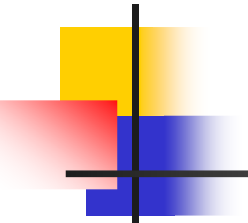


Consultation Douleur et abord bio-psycho-social dans l'échec de la chirurgie du rachis Failed Back Surgery Syndrom (FBSS)

France MARCHAND, Psychologue clinicienne
Correspondante région Bretagne des psychologues de la SFETD
Consultations de Brest - Carhaix - Lannion
france.psy@laposte.net



Les constats dans le cadre de mauvais résultats post opératoire(s)

La chirurgie du rachis lombaire dégénératif est difficile :

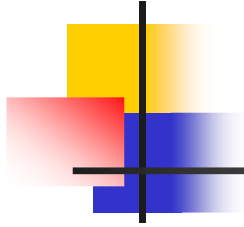
Multiplés lésions dégénératives pouvant impliquer

- Segments mobiles, Disques, Facettes articulaires
- Innervation particulière
- Système nerveux autonome
- Sensibilisation à la douleur
- Physiopathologie sous jacente aux éléments du DN4

➔ Indication opératoire, Choix de la technique

- Durée d'évolution pré opératoire...

Oui, mais ...



QUID

- De la globalité du patient ?
- Des entretiens psychologiques pré et post chir, et après ?
- Des douleurs persistantes ?
- De la perte de fonction?
- Des arrêts de travail?
- De la désocialisation ?
- Des répercussions psychologiques, familiales, professionnelles, environnementales?
- Du rejet du chirurgien (« mon travail est parfait, le reste n'est pas de mon ressort »; « il faut voir un psychiatre »)?...



Quelques éléments explicatifs contribuant aux facteurs prédictifs et/ou d'entretien de l'échec

- Volet comportemental
- Volet cognitif
- Volet bio-psycho-social

- Indication
- Décision thérapeutique
- Choix de la technique
- Un seul chirurgien décide

Volet comportemental

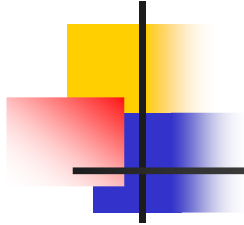
1- Apprentissage répondant : travaux de Pavlov, de Watson (phobies), de Wolpe

→ Apparition ou persistance de douleurs

La simple présentation du contexte d'apparition de la douleur peut la déclencher et produire un grand inconfort.

- Ex :
- se retrouver sur son lieu de travail après un accident de travail
 - être confronté à la blouse blanche en cas de douleurs iatrogènes
 - réaliser une activité physique en cas d'ATCD de mal de dos
- Stimuli conditionnés capables à eux seuls de déclencher la douleur.

Oui, mais...



- Durée des douleurs pré opératoires ?
- Sensibilisation à la douleur installée ?
- Le handicap pré opératoire ?
- Les attentes du patient ?
- Retrouver le même travail ?
- Tenir compte de l'effet placebo de la blouse blanche également :
« on s'occupe de moi »

Volet comportemental

2- Apprentissage opérant : travaux de Thorndike, de Skinner, de Fordyce

→ Théories des renforcements et affaiblissements

Thorndike : comportements volontaires (vs réponses réflexes)

Loi de l'effet : un comportement a tendance à se reproduire s'il est suivi d'une conséquence appréciable.

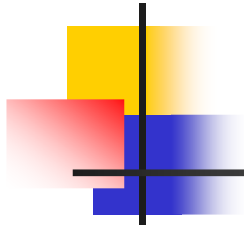
Skinner : principe d'apprentissage opérant qui rend compte des comportements en fonction de leurs conséquences

A- L'apparition d'une conséquence agréable

La disparition d'une conséquence désagréable

→ ont tendance à augmenter la probabilité future d'apparition du comportement qui les précède

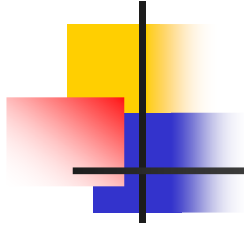
Affaiblissement positif ou renforcement positif



- B- L'apparition d'une conséquence désagréable
La disparition d'une conséquence agréable
→ diminuent la probabilité future d'apparition
du comportement à l'origine
Renforcement négatif
ou affaiblissement négatif (disparition du stimulus agréable)

- C- Absence de conséquence = disparition du comportement
→ La procédure (extinction) est très utilisée en prise en charge de la
douleur (mais impossible dans le cadre de cet exposé).

L'apprentissage opérant permet de comprendre le maintien de comportements douloureux même lorsque la cause physique de la douleur n'est plus présente ou que l'apprentissage répondant n'est pas impliqué.



Fordyce : Dans les phénomènes douloureux chroniques,
le renforcement positif est illustré par :

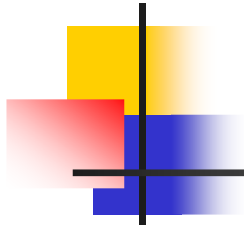
- les bonnes choses arrivent quand j'ai mal et n'arriveraient pas autrement

sollicitude des proches ou de la famille

aides financières ou sociales

contacts avec le milieu médical

→ Renforcements qui se substituent aux renforcements habituels inhérents aux activités, les faisant éventuellement disparaître; peuvent devenir des renforçateurs positifs du comportement douloureux, et le maintenir.



Et **le renforcement négatif** par :

- quand j'ai mal, les mauvaises choses n'arrivent pas
alors qu'elles arriveraient autrement

arrêt du travail pénible

situations professionnelles conflictuelles

activités ménagères pénibles

mise à distance d'obligations sociales, professionnelles, familiales

→ Effet de renforcement négatif qui explique en partie

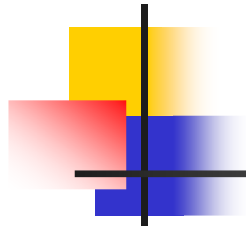
la prise anarchique des traitements antalgiques

le repos systématique

* Diminution provisoire de la douleur (disparition de la conséquence désagréable)

* Tendance à reproduire ces schémas (augmentation de la probabilité d'apparition du comportement).

Disparition des comportements de bonne santé



Affaiblissement négatif : impossibilité de reprendre des activités bénéfiques réalisées auparavant car
la reprise d'activité → conséquence → arrêt de l'aide de l'entourage
le gain d'autonomie suppression des aides sociales

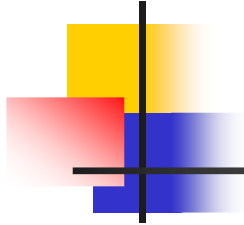
→ L'amélioration entraîne des conséquences délétères pour le patient qui aura plus de difficultés à s'engager dans des activités le menant à l'autonomie.

Affaiblissement positif : lié à la douleur.

Si la douleur apparaît
lors d'une activité → cette activité sera évitée
d'un mouvement particulier par la suite

→ En clinique quotidienne, on peut observer une généralisation de ce phénomène qui conduit le patient à affirmer son incapacité à réaliser tout mouvement ou toute activité.

Oui, mais...



- Il y a un problème précis
- Persistance des douleurs, parfois aggravation
- Le patient se sent victime de ...
- Morphiniques sur du long terme : hyperalgésie
- Sensibilisation périphérique et/ou centrale
- Plasticité neuronale
- Le foyer douloureux n'est pas éteint : messages nociceptifs en continu
- Source chronique de nociception

Kinésiophobie

Travaux de Waddle et Vlayen

S'appuie sur le mécanisme de **renforcement négatif**

Définition : peur du mouvement et de la réapparition de la douleur ou de la blessure.

→ Par peur de se blesser ou de ressentir de la douleur, les patients limitent leurs activités (évitement).

Problèmes :

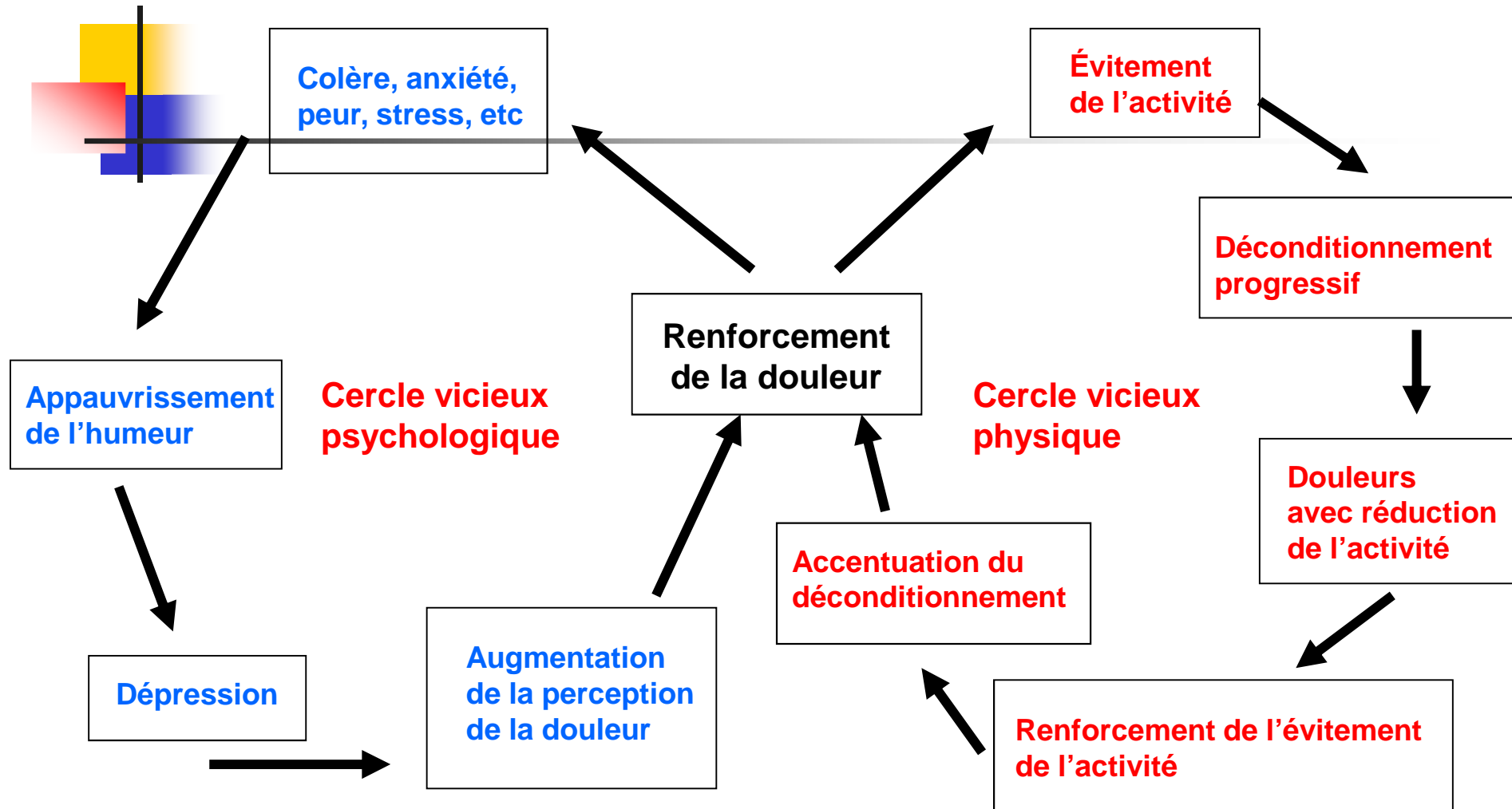
1) ne pas s'engager dans certaines activités, ne pas réaliser certains mouvements, empêchent le patient d'expérimenter directement si le mouvement concerné déclencherait la douleur redoutée.

2) peur du mouvement = hypervigilance pour les sensations corporelles.

Conséquences : + la moindre sensation peut être interprétée comme un signe de douleur ou de risque d'aggravation (cercle vicieux de l'évitement)

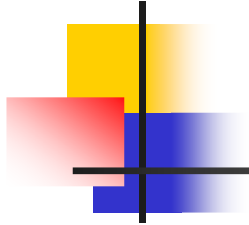
+ fonte musculaire due au manque d'activité : endurance amoindrie, sentiment de plus grand risque de blessure, de douleur.

Volet comportemental



Cercle vicieux de l'évitement

Oui, mais...



Le patient est-il en capacité de faire ?

Pouvait-il bouger avant l'intervention ?

Quelles sont ses possibilités post intervention ?

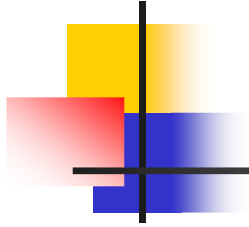


Procédure thérapeutique plus efficace : l'exposition

Dans la douleur chronique, parvenir à ce que le patient reprenne progressivement une activité physique jugée auparavant impossible permet :

- de diminuer la peur de réapparition de la douleur
- et de limiter la généralisation des évitements.

Oui, mais...



Reprise d'activité appropriée possible si les lésions sont stabilisées



Volet cognitif

Représentations

Croyances

Distorsions cognitives

Interprétations d'un individu en regard de ce qu'il vit et de la façon dont ces interprétations modifient ses comportements.

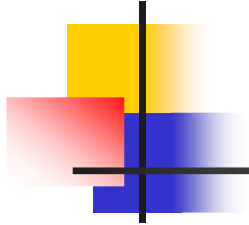
Constructions personnelles au moyens desquelles l'individu, par l'observation des conséquences de ses actions, réalise se propres prédictions sur le monde.

Théorie de la dépression : Aaron Beck (père des TCC)

Aspect automatique des pensées négatives, celles-ci se renforçant avec les émotions négatives.

Catastrophisme : discours intérieur négatif quant à l'évolution de la maladie. Patient pessimiste, qui dramatise toute situation, n'envisage que les pires issues qu'il redoute. Attention centrée sur les douleurs afin d'éviter la catastrophe attendue, ce qui crée ou renforce anxiété, tristesse, découragement et conduit à une réduction des niveaux de tolérance à la douleur. Le style de pensée catastrophique participe à l'augmentation de la fréquence d'apparition de la douleur ou de son intensité. Contribue aussi à son maintien.

Oui, mais...



Qu'a-t-il été dit par le chirurgien avant l'intervention ?

Attention à ne pas psychiatriser le patient : il y a des lésions.

Il peut y avoir d'autres sujets difficiles qui se surajoutent et alimentent le catastrophisme

Styles cognitifs des patients

Styles de coping : aptitude à gérer, à faire face

Styles de coping positifs

Situation gérée.

Patient : le plus souvent actif, mobilisé, coopérant.

Va de l'avant, prêt à affronter les situations qui se présentent à lui, y compris problèmes de santé. Ressources internes pour gérer la situation (locus de contrôle interne, attribution causale interne).

Styles de coping négatifs

Ne permettent pas de faire face.

Patient : passif, s'en remet au hasard, aux autres, à la médecine, évitant, se laisse porter, évite d'affronter les situations nouvelles ou difficiles. L'origine de la situation, les ressources pour gérer sont extérieures, venant de l'environnement (locus de contrôle externe)

- comportement d'évitement des douloureux chroniques
- coping actif excessif chez les douloureux chroniques hyperactifs (ergomanes)
- stratégie d'ajustement : catastrophisme, dramatisation

Volet bio-psycho-social

Travaux de Engel 1977; de Bruchon-Schweitzer 1977

Psychologie de la santé

Facteurs psycho-sociaux susceptibles de jouer un rôle dans l'apparition des maladies somatiques (notamment chroniques et invalidantes) et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution.

Phénomène douloureux → modélisation des processus pouvant l'alimenter

- personnalité pré-morbide
- stress perçu
- contrôle perçu
- soutien social perçu
- coping
- absence de disposition au changement...

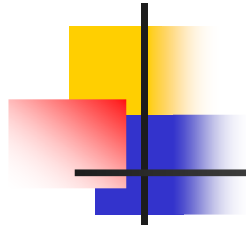
Caractéristiques dispositionnelles

- constitution physique
- tempérament
- personnalité

Contingences environnementales

- ATCD
- prédicteurs

Facteurs de vulnérabilité pouvant fragiliser l'état de santé ou détériorer la qualité de vie.



→ s'intéresser :
aux remaniements perceptifs aux efforts adaptatifs (coping)

Rôle décisif (modérateur ou médiateur)
dans le développement ou le maintien de la douleur
en modulant l'impact du stress perçu

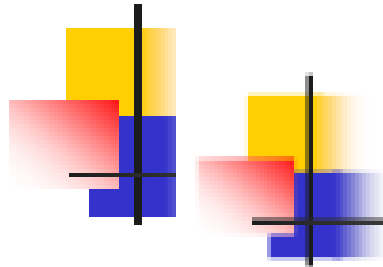
Objectifs thérapeutiques avec techniques appropriées



Recherche fondamentale actuelle

2 modèles :

- Le modèle interactionniste du stress de Lazarus et Folkman (1984)
- Le modèle explicatif de la santé et de la maladie de Bruchon-Schweitzer



EVALUATION COGNITIVE
l'enjeu de la situation
les ressources

Évaluation primaire
(stress perçu)

La situation pour moi :
Une perte ?
Une menace ?
Un défi ?

Évaluation secondaire
(contrôle perçu)

Les ressources :
pour agir,
répondre
et éventuellement intervenir

STRATEGIES D'ADAPTATION
(COPING)

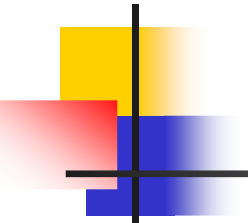
Centrées sur le problème

recherche de solutions,
meilleure organisation,
demande d'aide auprès des collègues

Centrées sur les émotions

exprimer sa colère ou au contraire
l'inhiber, ruminer ses erreurs

Modèle explicatif de la santé et de la maladie Bruchon-Schweitzer



3 grandes catégories de facteurs pouvant avoir un retentissement sur l'état psychologique et somatique :

- les ATCD sociodémographiques et environnementaux :
ce que l'individu subit
- les ATCD individuels, biologiques et psychologiques :
ce qu'il est
- les transactions et les stratégies d'ajustement :
ce qu'il perçoit, croit et fait face à l'adversité.

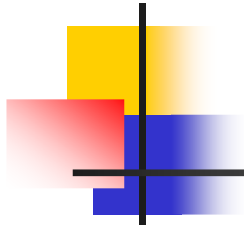


Sur le plan clinique

-Polariser l'action sur **ce que les individus font** pour gérer leur douleur chroniques (stratégies de faire face) plutôt que sur **ce qu'ils sont** (traits, types et styles de personnalité ou de tempérament).

- Leur façon d'être habituelle est plus difficile à modifier (caractère relativement figé, pouvant constituer une assise identitaire) que leurs manières dysfonctionnelles d'appréhender la douleur (représentations, croyances), de la ressentir ponctuellement (émotions, sentiments), et d'y réagir temporairement dans des circonstances précises.

→ Repositionner les patients douloureux chroniques comme des sujets actifs, pleinement responsables de leur état de santé plutôt que comme des victimes, subissant les situations ou les événements adverses.



- Dire la vérité au patient afin qu'il se présente à la chirurgie avec les idées claires
- Exiger un deuxième avis avant toute intervention
- Prudence avec le terme *GUERIR* (vs *SOULAGER*)

Rôle de l'éducation thérapeutique dans le processus

Diagnostic éducatif

dimension bio-clinique	<i>Qu'est-ce qu'il a ?</i>
dimension cognitive	<i>Qu'est-ce qu'il sait ? Comment il perçoit ?</i>
dimension socio-professionnelle	<i>Qu'est-ce qu'il fait ?</i>
dimension psycho-affective	<i>Qui est-il ?</i>
dimension projective	<i>Quel est son projet ?</i>

