

Les facteurs de chronicisation dans la lombalgie : le point sur les connaissances actuelles

From acute to chronic low back pain : important factors

MICHAËL NORBERG (MD)

Unité rachis, Service MPR, DAL, Site Hôpital Orthopédique, CHUV 1011 Lausanne
Lavey Médical SA, 1892 Lavey-les-Bains

L'auteur atteste ne pas avoir de conflits d'intérêts dans la réalisation de ce travail

Keywords

Chronic low back pain, kinesiophobia, apprehension

Mots clés

Lombalgie chronique, kinésiophobie, appréhension

Abstract

Introduction: low back pain is extremely frequent but has minor consequences in most cases. Only a proportion of around 10% of the patients evolves toward chronic low back pain. The evolution toward chronicity is mainly influenced by psycho-social and emotional factors, and thoughts about the situation. It is thus necessary to integrate these elements in patient care. This article reviews the clinically important factors conducting to chronic low back pain.

Development: the importance of biomechanical factors in the evolution of back pain toward a chronic stage is low; on the other side bio-psycho-social factors play an important role. So, specific patient-related factors should be taken into consideration, and the role of family and occupational factors should be evaluated. The therapists experience, attitude and sense of empathy also influence the situation. The important points are the patients' apprehension and their avoidance of painful situations, leading to an avoidance behaviour with chronic pain and loss of independence. The quality of initial contact and of communication are essential to prevent chronicity.

Conclusion: the identification of chronic pain risk factors is crucial for patient evolution, treatment relevance and cost control. It is thus necessary to identify patients at risk at an early stage in order to prevent chronicity. This can be achieved by using scales that allow quantification of apprehension, fears and beliefs of the patient. Communication quality is also essential for avoiding alarming and contradictory information that increase risk of chronicization of low back pain.

Résumé

Introduction: La lombalgie est extrêmement fréquente, mais généralement bénigne. Environ 10% des patients évoluent cependant vers la chronicité. C'est surtout le plan psycho-social et émotionnel qui ont un impact sur la lombalgie, ainsi que les pensées relatives à la situation. Il est donc nécessaire d'intégrer ces éléments dans la prise en charge. Nous allons passer en revue les facteurs importants dans l'évolution de la lombalgie vers la chronicité.

Développement: le poids des facteurs biomécaniques dans cette évolution reste faible par rapport à celui des facteurs biopsychosociaux. Ainsi, il y a d'un côté le patient avec ses atteintes structurelles, et de l'autre les interactions avec l'environnement familial et professionnel qui pèsent sur la situation. Les thérapeutes – au sens large – influencent aussi la situation en fonction de leur vécu, leurs attitudes et leur empathie. Le point crucial du côté du patient reste l'appréhension et l'évitement des situations douloureuses, amenant au long cours à un comportement d'évitement avec perte d'autonomie. Cet effet peut conduire progressivement le patient vers la chronicité. La prise en charge initiale et l'adéquation de la communication restent essentielles pour prévenir ce passage à la chronicité.

Conclusion: l'identification des facteurs de chronicisation est importante pour l'avenir du patient, l'adéquation du traitement et la maîtrise des coûts. Il est nécessaire d'identifier précocement les patients à risque, notamment par l'intermédiaire d'échelles qui permettent de quantifier l'appréhension, les peurs et les croyances du patient. Une communication adéquate est aussi primordiale, afin d'éviter les informations anxiogènes ou contradictoires qui renforcent le risque de chronicisation.



Introduction

La lombalgie n'est pas une pathologie en soit mais un syndrome fréquent et récurrent, coûtant très cher à la société, tant en coûts directs qu'indirects. En Suisse, ce coût direct était en 2005 évalué à 2.1 milliards d'Euros, l'équivalent à 6.1 % de tous les coûts de la santé⁽¹⁾. Pour les coûts indirects les valeurs oscillaient entre 2 et 4 milliards, correspondant à un coût total de 1.6 à 2.3 % du PIB⁽¹⁾. Cette problématique touche près de 80 % de la population avec un taux de récurrence de 70 %. Depuis 2000⁽²⁾, la lombalgie peut être définie en fonction de la durée des symptômes avec la distinction de lombalgies aiguës, subaiguës et chroniques (Tableau 1). Parmi l'ensemble des lombalgies, 10 % risquent d'évoluer vers la chronicité. Nous ne savons pas au départ qui deviendra chronique, mais différents facteurs favorisant l'évolution vers la chronicité existent.

C'est surtout sur le plan psycho-social et émotionnel, et nettement moins sur le plan biomécanique que le problème se pose. Les facteurs psycho-sociaux incluent d'un côté la compréhension des symptômes par le patient lombalgique, sa possibilité à faire face à ses douleurs, son appréhension vis-à-vis de la douleur ainsi que le comportement des spécialistes de la santé, tant médecins que soignants, qui aura un impact sur la lombalgie, mais aussi ses pensées relatives à la situation. Les croyances plus profondes, ancrées autour d'une spiritualité active ou des deuils non faits, suivant la culture de la personne pourraient nécessiter le recours à des aides sur le plan spirituel. Dans notre pratique quotidienne c'est une approche complémentaire à la vision médicale plus réductrice avec des appuis venant par exemple de l'aumônier ou d'une autre écoute active. Ainsi, il est nécessaire de les intégrer dans la prise en charge de ces patients. Cette revue de la littérature vise à faire le point sur les éléments à prendre en compte lors de la gestion du traitement du patient lombalgique chronique. Un accent particulier sera mis sur la prévention des facteurs de chronicisation, la communication avec le patient et l'importance des questionnaires d'évaluation pour l'objectivation du suivi.

Démarche diagnostique initiale

Il importe dès le début des symptômes de bien distinguer les lombalgies spécifiques des lombalgies aspécifiques (communes), car la prise en charge des 1^{ères} dépend de la cause, alors que les secondes nécessitent une approche thérapeutique plus globale. Pour cette raison, les anglo-saxons ont introduit le concept de drapeaux (ou alertes) rouges⁽³⁾, correspondant aux lombalgies spécifique qu'il faut exclure. Ces drapeaux rouges sont variables suivant les pays et les situations⁽⁴⁾ mais les plus communs sont retrouvés dans le Tableau 2.

Dans cette revue nous n'aborderons que les lombalgies communes qui représentent environ 85 à 90% des lombalgies.

L'évolution naturelle de la lombalgie commune, est assez rapidement favorable après 1 mois, avec moins de 20% de patients présentant des douleurs invalidantes au-delà de 3 mois⁽⁵⁾. Toutefois, jusqu'à 65% signalent des douleurs à 1 année⁽⁶⁾. Nonante pourcents ont une évolution favorable en moins de 6 semaines mais le risque de récurrence dans l'année qui suit représente environ 40 % des cas, et à 3 ans 83 % ont

Lombalgie commune	
Lombalgie	Durée
aiguë	< 4 semaines
subaiguë	4 et 12 semaines
chronique	> 3 mois

> Tableau 1: classement des lombalgies en fonction de leur durée

<p>Age</p> <ul style="list-style-type: none"> • <20 ou > 50 ans
<p>Fracture</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme • corticoïdes • âge > 70 ans
<p>Tumeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • âge > 50 ans • perte pondérale inexplicée • antécédents de tumeur • échec d'un traitement symptomatique
<p>Infection</p> <ul style="list-style-type: none"> • fièvre • douleur accentuée durant la nuit • traitement immunosuppresseur • Infection urinaire • drogues Iv • corticoïdes à long cours
<p>Spondylarthrite ankylosante</p> <ul style="list-style-type: none"> • douleur avec réveil nocturne forçant le patient à quitter son lit • douleur non calmée par le repos • douleur améliorée par exercice • durée de symptômes de 3 mois • raideur matinale (30 min, diminution mobilité latérale, flexion (<20°) ou de l'extension (< 40°) du rachis lombaire
<p>Syndrome de la queue du cheval</p> <ul style="list-style-type: none"> • sciatique • problèmes sphinctériens • incontinence

> Tableau 2: les alertes rouges/red flags⁽⁴⁾

présenté des rechutes douloureuses⁽⁷⁾, sans pour autant devenir chroniques. Mais pourquoi les lombalgies passent-elles à la chronicité? Quelles sont les facteurs propices à cette évolution? Cette revue de la littérature actuelle va nous aider à y répondre.

Rôle des émotions dans la perception de la douleur

On comprend aujourd'hui que la douleur est un ensemble impliquant d'un côté l'intégration de la réponse nociceptive que les différents récepteurs ont captée et de l'autre côté des facteurs psychosociaux. Ainsi pour la douleur aiguë, les récepteurs nociceptifs se trouvent dans la peau, les muscles, les

articulations, les os, les viscères. Il existe aussi des récepteurs au niveau des terminaisons nerveuses enregistrant et détectant les dommages. Par la suite, ce sont des canaux potassiques qui permettent de transmettre l'information au niveau de la moelle, avec quatre récepteurs réagissant aux différentes agressions (chimiques, physiques, thermiques ou polymodales). Une fois l'information émise, il y a la modulation soit suivant les fibres nerveuses ou au niveau cortico-cérébral. Suivant les fibres nerveuses il y a une transmission par les voies spinothalamiques plutôt affectives (tronc cérébral, les noyaux ventro-médians du thalamus, le système limbique) au thalamus et au cortex somato-sensoriel permettant d'identifier, d'interpréter et localiser la douleur. D'autres zones cérébrales influencent l'interprétation de la douleur, comme l'insula, le système limbique, le noyau lenticulaire et l'amygdale. Comme pour les voies spinothalamiques, ces zones sont aussi importantes dans les émotions. Dans la douleur chronique, avec anticipation de la douleur dans certaines situations, on voit l'apparition d'une communication entre le système limbique, le cortex préfrontal et le thalamus.⁽⁸⁾ Ces liens sont renforcés lors de l'anxiété vis-à-vis de la douleur et sont retrouvés lors de la douleur chronique.⁽⁹⁾

Dans ce contexte il est important de rappeler que selon l'Association internationale de l'étude de la douleur⁽¹⁰⁾, la douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ». Ainsi la douleur peut à la fois créer des émotions et des pensées négatives auxquelles nous sommes confrontés et de l'autre elle est à mettre en relation avec des facteurs psychosociaux comme les émotions globales, le contexte environnemental, la compréhension de la douleur, les croyances autour de cette expérience qui vont influencer les sensations par les processus d'apprentissage. La douleur est ainsi forgée autour des expériences passées, le contexte actuel et les implications futures associées à la compréhension de la douleur. C'est une interprétation soutenue par la génétique mais fortement modifiée par des facteurs psychologiques et cognitifs⁽¹¹⁾. De cette façon, si un stimulus est reconnu comme délétère on essaiera de l'éviter. Ainsi, « pour éviter une menace potentielle ou les émotions négatives associées à la douleur, il est nécessaire de planifier des changements de comportement ou de mettre en place des stratégies d'évitement de la douleur, planifications qui impliquent également une forme de contrôle »⁽⁸⁾.

C'est dans ce contexte que nous avons été amenés à remplacer le modèle biomécanique par le modèle bio-psycho-social de *Waddell*⁽³⁾ pour à la fois aborder la douleur chronique et la comprendre. Cette approche reste aussi fondamentale pour le traitement. C'est dans ce dernier modèle que le problème est appréhendé sous un angle interactif entre les facteurs biologiques, psychologiques et socio-culturels. Dans le modèle biopsychosocial, il existe souvent dès le début de la pathologie une part biomécanique causée par des modifications peu importantes dans leur ensemble, comme des déséquilibres musculaires (raideurs ou des faiblesses musculaires), ou des limitations de la mobilité. Ces modifications sont cependant suffisantes pour engendrer la douleur, même en l'absence d'atteintes structurelles, comme des fractures, des troubles dégénératifs ou des hernies discales. Ces modifications struc-

turelles bénignes peuvent conduire à des adaptations nociceptives qui, au niveau cérébral, seront modulées en fonction de nombreux facteurs dépendant de nos comportements et nos croyances. La plasticité neuronale reste une adaptation cérébrale constante à des stimuli continus changeant les connexions internes et externes afin d'adapter les interactions entre les différentes zones cérébrales. La douleur s'accompagne très souvent d'une réponse émotionnelle, et ces émotions en particulier les émotions non conscientes, peuvent moduler le traitement de l'information nociceptive⁽¹³⁾. Ainsi, l'attitude que développera le patient face à la douleur dépendra en partie d'un comportement découlant de son vécu : soit ignorer la douleur et continuer le fonctionnement habituel, soit au contraire se résoudre à limiter les activités perçues comme nocives. Ceci favorise une attitude de protection et de retrait, pouvant à l'excès conduire à un comportement d'évitement et à la kinésiophobie.

Influence du diagnostic dans le passage à la chronicité

La manière de présenter le diagnostic au patient revêt une importance primordiale : le risque de voir évoluer un patient vers la chronicité augmente fortement si un diagnostic lésionnel est mentionné au début de la prise en charge⁽¹⁴⁾. L'utilisation de termes biomécaniques lésionnels tels que discopathie, déchirure annulaire, protrusion discale, hernie discale, pour ne nommer que les plus fréquents, augmente nettement le risque d'évolution vers la chronicité⁽¹⁵⁾, car ces lésions sont vues par le patient comme persistantes et traitables uniquement par des mesures chirurgicales.

Premièrement, la cohérence de l'information délivrée par le personnel médical et paramédical est primordiale pour prévenir des interprétations inadéquates, voire des incompréhensions. Ces dernières sont surtout présentes lorsque différents termes sont utilisés pour une même pathologie. Deuxièmement, un manque de standardisation des termes utilisé pour qualifier la lombalgie, entre aiguë et chronique par exemple, engendre aussi des insécurités et des incompréhensions, surtout si une lésion est mentionnée au départ et par la suite banalisée par le thérapeute. Troisièmement, la multiplication d'intervenants augmente ce risque, du fait de l'utilisation de termes différents et de visions différentes sur l'approche à avoir dans la situation particulière de la personne.

Rôle de l'imagerie médicale dans le processus de chronicisation

Il n'y a aucune indication pour les radiographies dans la 1^{ère} semaine après le début des symptômes, sans notion d'indication de drapeau rouge. Pour le patient, voir la lésion supposée sur des radiographies, implique certaines fois la croyance qu'aussi longtemps que celle-ci ne disparaîtra pas, la douleur et la limitation fonctionnelle ne seront pas guérissables. De plus, ces examens précoces augmentent de 5 fois le risque de chronicisation⁽¹⁶⁾.

Par ailleurs, les radiographies n'ont que peu d'utilité compte tenu de l'absence de relation entre la lésion observée et les symptômes des patients. Il faut ainsi plutôt argumenter à l'absence de cet outil diagnostique dans la situation aiguë⁽¹⁷⁾. Dans

la situation chronique, le bilan radiologique pourrait permettre d'exclure le recours à la chirurgie. De plus, la mention dans le compte rendu radiologique d'altérations présentes dans le « vieillissement normal » du rachis, augmente le risque de chronicisation, par le simple fait d'avoir mis un nom sur ces modifications physiologiquement normales⁽¹⁸⁾. En outre, il faut souligner qu'il n'y a aucun lien entre la lombalgie chronique et les anomalies anatomiques du rachis comme les spondylo-listhésis, la maladie de *Scheuermann*, les scolioses, les hypermobilités segmentaires et le canal lombaire étroit⁽¹⁹⁾, faisant perdre toute la valeur diagnostic à l'imagerie dans ces situations chroniques.

Rôle des représentations du patient dans le processus de chronicisation

Au contraire, il existe des preuves de plus en plus probantes montrant l'importance des croyances du patient concernant ses symptômes et leur origine: la compréhension du symptôme, la perception de sa capacité d'y faire face⁽²⁰⁾ et l'influence de la douleur dans la vie de tous les jours^(21,22) jouent un rôle important dans le processus de chronicisation.

Ces croyances agissent sur le fonctionnement physique, psychologique mais aussi sur la réponse aux traitements. Elles sont influencées par les pensées de l'entourage (famille, amis), les médias (radio, TV, internet, etc.) ainsi que les expériences préalables de douleurs lombaires (personnelles et de ses proches)⁽²³⁾. De plus, la fausse croyance que l'amélioration des symptômes passe par le repos est renforcée par un recours accru aux incapacités de travail prolongées par le corps médical⁽²⁴⁾. Au lieu d'axer le traitement en premier lieu sur un maintien en activité, l'arrêt de travail renforce le sentiment de gravité, au risque d'exclure à long terme le patient de son environnement professionnel.

Cette croyance délétère concernant l'inactivité contribue au passage à la chronicité⁽²⁵⁾ et pérennise la persistance des douleurs⁽²⁶⁾. Elles constituent en effet le meilleur prédicteur des incapacités fonctionnelles et de travail à 6 mois selon *Vlayen*⁽²⁷⁾ et contribuent à l'amplification de l'expérience douloureuse⁽²⁸⁾. D'où l'importance de l'évaluation des comportements d'évitement et d'appréhension.

De même, la compréhension de l'étiologie des premiers symptômes reste primordiale. Ainsi, si le patient est convaincu qu'un certain geste ou mouvement a engendré le problème actuel, il va essayer d'éviter cette situation à l'avenir. Cet évitement produira une hypervigilance chez le patient, qui va ressentir de manière accrue des sensations douloureuses normalement ignorées. Ceci amène à l'appréhension de ces activités, comme l'ont décrit *Waddell*⁽³⁾, puis *Vlayen*⁽²⁹⁾ et *Linton*⁽²⁴⁾ dans leurs approches de la pathologie et de son traitement. Ils proposent comme approche thérapeutique pour diminuer le niveau d'hypervigilance une exposition progressive du patient à ces sensations qui sont anticipées comme dangereuses voire douloureuses: La 1^{ère} étape consiste à les répertorier et à mesurer leur importance. Le Phoda (Photograph Series of Daily Activities) a été développé dans ce but par *Vlayen*⁽³⁰⁾. Cet instrument utilise des photographies de différentes situations pouvant potentiellement occasionner des douleurs. Par

la suite, le patient doit catégoriser chaque action en fonction de la crainte d'avoir mal que celle-ci pourrait engendrer. Par la suite le thérapeute choisit 5 des différentes situations difficiles, et il procède à une exposition progressive en utilisant une approche de thérapie cognitivo-comportementale (TCC). En effet dans la TTC, le thérapeute agit au moyen de mises en situation et d'expositions graduées des situations pouvant provoquer l'appréhension de la douleur, afin de montrer la non-dangerosité de l'action⁽³¹⁾.

L'appréhension engendre donc un comportement d'évitement de la situation source de douleurs. Cette attitude visant à se protéger de la douleur peut avoir un effet positif en situation aiguë. Toutefois, il n'y a à ce stade pas de catastrophisme lié à cette action, et les pensées ne sont pas projectives sur l'avenir. Par contre un tel comportement dans la situation chronique ne fera qu'aggraver l'expérience douloureuse⁽³²⁾ vu qu'ils anticipent des sensations en créant des évitements. Ainsi, les patients chroniques qui présentent une anxiété élevée vis-à-vis de la douleur restent beaucoup plus attentifs à une douleur que les sujets avec une faible anxiété. De ce fait, ils essaient d'échapper aux conséquences de la douleur (la limitation), voire à la douleur elle-même, en évitant les activités quotidiennes potentiellement douloureuses⁽³³⁾.

Waddell a rapporté en 1993⁽³⁴⁾ que l'appréhension face à des activités physiques ou à certaines tâches, est plus fortement associée à l'incapacité et la perte du travail que les paramètres biomédicaux. L'appréhension vis-à-vis du travail ou de l'activité physique est en effet associée à la survenue, au maintien et au renforcement du processus douloureux chronique. Son évaluation peut être réalisée à l'aide du questionnaire FABQ (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire)⁽³⁴⁾, qui dispose de deux sous-échelles permettant de déterminer l'appréhension face au travail et à l'activité physique. La validité du FABQ dans l'appréhension a été vérifiée ultérieurement dans les travaux de *Vlayen*⁽³⁵⁾. Il a par la suite travaillé sur les différentes attitudes d'évitement et sur leur traitement comme mentionnée précédemment.

En parallèle, *Kori* a développé le Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), un outil permettant de mesurer la kinésiophobie,⁽³⁶⁾ (C'est un outil de 17 questions ciblées sur la kinésiophobie dans différentes situations physiques). Le Tampa permet de juger de l'importance de la limitation afin de proposer des approches thérapeutiques ciblées de la kinésiophobie

Par ailleurs, le questionnaire «Start Back Screening Tool» est un outil simple d'utilisation, qui a été développé à l'attention du corps médical et des thérapeutes et validé en 2008 par *J. Hill*⁽³⁷⁾. Il est destiné aux patients lombalgiques, en phase aiguës ou subaiguës – moins pour les chroniques. Il est constitué de 8 questions simples pour lesquelles le patient coche son accord ou désaccord vis-à-vis des propositions concernant le mal du dos sur les 2 dernières semaines. De plus une question verbale sur le degré de gêne causé par la douleur. Son but initial était de juger de la pertinence de la physiothérapie suivant les situations, voire de l'ajout d'un soutien psychologique. Par la suite, il a été utilisé et validé pour évaluer le risque d'évolution vers la chronicité, grâce à sa sous-échelle composée de 5 des questions nous permettant de cibler les interventions: faut-il

en plus par exemple un soutien psychologique ou est-ce que l'approche physiothérapeutique suffit ? ^(38, 39)

Ainsi le StarT Back est un outil aisé permettant de situer le patient et les interventions complémentaires éventuels ⁽⁴⁰⁾. En 2^e intention, le TSK nous permet de confirmer une kinésio-phobie, suspectée à la base de scores élevés au StarT Back, afin de mieux prendre en charge le patient en travaillant sur ses craintes.

Lombalgies et travail

Contrairement aux idées reçues, il est important de souligner l'absence de corrélation entre les activités professionnelles ou les charges manipulées, et le risque de développer une lombalgie chronique ^(41, 42). La littérature est abondante sur ce sujet depuis quelques années. Le seul doute qui persiste concerne la manipulation régulière de charges supérieures à 25 kg ⁽⁴³⁾ pour lesquelles les preuves sont de qualité insuffisante ou sont contradictoires. Il existe aussi des doutes pour des activités nécessitant des postures assises prolongées ⁽⁴⁴⁾. Le soutien social provenant des supérieurs hiérarchiques semble jouer un rôle majeur. ⁽⁴²⁾

Il y a une absence de lien entre la lombalgie chronique et des activités professionnelles qui impliquent des mouvements intenses en flexion ou en torsion ⁽⁴⁵⁾, des tractions ou des poussées de charges ⁽⁴⁶⁾, un travail exigeant des positions inconfortables telles que s'agenouiller ou s'accroupir ⁽⁴⁷⁾, la station debout et/ou les déplacements ⁽⁴⁸⁾ ainsi que les ports de charge ⁽⁴⁹⁾.

De même, les recommandations préconisant des postures en genuflexion (la position accroupie) en lieu en place de la posture droite (stood position) pour le lever de charge du sol à hauteur de la taille reposent sur des preuves scientifiques insuffisantes. La littérature nous montre en fait que la position accroupie est plus exigeante pour les quadriceps, car elle demande un meilleur équilibre au niveau de la base de sustentation. De plus lors des postures en flexion des genoux, nous utilisons plus les structures de stabilisation passive (comme les ligaments et les articulations). Cette situation en genuflexion est plus coûteuse énergétiquement par le fait que pour garder l'équilibre il faut un accroissement de la force du multifidus (une plus grande puissance de travail lorsque le muscle s'allonge (en flexion du tronc)) que lorsqu'il est au repos ^(50, 51).

Le seul facteur professionnel qui pourrait avoir une influence est la pénibilité ressentie par le sujet au travail, plutôt en relation avec l'appréciation psychologique de l'activité physique demandée. En fait c'est la satisfaction relative au travail qui reste le facteur le plus important. Les facteurs influençant celle-ci sont la marge de manœuvre de l'employé sur son rythme du travail, la reconnaissance donnée par la hiérarchie ainsi que le soutien apporté par les supérieurs ^(42, 52). C'est pour cette raison qu'il est important de connaître non seulement la profession exercée, mais aussi dans quel contexte et dans quel environnement se déroule cette activité. De plus, dans le cadre d'un travail perçu comme pénible, il faut garder à l'esprit que si un arrêt de travail de plus de 8 jours est prescrit, le risque de chronicité s'accroît ⁽²⁴⁾. Il est donc important de limiter la

durée des arrêts de travail vu leur effet négatif sur le pronostic professionnel à long terme.

Relation patient-soignant

Le comportement de l'ensemble des soignants au sens large, du médecin au personnel paramédical et des soignants de la médecine parallèle, a un impact sur le ressenti et le comportement du malade. On sait d'après plusieurs études que lors de la pratique les thérapeutes ont tendance à se référer à leurs convictions basées sur l'expérience plutôt qu'à ce que nous apprend la littérature basée sur les preuves ^(53, 54). De plus le recours à une approche biomédicale mécaniste renforce clairement la symptomatologie et les limitations fonctionnelles dans la population lombalgique ⁽⁵⁴⁾. Ainsi, il est capital que l'ensemble des soignants dépassent leur propre expérience empirique pour porter les messages reconnus et étudiés dans la littérature actuelle (EBM).

Un thérapeute qui conserverait une approche essentiellement biomédicale/biomécanique, risque de transmettre une information délétère telle que le dos est vulnérable et qu'il faut le ménager pour ne pas souffrir ^(23, 55). Par ailleurs, le recours aux techniques passives (massage, électrothérapie, mobilisations, manipulations) en vue d'obtenir un soulagement à court terme, limite le sentiment d'auto-efficacité du patient. Par la même occasion, ceci confirme au patient qu'il doit exister une lésion d'origine biomécanique, vu que seules les mobilisations (par exemple les « craquements ») soulagent. Comme ces traitements passifs produisent un résultat, même passager, le patient est conforté dans l'idée que le dos est fragile et doit être ménagé ⁽⁵⁶⁾.

De même le vocabulaire utilisé peut aussi avoir un effet néfaste : par exemple le mot « chronique » est souvent interprété comme « incurable », la notion d'« instabilité » suggère que le dos est « fragile » et qu'il peut se bloquer à tout moment. Ainsi, ces mots doivent être bien pesés avant d'être utilisés face au patient.

De même, le terme de « lombalgie non-spécifique » implique souvent pour le patient que le médecin ne comprendrait pas l'origine des douleurs, ni la façon de les traiter. En réalité, le terme non-spécifique renvoie uniquement au fait qu'il n'y a pas un traitement particulier à appliquer, contrairement à un cancer ou une spondylarthropathie. Le terme de lombalgie « commune », serait préférable à ceux de lombalgie « non-spécifique » ou « aspécifique ». De même, le terme « arthrose » est interprété comme une pathologie incurable dont les symptômes vont s'aggraver avec le temps ⁽⁵⁷⁾.

Discussion

Il reste donc fondamental de savoir dépister les patients à risque et de communiquer avec eux de manière adaptée afin d'éviter qu'ils évoluent vers la chronicité. Aujourd'hui aucun instrument simple n'est à notre disposition et il faut faire appel à des outils variés, tels que ceux mentionnés ci-dessus.

Cette revue, centrée sur la lombalgie chronique, montre l'importance des facteurs environnementaux dans l'évolution de la phase aiguë/subaiguë vers une forme chronique. Les facteurs biomédicaux purs ont leur valeur, mais ce sont avant tout les facteurs

psychosociaux et relationnels qui contribuent à une évolution défavorable. Ainsi, la communication reste fondamentale. Il est important de s'assurer que le patient a bien compris sa situation, et d'éviter les termes médicaux complexes pouvant porter à confusion ou à des mauvaises interprétations de la part du patient.

Il serait intéressant que des recherches futures approfondissent l'importance du vocabulaire et de l'attitude du praticien face à son client, sans qu'il y ait un changement dans les traitements appliqués pour voir leur influence sur l'évolution au long cours du patient lombalgique. De plus des études récentes montrent qu'en améliorant la capacité de communiquer en intégrant des parties cognitivo-comportementales chez les thérapeutes, ces derniers sont plus à l'aise et les résultats chez les patients s'améliorent⁽⁵⁸⁾. De plus, en présence d'une kinésiophobie, il ne suffit pas d'avoir une meilleure explication mais cette situation impose une approche nécessitant le recours à une exposition graduée afin d'avoir des résultats probants.

Dans cette optique, nous sommes actuellement, au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), en train d'évaluer une telle démarche du point de vue de l'information auprès des patients lors de la participation à la prise en charge mais aussi en ergothérapie sur l'approche de la kinésiophobie. Nous évaluons l'importance de la peur et de l'évitement avec les auto-questionnaires (Tampa et FABQ) et les photographies du Phoda, pour ensuite proposer une approche rééducative chez les lombalgiques chroniques plus ciblée sur leurs craintes. Des démarches similaires sont envisagées en charge en physiothérapie, afin d'avoir une prise en charge globale plus bénéfiques.

Conclusion

La lombalgie chronique représente une partie importante des coûts de la santé, et dans ce contexte l'identification des facteurs de risque du passage vers la chronicité reste importante au niveau de l'avenir du patient et de l'adéquation du traitement.

En ce qui concerne le traitement, le physiothérapeute devrait avoir une vision plus globale, prenant en compte l'environnement et les craintes de son patient afin de pouvoir l'aider. L'évolution négative de la maladie, vers la chronicité, au regard des données actuelles de la littérature, reste liée tant à des facteurs personnels, propres à la maladie, qu'à des facteurs professionnels liée au vécu du travail, à sa pénibilité, et à des facteurs socio-économiques, médico-légaux et psychologiques. La prise en charge initiale est essentielle pour prévenir le passage à la chronicité, dans la compréhension de la pathologie et des moyens à déployer pour y faire face. De cette façon on peut limiter l'inquiétude et les fausses croyances liées aux approches à aborder.

Pour y arriver il faut identifier les patients à risque de devenir chroniques. Comme les facteurs psychosociaux restent importants, il faut le faire à l'aide des questionnaires qui permettent l'évaluation des peurs et croyances (comme le FABQ, le TSK, ou pour le physiothérapeute, le Start Back). Tous ces outils sont importants à implémenter sur une longue durée pour avoir un impact durable.

Il reste en outre fondamental d'utiliser un langage adapté au patient, évitant des mots générant des craintes comme par exemple « chronique » ou « aspécifique ». La relation avec le patient reste

un moment charnière qui doit être bien exploité afin de créer une atmosphère de confiance permettant un travail constructif⁽⁵⁹⁾.

Implications pour la pratique

- La prise en charge initiale est essentielle pour prévenir le passage à la chronicité, dans la compréhension de la pathologie et des moyens à déployer;
- L'utilisation d'outils pour évaluer les risques de chronicisation permet un dépistage précoce des patients concernés;
- Les facteurs psychosociaux et relationnels jouent un rôle prédominant sur les facteurs biomédicaux et biomécaniques dans le processus de chronicisation;
- le personnel de santé doit être attentif à communiquer de manière compréhensible en évitant les termes anxiogènes.

Contact

Michaël Norberg : lohn.norberg@chuv.ch

Références

1. Wieser S, Horisberger B, Schmidhauser S, Eisenring C, Brugger U, Ruckstuhl A, et al. Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *Eur J Health Econ.* 2011; 12(5): 455-67.
2. Abenham L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F, et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000; 25(4 Suppl): 1S-3S.
3. Waddell G. *The back pain revolution*: Churchill Livingstone; 2004.
4. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *Eur Spine J.* 2016; 25(9): 2788-802.
5. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ.* 2003; 327(7410): 323.
6. Itz, C. J., Geurts, J. W., van Kleef, M., & Nelemans, P. (2013). Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain*, 17(1), 5-15.
7. Dunn KM, Hestbaek L, Cassidy JD. Low back pain across the life course. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2013; 27(5): 591-600.
8. Ploghaus A, Narain C, Beckmann CF, Clare S, Bantick S, Wise R, et al. Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in a hippocampal network. *The Journal of Neuroscience.* 2001; 21(24): 9896-903.
9. Lloyd DM, Helbig T, Findlay G, Roberts N, Nurmikko T. Brain Areas Involved in Anticipation of Clinically Relevant Pain in Low Back Pain Populations With High Levels of Pain Behavior. *The Journal of Pain*, Vol 17, No 5 (May), 2016: pp 577-587
10. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl.* 1986; 3: S1-226.
11. Coghill RC. Individual differences in the subjective experience of pain: new insights into mechanisms and models. *Headache.* 2010; 50(9): 1531-5.
12. Silvestrini N. Implication de la capacité de contrôle cognitif dans l'expérience de la douleur. *Rev Med Suisse.* 2014; 10: 1378-81.
13. Wunsch A, Plaghki L. Influence des processus émotionnels automatiques sur la perception de la douleur. *Douleur et analgésie.* 2003; 16(1): 43-54.
14. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2015; 36(4): 811-6.
15. Barker KL, Reid M, Lowe CJM. Divided by a lack of common language?-a qualitative study exploring the use of language by health professionals treating back pain. *BMC musculoskeletal disorders.* 2009; 10(1): 1.
16. Abenham L, Rossignol M, Gobeille D, Bonvalot Y, Fines P, Scott S. The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. *Spine (Phila Pa 1976).* 1995; 20(7): 791-5.

17. Deyo RA. Low-back pain. *Sci Am*. 1998; 279(2): 48-53.
18. Poiradeau S. Moyens de prévention du passage à la chronicité des lombalgies. Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement. 2008; 9(1): 13-4.
19. Poiradeau S, Colau M-ML, Fayad F, Rannou F, Revel M. Lombalgies. *EMC-Rhumatologie-Orthopédie*. 2004; 1(4): 295-319.
20. Mathy C, Cedraschi C, Broonen JP, Azzi A, Henrotin Y. Volition and low back pain: When patients talk. *Ann Phys Rehabil Med*. 2015; 58(6): 326-31.
21. Bergstrom M, Ahlstrand I, Thyberg I, Falkmer T, Borsbo B, Bjork M. 'Like the worst toothache you've had' - How people with rheumatoid arthritis describe and manage pain. *Scand J Occup Ther*. 2017: 1-9.
22. Demoulin C, Roussel N, Marty M, Mathy C, Genevay S, Henrotin Y, et al. The Maladaptive Beliefs of Patients with Low Back Pain. A Narrative Review. *Rev Med Liege*. 2016 71(1):40-6.
23. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *The Annals of Family Medicine*. 2013; 11(6): 527-34.
24. Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *J Occup Rehabil*. 2002; 12(4): 223-22.
25. Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med*. 2007; 30(1): 77-94.
26. Pincus T, Vogel S, Burton AK, Santos R, Field AP. Fear avoidance and prognosis in back pain: a systematic review and synthesis of current evidence. *Arthritis Rheum*. 2006; 54(12): 3999-4010.
27. Foster NE, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J, et al. Illness perceptions of low back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*. 2008; 136(1-2): 177-87.
28. Rainville J, Smeets RJ, Bendix T, Tveito TH, Poiradeau S, Indahl AJ. Fear-avoidance beliefs and pain avoidance in low back pain--translating research into clinical practice. *Spine J*. 2011; 11(9): 895-903.
29. Vlaeyen JW, 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*. 1995; 62(3): 363-72.
30. Leeuw M, Goossens ME, van Breukelen GJ, Boersma K, Vlaeyen JW. Measuring perceived harmfulness of physical activities in patients with chronic low back pain: the Photograph Series of Daily Activities--short electronic version. *J Pain*. 2007; 8(11): 840-9.
31. Laroche F, editor Douleur chronique. Thérapies comportementales et cognitives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*; 2014: Elsevier.
32. Vlaeyen JW, Seelen HA, Peters M, de Jong P, Aretz E, Beisiegel E, et al. Fear of movement/(re)injury and muscular reactivity in chronic low back pain patients: an experimental investigation. *Pain*. 1999; 82(3): 297-304.
33. McCracken LM, Gross RT, Sorg PJ, Edmands TA. Prediction of pain in patients with chronic low back pain: effects of inaccurate prediction and pain-related anxiety. *Behav Res Ther*. 1993; 31(7): 647-52.
34. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993; 52(2): 157-68.
35. Swinkels-Meewisse IE, Roelofs J, Verbeek AL, Oostendorp RA, Vlaeyen JW. Fear of movement/(re)injury, disability and participation in acute low back pain. *Pain*. 2003; 105(1-2): 371-9.
36. Kori S, Miller R, Todd D. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain manag*. 1990; 3(1): 35-43.
37. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum*. 2008; 59(5): 632-41.
38. Bruyere O, Demoulin M, Brereton C, Humblet F, Flynn D, Hill JC, et al. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Arch Public Health*. 2012; 70(1): 12.
39. Page I, Abboud J, J OS, Laurencelle L, Descarreaux M. Chronic low back pain clinical outcomes present higher associations with the STarT Back Screening Tool than with physiologic measures: a 12-month cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015; 16: 201.
40. Fuhro FF, Fagundes FR, Manzoni AC, Costa LO, Cabral CM. Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire Short-Form and STarT Back Screening Tool: Correlation and Agreement Analysis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016; 41(15): E931-6.
41. Kwon BK, Roffey DM, Bishop PB, Dagenais S, Wai EK. Systematic review: occupational physical activity and low back pain. *Occup Med (Lond)*. 2011; 61(8): 541-8.
42. Villumsen M, Holtermann A, Samani A, Madeleine P, Jørgensen MB. Social support modifies association between forward bending of the trunk and low-back pain: Cross-sectional field study of blue-collar workers. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2016; 42(2): iii+125-34.
43. Wai EK, Roffey DM, Bishop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of occupational carrying and low back pain: results of a systematic review. *Spine J*. 2010; 10(7): 628-38.
44. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of occupational sitting and low back pain: results of a systematic review. *Spine J*. 2010; 10(3): 252-61.
45. Wai EK, Roffey DM, Bishop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of occupational bending or twisting and low back pain: results of a systematic review. *Spine J*. 2010; 10(1): 76-88.
46. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of occupational pushing or pulling and low back pain: results of a systematic review. *Spine J*. 2010; 10(6): 544-53.
47. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of awkward occupational postures and low back pain: results of a systematic review. *Spine J*. 2010; 10(1): 89-99.
48. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of occupational standing or walking and low back pain: results of a systematic review. *Spine J*. 2010; 10(3): 262-72.
49. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of workplace manual handling or assisting patients and low back pain: results of a systematic review. *Spine J*. 2010; 10(7): 639-51.
50. Straker LM. A review of research on techniques for lifting low-lying objects: 2. Evidence for a correct technique. *Work*. 2003; 20(2): 83-96.
51. Ward SR, Kim CW, Eng CM, Gottschalk Lt, Tomiya A, Garfin SR, et al. Architectural analysis and intraoperative measurements demonstrate the unique design of the multifidus muscle for lumbar spine stability. *J Bone Joint Surg Am*. 2009; 91(1): 176-85.
52. Genet F, Lapeyre E, Schnitzler A, Hausseguy A, D'Apolito AC, Lafaye de Michaux R, et al. [Psychobehavioural assessment for chronic low back pain]. *Ann Readapt Med Phys*. 2006; 49(5): 226-33.
53. Poiradeau S, Rannou F, Le Henanff A, Coudeyre E, Rozenberg S, Huas D, et al. Outcome of subacute low back pain: influence of patients' and rheumatologists' characteristics. *Rheumatology (Oxford)*. 2006; 45(6): 718-23.
54. Killick L, Davenport TE. Pain Worlds: Towards the Integration of a Sociocultural Perspective of Pain in Clinical Physical Therapy. *Physiotherapy Research International*. 2014; 19(4): 193-204.
55. Henrotin Y, Moysé D, Bazin T, Cedraschi C, Duplan B, Duquesnoy B, et al. Study of the information delivery by general practitioners and rheumatologists to patients with acute low back pain. *Eur Spine J*. 2011; 20(5): 720-30.
56. Main CJ, Watson PJ. Psychological aspects of pain. *Man Ther*. 1999; 4(4): 203-15.
57. Barker KL, Reid M, Minns Lowe CJ. Divided by a lack of common language? A qualitative study exploring the use of language by health professionals treating back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009; 10: 123
58. Synnott A, O'Keefe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, Robinson K, et al. Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training: a qualitative study. *Journal of Physiotherapy*. 2016; 62(4): 215-21.
59. Teutsch C. Patient-doctor communication *Med Clin N Am* 87 (2003) 1115-1145