique normale.

- Ne pas conseiller de programme d'entraînement physique.
- Prescription médicamenteuse la plus courte possible, avec en première ligne le Paracétamol, en seconde les AINS. Les myorelaxants, opioïdes, antidépresseurs et anti-épileptiques peuvent être discutés en co-médication.

Pour les douleurs chroniques :

- Prise en charge multidisciplinaire.
- Thérapie cognitivo-comportementale à promouvoir
- Décourager l'utilisation des ultrasons
- Utilisation ponctuelle des traitements médicamenteux et des manipulations kinésithérapeutiques.
- Utilisation possible d'antidépresseur afin de moduler les effets du cortisol.
- Exercices physiques supervisés en dehors des périodes d'exacerbation.

L'approche multidisciplinaire est désormais reconnue par la communauté médicale comme la plus efficiente pour permettre aux plaintes somatiques de reprendre leur signification, leur place ontologique.

L'interdisciplinarité est un modèle plus abouti que la pluridisciplinarité, elle nécessite une coordination efficiente entre les soignants. Elle reste en pratique soumise à divers aléas susceptibles d'en limiter la portée thérapeutique.

Le médecin doit veiller à coordonner l'action des différents intervenants afin de maintenir la cohérence de la prise en charge.

5. Objectifs

L'objectif de ce travail fut de décrire la prévalence des facteurs psychologiques de chronicisation que sont la kinésiophobie et le catastrophisme, dans une population consultant en médecine générale pour lombalgie non spécifique, chronique ou aiguë, lors de consultations non programmées.

En second temps, déterminer si une corrélation existe entre la présence de ces facteurs de risque et l'ancienneté des douleurs, leur intensité, le niveau de santé déclaré ou la présence d'incapacités.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Méthodologie

Une étude observationnelle descriptive a été conduite.

Le critère de jugement principal est composite : prévalences de la kinésiophobie et du catastrophisme.

Afin de cerner plusieurs dimensions du problème décrit, un auto-questionnaire composite adapté à la pratique des soins primaires a été créé, comprenant des questionnaires tous cliniquement validés pour la lombalgie, et surtout validés pour être auto-administrés.

Cet auto-questionnaire composite comprend :

- Questionnaire d'état de santé, incapacité et niveau de douleur : EQ-5D 3L
- Questionnaire de catastrophisme : PCS-CF simplifié
- Questionnaire de kinésiophobie Tampa TSK-11
- Renseignements généraux : âge, sexe, ville de résidence.

Il est entièrement anonymisé.

La durée de passation est d'environ 15 minutes.

Population étudiée :

Recrutement de patients lors de consultations non-programmées de médecine générale, en maison médicale à Marignane et Marseille centre.

Critère d'inclusion :

Inclusion par le médecin en fin de consultation, après examen physique confirmant le diagnostic de lombalgie non spécifique chez tout patient majeur consultant pour lombalgie comme motif principal ou secondaire.

Critère d'exclusion :

Patient présentant un drapeau rouge.

Période d'inclusion :

Novembre 2019 à novembre 2020

Intervention :

Consultation avec examen clinique afin d'établir ou de confirmer le diagnostic de lombalgie non spécifique, aiguë ou chronique, puis remise de l'auto-questionnaire composite sous format papier accompagné d'une enveloppe pré-affranchie.

2. Critères cliniques d'inclusion

La confirmation diagnostic de lombalgie non spécifique nécessite de s'assurer de l'absence (rule-out) des signes d'alerte suggérant une pathologie sous-jacente. La recherche des signes de gravité est la première étape diagnostique, leur présence impose un bilan diagnostique plus complet. 1, 46

Les signes d'alerte sont regroupés sous l'appellation « **Drapeaux Rouges** » :

- Age de survenue du premier épisode > à 55 ans ou < 20 ans.
- Survenue très brusque, avec ou sans trauma.
- Douleur à recrudescence nocturne
- Contexte fébrile
- Altération de l'état général
- Antécédent de maladie cancéreuse, de drogue intraveineuse ou immuno-dépression.
- Douleur ne cédant pas aux traitements adaptés, voire s'aggravant.
- Douleurs du rachis thoracique.

Les patients présentant un de ces signes ne rentrent pas dans le cadre de la lombalgie non spécifique, et n'ont pas été inclus dans l'étude.

Le caractère « irradiant », ou non d'une lombalgie, pris isolément, n'est pas un distinguo spécifique ou pertinent. Souvent il conduit à sous-estimer, voire occulter, l'existence des douleurs référées, ou « projetées », et conclure trop fréquemment à l'existence d'une douleur radiculaire. 46

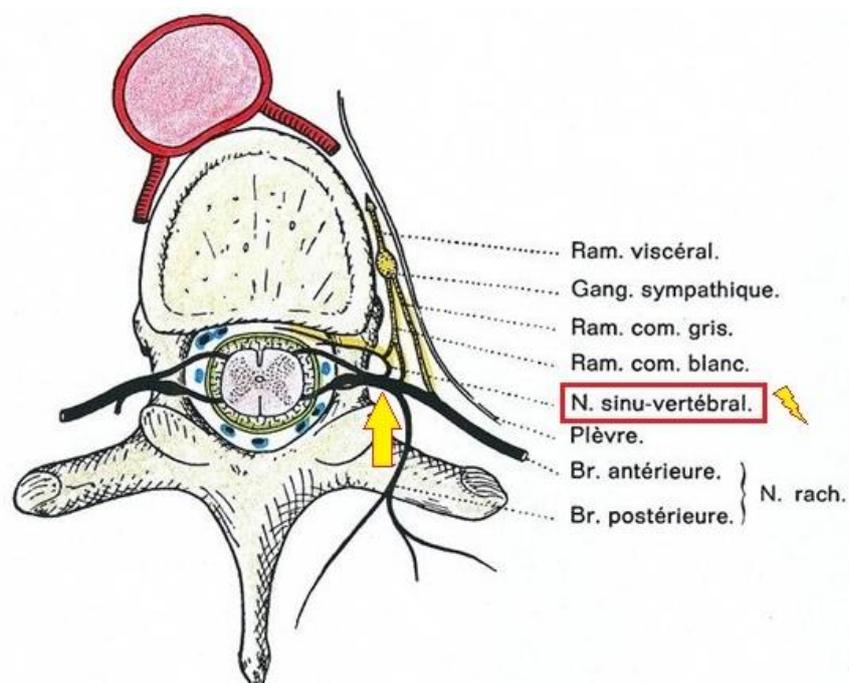
Les douleurs radiculaires sont liées à la compression ou l'irritation d'une racine nerveuse, avec une zone lésionnelle et zone douloureuse reliées par les mêmes fibres nerveuses, qui définissent un territoire neurologique qu'on appelle dermatome.

Si les douleurs radiculaires méritent une prise en charge spécifique, avec imagerie diagnostique par exemple, elles ne représentent qu'une petite minorité de cas.

Pour les douleurs référées, la zone lésionnelle et la zone douloureuse sont innervées par deux racines nerveuses distinctes. Elles sont également irradiantes, perçues à distance.

Il n'y a pour autant aucune compression nerveuse, la douleur est due à l'agrégation des faisceaux de neurones sensitifs issus du disque intervertébral et ceux du nerf sciatique et leur convergence au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière.

Cette **convergence anatomique de faisceaux sensitifs** conduit le cerveau à interpréter la douleur du disque intervertébral, médiée par le nerf sinu-vertébral comme venant du membre inférieur, et explique la présence fréquente de sciatalgies au cours des discopathies simples, c'est à dire en l'absence de hernie discale ou autre élément compressif du canal médullaire.



Ces deux types de douleurs présentent des caractéristiques assez superposables à l'interrogatoire, mise à part l'impulsivité, ni l'évolutivité ni le caractère de la douleur ne permettent de faire la distinction entre douleurs radiculaires et référées. Ce n'est que l'absence de déficit neurologique et de signe de compression médullaire à l'examen clinique qui confirme le cas de douleur référée.

Douleur radiculaire :

- Possible déficit neurologique moteur, sensitif ou réflexe
- Distribution dermatomale de la douleur en bande mince
- Irradiation souvent distale
- Impulsivité (toux, éternuement)
- Signes de tension radiculaire
- Présence d'un élément compressif à l'imagerie

Douleurs référées :

- Jamais de déficit neurologique
- Douleur mal systématisée, ou en bande large
- Irradiation plus proximale
- Pas d'impulsivité
- Pas de signe de tension radiculaire
- Pas d'élément compressif

Nombre des plaintes des patients ne relèvent pas d'une atteinte structurelle mais d'une confusion neuro-anatomique inhérente.

C'est le même phénomène qui explique notamment la douleur du bras gauche dans l'infarctus du myocarde.

Après confirmation de l'absence de drapeaux rouge et de déficit neurologique, il n'y a pas d'intérêt démontré à une recherche étiologique poussée, la réalisation d'un bilan complémentaire n'est pas recommandée. Les examens d'imageries sont contre-indiqués.

Les douleurs sont attribuables à des dysfonctionnements ligamentaires et musculo-aponévrotiques ou à de petites lésions discales.

3. Les questionnaires (cf. annexes)

3.1. EQ5D-3L

Évaluation de l'état de santé par le questionnaire EuroQol EQ5D™ dans sa version 3L est une échelle de qualité de vie européenne largement utilisée et recommandée. Ce questionnaire est validé et recommandé dans les études sur les lombalgies notamment chroniques, ainsi qu'en soins primaires. 49, 50

Développé en 1990 par le groupe EUROQOL, ce questionnaire permet d'évaluer rapidement les incapacités et permet de s'assurer de l'homogénéité de la population étudiée.

Nombreuses traductions dont une version française. Il est auto-administrable, reproductible, et bien accepté car peu intrusif. Ce questionnaire a été pensé pour compléter un autre questionnaire.

Il se présente de la manière suivante : une première partie avec les questions dit « système descriptif EQ-5D », complétée par deux échelles analogiques.

Pour le système descriptif, la réponse se fait sur des échelles en 3 points (1 : pas de problème ; 2 : problèmes modérés ; 3 : problèmes sévères).

Cet instrument comporte 5 items comportant 3 dimensions :

- Mobilité ;
- Soins de soi ; hygiène
- Activités habituelles ; travail, tâches ménagères
- Douleur intensité et ancienneté
- Anxiété et dépression

Ses avantages principaux sont d'être court et de présenter une échelle visuelle numérique d'évaluation de l'état de santé ressentie par le patient, sous forme d'une échelle numérique où le patient rapporte son niveau de santé ressenti, noté de 100, le meilleur état de santé imaginable à 0, le pire (un nombre négatif est possible, par exemple dans les situations palliatives).

Cette mesure est très intéressante car c'est une évaluation rapide dont l'acceptabilité est bonne voire excellente pour le patient.

Méthode de mesure :

- 5 questions concernant les incapacités : 3 propositions de sévérité croissante avec 1 seule réponse possible :
- une évaluation des symptômes dépressifs.
- une échelle de douleur sur 10.
- Une échelle de santé déclarée sur 100

3.2. Pain Catastrophizing Scale, PCS-cf

Questionnaire PCS, ou échelle des pensées catastrophistes face à la douleur, développé depuis 1995 par le professeur de psychologie, Michael J Sullivan. Le PCS se focalise autour de trois dimensions : la rumination, l'exagération et l'impuissance ou vulnérabilité. L'élément « rumination » est le plus prédictif d'incapacité. 51

Validé pour auto ou hétéro évaluation, valable en population témoin.

Questionnaire anglais avec une traduction canadienne en français québécois validée. 52

Méthode de mesure : items cotés de zéro (pas du tout) à 4 (tout le temps)

Le coefficient alpha calculé pour l'échelle PCS-CF est de 0,91.

D'importantes difficultés dans l'interprétation des énoncés sont apparues lors des pré-tests, imputée aux anglicismes persistants après traduction ; le choix difficile a été fait de retrancher certaines questions, avec pour objectif de maintenir une bonne acceptabilité.

Utilisation d'une version modifiée et raccourcie à 8 questions : les questions 1, 2 et 4 qui correspondent à l'item : impuissance / vulnérabilité, la question 7 de l'item exagération / amplification, et question 8 correspondant à l'item rumination ont dû être retirées.

Noté sur 52, moyenne à 20. Dans la population normative, un score supérieur ou égal à 30 correspond au 75^e percentile et parmi cette population, 70% reste inapte au travail après un an et 70% ont une ou des incapacités permanentes.

Notre version est notée sur 32, un score supérieur ou égal à 18 est considéré comme positif.

Temps de passation : 8+ minutes.

Acceptabilité : Moyenne

3.3. Tampa scale of Kinesiophobia. TSK 11

Questionnaire de kinésiophobie, développé à partir de 1991 par Miller et Al, le TSK-11 est un auto-questionnaire de onze items composés de deux facteurs : la focalisation somatique, 5 items, et l'évitement des activités, 6 items. 53

Le TSK a largement été utilisé dans le cadre des lombalgies chroniques. Il a mis en valeur certains facteurs prédictifs de passage à la chronicité.

Méthode de mesure : items cotés de 0 à 4.

Temps de passation : 3-5 minutes.

Acceptabilité : Bonne voire excellente.

Traduction validée en français.

Pour le score, on additionne les chiffres en inversant le score pour les questions 4 et 8.

Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important.

Noté de 11 à 44, un score égal ou supérieur à 26 est considéré valeur seuil de positivité.

4. Analyse statistique

Nous avons utilisé les médianes et intervalles ou écarts types pour décrire les variables quantitatives et les nombres et pourcentages pour décrire les variables catégorielles.

Les comparaisons ont été faites grâce au test de Spearman, du Chi 2 ou du test de Student selon les variables analysées. Une valeur de $p < 0.05$ était considérée comme statistiquement significative.

RESULTATS

1. Description de la population

84 patients ont été recrutés et inclus (figure 1, diagramme de flux). Finalement 59 patients ont renvoyé leur questionnaire et ont été analysés dans l'étude statistique. L'âge moyen de la population était de 48 ans (max = 77, min = 23) avec un écart-type de 14 (figure 2). Les hommes et les femmes étaient répartis de manière homogène, respectivement 30 hommes et 29 femmes (figure 2). Seuls 10 patients vivaient à Marseille, le reste à Marignane et son pourtour.

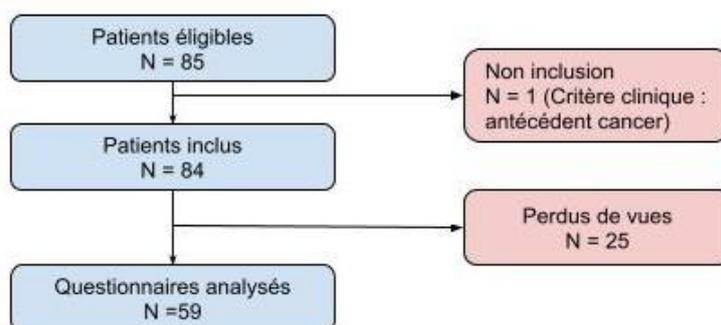


Figure 1 : Diagramme de flux du recrutement de la population

	Population	Pourcentage		Moyenne âge (année)	Max âge (année)	Min âge (année)
Total	59	100%	Total	48	77	23
Femme	29	49,00%	Femme	46	77	23
Homme	30	51,00%	Homme	50	76	29

Tableau 1 & 2 : Démographie de la population et âge de la population

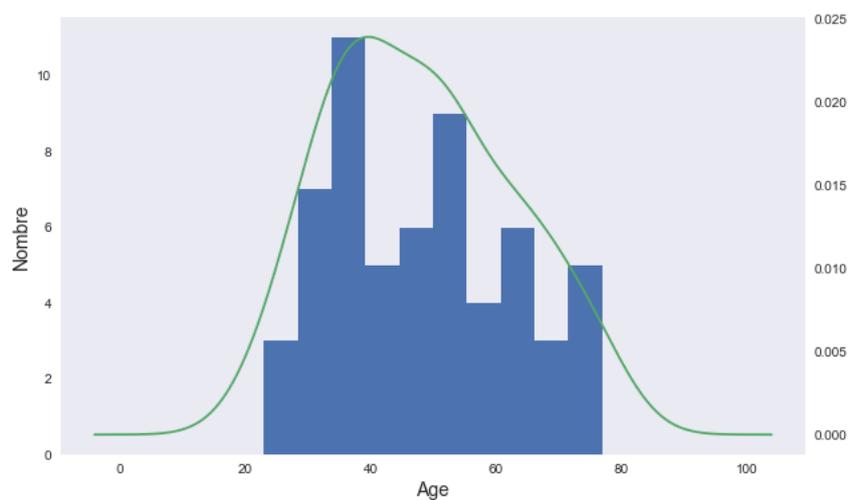


Figure 2 : Diagramme de distribution de l'âge .

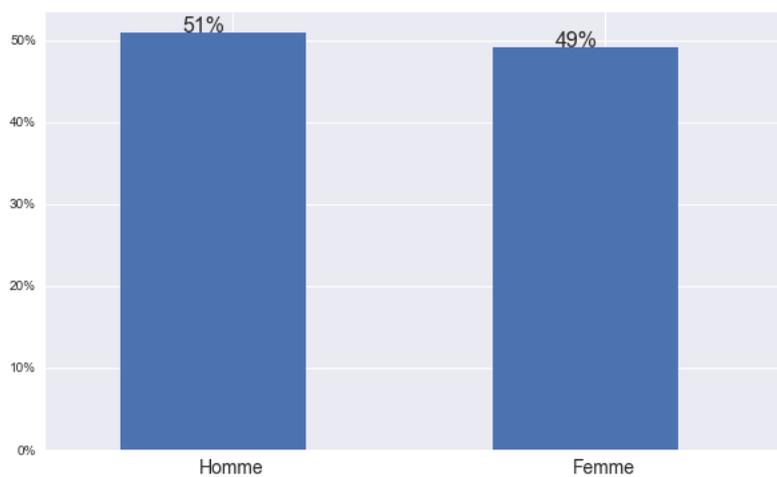


Figure 3 : Diagramme de distribution des sexes de la population

2. Résultats des tests statistiques

2.1. Résultats pour le score PCS

15 patients (soit 25%) avaient un score supérieur à 18. La distribution totale du score PCS est présentée dans la figure 4, la moyenne du score était le 12,88 avec un écart-type de 6,4.

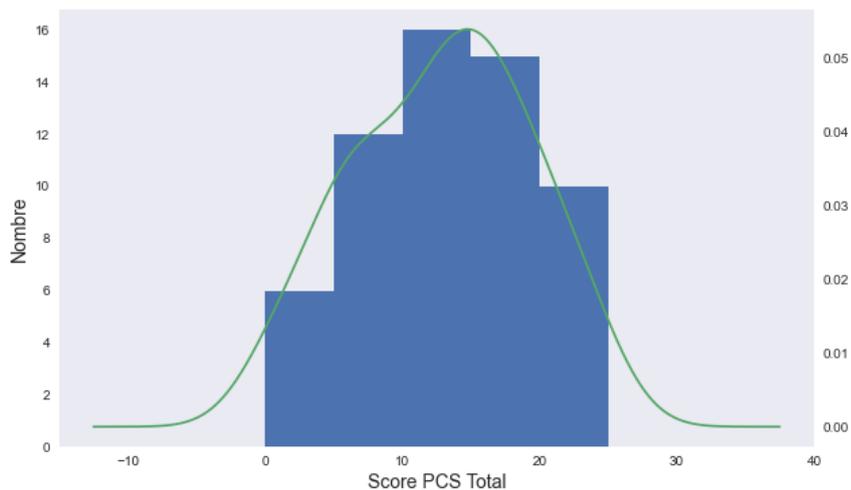


Figure 4 : Diagramme de distribution du score PCS total

La distribution des sous parties : exagération (moyenne = 3,13, écart type = 2,05), impuissance (moyenne = 4,25, écart type = 2,78) et rumination (moyenne = 5,49, écart type = 2,58) du score PCS sont présentées respectivement dans les figures 5, 6 et 7.

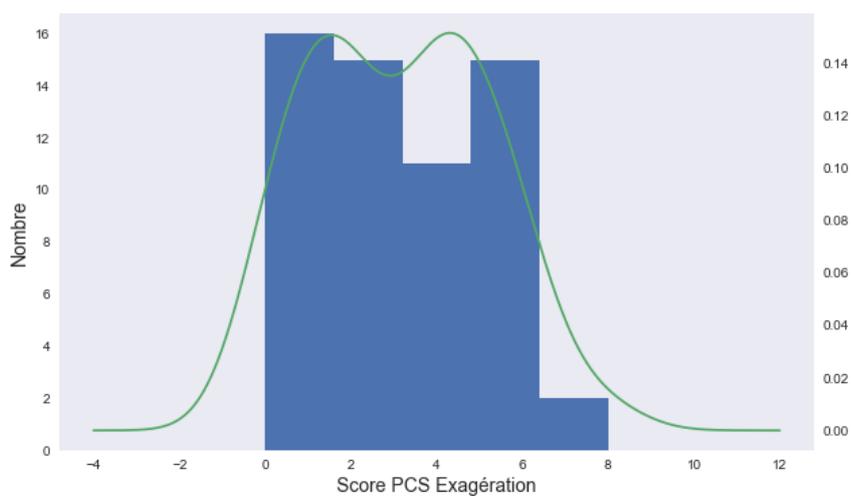


Figure 5 : Diagramme de distribution du sous score exagération du score PCS

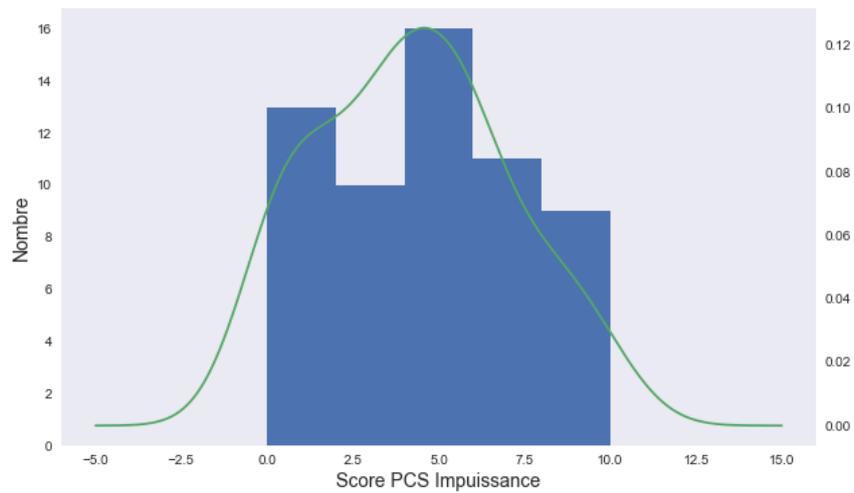


Figure 6 : Diagramme de distribution du sous score impuissance du score PCS .

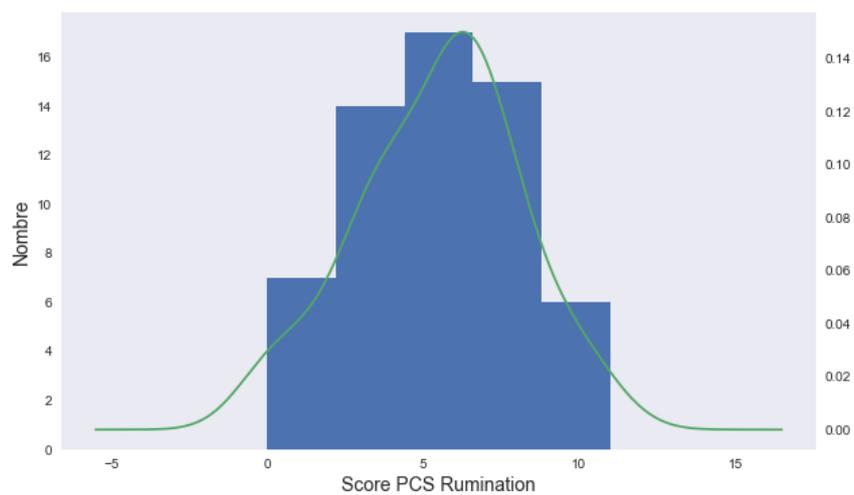


Figure 7 : Diagramme de distribution du sous score rumination du score PCS

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les hommes et les femmes pour le score PCS ($p = 0,35$, test de Student). Il existe une corrélation entre le score PCS et l'âge ($cor = -0,28$, $p = 0,034$, corrélation de Spearman).

2.2. Résultats pour le score TSK

24 patients (soit 40%) avaient un score positif, c'est-à-dire supérieur ou égal à 26. La distribution totale du score TSK est présentée dans la figure 8, la moyenne du score était le 24,77 avec un écart-type de 5,9.

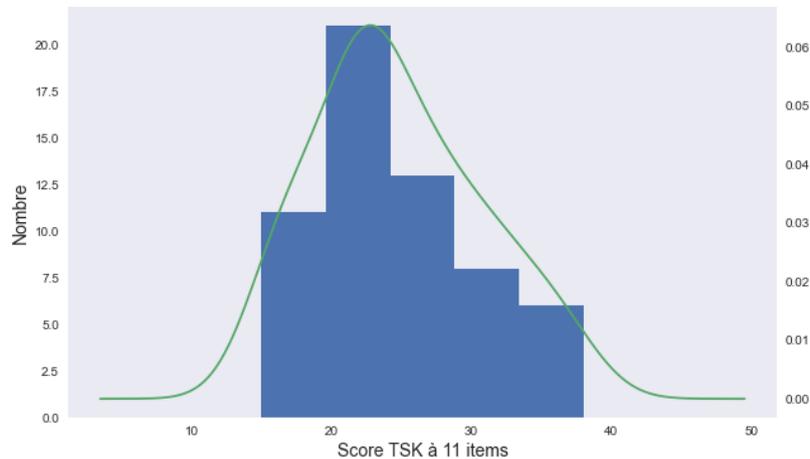


Figure 8 : Diagramme de distribution du score TSK à 11 items

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les hommes et les femmes pour le score TSK ($p = 0,41$, test de Mann Whitney) ni de corrélation entre l'âge et le score TSK ($p = 0,74$, corrélation de Spearman).

2.3. Résultats score PCS et score TSK

27 patients soit 46% scorent positif à l'un ou l'autre des tests.

12 patients soit 20% scorent positifs aux deux tests.

Nous avons trouvé une forte corrélation entre le score PCS et le score TSK (Corrélation = 0.715, $p = 1.98e-10$, test de Spearman).

2.4. Résultats pour l'incapacité

Nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre l'incapacité (au moins une incapacité) et le PCS ($p = 0,09$, test de Mann Whitney) ni entre l'incapacité et le score TSK ($p = 0,13$, test de Mann Whitney).

2.5. Résultats pour le niveau de santé déclaré

Nous avons trouvé une corrélation significative entre le niveau de santé déclaré et le score PCS (Corrélation = -0.354, $p = 0,0059$, test de Spearman) ainsi que pour le score TSK (Corrélation = -0.369 $p = 0,0041$, test de Spearman).

2.6. Résultats pour la chronicité

Nous n'avons pas trouvé de différence significative pour le score PCS ni pour le score TSK en fonction de l'ancienneté des douleurs (> 3 mois) (PCS : $p = 0,78$, test de Mann Whitney – TSK : $p = 0,27$, test de Mann Whitney).

2.7. Résultats pour le niveau d'intensité de douleur

Le test n'est pas significatif, on ne retrouve pas de différence dans l'intensité de la douleur en fonction des scores PCS ($p = 0.07$, test de Spearman) ni des scores TSK ($p = 0.03$, test de Spearman).

DISCUSSION

1. Principaux résultats

La prévalence des facteurs de risque est importante : près de la moitié (46%) des patients interrogés présentent au moins un facteur de risque de chronicisation.

Un sur cinq est positif aux deux tests.

On ne retrouve pas de corrélation entre l'ancienneté ou l'intensité des douleurs et la présence de ces facteurs.

Une corrélation est retrouvée entre la présence des facteurs de chronicisation et un indice de santé déclaré bas.

L'étude n'a pas permis de trouver de corrélation significative entre la présence des facteurs de risque et la présence d'incapacités.

L'âge et le sexe sont des facteurs indépendants.

Ces résultats sont cohérents avec la littérature.

2. Concernant les outils métrologiques utilisés

Les outils disponibles pour l'évaluation des facteurs de chronicisation ne sont pas tous adaptés à la pratique de la médecine générale et nécessitent parfois d'être adaptés à une utilisation en soins primaires.

3 critères définissent la qualité d'un questionnaire :

La fiabilité (ou précision), capacité à trouver un score identique dans des conditions identiques.

La validité (ou pertinence) : il mesure ce qu'il est censé mesurer.

Enfin et surtout : l'acceptabilité, qui dépend de la qualité de formulation et de la clarté de présentation. Le questionnaire doit créer un effet d'adhésion chez le répondant, pour qu'il remplisse le questionnaire de manière impliquée et l'absence ou le moindre degré de réaction de défense.

Afin d'assurer un taux de réponse correct et que le recueil de données soit réalisé dans de bonnes conditions et puisse avoir une fiabilité et cohérence interne suffisante, un questionnaire en médecine générale nécessite un temps de passation modéré et surtout une bonne acceptabilité, d'autant plus lorsque le patient remplit le questionnaire seul.

Depuis le début de ce travail, la HAS a publié trois guides pratiques au sujet de lombalgie, et a promu l'utilisation du STarT Back Screening Tool, outils multidimensionnel les différents aspects de la lombalgie. Cet outil d'évaluation et de screening comporte 9 items permettant de définir des sous-groupes et ainsi de mieux orienter la prise en charge selon des degrés de risque de gravité. Ainsi, le questionnaire contient des items "physiques" et des items "psychologiques" : les composantes de gêne, peur, catastrophisme, anxiété et dépression.

Son intérêt est de pouvoir être utilisé en médecine de premier recours, son utilisation est simple et rapide.

L'idée est relativement superposable à celle du questionnaire composite créé ici : des outils métriques pour détecter des signes psychologiques (qui restent des concepts récents ou mal estimés) et mieux orienter la prise en charge selon des degrés de risque d'évolution péjorative.

Concernant les outils que j'ai choisi d'utiliser, le questionnaire EQ5D est bien accepté car moins intrusif que le SF-36 en étant aussi sensible. Le questionnaire TSK n'évoque pas les peurs en rapport avec le travail, sujet que je ne trouve pas pertinent et se rapproche surtout du FABQ 2. Initialement, le questionnaire comportait également le questionnaire Ricci et Gagnon d'évaluation du niveau d'activité physique, qui après bibliographie approfondie, n'est pas un paramètre prédictif particulièrement pertinent.

Le questionnaire PCS-cf a dû être réduit et simplifié, cela n'a pas été aisé : lors des pré-tests est apparu que la traduction de l'anglais en français québécois avait laissé persister de nombreux anglicismes qui rendent la compréhension incertaine et la complétion du questionnaire relativement pénible.

Le choix s'est porté sur les items 1, 2 et 4 car l'item impuissance est le moins significativement prédictif d'incapacité future. Les 7^e et 8^e question étaient les plus difficiles d'interprétation pour les patients sans que je ne l'explique.

Ces choix ont été permis par la forte cohérence interne initiale du PCS : propriété selon laquelle les items mesurant le même attribut produisent des scores fortement corrélés, avec un alpha de Cronbach élevé (0,91).

Si l'on observe les données brutes de l'échantillon sur lequel le PCS a été établi : à savoir 851 travailleurs en demande d'indemnisation par suite d'accidents de travail, dont 75% d'atteintes rachidiennes (simplement définis comme « blessures aux tissus mous du dos »), arrêtés depuis en moyenne 7 mois déjà, avec rapport des sexes de 1, 42,2 ans d'âge moyen.

Les indices de distribution étaient les suivants : médiane à 20, écart type 12,5 pour un total sur 52. Un résultat de 30 correspond au 75^e percentile de la distribution des résultats dans des échantillons cliniques de patients souffrants de douleurs chroniques.

Ici, pour un score total sur 32, la moyenne de 12,88, écart type 6,4 et le résultat de 18 correspond au 75^e percentile également.

Parmi le sous-échantillon de patients dont les résultats étaient supérieurs à 30 dans la population témoin : 70% étaient toujours sans emploi un an après leur blessure, 70% se décrivaient comme totalement incapable de poursuivre des activités professionnelles et 66% obtenaient un résultat supérieur à 16 (dépression modérée) au BDI-II. Suggérant l'importance clinique de la valeur prédictive d'un score significatif. 51

On pourra considérer que la fiabilité et validité du PCS modifié sont réduites.

La reproductibilité est ici méthodologiquement inconnue cependant la précision est une condition nécessaire mais non suffisante de la validité d'une mesure. La pertinence prédictive nous est malheureusement inconnue par l'impossibilité d'intervention en deux temps.

Le but recherché était une meilleure adhésion, une bonne acceptabilité et de garder un temps de remplissage du questionnaire complet acceptable, au maximum 15 minutes.

3. Forces et faiblesses de l'étude

C'est une étude quasiment monocentrique, 90% des patients ont été recrutés à Marignane. La possibilité d'intervention et d'évaluation en deux temps n'était pas une possibilité dans le cadre de consultations non programmées dans un centre de soin sans rendez-vous.

Biais COVID :

La situation entre Mars et novembre 2020 a entraîné une diminution drastique des activités physiques régulière. Une dégradation des symptômes d'humeur, reflétée sur EQ-5D, était directement rapportée par les patients en consultation.

On a noté, sans pouvoir la quantifier, une diminution du nombre de consultations durant cette période.

Biais de déclaration dans le recueil des données :

L'intérêt de l'auto-administration du questionnaire est de permettre au patient de mieux refléter son ressenti personnel et ne pas induire de résistance ou lever des oppositions subconscientes qui peuvent apparaître sous le regard parfois vécu comme autoritaire ou jugeant du soignant.

La population aurait pu être décrite plus en détail :

Si la population de Marignane est assez diversifiée, avec un éventail de situations sociales large, la question de l'environnement professionnel a été volontairement délaissée. L'aspect de la pénibilité serait peut-être celui qui permettrait d'aborder le mieux cette question.

Cependant, ne pas avoir interrogé le niveau socio-économique est un choix appuyé par la littérature, les données disponibles étant au mieux inconsistantes à propos de ces facteurs.

4. Comparaison avec d'autres études

Une large revue de la littérature dans Family Practice a sélectionné 15 études dont 6 de hautes qualités méthodologiques. 54

Malgré de très nombreuses études, **ni les facteurs économiques ou professionnels ni le niveau d'éducation n'ont été retrouvés comme déterminants** de l'évolution des lombalgies de façon suffisamment consistante.

L'association entre la satisfaction au travail et de nombreux résultats a été très largement explorée. Elle s'est avérée ne pas être significative.

Seules les situations de recherche de compensation financière sont démontrées liées à une évolution péjorative.

Seule 1 étude sur 5 de haute qualité méthodologique a retrouvé la dépression et/ou la détresse psychologique comme facteurs d'évolution péjorative. Il est possible que cela soit lié à la faible prévalence de ses situations qui nécessiteraient de larges cohortes pour être mise en évidence. L'anxiété et la somatisation ne sont pas retrouvés comme étant des facteurs pronostiques.

L'auto-évaluation du niveau de santé est souvent bien corrélée à l'évolution. Cette évaluation subjective et composite combine les aspects somatiques, psychologiques autant que les comorbidités, ainsi que des facteurs confondants qui rendent son analyse et interprétation méthodologique incertaine.

Cependant sa simplicité d'utilisation en fait un outil de choix.

Un paramètre qui ressort comme puissamment prédictif de cette revue de littérature est l'évaluation, la prédiction, par le patient et par le soignant, de l'évolution la plus probable. Ce qui valorise l'expertise du soignant autant que le caractère auto prophétique du ressenti individuel.

Il n'y a pas d'étude approfondie des paramètres de la douleur. L'incapacité est le principal outcome étudié et elle est plus précisément prédite par les facteurs psychosociaux que par la douleur.

Concernant les facteurs cognitifs et comportementaux.

Aucune association n'a été retrouvée entre le contrôle de la douleur et l'évolution des lombalgies non spécifiques dans trois études de cohorte. Les Fear Avoidance Beliefs et stratégies de coping ont été analysées dans sept et quatre études respectivement. Un lien statistique a été démontré dans plus de la moitié des études.

Les stratégies de coping passives étaient prédictives d'incapacités persistantes après 3 mois d'évolution dans une large cohorte de 974 patients britanniques, révélant un risque relatif de 1.5 [IC95 = 1.1-2.0].

La peur liée à la douleur s'est avérée être le facteur le plus puissamment prédictif d'incapacité.

5. Thérapeutique

Deux stratégies sont promues actuellement : l'approche par étape, commençant par une prise en charge simple minimale puis escalade si la réponse est insuffisante ; l'autre est l'évaluation simultanée des paramètres physiques et psychologiques et l'utilisation de méthodes prédictives afin d'individualiser la prise en charge.

J'en retiens pour ma pratique courante que la seconde est préférable. Les facteurs de risque interviennent de façon directe, leur prévalence est importante, leur implication est immédiate dans les prises en charge, et leur détection peut devenir un réflexe, et peut s'avérer pertinent quel que soit le stade de la pathologie.

Dans cette approche, les dimensions clinique, biologique, psychologique et sociale sont abordées, ne serait-ce que succinctement, de manière simultanée dès l'évaluation initiale. Les croyances et attentes du patient influencent directement les résultats des traitements, sa participation active est aussi essentielle que notre entendement de sa situation spécifique. Cela s'inscrit dans le modèle biopsychosocial.

L'évaluation initiale complète présente cependant plusieurs limites.

Il existe un risque à juxtaposer, sans réellement intégrer, les paramètres biologiques, psychologiques et sociaux ; un modèle reste théorique, donc réductionniste, le nombre de paramètres pris en considération est limité, tandis que le nombre et la variété des déterminants de la santé sont virtuellement infinis.

« Tous les modèles sont faux, mais certains sont utiles. » G.Box

L'élargissement des paramètres analysés pose des problèmes d'évaluation et de quantification de valeurs subjectives et contextuelles, et bien souvent persiste l'inconnue de leur pondération dans l'équation guérison.

Il y a une limite à la complexité et l'incertitude qu'il soit possible et surtout pertinent d'intégrer. L'application uniforme d'interventions à tous les patients et l'utilisation de questionnaires écrits est limitante pour un relationnel de soin fluide, l'analyse au cas par cas doit rester la règle.

L'outil qui paraît le plus pertinent est peut-être l'indice de santé déclarée sur 100, il permet, associé à un examen clinique, de cerner immédiatement les patients optimistes des plus inquiets, en comparant le ressenti du patient à son état objectivement observable. Cela permet de repérer éventuellement une dissonance et l'interprétation négative de son vécu par le patient peut devenir flagrante.

Au niveau du mode opératoire clinique, étant donné la nature des thèmes personnels voire intimes à interroger, aux compétences techniques s'ajoutent la nécessité de reconsidérer la relation médicale en faisant appel à des compétences relationnelles et managériales qui ne sont pas enseignées.

Lorsque la situation du patient est particulièrement complexe, les discordances entre les représentations profanes et scientifiques de la maladie doivent être discutées. L'approche directe, magistrale, est inefficace sur les volets d'éducation et d'information. Chercher frontalement à corriger les distorsions cognitives est souvent contreproductif et nuit à l'alliance thérapeutique.

Une discussion, voire négociation, sur le mode déductif et didactique doit avoir lieu. Discussion dans laquelle les croyances du patient sont mises à l'épreuve des faits et ainsi progressivement adaptées.

On assiste à une modification de la relation thérapeutique, demandant de développer un éventail élargi de compétences relationnelles et éducatives. 55

Malgré ses limites, le modèle biopsychosocial est le modèle théorique et clinique le plus abouti dont nous disposons actuellement. Promouvoir sa diffusion passe par une adaptation de l'enseignement et de la recherche. Les modalités de financement par les pouvoirs publics d'une activité dominée par l'acte intellectuel doivent également être revues. 56

Dans le contexte français des soins primaires, impossible d'oublier les contraintes d'organisation et de temps de l'exercice libéral qui peuvent expliquer le relatif manque de succès des prises en charge holistiques.

On peut pragmatiquement évoquer la chronophagie. Dans une société qui a accepté de rémunérer le médecin à l'acte technique, la conséquence directe et immédiate est le manque de temps de consultation alloué à la rencontre du patient dans toute sa singularité.

La difficulté à renoncer au besoin de confirmation par la technicité (imageries), la méconnaissance et scepticisme sont aussi des limites à dépasser.

Le travail interdisciplinaire est un défi quotidien.

Les situations complexes nécessitent un travail en interdisciplinarité, le plus précoce possible et dans une vraie concertation entre les différents intervenants pour permettre d'établir un programme thérapeutique personnalisé cohérent.

Le médecin n'a pas vocation à se substituer aux autres intervenants.

Concernant les kinésithérapeutes, l'absence de compte rendu des séances et des manipulations trop conservatrices sont également mis en avant comme des freins aux bonnes prises en charge.

Le manque de relais de consultations psychologiques est généralisé. L'absence de remboursement de ses soins reste un obstacle majeur à leur réalisation.

Les programmes d'éducation visent à décomposer les interactions entre les pensées plus ou moins fonctionnelles et les comportements qu'elles engendrent, au travers de méthodes issues

des thérapies comportementales telles l'explicitation des mécanismes de la douleur, les méthodes de relaxation et de dé-focalisation de l'attention.

Les compétences des psychologues sont uniques et irremplaçables, ils peuvent enseigner aux patients des outils de gestion de la douleur, prendre en charge des dépressions associées et pratiquer la réassurance afin de restaurer le sentiment d'efficacité personnelle et développer les ressources adaptatives internes du patient.

Les objectifs éducatifs sont l'élargissement des perspectives du patient, sa participation active vis-à-vis de son traitement pour transformer les « comportements douloureux » en comportements bien portants.

On sait que c'est efficace, particulièrement en situation aiguë ou subaiguë et dans les situations chroniques de façon statistiquement non consistante, avec cependant des effets systématiquement retrouvés chez les patients demandeurs d'une intervention.

Plus le programme d'éducation est complet, plus ses bénéfices sont quantifiables. 57

On rappelle que la campagne d'information et de sensibilisation menée par l'assurance maladie depuis 2017 semble avoir déjà porté ses fruits puisque nous sommes passé de 70% à 45 % de la population française d'accord avec l'affirmation « le meilleur remède contre la lombalgie est le repos ».

Malheureusement, en restant pragmatique, les volets éducatifs et soins psychologiques sont difficilement praticables en cabinet de consultation, au-delà de l'absence de rémunération adaptée et du manque de disponibilité, peu de médecins y sont réellement formés.

Le patient se retrouve alors fréquemment avec plusieurs sons de cloches, la parole du médecin n'étant en rien naturellement prévalente, face aux contradictions possiblement apportées par les autres soignants, ou toute autre opinion d'ailleurs.

6. Perspectives

Concernant le catastrophisme, plusieurs auteurs émettent l'idée que la pensée catastrophique participe de façon profitable aux stratégies de gestion du stress utilisées quotidiennement par certaines personnes ; la perception exagérée de la menace permettrait un ajustement plus rapide au stress ; ce serait notamment un moyen d'obtenir du soutien social.

58

Si l'on considère que la douleur est un signal d'alerte de blessure tissulaire, une attention plus soutenue aux signaux de douleur peut être tout à fait adaptative, profitable.

L'attention portée aux signaux douloureux ainsi qu'une communication efficace de ces signaux pourraient faciliter la détection précoce et donc le traitement des maladies. 59

Ce n'est possiblement qu'en présence de douleur chronique que la pensée catastrophique devient problématique.

Par conséquent, on peut dire que le catastrophisme est une prédisposition, un possible atout social autant qu'une vulnérabilité individuelle latente, présente chez nos patients douloureux chroniques et tout autant chez les individus en pleine santé.

La neurobiologie porte un éclairage sur les mécanismes moléculaires de la neurotoxicité du stress.

La douleur m'est apparue sous une nouvelle lumière avec la compréhension de la notion de neuromatrice : il existe une interaction permanente entre les influx sensitifs et la signification, la valeur émotionnelle et la mémoire qui leur est liée. Il en découle une implication immédiate et directe de la mémoire corporelle et traumatique dans l'aggravation et la persistance des douleurs.

Il me semble urgent d'adresser la peur comme un facteur indépendant prépondérant.

L'ensemble des prises en charge chroniques pourraient en bénéficier, par exemple, l'association entre traumatismes dans l'enfance, stigmates moléculaires du stress et certains

diagnostics comme la fibromyalgie est solidement décrit depuis plus de vingt ans ; pour autant ces pathologies subissent encore mauvaise réputation, y compris pour de nombreux médecins, qui par leur méconnaissance risquent d'ajouter l'injure à la blessure des patients qu'ils ne sont pas à capable de prendre en charge. 60

Les modalités de prises en charge de cette peur et des comportements d'évitement sont encore à construire.

« N'est-ce pas pour nous conserver que la nature nous fait sentir nos besoins ? La douleur du corps n'est-elle pas un signe que la machine se déränge, et un avertissement d'y pourvoir ? »

J.-J. Rousseau dans l'éducation d'Émile.

Les volontés face au réel.

Le rythme actuel des consultations, les difficultés de dialogue entre spécialités sont des facteurs limitants à l'échelle de soin individuel. Cependant, à la vue de l'efficacité de la campagne d'information de 2018, on ressent que les changements en profondeur ne peuvent naître qu'à l'échelle institutionnelle. L'assurance maladie évoque par exemple depuis longtemps la possibilité de revaloriser les consultations complexes ou les actes de prévention, cela reste un vœu pieux à ce jour.

En conclusion, c'est mon avis que la détection des co-morbidités psychologiques est nécessaire à une prise en charge efficace de tout type de pathologie chronique ou à risque de récurrence.

Les outils présentés ici me semblent pertinents et plutôt simples d'utilisation lorsque le médecin a su se les approprier, voire s'en détacher. Ils permettent de discerner des chaînons manquants de la prise en charge, qui dans le cadre des pathologies chroniques comprend des éléments subjectifs et individuels, qui ne sont que survolés lors de la formation médicale initiale.

L'amélioration du service rendu au patient est immédiate, ses perspectives autant que ses peurs peuvent être abordées de façon plus efficiente et ainsi favoriser une meilleure alliance thérapeutique dès l'évaluation initiale.

Bibliographie

1. Henrotin Y, Rozenberg S, Balagué F, Leclerc A, Rouxo É, Cedraschie C, et al. Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. *Revue du rhumatisme*. Elsevier; 2006;73:S35-52.
2. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*. Elsevier; 2014;14(11):2658-78.
3. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic Resonance Imaging of the Lumbar Spine in People without Back Pain. *N Engl J Med*. 1994;331(2):69-73. DOI: 10.1056/NEJM199407143310201
4. Brinjikji W, Diehn FE, Jarvik JG, Carr CM, Kallmes DF, Murad MH, et al. MRI Findings of Disc Degeneration are More Prevalent in Adults with Low Back Pain than in Asymptomatic Controls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015;36(12):2394-9. DOI: 10.3174/ajnr.A4498
5. sous la direction du Dr T, Le Breton J. *Lombalgie commune en médecine générale*.
6. [En ligne]. Haute Autorité de Santé- Prévenir le passage à la chronicité de la lombalgie [cité le 2 septembre 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2962377/fr/prevenir-le-passage-a-la-chronicite-de-la-lombalgie
7. Pengel LHM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 2003;327(7410):323-0. DOI: 10.1136/bmj.327.7410.323
8. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2010;24(6):769-81. DOI: 10.1016/j.berh.2010.10.002
9. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018; 392(10159):1789-858. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
10. Fullen BM, Baxter GD, O'Donovan BGG, Doody C, Daly LE, Hurley DA. Factors impacting on doctors' management of acute low back pain: A systematic review. *European Journal of Pain*. 2009;13(9):908-14. DOI: 10.1016/j.ejpain.2008.11.013
11. Rainville J, Carlson N, Polatin P, Gatchel RJ, Indahl A. Exploration of Physicians' Recommendations for Activities in Chronic Low Back Pain. *Spine*. 2000;25(17):2210-20.
12. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*. 2010;3.

13. Waddell G. Low back pain: a twentieth century health care enigma. *Spine*. LWW; 1996;21(24):2820-5.
14. Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: A cognitive–affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*. 1999;125(3):356-66. DOI: 10.1037/0033-2909.125.3.356
15. Derbyshire S, Vogt B, Jones A. Pain and Stroop interference tasks activate separate processing modules in anterior cingulate cortex. *Experimental Brain Research*. Springer; 1998;118(1):52-60.
16. Crombez G, Eccleston C, Baeyens F, Eelen P. The disruptive nature of pain: an experimental investigation. *Behaviour research and therapy*. Elsevier; 1996;34(11-12):911-8.
17. Buckelew SP, Degood DE, Schwartz DP, Kerler RM. Cognitive and somatic item response pattern of pain patients, psychiatric patients, and hospital employees. *Journal of Clinical Psychology*. Wiley Online Library; 1986;42(6):852-60.
18. Schnurr RF, MacDonald MR. Memory complaints in chronic pain. *The Clinical journal of pain*. Lippincott Williams & Wilkins; 1995;
19. Watkins L, Maier S. The pain of being sick: implications of immune-to-brain communication for understanding pain. *Annual review of psychology*. Annual Reviews 4139 El Camino Way, PO Box 10139, Palo Alto, CA 94303-0139, USA; 2000;51(1):29-57.
20. Melzack R. *Pain and stress: A new perspective*. The Guilford Press; 1999;
21. Negro-Vilar A. Stress and other environmental factors affecting fertility in men and women: overview. *Environmental health perspectives*. 1993;101(suppl 2):59-64.
22. Sudhaus S, Fricke B, Stachon A, Schneider S, Klein H, von Düring M, et al. Salivary cortisol and psychological mechanisms in patients with acute versus chronic low back pain. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(4):513-22. DOI: 10.1016/j.psyneuen. 2008.10.011
23. Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy*. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press (Also available online at www.iasp-pain.org). 1994;
24. Anand KJ, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. *Pain-Journal of the International Association for the Study of Pain*. [Amsterdam]: Elsevier/North-Holland, 1975-; 1996;67(1):3-6.
25. Bhattacharjee N, Hossain MM, Mazumder SM, Khan MK. A wooden foreign body in the neck. *Bangladesh Med Res Counc Bull*. 1997;23(2):63-5.
26. Moseley GL. A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Manual Therapy*. 2003;8(3):130-40. DOI: 10.1016/S1356-689X(03)00051-1

27. Bullet found in veteran's neck. BBC News [En ligne]. fevrier 2003. Disponible: http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/scotland/2770777.stm
28. Bourgin J. Caractérisation de l'hyper-réactivité au stress en imagerie cérébrale par résonance magnétique chez le rongeur. Paris 5; 2014;
29. Nijs J, Paul van Wilgen C, Van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with 'unexplained' chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. *Manual Therapy*. 2011;16(5):413-8. DOI: 10.1016/j.math.2011.04.005
30. Calvino B. La formation réticulée: anatomie, fonctions dans le contrôle de la douleur. *Douleurs: Évaluation-Diagnostic-Traitement*. Elsevier; 2021;22(1):10-27.
31. Keefe FJ, Dunsmore J, Burnett R. Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992;60(4):528-36. DOI: 10.1037/0022-006X.60.4.528
32. Wall PD, Melzack R. *Textbook of Pain* Churchill Livingstone. New York. 1994;955-6.
33. Edelman GM. *Biologie de la conscience*. Odile Jacob; 2008.
34. Salmona M. *La mémoire traumatique. L'aide-mémoire Psychotraumatologie*, Paris, Dunod. 2008.
35. Vlaeyen JW. Place du concept de «peur de bouger/(ré) apparition du mal» dans l'analyse et la réhabilitation comportementale des lombalgiques chroniques. *Douleur et analgésie*. Springer; 1999;12(4):281-8.
36. Koes BW, van Tulder M, Lin C-WC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European Spine Journal*. 2010;19(12):2075-94. DOI: 10.1007/s00586-010-1502-y
37. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of low back pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*. American Medical Association; 2016;176(2):199-208.
38. Vlaeyen J, Kole-Snijders AM, Boeren RG, Van Eek H. Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. Elsevier/North-Holland; 1995;62(3):363-72.
39. Buer N, Linton SJ. Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*. Elsevier; 2002;99(3):485-91.
40. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*. LWW; 2001;17(1):52-64.

41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. American Medical Association; 1961;4(6):561-71.
42. Haythornthwaite J. It's a belief. It's an appraisal. It's coping... No, it's catastrophizing. Dans: Seattle, IASP Press; 2009. p. 271-87.
43. Sullivan MJ, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*. Elsevier; 1998;77(3):253-60.
44. Bedard GBV, Reid GJ, McGrath PJ, Chambers CT. Coping and self-medication in a community sample of junior high school students. *Pain Research and Management*. Hindawi; 1997;2.
45. Burns LC, Ritvo SE, Ferguson MK, Clarke H, Seltzer Z, Katz J. Pain catastrophizing as a risk factor for chronic pain after total knee arthroplasty: a systematic review. *Journal of pain research*. Dove Press; 2015;8:21.
46. Maigne J-Y. Le mal de dos: pour une prise en charge efficace. *Revue de médecine manuelle-ostéopathie*. 2009;(28):16-9.
47. Kerbourc'h O. Intérêt d'une action éducative ciblée pour la prise en charge de la lombalgie subaiguë commune. 2019;
48. Koes BW, van Tulder M, Lin C-WC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European Spine Journal*. 2010;19(12):2075-94. DOI: 10.1007/s00586-010-1502-y
49. Balestroni G, Bertolotti G. EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2015;78(3). DOI: 10.4081/monaldi.2012.121
50. Soer R, Reneman MF, Speijer BLGN, Coppes MH, Vroomen PCAJ. Clinimetric properties of the EuroQol-5D in patients with chronic low back pain. *The Spine Journal*. 2012;12(11):1035-9. DOI: 10.1016/j.spinee.2012.10.030
51. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*. 1995;7(4):524-32. DOI: 10.1037/1040-3590.7.4.524
52. French DJ, Noël M, Vigneau F, French JA, Cyr CP, Evans RT. L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF: Adaptation canadienne en langue française de l'échelle «Pain Catastrophizing Scale». *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. 2005;37(3):181-92. DOI: 10.1037/h0087255
53. Woby SR, Roach NK, Urmston M, Watson PJ. Psychometric properties of the TSK-11: a shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Pain*. Elsevier; 2005;117(1-2):137-44.

54. Ramond A, Bouton C, Richard I, Roquelaure Y, Baufreton C, Legrand E, et al. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care—a systematic review. *Family practice*. Oxford University Press; 2011;28(1):12-21.
55. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*. *Annals Family Med*; 2004;2(6):576-82.
56. Vannotti M, Vannotti M. *Le métier de médecin: entre utopie et désenchantement*. Médecine et Hygiène Genève; 2006.
57. Moseley GL, Nicholas MK, Hodges PW. A Randomized Controlled Trial of Intensive Neurophysiology Education in Chronic Low Back Pain: *The Clinical Journal of Pain*. 2004;20(5):324-30. DOI: 10.1097/00002508-200409000-00007
58. Sullivan MJ, Adams H, Sullivan ME. Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. *Pain*. Elsevier; 2004;107(3):220-6.
59. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*. LWW; 2001;17(1):52-64.
60. Gündüz N, Polat A, Erzincan E, Turan H, Sade I, Tural Ü. Psychiatric comorbidity and childhood trauma in fibromyalgia syndrome. *Turk J Phys Med Rehabil*. 2018;64(2):91-9. DOI: 10.5606/tftrd.2018.1470

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire EQ 5D 3L

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD’HUI.

MOBILITÉ

- Je n’ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J’ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- Je suis incapable de me déplacer à pied

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

- Je n’ai aucun problème pour me laver ou m’habiller tout(e) seul(e)
- J’ai des problèmes modérés pour me laver ou m’habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m’habiller tout(e) seul(e)

ACTIVITÉS COURANTES (*p. ex., travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs*)

- Je n’ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J’ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d’accomplir mes activités courantes

DOULEURS / GÊNE

- Je n’ai ni douleur ni gêne
- J’ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J’ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Questionnaire EQ 5D 3L suite et fin

- Quel est votre niveau de douleur sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la douleur maximum imaginable.

VOTRE DOULEUR AUJOURD'HUI = _____

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.
0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer

VOTRE SANTE AUJOURD'HUI = _____

Annexe 2 : Pain Catastrophizing Scale.

Échelle des pensées catastrophiques liées à la douleur (PCS-CF)

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses. Cela peut être la douleur associée aux maux de tête, à un mal de dent, ou encore la douleur musculaire ou aux articulations. Il nous arrive souvent d'avoir à subir des expériences douloureuses telles que la maladie, une blessure, un traitement dentaire ou une intervention chirurgicale.

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous avez de la douleur.

0 – pas du tout 1 – quelque peu 2 – de façon modérée 3 – beaucoup 4 – tout le temps

Quand j'ai de la douleur ...

- 1 j'ai peur qu'il n'y aura pas de fin à la douleur.
- 2 je sens que je ne peux pas continuer.
- 3 c'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.
- 4 c'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.
- 5 je sens que je ne peux plus supporter la douleur.
- 6 j'ai peur que la douleur empire.
- 7 je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses.
- 8 avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse.
- 9 je ne peux m'empêcher d'y penser.
- 10 je ne fais que penser à quel point ça fait mal.
- 11 je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.
- 12 il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.
- 13 je me demande si quelque chose de grave va se produire.

Calcul du pointage : additionner toutes les lignes. Total possible sur 52 : _____

Traduit et adapté de :

Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment* 1995;7(4):524-532.

Annexe 3 : Tampa Scale of kinesiophobia TSK 11

Échelle de kinésiophobie de Tampa (TSK-11)				
	Fortement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Fortement en accord
Consignes :				
Veuillez lire attentivement chaque question et encercler le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.				
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. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux	1	2	3	4
5. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours	1	2	3	4
6. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(é)	1	2	3	4
7. 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
8. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps	1	2	3	4
9. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas	1	2	3	4
10. 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
11. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur	1	2	3	4
Calcul du pointage : additionner toutes les lignes. Total possible sur 44 : _____				

Traduit et adapté de :

Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. Pain Management 1990; 3:35-43.

Abstract

Low back pain is a clinical diagnosis pooling pains than cannot be attributed to a specific cause. There are many recurrences, up to 84% and an estimated 3 to 15% of cases will stay chronic. This prevalence is on the rise. The effects of pain are aggravated by fear avoidance beliefs such as kinesiophobia and catastrophizing. Fear avoidance beliefs are powerful predictors of disability. Guidelines have started including prevention tool such as early detection of psychosocial risk factors linked with chronicity. The aim of this work is to describe the prevalence of kinesiophobia and catastrophizing in low back pain patients.

A descriptive observational study was conducted in primary care structures. Following physical examination, patients suffering from low back pain were given a survey to take home. Their overall health status was evaluated through the EQ-5D 3L, catastrophizing through the PCS and kinesiophobia with TSK 11.

84 patients were recruited, 59 completed and sent the survey back. 25% had a significant level of catastrophizing, 40% tested positive to the kinesiophobia scale. 46% were positive to either test, 20% were positive to both. We found a significant correlation between the self declared overall health status and both PCS and TSK scores (respectively $Cor = -0.354$ $p = 0,006$ and $Cor = -0.369$ $p = 0,004$, with Spearman's test).

The prevalence of kinesiophobia and catastrophizing are important : almost half of the patients (46%) present either risk factor, and one of five has both.

With regards to these findings, the therapeutic strategy of simultaneous evaluation of physical and psychosocial status seem to offer better immediate understanding than the stepped strategy. Even considering the practical difficulties of interdisciplinary work, the quality of care is improved, the patients' view points can be discussed earlier and more effectively, promoting a stronger therapeutic bond.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

