

ARTHROPHOBIE Peur de ses articulations

Arthrophobie : quand la peur de ses articulations prend le dessus (et comment en sortir)

Vous avez peur de plier un genou, de faire craquer une épaule, ou même de regarder une articulation blessée ? Vous n'êtes pas "faible" ni "bizarre" : vous êtes peut-être face à une **arthrophobie**, une peur intense et tenace liée aux articulations.

Dans les cabinets de rhumatologie comme en psychothérapie, on voit de plus en plus de personnes qui n'ont pas seulement mal : elles *redoutent* leurs propres mouvements, comme si chaque flexion ou rotation risquait de casser quelque chose.

À RETENIR EN QUELQUES LIGNES

- L'arthrophobie désigne une **peur disproportionnée des articulations** ou de l'idée de les blesser (genoux, épaules, doigts, etc.), qui peut aller jusqu'à l'évitement de certains mouvements ou images.
- Elle s'inscrit dans la famille des **phobies spécifiques**, qui touchent environ 7 à 12 % de la population au cours de la vie.
- La peur n'est pas toujours "pure" : elle se mêle souvent à la douleur chronique, au traumatisme d'une blessure passée, ou à des images choquantes vues sur internet ou en médecine.
- Les symptômes vont des palpitations et vertiges à l'évitement systématique (ne pas s'agenouiller, refuser certains examens, cacher ses articulations, etc.).
- La bonne nouvelle : cette peur se traite très bien grâce à la **thérapie d'exposition**, aux thérapies cognitivo-comportementales, à la psychoéducation et parfois à un traitement médicamenteux ciblé.
- Des exercices progressifs (regarder son articulation, la mobiliser doucement, reprendre des gestes du quotidien) permettent de reconstruire une relation plus *fiable* à son corps.

Qu'est-ce que l'arthrophobie ? COMPRENDRE UNE PEUR MÉCONNUE

Une phobie spécifique centrée sur les articulations

L'arthrophobie n'apparaît pas toujours telle quelle dans les manuels, mais elle se rapproche des phobies spécifiques centrées sur une partie du corps, comme la **peur des genoux** (genuphobie) décrite dans la littérature médicale.

Dans ces phobies, la personne ressent une peur **intense, immédiate et difficile à contrôler** lorsqu'elle voit, touche ou imagine l'articulation concernée, ou un scénario où elle serait blessée.

Cette peur peut porter sur :

- l'apparence de l'articulation (la trouver "dégoutante", fragile, "à nu") ;
- la sensation de mouvement (craquements, instabilité, impression de "jeu articulaire") ;

- l'idée d'un traumatisme (rupture de ligament, luxation, prothèse qui casse, etc.).

Dans la grande famille des phobies

Les études épidémiologiques montrent que les phobies spécifiques sont parmi les troubles anxieux les plus fréquents, avec une prévalence annuelle autour de 5 à 9 % chez l'adulte et jusqu'à près de 20 % chez l'adolescent.

L'arthrophobie se situe à la croisée des phobies liées au corps et de celles liées aux blessures, mais elle reste peu décrite comme telle, ce qui contribue à ce sentiment d'isolement : difficile de mettre un mot sur une peur dont on ne parle presque jamais.

Pourquoi a-t-on peur de ses articulations ? LES RACINES DE L'ARTHROPHOBIE

Quand la douleur et la peur s'emmêlent

Dans les maladies articulaires comme l'arthrose du genou ou la polyarthrite rhumatoïde, on observe souvent des **croyances de peur-évitement** : la peur que le mouvement abîme l'articulation ou déclenche une douleur insupportable.

Des travaux récents montrent que ces croyances peuvent modifier la façon de marcher ou de bouger, avec une co-contraction musculaire excessive autour de l'articulation, ce qui finit paradoxalement par accentuer la charge sur le cartilage et la fatigue musculaire.

Autrement dit, plus la personne a peur d'être blessée, plus elle adopte des stratégies de protection qui, à long terme, peuvent entretenir la douleur et la raideur : **la peur finit par façonner le corps.**

Traumatismes passés et images marquantes

Chez certaines personnes, l'arthrophobie émerge après un événement précis : une luxation, une rupture ligamentaire, une opération avec cicatrice visible, une chute qui a "tordu" violemment le genou ou la cheville.

Le cerveau associe alors l'articulation à un danger majeur :

- "mon genou est fragile, il peut lâcher à tout moment" ;
- "si je retombe, je finirai en fauteuil" ;
- "voir cette cicatrice me rappelle l'hôpital et la peur de ne plus marcher".

Pour d'autres, ce ne sont pas leurs propres blessures, mais des **images choquantes**(accidents sportifs, vidéos médicales, radios impressionnantes) qui déclenchent cette peur focalisée sur les articulations.

Rumeurs médicales, discours anxiogènes et imagination

Dans les consultations de rhumatologie ou sur internet, certains messages peuvent involontairement nourrir l'arthrophobie : prévisions catastrophiques sur l'évolution d'une arthrose, images de prothèses, description détaillée d'arthroscopies.

Pour un esprit déjà anxieux, ces informations deviennent des scénarios internes très vivants, où l'articulation est perçue comme une pièce fragile, sur le point de rompre au moindre faux mouvement.

Comment se manifeste l'arthrophobie ? SIGNES QUI DOIVENT ALERTER

Symptômes physiques : le corps en alerte rouge

Comme dans toute phobie, l'arthrophobie peut provoquer des réactions physiques intenses, proches d'une attaque de panique : tachycardie, sueurs, tremblements, sensation d'étouffement, vertiges, nausées, voire impression de "sortir de son corps" au moment où l'on voit ou mobilise l'articulation redoutée.

Ces réactions peuvent se produire :

- en regardant ses propres genoux, doigts, épaules dans un miroir ou en photo ;
- en voyant les articulations d'autrui (par exemple un genou blessé, bandé, opéré) ;
- en imaginant un mouvement "dangereux" (accroupissement, torsion, saut).

Symptômes psychologiques : une peur qui envahit le quotidien

Les descriptions de genuphobie montrent bien cette dimension psychique : évitement du regard sur les genoux, peur persistante d'une blessure, honte de cette peur jugée "irrationnelle", difficulté à en parler.

On retrouve souvent :

- une focalisation anxieuse sur l'articulation ("Et si elle lâchait ?") ;
- des anticipations catastrophiques (fauteuil roulant, invalidité, opération lourde) ;
- un sentiment de perte de contrôle sur son propre corps.

Quand la peur dicte les comportements

Comportement	Exemple typique	Impact à long terme
Évitement des mouvements	Refus de s'accroupir, de monter des escaliers, de s'agenouiller ou de pratiquer un sport impliquant l'articulation.	Perte de mobilité, déconditionnement physique, majoration de la douleur et de la raideur.
Évitement visuel	Cacher ses genoux, détourner le regard des cicatrices ou des radios, demander à ne pas voir l'écran pendant un examen.	Renforcement de la peur, impossibilité de "normaliser" la vision de l'articulation.
Hyper-surveillance	Se palper sans cesse l'articulation, traquer les	Anxiété constante, interprétation catastrophique de sensations bénignes.

Comportement	Exemple typique	Impact à long terme
	craquements, vérifier la posture à l'excès.	
Réassurance compulsive	Demander sans cesse au médecin si "tout va bien", multiplier les examens malgré des résultats rassurants.	Dépendance aux avis extérieurs, maintien de la croyance "ça pourrait lâcher à tout moment".

Arthrophobie, douleur, handicap : CE QUE DISENT LES ÉTUDES

La peur comme facteur de handicap

Les données sur les phobies spécifiques montrent qu'elles sont loin d'être anodines : elles s'associent à un risque accru d'autres troubles anxieux et dépressifs, et à une limitation significative de la qualité de vie.

Dans les maladies articulaires, la peur-évitement du mouvement est identifiée comme un facteur clé du passage d'une douleur aiguë à une douleur chronique, avec une altération de la participation sociale et professionnelle.

Dans la polyarthrite rhumatoïde, par exemple, une proportion importante de patients rapporte des niveaux modérés à élevés de peur liée à l'activité physique, associés à une douleur plus intense et à une perception de moindre contrôle sur la maladie.

Quand les stratégies de protection deviennent contre-productives

Au niveau biomécanique, certaines études décrivent une **co-contraction musculaire excessive** autour du genou chez des patients douloureux et craintifs, notamment lors de la marche ou de la descente d'escaliers.

Si une certaine co-contraction protège et stabilise l'articulation, son excès augmente la pression de contact et peut favoriser la progression de lésions articulaires, tout en rendant chaque mouvement plus coûteux énergétiquement.

On retrouve ici un cercle vicieux classique : la peur pousse le corps à se raidir, ce qui majore la douleur, qui renforce à son tour la peur.

Peut-on vraiment sortir de l'arthrophobie ? LES TRAITEMENTS QUI FONCTIONNENT

Thérapies cognitivo-comportementales et exposition graduée

Les phobies spécifiques font partie des troubles les **mieux traités** en psychothérapie, en particulier grâce à la thérapie d'exposition : s'approcher progressivement de ce qui fait peur, dans des conditions sécurisées et maîtrisées.

Le principe est simple sur le papier : on diminue la peur en apprenant au cerveau, par l'expérience, que l'articulation peut bouger, être vue, touchée, sans que le scénario catastrophe ne se produise.

Les études sur les phobies spécifiques rapportent des taux d'amélioration très élevés avec ce type de prise en charge, avec une réduction durable des symptômes chez une large majorité de patients.

Une exposition adaptée aux articulations

Dans le cas de l'arthrophobie, l'exposition peut prendre des formes très concrètes :

- regarder des images neutres puis réelles de l'articulation, la sienne ou celle d'autrui ;
- observer lentement la zone en miroir, en décrivant ce que l'on voit plutôt que ce que l'on craint ;
- mobiliser doucement l'articulation, d'abord en amplitude réduite, puis dans des gestes fonctionnels (s'asseoir, se relever, monter une marche) ;
- reprendre graduellement des activités évitées, souvent en collaboration avec un kinésithérapeute ou un médecin du sport.

Le travail thérapeutique consiste à construire une **“hiérarchie de peur”** : du moins angoissant (regarder une illustration simplifiée d'un genou) au plus difficile (s'agenouiller pour jouer avec un enfant, retourner au sport), et à monter les marches une par une.

Médicaments, relaxation, alliance avec le corps

Dans certains cas, des médicaments peuvent être proposés en complément : anxiolytiques ponctuels ou antidépresseurs lorsque la phobie s'inscrit dans un trouble anxieux ou dépressif plus large.

Les techniques de régulation émotionnelle (respiration, relaxation musculaire, pleine conscience) ont un rôle important pour diminuer la réactivité physiologique lors des expositions et redonner un sentiment de capacité à gérer la montée de l'anxiété.

Enfin, le travail interdisciplinaire avec des professionnels de santé physique (rhumatologue, orthopédiste, kinésithérapeute) permet d'ajuster la prise en charge : vérifier la solidité de l'articulation, adapter les charges, apprendre les bons gestes.

Par où commencer quand on a peur de ses articulations ? FEUILLE DE ROUTE CONCRÈTE

Étape 1 Nommer ce qui se passe

Mettre un mot sur votre expérience (“peur de mes genoux”, “peur de plier mon coude”, “peur de voir ma cheville”) n'est pas un luxe lexical, c'est un acte de reprise de pouvoir. Les études sur les phobies montrent que reconnaître la nature excessive mais incontrôlable de la peur est déjà un premier pas vers le soin.

Étape 2 **Évaluer la place que la peur prend**

Quelques questions clés : Qu'est-ce que vous ne faites plus à cause de cette peur ? Combien de temps passez-vous à vérifier, éviter, vous rassurer ? Votre travail, votre vie sociale, vos loisirs sont-ils limités ? Les travaux sur la peur-évitement montrent que c'est l'impact fonctionnel, plus encore que l'intensité de la peur, qui doit motiver une prise en charge active.

Étape 3 **Parler à un professionnel formé aux TCC**

Un ou une psychologue spécialisé(e) en TCC ou en thérapie de l'anxiété pourra vous aider à construire un plan d'exposition progressif, à travailler les pensées catastrophiques ("mon articulation va lâcher", "je finirai handicapé") et à introduire des techniques de régulation émotionnelle.

Étape 4 **Impliquer la médecine somatique sans en être prisonnier**

Si vous avez une pathologie articulaire réelle (arthrose, polyarthrite, séquelle de fracture...), un bilan médical clair est utile pour établir ce qui est possible, ce qui doit être adapté, et ce qui est réellement à éviter. Les études montrent que se sentir acteur de son traitement améliore la qualité de vie, même en présence de douleurs persistantes.

Étape 5 **Avancer par "micro-défis" quotidiens**

Plutôt que de viser un grand geste héroïque ("reprendre le sport intensif"), on privilégie des micro-victoires : tenir 30 secondes à regarder son genou, fléchir légèrement, monter une marche en conscience, laisser son articulation visible en short ou en jupe. Ce sont ces répétitions discrètes qui reprogramment en profondeur le système de peur.

Une peur intime, rarement racontée, mais loin d'être rare

L'arthrophobie est un mot peu présent dans les livres, mais la réalité qu'il recouvre traverse les statistiques sur les phobies spécifiques, les douleurs articulaires chroniques, les peurs de blessures et les histoires de vie.

Si vous vous reconnaissez dans ces lignes, vous n'êtes pas "coincé à vie" avec cette peur. Les données accumulées sur les phobies spécifiques, la douleur et la peur-évitement montrent qu'un travail psychologique ciblé, soutenu parfois par une rééducation physique, permet à beaucoup de personnes de retrouver une relation plus paisible et plus **fiable** avec leur corps.

© <https://psychologie-positive.com/arthrophobie-comprendre-la-peur-des-articulations-et-comment-la-surmonter/>