

Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité

Chronic low back pain: Risk factors for chronicity

Christelle Nguyen, Serge Poiraudéau, Michel Revel, Agathe Papelard*

Service de rééducation et de réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis, groupe hospitalier Cochin–Saint-Vincent-de-Paul–La Roche-Guyon, AP–HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75674 Paris cedex 14, France

Accepté le 2 mars 2009

Disponible sur Internet le 21 mai 2009

Mots clés : Lombalgie chronique ; Facteurs de chronicisation ; Appréhension-évitement ; Croyances ; FABQ

Keywords: Chronic low back pain; Yellow flags; Fear-avoidance; Beliefs; FABQ

1. Introduction

La lombalgie chronique est une pathologie courante. Avec une incidence comprise entre 60 et 90 % [1] et une prévalence estimée à 26,9 %, elle constitue le trouble musculosquelettique le plus fréquent devant les scapalgies (20,9 %) et les cervicalgies (20,6 %) [2]. Si son évolution vers la chronicité n'est observée que dans six à 8 % des cas, elle est à l'origine de plus de 85 % des coûts médicaux directs ou indirects [3,4]. La connaissance, l'identification et l'évaluation des facteurs de risque (FDR) de passage à la chronicité dans la lombalgie, ainsi que le dépistage précoce des sujets susceptibles de développer une forme chronique présentent un intérêt prédictif important. Parmi les FDR de passage à la chronicité actuellement bien identifiés, le poids des facteurs psychosociaux telles les notions d'appréhension-évitement et croyances (en anglais *Fear-Avoidance and beliefs*) et des facteurs environnementaux sont plus importants que le poids des facteurs physiques et mécaniques [5]. Ainsi sont regroupés sous le terme de *yellow flags* ou alerte jaune, les éléments non spécifiques (contrairement aux *red flags*) tels que les facteurs individuels (*blue flags*) ou environnementaux (*black flags*) susceptibles d'influencer le cours de la lombalgie chronique.

Au regard des données les plus récentes de la littérature, nous rappellerons les principaux FDR de passage à la chronicité dans la lombalgie et détaillerons le modèle *Fear-Avoidance beliefs*.

2. Les facteurs de risque (FR) de passage à la chronicité dans la lombalgie chronique

L'identification des facteurs de risque soulève d'importantes difficultés méthodologiques : les études prospectives sont rares, les études rétrospectives sont sujettes à caution, car il est difficile de séparer les causes des conséquences et les études épidémiologiques sont principalement descriptives [6]. Les facteurs régulièrement impliqués dans l'évolution chronique des lombalgies sont de six ordres [5] :

- personnels ;
- propres à la maladie ;
- professionnels : inadaptation physique et surtout insatisfaction professionnelle ;
- socio-économiques : bas niveau d'éducation et de ressources ;
- médico-légaux : prise en charge au titre accident du travail, ou tout autre litige médico-légal ;
- psychologiques : terrain dépressif, sensation d'être « toujours malade ».

L'intensité de la douleur représente moins de 10 % de la variance du handicap alors que 35 % est liée aux facteurs psychosociaux [7,8]. À côté de ces facteurs bien identifiés, qui échappent pour la plupart à l'intervention des médecins traitants et spécialistes, il existe d'autres facteurs liés à la prise en charge initiale : importance du handicap ressenti, durée de l'arrêt de travail initial, importance de la médicalisation et précision du diagnostic lésionnel [6].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : agathe.papelard@cch.ap-hop-paris.fr (A. Papelard).

2.1. Facteurs de risque (FR) identifiés

Dans une revue détaillée de la littérature de 1990 à 2003 [3], Poiraudeau et al. ont analysé 61 articles de bonne qualité méthodologique et ont distingué trois situations cliniques :

- étude des facteurs prédictifs de récurrence de la lombalgie chez des sujets ayant un antécédent de lombalgie ;
- étude des facteurs prédictifs de chronicité chez des sujets lombalgiques ;
- étude des facteurs prédictifs de non-retour au travail chez des sujets en arrêt de travail.

Trois FDR sont ainsi identifiés avec un fort niveau de preuve scientifique :

- l'antécédent de lombalgie incluant sévérité, douleur, durée, incapacité fonctionnelle, sciatique, arrêt de travail et antécédent de chirurgie lombaire ;
- l'insatisfaction au travail autoévaluée par le patient : huit études prospectives de cohorte avec un total de 7346 patients montrent que c'est un FDR de récurrence et de chronicité avec un risque relatif allant de 1,56 (1,09–2,23) à 2,62 (1,2–5,8) ;
- le mauvais état général de santé ressenti.

Trois autres FDR sont identifiés avec un niveau de preuve scientifique moindre :

- les facteurs socioprofessionnels incluant statut professionnel, salaire, contact social et notion d'indemnisation ;
- les facteurs psychologiques incluant statut psychologique global et dépression ;
- l'intensité de l'activité physique au travail.

Cinquante-quatre articles, sélectionnés pour leur qualité méthodologique, ont été analysés, permettant d'identifier des FDR individuels et professionnels qui sont résumés dans le Tableau 1 [1].

2.1.1. Facteurs individuels

2.1.1.1. Facteurs médicaux et démographiques. Les antécédents de lombalgie et l'âge élevé sont des FDR de chronicité. La notion d'absentéisme professionnel, de médicalisation, d'indemnisation et de sciatique sont des facteurs aggravants. Un mauvais état général (incluant les antécédents d'arrêt maladie quelle qu'en soit la cause), un antécédent de chirurgie lombaire et le sexe féminin sont des FDR de chronicité avec un niveau de preuve scientifique intermédiaire. Les FDR de récurrence de faible niveau de preuve scientifique sont l'absence de pratique de sport, le début brutal de la lombalgie, la présence d'une autre douleur à l'inclusion, la limitation pour soulever des poids de plus de 15 kg, la notion de rééducation à l'inclusion, l'aménagement du poste de travail pour cause de lombalgie, le manque d'énergie et la sévérité de la lombalgie pendant la grossesse [1].

2.1.1.1.1. Caractéristiques cliniques. La sévérité de l'incapacité fonctionnelle, la présence d'une sciatique et la durée de l'épisode lombalgique à l'inclusion sont des FDR

Tableau 1

Facteurs de risque de chronicisation dans la lombalgie.

FDR de chronicisation	Niveau de preuve
<i>Facteurs individuels</i>	
Âge élevé	***
Antécédent de lombalgie	***
Sciatique	***
Sévérité de l'incapacité fonctionnelle	***
Durée de la lombalgie	***
Sexe féminin	**
ATCD de chirurgie lombaire	**
Mauvais état général avec arrêt maladie	**
Autre douleur musculosquelettique	**
Intensité de la douleur	**
Statut social non satisfaisant	**
Statut psychologique global	**
Capacité à « faire avec » = <i> coping </i>	**
Dépression	**
Avis global du médecin	**
<i>Facteurs professionnels</i>	
Insatisfaction au travail	***
Indemnisation	**
Arrêt de travail > 8 jours	**
Mauvaise posture au travail	**
Durée de port des charges	**
Absence de poste aménagé	**
Faible qualification professionnelle	**
Inadéquation du salaire	**

de chronicité ayant un fort niveau de preuve scientifique. La sévérité de la douleur autoévaluée sur une échelle visuelle analogique à l'inclusion et l'avis global du médecin sur le risque de chronicité évalué sur une échelle semi-quantitative de quatre niveaux sont des FDR de chronicité ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire. Les FDR de récurrence de faible niveau de preuve scientifique sont la majoration des douleurs en station debout et couchée, la présence d'une raideur lombaire, un indice de masse corporelle élevé, la présence d'une impulsivité à la toux et la spécificité du diagnostic clinique [1].

2.1.1.1.2. Caractéristiques psychologiques. Un mauvais statut psychologique global, la dépression et la mauvaise capacité du patient à « faire face » (*coping*) sont des FDR de chronicité ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire. Le seul FDR de chronicité de faible niveau de preuve scientifique est la peur et la croyance du patient concernant la relation entre sa lombalgie et son activité physique ou professionnelle. Il peut être évalué par le questionnaire *Fear-Avoidance beliefs Questionnaire* (FABQ). Cependant, dans une étude plus récente [9], un FABQ « travail » élevé était associé de façon significative à la persistance des douleurs chez les patients lombalgiques.

2.1.2. Facteurs socioculturels

Un statut social non satisfaisant autoévalué par le patient est un FDR de chronicité ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire. Les FDR de chronicité de faible niveau de preuve scientifique sont le faible niveau d'étude, l'insatisfaction pendant ses activités de loisir, le nombre élevé d'enfants, le statut parental (seul), le fait d'être divorcé ou veuf sans enfant et la charge élevée de travail domestique.

2.1.3. Facteurs professionnels

L'insatisfaction au travail est un FDR de chronicité ayant un fort niveau de preuve scientifique. L'absence de poste aménagé, une faible qualification professionnelle, l'indemnisation, l'inadéquation du salaire et un arrêt de travail (supérieur à huit jours) sont des FDR de chronicité ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire. Les FDR de chronicité de faible niveau de preuve scientifique sont la charge élevée de travail et le stress au travail. Les lombalgies sont associées de façon significative à un travail monotone, à la peur de commettre des erreurs et à la contrainte de temps. D'autres études ont établi une association positive entre les symptômes habituels du stress au travail (nervosité, troubles du sommeil, anxiété) et les douleurs rachidiennes. Par ailleurs, les litiges médico-légaux sont trouvés de manière presque constante. Plusieurs études consacrées à ce facteur ont montré que les durées d'arrêt de travail étaient plus longues dans les épisodes pris en charge au titre d'« accident du travail », indépendamment du sexe, de l'âge, de la sévérité des accidents [10]. Chez certains patients, la persistance de la lombalgie était liée de façon quasi-exclusive à la recherche d'une reconnaissance sociale du handicap ou de bénéfices secondaires financiers ou non, réalisant alors un véritable « syndrome du revenu paradoxal » [11].

Certaines professions paraissent plus exposées : celles qui nécessitent le port de charges lourdes, des postures prolongées ou une exposition aux vibrations. La flexion du tronc de plus de 60° durant le travail est un facteur aggravant. La nocivité de la posture peut être auto-évaluée sur une échelle semi-quantitative.

2.1.4. Facteurs de risque (FR) de chronicité rejetés ou non pertinents

Il n'existe pas de preuve à ce jour [3] que l'intoxication alcool-tabagique, les anomalies anatomiques du rachis comme les spondylolisthésis, la maladie de Scheuermann, les scolioses, les hypermobilités segmentaires, les rétrécissements du canal lombaire, soient des FDR d'évolution vers la chronicité.

2.2. Facteurs de risque (FR) liés à la prise en charge initiale

L'offre de soins fortement médicalisée et médiatisée peut paradoxalement avoir de réels effets délétères. Une étude récente [12] a montré que la durée de l'invalidité était corrélée au nombre de visites chez les professionnels de santé, au recours au spécialiste, au recours à l'imagerie précoce et à la « positivité » de l'imagerie. L'imagerie diagnostique est non seulement le plus souvent inutile, exceptée en cas de suspicion de lombalgie symptomatique [13], mais aggrave le pronostic [14]. L'augmentation des « croyances » du patient (et du médecin) est notamment liée au contenu du compte rendu [15]. Selon une communication faite lors du congrès mondial du rachis en 2005, plus de la moitié des comptes rendus utilisent des termes de pathologie pour décrire des phénomènes liés au vieillissement, mais ne précisent que dans 2 % des cas, qu'il s'agit de phénomènes normaux pour l'âge. Une étude canadienne de 1995 [16] a montré qu'un diagnostic lésionnel (lésion vertébrale ou discale) porté dans les sept premiers jours de la lombalgie augmentait de près de cinq fois

le risque d'évolution vers la chronicité, par comparaison aux diagnostics non spécifiques (douleur, étirement, tour de rein, dérangement. . .).

L'attitude des médecins vis-à-vis du lombalgique est donc en soi un facteur favorisant le passage à la chronicité. Une étude française de 2006, destinée à analyser l'influence des caractéristiques des patients et de leurs rhumatologues sur l'évolution de la lombalgie subaiguë [17] a montré que les peurs et croyances par rapport aux activités professionnelles étaient de même niveau chez le médecin que chez le patient. Parmi les rhumatologues interrogés, 10 % avaient de fortes croyances avec pour conséquence une application moins stricte des recommandations des agences de santé, voire une attitude thérapeutique erronée : en 2004, seuls 36 % des rhumatologues recommandaient à leurs patients de maintenir le maximum d'activité tolérable. De façon plus anecdotique, consulter un médecin de sexe féminin ou aux antécédents personnels de lombalgie était également associé à un risque de passage vers la chronicité.

2.3. Moyens pour détecter précocement les patients à risque de passage vers la chronicisation

Comme facteur de chronicisation, Deyo et Diehl ont proposé un questionnaire en trois items, cotés 0 ou 1 : antécédents de rachialgies, nombre d'années de scolarisation, sensation d'être toujours malade. Le score total était significativement corrélé au pronostic, en particulier à l'absentéisme professionnel [18]. Rosignol et al. ont construit un autre questionnaire en trois items : limitation des activités professionnelles, limitation des activités quotidiennes au domicile, antécédents d'indemnisation pour un problème rachidien. Celui-ci était prédictif d'une incapacité totale au travail [19]. Un questionnaire validé, auto-administré, comportant 11 items simples, pondérés en un coefficient variant de 0 à 1 (actuellement uniquement disponible en anglais), et prédictif du risque d'invalidité chronique, a été proposé [20]. Valat et al. ont également mis au point un indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies aiguës à partir de l'étude d'une cohorte de 2487 patients permettant d'identifier, dès la consultation initiale, les patients ayant une plus forte probabilité de voir leur lombalgie évoluer vers la chronicité [21].

2.4. Moyens pour prévenir le passage vers la chronicité

La prévention du passage à la chronicité des lombalgies passe, nécessite l'identification et l'évaluation précoces des facteurs de risques mais aussi par l'éducation thérapeutique du patient. . . et de son médecin.

Dès la période initiale, il est nécessaire de proposer un traitement antalgique adapté, afin de réduire rapidement l'importance du handicap ressenti par le patient, source de chronicisation, et permettre une reprise rapide des activités quotidiennes [22]. Le repos au lit, qui favorise l'évolution chronique ne doit jamais être prescrit [23], mais seulement autorisé si l'intensité des douleurs le nécessite, le plus court possible, en incitant au maintien ou à la reprise des activités normales de la vie quotidienne et du travail dès que possible. Lorsque des radiographies sont effectuées, l'interprétation des anomalies dégénératives radiologiques doit

être tempérée. Une explication rassurante, insistant sur l'absence d'anomalie évocatrice d'une origine secondaire, est préférable à un diagnostic lésionnel injustifié (arthrose, discopathie dégénérative, scoliose, anomalie transitionnelle lombosacrée) qui inquiète le patient et compromet, dans son esprit, la possibilité de guérison à court ou moyen terme.

Cependant, le moyen le plus sûr de prévenir le passage à la chronicité reste l'éducation et l'information du patient. Dans une étude menée chez 975 patients en arrêt de travail depuis huit à 12 semaines, une simple information associée à des conseils de reprise des activités s'avérait plus efficace que les traitements conventionnels [24]. Une autre étude australienne a mesuré les effets d'une campagne d'information très largement médiatisée par les émissions télévisées et radiophoniques, par la presse, et par distribution d'un petit livret *back book* à la population et aux médecins. Les résultats se manifestent par une réduction des demandes d'indemnisation pour lombalgie, de la durée de l'indemnisation, et des peurs et des croyances chez les patients et les médecins [25], durant trois ans [26]. Cette expérience a inspiré la réalisation en France d'une étude contrôlée, prospective conduite sur trois mois auprès de 2752 patients lombalgiques à partir de la traduction française du *back book* : « le guide du dos », facile à lire, peu onéreux, contenant des conseils simples et rassurants sur la lombalgie aiguë, délivrant sept messages très clairs [27]. La distribution a été faite après division de la France en « régions intervention » où le livret est donné par le généraliste aux patients consultant pour la première fois pour lombalgie aiguë évoluant depuis cinq jours en moyenne et des « régions témoins » où le livret n'est pas distribué. Trois mois après, la différence constatée est significative : 10,5 % des patients continuent à souffrir dans le groupe intervention contre 14,2 % dans le groupe témoin. La diminution relative est de 25 % (absolue de 3 %). Les patients sont satisfaits de l'information et des conseils délivrés ; ils consomment moins d'AINS, et moins de myorelaxants. Ainsi, un simple livret d'information contribue à réduire de 25 % le nombre de patients souffrant d'une douleur persistante trois mois après un épisode de lombalgie aiguë.

3. Appréhension-évitement et croyances

Les notions d'appréhension-évitement et de croyances font partie des facteurs psychosociaux associés à la survenue, au maintien et au renforcement du processus douloureux chronique. Leur évaluation est réalisée à l'aide du FABQ dont la version originale anglaise a été validée en 1993 par Waddell et al. [28] et la version française en 2004 [29]. [30]. Les peurs, croyances et attitudes d'évitement sont prédictives du résultat et de l'observance des traitements et en particulier des programmes de restauration fonctionnelle (RFR) [31].

3.1. Le Fear-Avoidance beliefs Questionnaire (FABQ)

Le FABQ est un auto-questionnaire constitué de 16 items, cotés de 0 à 7 sur une échelle de Likert (0=absolument pas d'accord, 6=complètement d'accord), et divisé en deux échelles, l'une appréciant les notions d'appréhension et d'évitement par rapport aux activités professionnelles avec sept

Évaluation individuelle face à la douleur FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)

Référence : Waddell G, Newton M, Henderson I et al. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) the role of fear-avoidance belief in chronic low back pain and disability. Pain 1993;52:157-68
Version française : Chaory K, Fayad F, Rannou F et al. Validation of the french version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. Spine 2004;29:908-13

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos

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

Fig. 1. Version française du Fear-Avoidance beliefs Questionnaire (FABQ).

questions (FABQ1 coté sur 42) et l'autre par rapport aux activités physiques avec quatre questions (FABQ2 coté sur 24 [32]). Le FABQ total est coté sur 96 (Fig. 1). Remplir ce questionnaire requiert une dizaine de minutes. Un score élevé est en faveur de peurs et croyances élevées.

Les propriétés psychométriques des sous-échelles sont mieux établies que celle du FABQ total. L'usage des sous-échelles du FABQ est donc préférable. Le FABQ est corrélé au handicap et à la *Tampa Scale of kinesiophobia*, une autre mesure d'appréhension-évitement, [31]. Le FABQ1 est associé à la durée d'arrêt de travail [33]. Ainsi, Fritz et George ont montré qu'un FABQ1 supérieur à 34/42 permettait d'identifier les patients à risque de ne pas retravailler après quatre semaines parmi les patients souffrant de lombalgie aiguë dans le cadre d'un accident du travail [34] et que le FABQ1 apparaissait comme le meilleur facteur prédictif d'incapacité autoévaluée à six mois [35].

3.2. Appréhension et évitement : facteurs pronostiques dans la lombalgie ?

3.2.1. Le modèle d'appréhension-évitement dans la douleur chronique

Les facteurs psychologiques individuels ainsi que les croyances et conduites qui leurs sont associées jouent un rôle important dans l'expérience douloureuse. La notion d'appréhension-évitement désigne généralement la peur de la

douleur ou du mouvement. La peur de la douleur, qui pourrait être à l'origine d'une autolimitation des mouvements et de l'activité, a fait l'objet de plusieurs études [36]. Certaines suggèrent que les patients qui ont un niveau d'appréhension-évitement élevé pourraient bénéficier d'interventions ciblées sur certaines de leurs croyances délétères. Dans ce modèle, la perception de la douleur s'accompagne d'une interprétation catastrophiste, reposant sur les croyances, le statut émotionnel préexistant et d'autres facteurs prédisposants, cela entraînant un état de peur de la douleur. En contrepartie, se développe une anxiété vis-à-vis de la douleur, distincte de la peur car ayant pour objet le futur. L'anxiété est associée à un état d'hypervigilance, à une excitation puis à des conduites d'évitement. Dans ce modèle, les pensées catastrophistes sont un prérequis essentiel au développement des conduites d'évitement. Cependant, d'autres modèles remettent en cause le rôle du catastrophisme et suggèrent des mécanismes alternatifs par lesquels l'appréhension et l'évitement affecteraient les conduites, la douleur et l'incapacité.

3.2.2. Fondement sur les preuves ?

Si la peur de la douleur, qui peut être à l'origine de conduites d'évitement, a été décrite comme un obstacle à la guérison des patients souffrant de lombalgie, les études de bonne qualité méthodologique évaluant le lien entre un niveau élevé de peur à un stade précoce et un pronostic péjoratif sont peu nombreuses. Pincus et al. ont réalisé en 2006 une revue systématique de la littérature incluant neuf études prospectives menées entre 2001 et 2006 (Fig. 2) [37]. Trois études de qualité méthodologique bonne à excellente ne montraient pas de lien entre les mesures d'appréhension à l'inclusion et un pronostic péjoratif à court (trois mois) et moyen (12 mois) terme. Trois études de qualité méthodologique acceptable montraient un lien mais avec un faible niveau de preuve. Une seule étude de qualité méthodologique acceptable suggérait un lien entre peur de bouger et douleur au long cours. D'après les auteurs, la dépression jouerait à un stade précoce un rôle plus important que les peurs et croyances, celles-ci ne devenant véritablement incapacitantes que lorsque la douleur persiste.

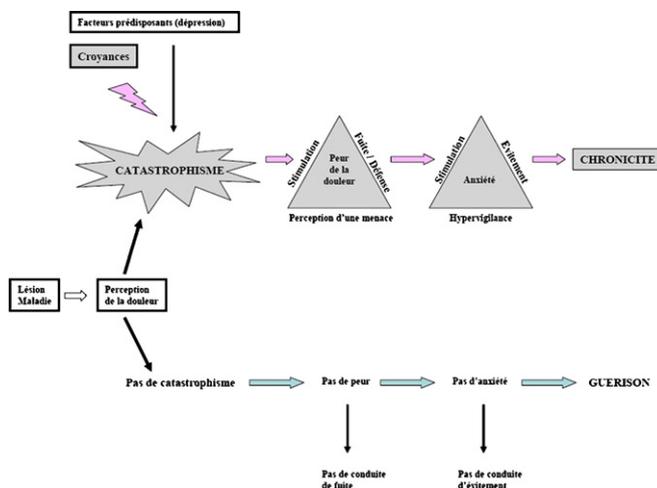


Fig. 2. Le modèle du catastrophisme d'après Pincus et al. [37].

3.3. Appréhension et évitement : les stratégies d'adaptation

Dans une étude prospective observationnelle multicentrique ouverte incluant 83 patients, Genêt et al. ont évalué les facteurs psychocomportementaux dans la lombalgie chronique, en mesurant notamment les corrélations entre FABQ et *Coping Strategy Questionnaire* (CSQ), auto-questionnaire qui permet d'apprécier les stratégies de gestion qu'utilise un patient pour « faire face » à un stress douloureux [5]. Il y est mesuré six stratégies d'adaptation :

- la distraction (/20) ;
- la dramatisation (/20) ;
- la réinterprétation des douleurs (/16) ;
- les efforts pour ignorer la douleur (16) ;
- la tendance à la prière (/12) ;
- la recherche de soutien social (/32).

La stratégie « tendance à la prière » est faiblement corrélée au FABQ1 ($r=0,37$). La stratégie « distraction » est faiblement corrélée au FABQ1 ($r=0,40$) et 2 ($r=0,30$). La stratégie « dramatisation » est la stratégie la plus fréquemment mise en place par l'individu lorsqu'il existe des conduites d'évitement et de peur face à l'activité physique ($r=0,43$) ou au travail ($r=0,47$). L'intérêt de ce type d'évaluation serait de pouvoir adapter au mieux les thérapies cognitivo-comportementales aux caractéristiques des patients. La restructuration est une approche cognitive qui consiste à apprendre au patient à détecter ses pensées dysfonctionnelles, à les remettre en question et à développer des pensées alternatives plus adaptées qui vont remplacer ses anciennes croyances. Ces pensées alternatives regroupent les stratégies positives d'« efforts pour ignorer la douleur », de « réinterprétation de la douleur » et, dans une moindre mesure, la « recherche de soutien ». Ainsi, une évaluation des différentes stratégies de défense et d'adaptation à la douleur, probablement préexistantes à la symptomatologie, détermine plus efficacement le pronostic des douleurs des patients lombalgiques et des moyens à mettre en œuvre pour les traiter.

4. Conclusion

L'identification des facteurs de risque de passage à la chronicité dans la lombalgie constitue un enjeu pronostique et thérapeutique majeur. L'évolution péjorative de la maladie, au regard des données actuelles de la littérature, est à la fois liée à des facteurs personnels, propres à la maladie, professionnels, socioéconomiques, médicolegaux et psychologiques, mais aussi à la prise en charge initiale dont le principal acteur est le médecin. Prévenir le passage à la chronicité nécessite d'identifier les patients à risque et d'entreprendre leur éducation thérapeutique. Dans cette situation, l'évaluation des peurs et croyances au moyen du FABQ peut être utile à l'adaptation de la stratégie thérapeutique, même si certaines caractéristiques de cet outil doivent encore être précisées.

5. Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- [1] Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudau S, et al. Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: Common prognostic factors. *Ann Readapt Med Phys* 2004;47:179–89.
- [2] Jousse M, Nguyen C, Poiraudau S, et al. Rééducation dans les cervicalgies communes : ce que je fais, ce que je discute et pourquoi ? Fondement sur les preuves et stratégies du clinicien. *Rev Rhum* 2008;75:763–9.
- [3] Poiraudau S, Lefevre-Colau MM, Fayad F, et al. Low back pain. *EMC-Rhumatol Orthop* 2004;1:295–319.
- [4] Véron O, Tcherniatinsky E, Fayad F, et al. Chronic low back pain and functional restoring program: Applicability of the patient acceptable symptom state. *Ann Readapt Med Phys* 2008;51:642–9.
- [5] Genêt F, Lapeyre E, Schnitzler A, et al. Psychobehavioural assessment for chronic low back pain. *Ann Readapt Med Phys* 2006;49:226–33.
- [6] Valat JP. Factors involved in progression to chronicity of mechanical low back pain. *Joint Bone Spine* 2005;72:193–5.
- [7] Charlot J. La dimension socioprofessionnelle des lombalgies. *Rev Rhum* 2001;68:163–5.
- [8] Poiraudau S, Rannou F, Revel M. Lombalgies communes : handicaps et techniques d'évaluation, incidences socio-économiques. *Encycl Med Chir: (Paris France), Appareil locomoteur, 15-840-C-10*, 2004.
- [9] Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, et al. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain* 2006;124:330–7.
- [10] Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine* 1995;20:2702–9.
- [11] Masson C. Le syndrome du revenu paradoxal. *Synoviale* 1995;39:1–5.
- [12] Mahmud MA, Webster BS, Courtney TK, et al. Clinical management and the duration of disability for work-related low back pain. *J Occup Environ Med* 2000;42:1178–87.
- [13] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution*. Paris: Anaes; 1998.
- [14] Kendrick D, Fielding K, Bentley E, et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: Randomised controlled trial. *Br Med J* 2001;322:400–5.
- [15] Poiraudau S. Moyens de prévention du passage à la chronicité des lombalgies. *Douleurs* 2008;9(Suppl. 2):13–4.
- [16] Abenhaim L, Rossignol M, Gobeille D, et al. The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. *Spine* 1995;20:791–5.
- [17] Poiraudau S, Rannou F, Le Henanff A, et al. Outcome of subacute low back pain: Influence of patients' and rheumatologists' characteristics. *Rheumatology* 2006;45:718–23.
- [18] Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatol* 1988;15:1557–64.
- [19] Rossignol M, Lortie M, Ledoux E. Comparison of spinal health indicators in predicting spinal status in a 1-year longitudinal study. *Spine* 1993;18:54–60.
- [20] Hazard RG, Haugh LD, Reid S, et al. Early prediction of chronic disability after occupational low back injury. *Spine* 1996;21:945–51.
- [21] Valat JP, Goupille P, Rozenberg S, et al. Acute low back pain: Predictive index of chronicity from a cohort of 2487 subjects. *Joint Bone Spine* 2000;67:456–61.
- [22] Section Rachis de la Société française de rhumatologie. Approche multidisciplinaire de la douleur lombaire. *Rev Rhum* 2001; 68: 125–94.
- [23] Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine* 2000;25(Suppl. 4):1S–33S.
- [24] Indhal A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered: A randomized clinical trial. *Spine* 1995;20:473–7.
- [25] Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: Three part evaluation. *Br Med J* 2001;322:1516–20.
- [26] Buchbinder R, Jolley D. Population based intervention to change back pain beliefs: Three year follow up population survey. *Br Med J* 2004; 328–31.
- [27] Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, et al. Effect of a simple information booklet on pain persistence after an acute episode of low back pain: A non-randomized trial in a primary care setting. *PLoS ONE* 2007;2: e706.
- [28] Waddell G, Newton M, Henderson I, et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52:157–68.
- [29] Chaory K, Fayad F, Rannou F, et al. Validation of the French version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. *Spine* 2004;29:908–13.
- [30] Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequence in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain* 2000;85:317–32.
- [31] Pflingsten M, Kröner-Herwig B, Leibning E, et al. Validation of the German version of the Fear-Avoidance Belief Questionnaire (FABQ). *Eur J Pain* 2000;4:259–66.
- [32] Williamson E. Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). *Aust J Physiother* 2006;52:149.
- [33] Crombez G, Vlaeyen JW, Heuts PH, et al. Pain-related fear is more disabling than pain itself: Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain* 1999;80:329–39.
- [34] Fritz JM, George SZ. Identifying psychosocial variables in patients with acute work-related low back pain: The importance of fear-avoidance beliefs. *Phys Ther* 2002;82:973–83.
- [35] George SZ, Fritz JM, Childs JD. Investigation of elevated fear-avoidance beliefs for patients with low back pain: A secondary analysis involving patients enrolled in physical therapy clinical trials. *J Orthop Sports Phys Ther* 2008;38:50–8.
- [36] Asmundson GJ, Norton PJ, Vlaeyen JW. Fear-avoidance models of chronic pain: An overview. In: Asmundson GJ, Vlaeyen JW, Crombez G, editors. *Understanding and treating fear of pain*. New York: Oxford University Press; 2004. p. 3–24.
- [37] Pincus T, Vogel S, Burton AK, et al. Fear avoidance and prognosis in back pain: A systematic review and synthesis of current evidence. *Arthritis Rheum* 2006;54:3999–4010.