Lombalgies, la rançon du progrès

Autor(en): **Dufey, François**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapie = Fisioterapia**

Band (Jahr): **31 (1995)**

Heft 2

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-929431

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

François Dufey, MCMK, Directeur de l'Institut de Formation en masso-kinésithérapie de la Croix Rouge Française à Limoges. Texte présenté aux XXVe journées INK 1993.

PRATIQUE

LOMBALGIES
la rançon du progrès

Les lombalgies représentent 20% des arrêts de travail et 60 à 80% de la population en souffre au moins une fois dans sa vie.

«Kinésithérapie: 25 ans de progrès», affiche le 25e congrès de l'INK. Quid des lombalgies?

En progrès, sans l'ombre d'un doute.

D'après une enquête du Credoc (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie), les plaintes concernant les lombalgies ont augmenté de 17% dans les dix dernières années.

Par ailleurs, le directeur du centre d'analgésie de Cochin Tarnier déclarait, récemment, qu'à stratégie thérapeutique égale, il notait de moins bons résultats sur la douleur chronique, aujourd'hui, qu'il y a dix ans.

Nous aurions donc d'un côté le mal qui progresse, et de l'autre, l'efficacité des traitements qui régresse et ce malgré des progrès impressionnants dans tous les domaines, scientifiques, médicaux, pharmacologiques techniqes; malgré l'émergence des fasciathérapie, laserthérapie, mésothérapie, vertébrothérapie, chiropractie, vibrothérapie, magnétothérapie, et autre dermo-auriculothérapie; malgré l'allongement de la durée des études de kinésithérapie pour cause d'élargissement de l'éventail des techniques, une diffusion plus rapide des connaissances, une explosion de la formation continue, la création de plus de dix écoles du dos en France, de comités de prévention en kinésithérapie dans plus de quarante départements.

Et, les lombalgies progressent malgré une amélioration des conditions de travail, une diminution de la pénibilité de celui-ci et une augmentation impressionnante des dépenses de santé. Selon une enquête de l'INSEE, la consommation de soins, en France, a été multipliée par treize entre 1970 et 1991.

Les lombalgies représentent: 5% des accidents de travail, 20% des arrêts de travail.

Nombre annuel de diagnostics: 9 millions, dont 5 pour la lombalgie dite commune. 60 à 80% de la population en souffre au moins une fois dans sa vie.

Devant un tel constat, nous sommes en droit de redéfinir ce qu'est une lombalgie.

En 1968, la lombalgie, c'est la région lombaire qui souffre.

En 1993, c'est une doléance, celle d'un homme qui exprime une souffrance ressentie dans la région lombaire. Nous sommes passés de la lombalgie au lombalgique. C'est un bond qualitatif indéniable.

En 1968, on traitait la région lombaire.

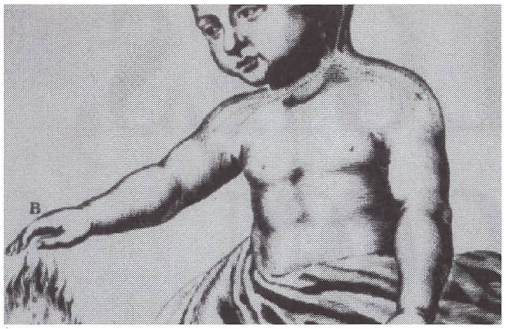


Fig. 1: La perception consciente de la nociception.

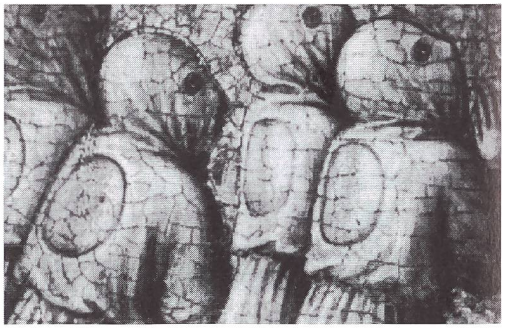


Fig. 2: Plaisir et souffrance sont consubstantielles.

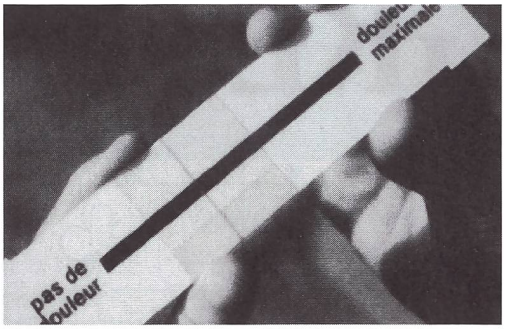


Fig. 3: Echelle analogique visuelle, tentative d'évaluation.

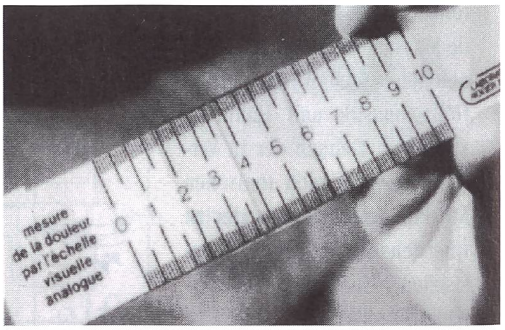


Fig. 4: Echelle analogique visuelle, tentative d'évaluation.

En 1993, on traite la doléance, c'est-à-dire la douleur. Nous entrons dans un des domaines les plus complexes des sciences humaines: la douleur. Elle est un phénomène encore si mal connu qu'on ne saurait se satisfaire d'une seule définition.

La douleur est multiple, elle est «plurielle», on oppose la douleur aiguë à la douleur chronique, la douleur subjective à la douleur objective, la douleur spontanée à la douleur provoquée. On différencie douleur et souffrance, douleur symptôme et douleur syndrome, douleur réelle et douleur imaginaire, douleur sensation et douleur émotion et, pour le masseur-kinésithérapeute, douleur saine et douleur pathologique, nous y reviendrons un peu plus loin.

Il existe une multitude de syndromes douloureux que le comité de taxonomie de l'AIPS (International Association for the Study of Pain) a identifié et répertorié en 226 pages (1).

Essayons de classer cette douleur selon trois niveaux:

- Premier niveau: la nociception. Elle étudie tous les phénomènes de conduction de l'influx nociceptif et se définit, selon Fordyce, par une réponse neurophysiologique à une stimulation intense.

- Deuxieme niveau (fig. 1): la douleur proprement dite. C'est la perception consciente de la nociception. Elle informe qu'il se passe quelque chose. On peut la connaître, la comprendre, la provoquer, la supprimer à sa guise, en un mot la gérer. C'est ce que j'appelle une douleur saine. On peut y classer les douleurs mécaniques qu'on déclenche en adoptant certaines positions et que l'on supprime dans d'autres. Si, quand j'ai mal au dos, j'en connais la cause et je peux la supprimer, j'ai une solution, donc, je n'ai plus de problème.

- Troisième niveau: la souffrance. C'est une sommation des douleurs passées, présentes et à venir. Elle est incontournable, de premier abord ingérable. C'est le vécu de la douleur.

La douleur n'est plus seulement une sensation, c'est une émotion, on a mal et on est mal.

Cette «douleur-souffrance» a de nombreuses composantes, affective, émotionnelle, sensori-discriminative, cognitive, comportementale, sociale, culturelle, religieuse. Pour compliquer les choses, la douleur peut être recherchée pour des valeurs intrinsèques qu'on lui attribue (douleur rédemptrice des chrétiens). Pour les monistes, plaisir et souffrance sont consubstantiels (fig. 2).

Enfin, si la douleur a un coût, elle a aussi un cours. Pour Claude Rousseau, médecin légiste: «Le cours de la douleur varie avec la situation géographique, mais aussi avec la sensibilité des juges et la force de conviction des avocats qui ont plaidé devant eux.»

Evaluation

D'où le problème majeur de l'évaluation? Une douleur non exprimée, est-elle une douleur?

Un cliché radiologique, quelle que soit sa qualité, quelle que soit sa nature, sera toujours muet face à la douleur. Pour être révélée à l'autre, une douleur doit être exprimée par le langage verbal ou non verbal.

En 1960, Becher, dans «The measurement of pain», dénombrait vingt-six facteurs susceptibles de modifier le seuil à partir duquel la douleur est perçue, parmi lesquels la race, le sexe, l'âge, l'anxiété, la crainte, la suggestion, l'émotion, la distraction, l'inattention, la température cutanée, la transpiration, les modifications circulatoires, l'élévation du taux de gaz carbonique, les variations des rythmes circadiens, etc.

Des outils ont été mis au point pour évaluer la douleur, des échelles analogiques visuelles ou verbales, mais le plaignant reste maître de la plainte (fig. 3 et 4).

Finalement, ce ne sont peut-être pas les lombalgies qui ont augmenté depuis vingt-cinq ans, mais plutôt les plaintes concernant ce type de douleur.

En 1968, la douleur était le tribu naturel à payer à certaines contraintes imposées par le travail. On acceptait la lombalgie.

En 1993, on réclame le droit à la guérison, on se montre volontiers procédurier.

Avantages/inconvénients de la douleur

A Bordeaux, l'équipe franco-québéquoise Lavignolle-Chenard insiste sur les rapports avantages/inconvénients de la douleur.

La balance inconvénients/avantages de la douleur, déplaisir/plaisir, ne penche pas toujours du côté des premiers (fig. 5). Le traitement masso-kinésithérapique et la relation avec le thérapeute peuvent constituer, en eux-mêmes, une source de satisfaction. Si le patient est en panne de projet, à quoi bon l'autonomie, nous croisons ici la dominante sociale de la douleur. L'explication de la moindre efficacité des traitements se trouve peut-être dans ces observations.

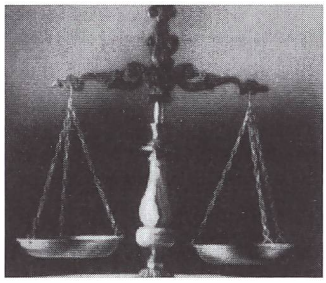


Fig. 5: Avantages et inconvénients: de quel côté penchera la balance.

Pratique

L'environnement socio-économique a changé lui-aussi:

- 1968: 60 000 chômeurs;
- 1993: 3 millions dont un pourcentage croissant de chômeurs chroniques.

En 1968, nous traversions ce que les économistes appellent aujourd'hui les trente glorieuses. Nous n'en savions rien. On n'arrête pas le progrès, mais la gloire, si!

Mais au fait, qui était le kinésithérapeute à cette époque, en 68? C'était un homme, plutôt jeune et optimiste, qui a vu sa lettre clé revalorisée deux fois dans l'année.

En 1993, c'est un homme plutôt «middle age» et morose. Quel impact cela peut-il avoir sur son client?

Résistance au changement et douleur

Par définition, une douleur rebelle (ou chronique) est celle qui résiste au traitement. Certains comportementalistes (Skinner, 1971; Seligman, 1975) font un rapprochement entre le comportement du douloureux chronique et ce qu'ils appellent «l'impuissance apprise» ou «résignation apprise», concepts que l'on peut rapprocher de l'expression populaire: fatalité. Skinner a étudié, en laboratoire, les effets de chocs électriques douloureux sur le comportement des rats. Un rat dans une cage reçoit une décharge électrique, il a vite fait de trouver la porte de sortie. On ferme la porte, et on continue de lui envoyer du courant. Après une période d'agitations intense pour tenter de s'échapper, il subit

sans plus broncher, résigné et déprimé. On rouvre la porte, mais le rat ne cherche plus à fuir, il reste prostré, persuadé, malgré l'évidence que sa situation est sans issue. Il ne sait pas qu'il peut sortir.

«C'est par la porte qu'on sort, pourquoi personne ne veut-il l'utiliser?» (Confucius)

A leur image, à force de ne pas trouver la porte ou de ne pas vouloir l'utiliser, les douloureux chroniques développent une résistance au changement. Persuadés qu'ils ne s'en sortiront jamais, ils réclament des traitements dont, paradoxalement, ils n'attendent rien. Et Watzlawick (2) de supposer qu'un bon nombre de personnes entreprennent une thérapie, non pour résoudre un problème et s'en trouver transformées, mais apparemment pour vaincre le thérapeute et prouver, du même coup, que le problème n'a effectivement pas de solution. Et cet auteur d'ajouter que si des solutions logiques et rationnelles renforcent les résistances, il peut être urgent d'utiliser l'irrationnel et l'illogique, d'où le titre d'un de ses ouvrages: «Faites vous-mêmes votre malheur» (3).

Les tenants de l'école dite de Palo Alto pensent que les courants de changement qui tourbillonnent chez le malade ou dans sa famille ont besoin d'un geste thérapeutique «inattendu», «illogique» et «soudain» pour émerger.

Gérer la douleur

Le terme arsenal thérapeutique, si souvent utilisé, a une connotation militaire. Faut-il tuer la douleur? Elle est, nous le savons, un guide et une alliée pour le rééducateur. Il faut l'approcher, la comprendre, la maîtriser, en fait, transformer une souffrance en douleur saine, gérable, c'est pourquoi on parle plus facilement aujourd'hui de contrôle et de gestion de la douleur.

Les centres de traitement de la douleur, grâce à la recherche clinique fondamentale, ont montré que l'organisme n'est pas sans ressources face à la douleur et que l'objectif réaliste de l'équipe est d'apprendre au patient à «vivre avec sa douleur» de façon à ce qu'elle reste contrôlable et non invalidante.

Contrôler une douleur n'est pas une question de volonté, c'est un entraînement et mieux un apprentissage qui permet de contrôler ses réactions et de choisir les attitudes adaptées pour que le malade conserve sa motivation. Il faut se fixer des buts réalistes, les atteindre, et être attentif aux progrès accomplis (4).

La personne qui souffre d'une lombalgie rebelle et persistante peut beaucoup pour elle-même, plus que les nombreux traitements qui lui sont proposés, mais si elle sous-estime sa capacité à changer, à s'aider, elle s'enferme dans une résignation apprise.

L'environnement a un rôle considérable à jouer. Une communication entre tous les acteurs est indispensable. On comprend, face à la complexité du problème, que le kinésithérapeute ne peut se comporter en franc-tireur, même si tout homme aime à s'attribuer personnellement un succès (ce qui Nuttin appelle le plaisir de la causalité) (5).

Aujourd'hui, contre la douleur en général, contre la lombalgie en particulier, nous pourrions recenser trois moyens d'action à notre portée: les contre-stimulations, la rééducation au sens étymologique du terme et l'entraînement au self-control.

Avant d'envisager rapidement ces trois outils, précisons que le traitement de la douleur a évolué pendant les trente dernières années, grâce à deux apports scientifiques fondamentaux: la théorie du «gate control» et la découverte des endorphines enképhalines.

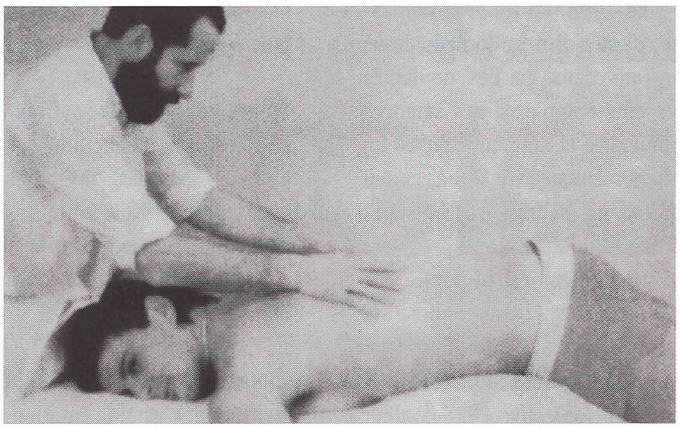


Fig. 6: Prendre le problème à bras le corps.

- La théorie du «gate control»: nous y trouvons peut-être abusivement une justification de toutes nos techniques agissant par contre-stimulation comme, par exemple, le massage. Il déclenche un influx extéroceptif qui monte à l'assaut du cortex à la vitesse d'une voiture de course, claquant la porte au nez de l'influx nociceptif qui, lui, chemine à la vitesse d'un petit trot. Il y a là une justification magnifique de toutes les techniques du toucher, dont le massage sous toutes ses formes.
- Les endorphines enképhalines: de même, nous justifions par la sécrétion de ces substances, les effets analgésiques, voire anesthésiques, des techniques de relaxation et de sophrologie.

■ Les contre-stimulations

Parmi les plus couramment utilisées, citons:

• Le massage (fig. 6)

Il est une contre-stimulation au même titre que les autres, à cette différence près que le masseur est forcément présent et que sa simple présence n'est jamais neutre. Le massage agit peut-être par relaxation musculaire, par facilitation des retours veineux et lymphatiques, mais on ne sait si c'est la technique qui agit, l'effet placebo ou l'effet persuasif. Le médecin qui prescrit des séances de massage prescrit, en fait, quelques heures de relaxation et d'interaction entre un massant et un massé, interaction d'une complexité telle, qu'elle ne rentrera jamais dans le logiciel d'un ordinateur.

Masser, c'est d'abord évaluer, c'est comprendre. Comprendre veut dire prendre avec, masser c'est donc prendre le problème à bras le corps. Et le kinésithérapeute, ce n'est pas seulement ce qu'il fait qui compte, c'est ce qu'il est.

• La thermothérapie

Quelle que soit la nature de la chaleur, elle agit toujours de la même manière:

- élévation du seuil de la sensibilité des nocicepteurs;
- ralentissement de la vitesse de conduction nerveuse;
- diminution de la contraction musculaire;
- mise en jeu du contrôle supra-spinal et, notamment, du système endomorphinique (Vignon, Melzack) (6).

LACK, SCHERB & BUCHER/BASEL

SITZPROBLEME IM ROLLSTUHL?

JAY®

Dekubitus-Schutz mit System

Mit JAY Kissen und Rücken ist die Entlastung druckgefährdeter Stellen durch einfache Anpassung der anatomischen Unterform jederzeit und ganz individuell möglich. In Kombination mit der einzigartigen Flolite®-Masse schützt das JAY Sitzsystem optimal vor Dekubitus und Sitzhaltungsschäden. Informationen erhalten Sie bei Ihrem Fachhändler oder direkt bei:

REHATEC

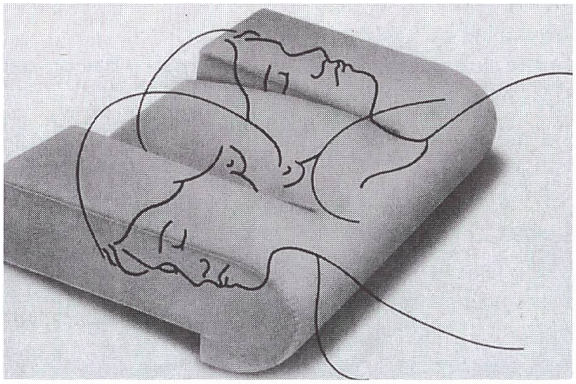
INNOVATIVE REHABILITATIONSTECHNIK

REHATEC AG RINGSTRASSE 13 4123 ALLSCHWIL
TELEFON 061 482 03 30 TELEFAX 061 482 03 84

Ihre Zervikalpatienten brauchen

the pillow®

- Kopf und Nacken in Rücken- und Seitenlage in der Körperachse.
- bewirkt eine schonende HWS-Extension.
- eingehend klinisch getestet.
- bessert Beschwerden in 83 % der Fälle.
- Schmerzmittel nach 14 Tagen nur noch bei einem von zehn vorherigern Gebrauchern.



Es gibt drei Modelle:

- **«Normal»,** «Standard» und «Soft» aus offenporigem Polyurethan
- **«Extra Comfort»,** «Standard» und «Soft», aus Latex, besonders angenehm und dauerhaft
- **«Travel»,** «Standard» und «Soft», für Patienten mit Flachrücken und kurzem Nacken sowie auf der Reise

«Standard» und «Soft» jeweils für Patienten mit Körpergewicht über bzw. unter 65 kg.

«the pillow», das «intelligente» Kissen, das den Teufelskreis Verspannung–Schmerz bricht.

Senden Sie mir bitte:

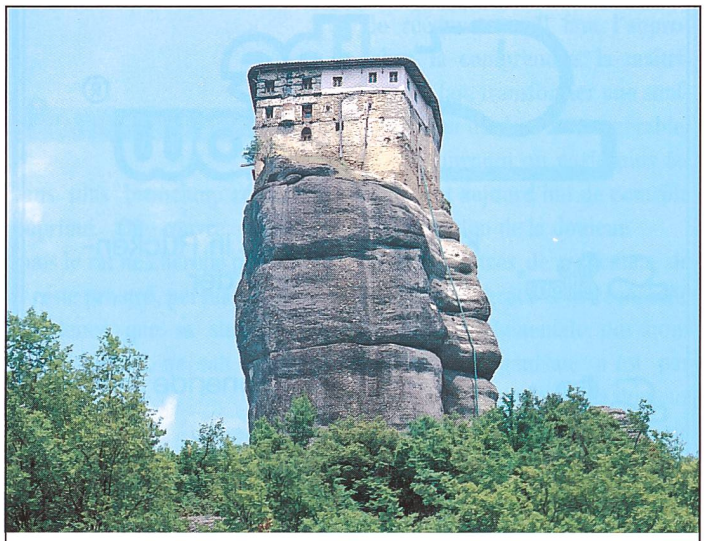
❑ eine vollständige Dokumentation

❑ Prospekte und Patientenmerkblätter zum Auflegen

BERRO AG
Postfach
4414 Füllinsdorf

Stempel:

PH-9/93



Aucun obstacle ne nous arrête pour vous permettre d'être soigné à domicile.

Qu'est-ce qui vous a jusqu'ici empêché de concrétiser votre désir de disposer d'un lit adéquat pour les soins à domicile?

La crainte que votre logement ne s'y prête pas ou que la cage de l'escalier soit trop étroite? - Nous vous livrons votre lit avec matelas et accessoires, même si votre logement est difficilement accessible. Nous l'installons là où vous le souhaitez et nous vous expliquons combien il est simple de s'en servir.

Avez-vous des doutes quant à vos besoins particuliers? Nous vous conseillons avec compétence, car notre très longue expérience nous permet de comprendre aussi vos problèmes les plus personnels.

Le financement? - Vous pouvez non seulement acquérir votre lit de soins, mais vous avez aussi la possibilité de le louer. Dans ce cas, vous pouvez même bénéficier, sous certaines conditions, de l'aide de l'AI, de l'AVS ou de votre caisse maladie privée.

Le prix? - Vous serez surpris du nombre de prestations dont vous profiterez, pour un prix raisonnable. Appelez-nous ou demandez de plus amples informations en utilisant le coupon prévu à cet effet.

embru SPITEX
Equipements pour les soins à domicile

Rendez-nous visite dans nos nouveaux locaux d'exposition et de vente, à Crissier (immédiatement à la sortie de l'autoroute).

Embru, Agence pour la Suisse romande Equipements pour les soins à domicile, Route de Morges 24, 1023 Crissier, Tél. 021/702 28 93

Je désire en savoir davantage sur votre programme d'équipements pour les soins à domicile. Veuillez me faire parvenir votre brochure gratuite.

Nom _____

Rue _____

NPA/Localité _____

Téléphone _____

Die individuelle Einrichtung

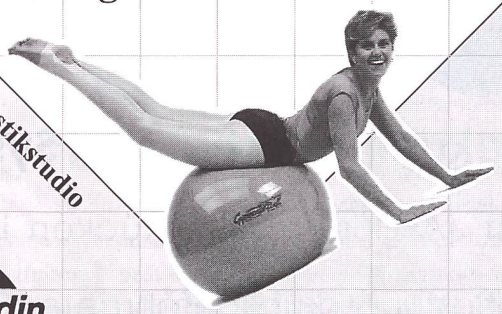
Sauna und Solarium

Physikalische Therapie

Gymnastik-Training
Therapie- und Massageliege
Lagerungshilfen • Polster • Wäsche
Reinigungs-, Desinfektions-Pflegeprodukte
Thermo-Therapie – kalt/warm • Massagematerial
Vorhänge • Mobiliar • Stühle • Extension-Manipulation
Infrarot-Solarien • Sauna • Dampfbadprodukte • Hydro-Therapie
Badezusätze • Elektro-Therapie • Geräte-Zubehör • US-HF-Therapie
Puls-, Blutdruck-Messgeräte • Anatomisches Lehrmaterial

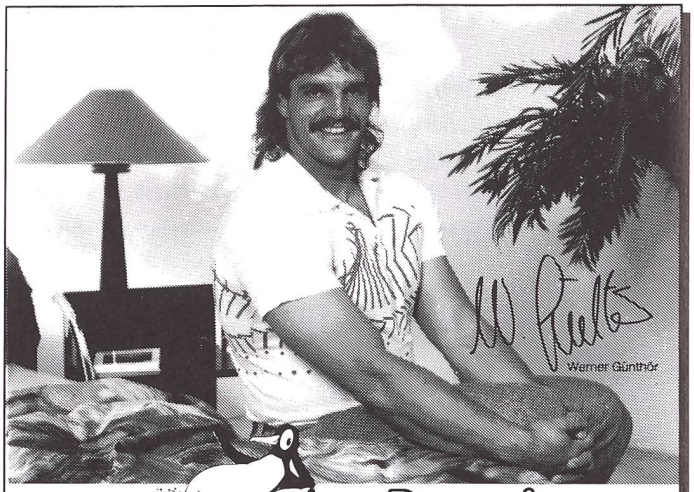
Innovativ
in
Planung • Verkauf • Service

Gymnastikstudio



Jardin Medizintechnik ag

Feldmattstrasse 10
CH-6032 Emmen
Tel. 041-55 11 80
Fax 041-55 11 89



AquaDynamic®

Das Wasserbett.

Der Gesundheit zuliebe.

AquaDynamic®

Schweizer Qualitäts-Wasserbetten

Gerne senden wir Ihnen eine Dokumentation
und eine Liste der autorisierten Fachgeschäfte.
Rufen Sie uns einfach an.
Tel. 055 - 27 95 55, FAX 055 - 274 185, VTX 055 - 27 53 55

• *L'électrothérapie*

Dans la Grèce antique, on utilisait des décharges de poisson électrique pour calmer la douleur des crises de goutte ou d'un mal de tête.

Parmi les OAM (objets, appareils et méthodes), les appareils piezo-électriques produisent des étincelles qui envoient des sensations extéroceptives faibles et fugaces, capables de détourner momentanément l'attention de l'utilisateur. Maigne a réalisé une expérimentation en double aveugle contre placebo qui montre des bénéfices chez les cervicalgiques. Khan considère que la chaleur fait le même effet et coûte moins cher.

• *L'acupuncture*

En Chine, à la fin des années 60, 50% des interventions chirurgicales étaient faites sous acupuncture, dans les années 80, il n'y en a plus que 5%.

L'analgésie partielle peut être provoquée chez le singe et la souris (Melzack), donc ce ne serait pas un effet placebo.

Selon Mamo, la croyance en l'efficacité de l'acupuncture est retrouvée chez tous les sujets qui consultent un acupuncteur. L'effet s'expliquerait, pour lui, par un phénomène psychologique.

• *L'hydrothérapie*

En 1951, le Professeur Delore écrivait: «L'eau minérale est une lymphe qui transmet des forces plus qu'elle n'apporte de matières, l'eau minérale est une force de la nature qui apporte à l'homme l'énergie provenant du centre de la terre» (6).

Aujourd'hui, on s'accorde tout simplement sur un effet conjugué de la chaleur et du massage.

Mais les croyances restent les mêmes pour la boue et sa symbolique qu'il est difficile de remplacer par un ersatz.

■ La rééducation

La médecine a les moyens de tuer la douleur mais, comme vu plus haut, la douleur sera notre guide et notre alliée dans la rééducation du mouvement.

En rhumatologie, on part souvent d'un postulat, s'il y a douleur, c'est qu'il y a dysfonctionnement; ce peut être un mouvement de mauvaise qualité, un geste sportif mal intégré, un bon geste mais trop répétitif dépassant le seuil de tolérance, ou un geste imprévu, accidentel, mal contrôlé.

La kinésithérapie, selon la définition de Dolto, c'est le traitement du geste et non le traitement par le geste. L'objectif de la rééducation est de supprimer des causes d'une douleur qui ne réapparaîtra pas après sevrage médicamenteux. En plus, le patient aura appris à juguler lui-même les rechutes par un comportement gestuel adapté.

En amont, pour éviter la dysfonction, il faut prévenir: c'est l'éducation.

Le rôle du masseur-kinésithérapeute est donc double, d'une part prévenir pour court-circuiter la douleur, d'autre part, s'il est trop tard, traiter le mouvement pour anticiper les récidives.

Mais attention, comme insiste Boureau, la douleur est un phénomène multifactoriel et non une réaction ni une cause spécifique.

La rééducation tient compte, aujourd'hui, des situations dans lesquelles l'homme se trouve placé au cours de ses activités, soit trois situations principales (7): les situations de contrainte, les situations de non contrainte et les situations intermédiaires.

• *Les situations de contrainte*

A chaque fois qu'il y a contrainte, l'homme protège son dos par une immobilité active consciente provisoire. Rendons hommage, au passage, au Professeur De Sèze qui, dans les années 60, a individualisé la DSD (détérioration structurale du disque).

Aux derniers entretiens de Bichat, Kerkour a montré qu'il y avait corrélation entre lombalgie et faiblesse musculaire. On constate, chez le lombalgique, une perte de force des extenseurs de 45% par rapport au sujet sain. Est-ce la fonte musculaire qui entraîne la lombalgie ou l'inverse?

Le progrès entraîne la sédentarisation, l'économie d'énergie et celles-ci entraînent, peut-être, la lombalgie.

En 1968, on souffrait quand on était travailleur de force.

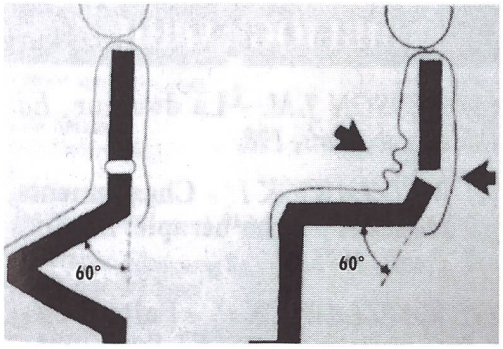


Fig. 7: Position assise, situation de contrainte.

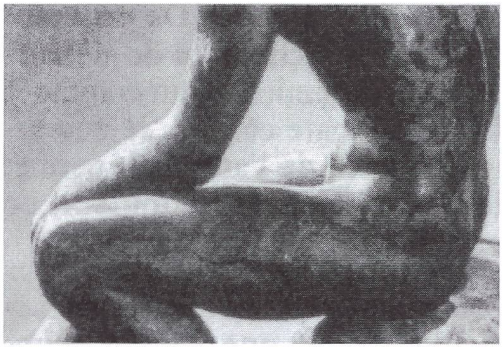


Fig. 8: Le confort c'est la douleur, c'est une sensation.

PRATIQUE

En 1993, on souffre quand on est sédentaire et surtout quand on est très longtemps dans des postures assises.

Nachemson a montré (entre autres) qu'en position assise le DIV supportait 50% de pression de plus qu'en position debout. En position assise, le sacrum se verticalise, modifiant la position du rachis dans le sens d'une perte de l'ensellure lombaire.

A la réflexion, ce n'est pas la posture elle-même qui est mauvaise, mais son maintien pendant un temps prolongé (fig. 7).

Debout, on repose son dos, assis, on repose ses jambes. Les choses ne sont pas aussi simples, c'est la posture en immobilité qui provoque la douleur.

Mandal fut un des premiers auteurs à présenter un mobilier ergonomique. On sait aujourd'hui qu'une chaise ne peut être ni confortable, ni inconfortable, elle n'est qu'une chaise. Le confort, c'est comme la douleur, c'est une sensation, une chaise n'a pas de sensation, c'est celui qui est assis dessus qui, seul, peut dire si le siège lui convient, ce qui nous conduit à dire qu'il n'y a pas de bon siège, et s'il existe une bonne manière de s'asseoir, c'est celle qui consiste à ne pas rester en place (fig. 8). Un siège doit permettre le mouvement et, souligne le Professeur Monod (8), les inconvénients du maintien prolongé de postures de travail n'apparaissent que tardivement.

A cause de sa sédentarisation, l'homme s'invente des activités de compensation. Le sport est, lui aussi, gros pourvoyeur de lombalgies lorsqu'il n'est pas dosé.

Avec l'essor de l'ergonomie apparaît une nouvelle dimension

de la contrainte. Monod définit la charge de travail comme le retentissement sur l'organisme du poids porté par l'homme, sur ses épaules, au sens propre et au figuré, à l'occasion du travail qui lui permet de vivre et de tenir sa place dans la société en y assumant toutes ses responsabilités, compte tenu de ce qu'il est et du milieu qui l'entoure. La charge mentale peut être évaluée à partir du rapport entre la performance et la sollicitation.

• *Les situations de non-contrainte*

Dès que les contraintes sont minimes, dans l'eau, en quadrupédie, en décubitus et debout, il faut qu ça bouge, plus question de «verrouiller» (fig. 9). On sait que le disque ne se réhydrate pas seulement la nuit, mais dans les micro-mouvements, à chaque fois que les contraintes supportées sont minimes. La marche fatigue moins que la station debout prolongée. Le sport est excellent quand il est plaisir et jeu, il est nocif quand il est dépassement, car il y a alors rupture d'équilibre.

• *Les situations intermédiaires*

Il n'y a pas de contraintes, mais elles peuvent arriver subrepticement. Nous entraînons alors les intéressés à prévenir toute déstabilisation, c'est la reprogrammation neuro-sensitivo-sensori-motrice.

■ L'entraînement au self-control

Il implique maîtrise de soi et gestion de la douleur.

Toutes les techniques, quelles qu'elles soient, entraînent des réponses objectivables qui peuvent être:

- le relâchement musculaire;
- le ralentissement du rythme respiratoire et cardiaque;
- la dilatation des vaisseaux périphériques;
- la diminution de la pression artérielle;
- un état psychologique de calme, de bien-être et de tranquillité que certains auteurs appellent, comme vu plus haut, comportement incompatible.

Ces modifications physiologiques sont perceptibles et analysables par l'introspection. Mais est-ce l'introspection qui les induit (9)?

Ces réponses de relaxation s'apprennent et se perfectionnent, elles réclament donc un entraînement long, rigoureux, persévérant (10).

Il ne s'agit pas de «relaxer» le patient, ce qui est possible par le massage, la mise en condition, mais d'apprendre à celui-ci à se relaxer. Toutes ces techniques demandent un entraînement pluriquotidien, étalé sur plusieurs mois et ponctué de contrôles et de régulations par le thérapeute.

Nous ne citerons pas le nombre impressionnant d'auteurs ayant mis au point ces méthodes, mais nous les classerons rapidement en trois catégories:

- les techniques dites périphériques, de type Jacobson, qui utilisent le contraste entre la contraction d'un muscle et sa décontraction (11);
- les techniques dites concentratives dont le principal représentant est la méthode Schultz (12). Elle repose sur un autre principe. Le sujet se concentre sur une sensation réelle en se pénétrant mentalement d'une formule fixant le but à atteindre. Les sensations perçues ne sont pas imaginaires. Les enregistrements montrent une concordance entre l'apparition des sensations subjectives de lourdeur et de chaleur et les variations physiologiques;

Fig. 9: Il faut que ça bouge.

- les techniques utilisant des images mentales (utilisation de sensations non réelles). Le principe consiste à activer, en imagination, la représentation d'une sensation, d'une scène, d'un événement incompatible avec la douleur (Caycedo). On peut rapprocher ces techniques du détournement d'attention. Tout comme la théorie du «gate control», le détournement actif de l'attention permet de contrebalancer la douleur, de fermer la porte.

Contrairement à une idée reçue, parvenir à oublier une douleur n'implique pas que son mécanisme soit imaginaire, le détournement d'attention met en jeu les processus neuro-biologiques par lesquels le SNC sélectionne les informations (4).

En conclusion, nous possédons, semble-t-il, les outils permettant de diminuer considérablement le nombre de plaintes concernant les lombalgies. Mais, souvenez-vous, nous savons aller sur la lune et nous n'y allons plus; cela coûte trop cher. Nous saurions faire disparaître les lombalgies, mais cela aurait un coût. Le problème est que de ne pas le faire est encore plus coûteux.

On ne prévient pas les lombalgies, pourtant on sait le faire.

N'attendons pas des OAM une solution magique.

La rééducation restera toujours une rencontre entre des individus.

La seule chose que l'on peut changer, c'est nos attitudes et notre comportement.

A. Courtillon (13,14) a montré par deux fois, en 1978 et en 1990, avec Heuleu et Nys, que ce n'était pas la technique qui agissait, mais l'homme, non le savoir-faire, mais le savoir-être.

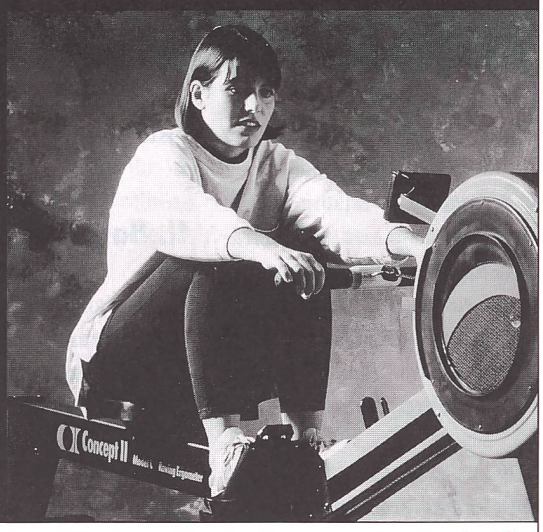
Le progrès majeur de notre époque, c'est de savoir que la vérité ça n'existe pas.

Bibliographie

1 *Besson, J.M.: La douleur. Ed. Odile Jacob, Paris 1982.*
2 *Watzlawick, P.: Changements, paradoxes et psychothérapie. Ed. Seuil, coll. Points, 1975.*
3 *Watzlawick, P.: Faites vous-même votre malheur. Ed. Seuil, 1984.*
4 *Boureau, F.: Contrôlez votre douleur. Ed. Payot, Paris 1986.*
5 *Nuttin, J.: Théorie de la motivation humaine. Ed. PUF, Paris 1985.*
6 *Vignon, G.: La douleur en rhumatologie. Ed. Medsi/McGraw-Hill, Paris 1988.*
7 *Pierron, D. et coll.: Lombalgies et sciatiques dégénératives. Monographie de Bois-larris, éd. Masson et Cie, Paris 1987.*
8 *Monod, H.: Naissance et développement de l'ergonomie. Cahiers de kinésithérapie, 163, 5, 1993.*
9 *Dufey F.: La relaxation en rhumatologie. Rhumatologie pratique, 47, 1990.*
10 *Dufey, F.: Sophrologie, pour qui? La Vie Médicale, 25, 1986.*
11 *Jacobson, E.: Progressive relaxation. The University of Chicago Press, 1948.*
12 *Schultz, J.H.: Le training autogène. Ed. PUF, 1968.*
13 *Courtillon, A.: Approche thérapeutique dans la réadaptation des lombalgies chroniques. Essai comparatif de trois techniques de rééducation lombaire. Revue de Méd. Orth., 20, 27–30, 1990.*
14 *Courtillon, A.: Approche thérapeutique dans la réadaptation des lombalgies chroniques. Essai comparatif de trois techniques de rééducation. Mémoire de CES de rhumatologie, Cochin 1978.*

Jetzt können Sie Ihren Patienten noch besser den Rücken stärken

Concept II C

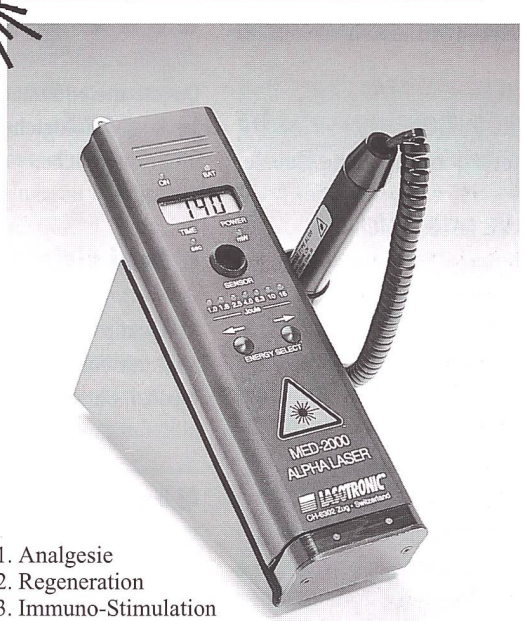


Setzen Sie Ihre Patienten ruhig ein bisschen unter Druck. Mit **Concept II C**. Weltweit die No.1 unter den Ruderergometern.
Erstens stärkt es schonend die gesamte Muskulatur und gibt Wirbelsäulen so den nötigen Halt für lange Arbeitstage im Büro. Zweitens sorgt es für eine gesunde Herz-Kreislauf-Funktion. Und drittens sind Sie jederzeit voll im Bild: das Display informiert Sie über Belastungsstärke, Leistungszuwachs und vieles mehr.
Wenn Sie jetzt wissen möchten, wie gut **Concept II C** Ihr Therapie-Konzept ergänzt, rufen Sie uns an: 01 713 10 12.

Ursula Wehrli
SPORTARTIKEL
Weidbrunnenstrasse 5 • CH – 8135 Langnau a. A.
Tel. 01 713 10 12/17 • Fax 01 713 10 21 • Natel 077 64 82 97

MED-2000

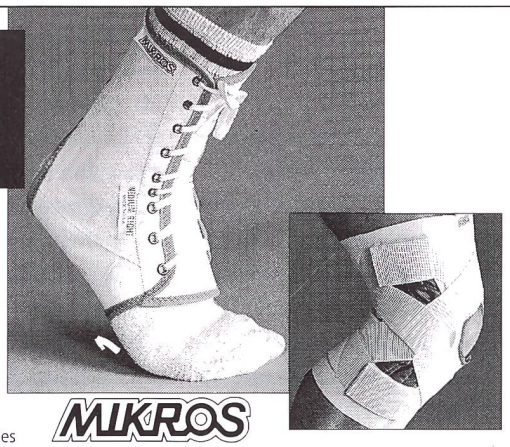
Ein Laser für schwierige Fälle:



1. Analgesie
2. Regeneration
3. Immuno-Stimulation
4. Entzündungshemmung

Tel. 042-23 00 23 · Fax 042-217 207
LASOTRONIC AG · Industriestr. 31 · CH-6302 ZUG-SCHWEIZ

LASOTRONIC®



Exklusiv-Lieferant des Schweiz. Volleyballverbandes, der Nat. Kader des Schweiz. OL-Verbandes sowie offizieller Partner der Medizinischen Kommission des Schweiz. Handball-Verbandes.

MIKROS

Mikros schützt und stützt.

Die Mikros Fussgelenksstütze ist indiziert
- bei konservativ/operativ versorgten Bandläsionen in der Mobilisationsphase.
- bei chronischer Instabilität des oberen Sprunggelenks.
- als Prophylaxe gegen Sprunggelenksdistorsionen.

- Gibt es in je 5 Grössen für beide Füsse separat.
- In verschiedenen Ausführungen (kurz, normal, orthopädisch).

- Stabilisiert das Sprunggelenk wirkungsvoll.
- Ersetzt tapen und bandagieren.
- Verbessert die Proprioception am Sprunggelenk.

Die Mikros Gelenkstütze gibt es auch für Hand und Hals.

medExim

Medexim AG, Solothurnstr. 180, 2540 Grenchen, 065 55 22 37

PARAFANGO BATTAGLIA®

FANGO PHYSIO SERVICE
FISCHMARKTPLATZ 9 – CH-8640 RAPPERSWIL – 055/27 88 77 – RUE DES ALPES 51 – CH-1023 CRISSIER – 021/635 24 61