

Solutions biopsychosociales aux PTM

• Robert Ferrari, MD, FRCP(C) •

© J Can Dent Assoc 1999; 65:498-9

Ces douze et quelque derniers mois, le *JADC* a publié plusieurs débats sur les problèmes temporo-mandibulaires (PTM)¹⁻³. La véritable controverse qui se cache derrière les PTM repose sur l'approche avec laquelle on les traite — le modèle dualiste. Ce dernier part du principe qu'il y a soit une maladie organique (biologique/physique), soit — si on ne voit «rien de mal» — un problème psychiatrique/psychologique (non organique). Toutefois, il est de plus en plus clair que cette approche ne pèse guère sur la balance et qu'il faut changer d'attitude, particulièrement envers les PTM et les traumatismes cervicaux.

C'est ainsi qu'on a établi un modèle biopsychosocial des PTM à cause cervicale, qui se fonde sur les données scientifiques disponibles sur l'épidémiologie du problème, les motifs du mécanisme et du génie des blessures, les études de radiologie et d'électromyographie, et les évaluations psychosociales⁴⁻⁶. Ce modèle s'étend dans les limites plus étendues du modèle biopsychosocial du dernier syndrome cervical traumatique, qui se doit de rendre compte non seulement des PTM et du traumatisme cervical, mais aussi des douleurs chroniques au cou et au dos, des symptômes neurologiques et cognitifs, et des retombées psychologiques du syndrome — une tâche imposante mais indispensable⁷⁻¹⁰.

Mais qu'entend-on vraiment par modèle biopsychosocial? Ce terme est-il un euphémisme de notre propre incertitude quant aux raisons qui sous-tendent les symptômes et les comportements de ces patients? Ou repose-t-il bien sur une base scientifique?

De plus en plus, l'approche biopsychosociale s'appuie sur des données scientifiques vérifiables. Un tel modèle entend que des facteurs psychosociaux ne génèrent pas en eux-mêmes les symptômes comme, par exemple, l'élément somatique de la détresse psychologique. Au contraire, ces facteurs altèrent le comportement du patient envers les symptômes d'origine physique, en modulant la gravité et l'identification des symptômes, l'effet et l'attribution d'une cause spécifique, et d'autres incidences sur le comportement. L'origine des symptômes reste physique, mais la gravité et l'attribution, de même que le comportement du patient, dépendent en revanche des facteurs psychosociaux.

Prenez, par exemple, la douleur chronique au cou des patients souffrant d'un traumatisme cervical. Le fondement scientifique du rôle des déficiences posturales dans le cas des douleurs au cou et au dos, en particulier chez ces patients, a été expliqué en détail⁷. Il est de plus en plus probant que les patients de certains milieux culturels et géographiques ayant éprouvé une douleur aiguë au cou (peu importe la source) auront tendance, souvent sur l'avis de leur thérapeute, à se retirer de toutes activités normales de peur que plus la douleur est grande, plus le mal est grand. On a observé que l'acuité initiale de la douleur est souvent suivie par l'apparition de

déficiences posturales de la colonne vertébrale, en conséquence d'une diminution excessive des activités ou d'une mesure inadaptée — et délibérée — pour soulager la douleur. On a également démontré que les sujets en santé qui adoptent de mauvaises postures tous les jours finiront par éprouver de la douleur au cou et au dos, même mineure.

Par conséquent, on a suggéré — et les études actuelles corroborent cette position — que, chez les patients souffrant d'un traumatisme cervical, l'une des nombreuses sources physiques de la douleur chronique au cou est l'apparition de déficiences posturales, et ce même longtemps après la résorption de la blessure aiguë. Ainsi, nous avons une véritable source physique de la douleur, ni d'origine psychiatrique ni somatique de l'anxiété. Or d'où émanent ces déficiences posturales? Les études révèlent que les facteurs culturels d'attente, d'exagération et d'attribution des symptômes incitent de tels patients à abandonner toute activité après avoir subi une blessure mineure et à assumer de mauvaises postures⁷. Les facteurs psychosociaux finissent par produire une source physique de la douleur. Il s'agit là d'un modèle biopsychosocial. Enfin, il est à noter que certains se sont penchés sur le rôle étiologique des facteurs posturaux dans quelques-uns des aspects des symptômes de PTM chroniques^{11,12}.

Les facteurs psychosociaux influent sur la douleur chronique au cou d'autres façons, en puisant dans les maux et les douleurs pré- et post-accidentels qui émanent de la vie quotidienne, professionnelle, etc., et dont beaucoup sont censés avoir, chez les gens autrement en santé, des sources physiques, même si rarement identifiables. Ces symptômes sont d'ordinaire mineurs, même si quotidiens, et dépriment ou handicapent rarement. Cependant, dans le modèle proposé du dernier syndrome cervical traumatique, les facteurs psychosociaux aggravent les symptômes physiques pour en produire d'autres — apparemment nouveaux — que l'on attribue à une seule cause. Ainsi, les sources de douleur restent physiques à l'origine, mais la gravité et l'attribution de cette dernière, de même que ses effets, sont définis par des facteurs psychosociaux.

Un tel modèle offre de nouvelles approches thérapeutiques et réaffirme bien au patient que les facteurs psychologiques ne causent pas la douleur¹³. Le traitement n'est pas une «thérapie cognitive ou comportementale», à savoir touchant un «trouble psychologique». Il s'agit plutôt d'une thérapie physique (p. ex., exercices graduels et des mesures de correction ou de maintien de la posture) qui empêche les facteurs psychosociaux de favoriser la douleur chronique. Il s'agit réellement d'une thérapie biopsychosociale.

On ne doit pas dire au patient que la douleur est purement psychologique, mais plutôt que s'il se retire de ses activités normales en raison de douleur au cou et ne pratique pas d'exercices

du cou, il éprouvera des déficiences posturales qui lui feront plus mal. Le patient constatera alors que le thérapeute considère les facteurs psychologiques comme causant non pas la douleur, mais le comportement qui, s'il ne change pas, aura des conséquences physiques. Il corrobore la croyance (probablement juste) du patient, à savoir que la source de douleur chronique est physique. Or, cette source existe suivant le comportement choisi après l'apparition d'une blessure aiguë.

Il est probable qu'une telle approche, déjà appliquée par certains, finira par être indispensable au traitement des PTM, puisque le modèle dualiste actuel ne fait pas partie de la solution mais bien du problème.

Le Dr Ferrari exerce dans un cabinet privé et conduit des examens médicaux à l'externe à Edmonton (Alberta).

Les vues exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

1. Goldstein BH. Les désordres de l'ATM : les controverses se poursuivent. *Can Dent Assoc* 1999; 65:47-8.
2. Goldstein BH. Les controverses au sujet des désordres de l'ATM. *J Can Dent Assoc* 1998; 64:65-6.
3. Mulrooney, R. Les controverses au sujet des troubles de l'ATM — un deuxième avis. *J Can Dent Assoc* 1998; 64:529-30.
4. Ferrari R, Leonard MS. Whiplash and temporomandibular disorders: a critical review. *JADA* 1998; 129:1739-45.
5. Ferrari R, Leonard M. Whiplash and TMD. Authors' response [letter]. *JADA* 1999; 130:168, 170.
6. Ferrari R, Schrader H, Obelienene D. Prevalence of temporomandibular disorders associated with whiplash injury in Lithuania. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol Endod* 1999; 87:653-7.
7. Ferrari R. *The whiplash encyclopedia. The facts and myths of whiplash*. Gaithersburg, (MD): Aspen Publishers Inc.; 1999.
8. Ferrari R, Russell AS. Epidemiology of whiplash: an international dilemma. *Ann Rheum Dis* 1999; 58:1-5.
9. Ferrari R, Russell AS. Development of persistent neurological symptoms in patients with simple neck strain. *Arthritis Care Res* 1999; 12:70-6.
10. Ferrari R, Russell AS. Neck injury and chronic pain syndromes: comment on article by Buskila et al. [letter]. *Arthritis Rheum* 1998; 41:758-9.
11. Gonzalez HE, Manns A. Forward head posture: its structural and functional influence on the stomatognathic system, a conceptual study. *Cranio* 1996; 14:71-80.
12. Zonnenberg AJ, Van Maanen CJ, Oostendorp RA, Elvers JW. Body posture photographs as a diagnostic aid for musculoskeletal disorders related to temporomandibular disorders (TMD). *Cranio* 1996; 14:225-32.
13. Ferrari R, Kwan O, Russell AS, Pearce JM, Schrader H. The best approach to the problem of whiplash? One ticket to Lithuania, please. *Clin Exp Rheumatol* 1999; 17:321-6.

L E C E N T R E D E
D O C U M E N T A T I O N
D E L ' A D C

Dossier de documentation, octobre 1999

Le dossier de ce mois-ci renferme toute une documentation sur le diagnostic et le traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire. Les membres de l'ADC peuvent se le procurer pour la somme de 5 \$, taxes applicables en sus. Pour obtenir une liste complète des dossiers de documentation disponibles, veuillez composer le 1-800-267-6354 ou consulter le site Web de l'ADC à www.cda-adc.ca. Une fois sur le site, cliquez sur *ADC*, puis sur *Centre de documentation* pour obtenir la liste des dossiers.

N D E X D E S
A N N O N C E U R S

American Association of Orthodontists	480
Amex Bank of Canada	490
Ash Temple	474
Aurum Ceramic	519
BridgeCrown & Fillings Corp.	512
CDSPI	505, 521, 535
Congrès de l'ADC	520
Dentsply Canada Ltd.	536
East Coast Dental	526
Fonds de l'ADC	525
Jaguar	478
Kodak Canada Inc.	514
LIOH Inc.	513
Nobel Biocare	476
Oral B	477
Pharmacia & Upjohn	523, 524
SciCan	531
Strathcona Pharmacy	504
Warner Lambert	484, 486