



INCAPACITE ET LOMBALGIE CHRONIQUE

Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique

Dr Pierre VERSCHOORE – MPR Kerpape

Un constat

75% des lombalgies (communes) évoluent vers un retour à l'activité normale.

En France, par an :

- 176 000 A.T. avec arrêt,
- 50 jours d'arrêt en moyenne,
- 9 millions de journées de travail perdues.

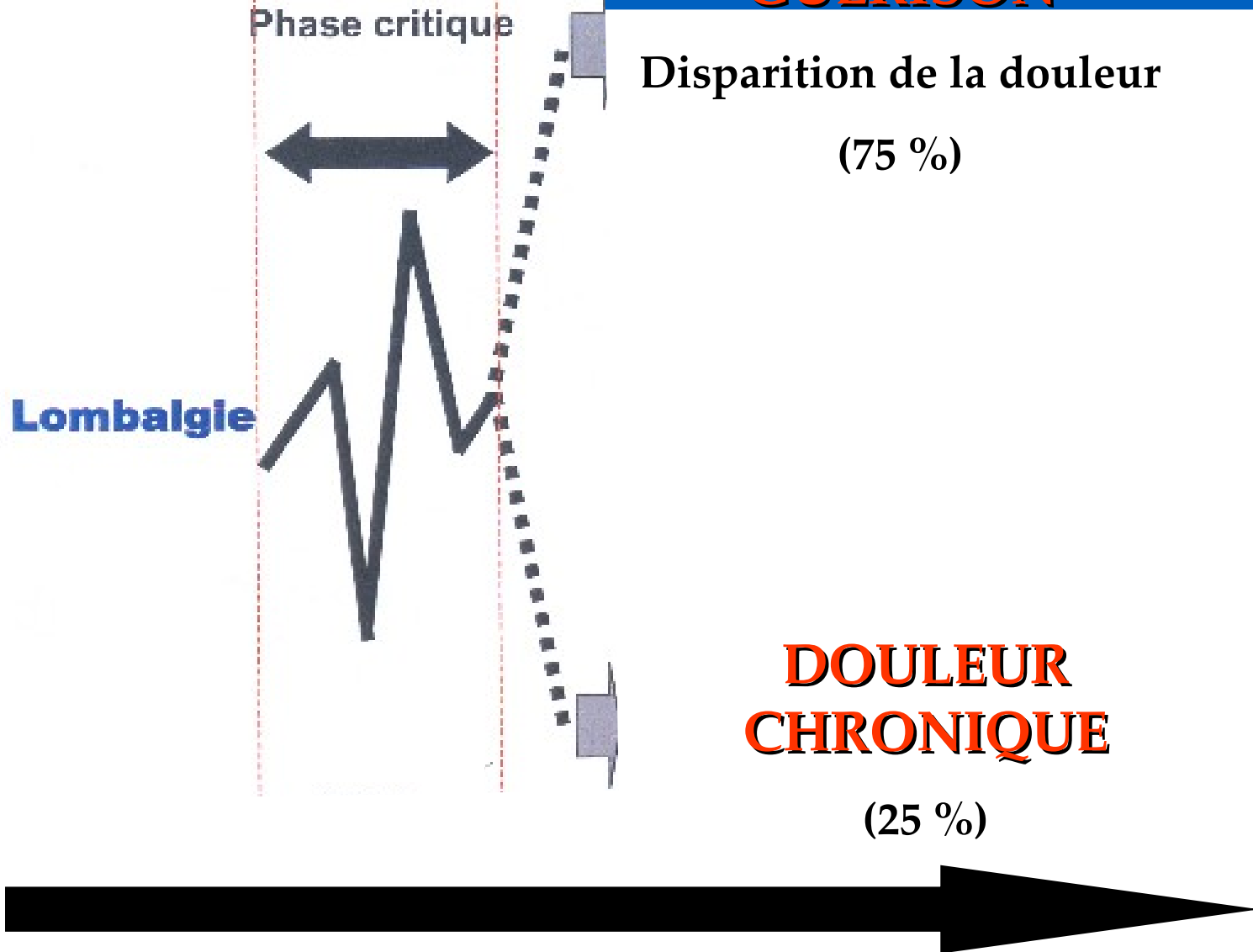
Définition « LOMBALGIE COMMUNE »

- Ne relève pas d'une affection spécifique :
 - inflammatoire,
 - infectieuse,
 - tumorale,
 - osseuse, fracturaire.
- Ni urgence médico-chirurgicale.

Il y a certainement de nombreux progrès à réaliser dans l'évaluation de la déficience....

"Task Force of Low back Pain in Workplace " 1995 IASP

- Concernant la lombalgie commune, une explication médicale est insuffisante pour rendre compte des variations de l'invalidité, et dans beaucoup de cas elle paraît peu contributive.
- Le problème majeur dans l'invalidité liée à la lombalgie non spécifique paraît être la médicalisation de la souffrance.



(Expertise collective Inserm 2000)

Douleur aiguë/ Douleur chronique

Lombalgie commune

		Modèle	Mécanisme générateur	Réactions somato- végétatives	Composante affective	Finalité biologique	Objectif Thérapeutique
Aiguë (lésion) <3mois	Symptôme	Médical Classique	Uni factoriel (lésion douleur)	Réactionnelles	Anxiété	Utile Protectrice Signal d'alarme	Curatif
Chronique (séquelle) > 3mois	Syndrome	Bio-psycho- social	Plurifactoriel	Habitude ou entretien (Comportement appris)	Dépression	Inutile Destructrice Douleur maladie	Réadaptatif

Lombalgie chronique

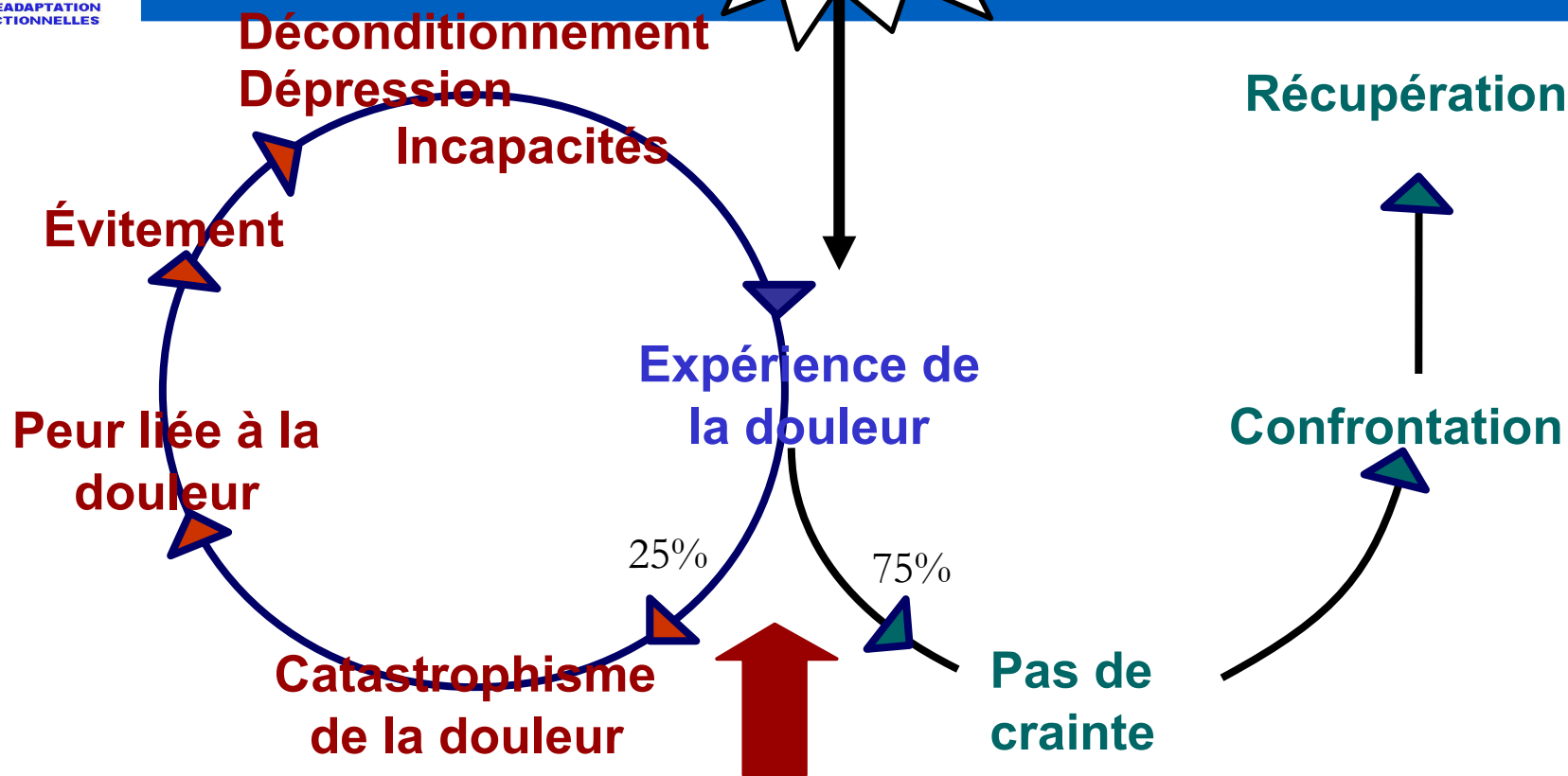
Changement de paradigme

Durand, M.-J., Loisel, P., Hong, Q.N., Charpentier, N. (2002).

*Helping clinicians in work disability prevention : the Work Disability Diagnosis Interview.
Journal of Occupational Rehabilitation, 12(3), 191-204.*

- Le problème principal de santé n'est plus le mal de dos par lui-même.
- C'est l'incapacité prolongée engendrée par le mal de dos chez 20 % à 25 % de cette population.





Émotion négative provenant
d'informations menaçantes
sur la maladie

Expérience antérieure

(Vlaeyen et al. 2000)

Evaluations des composantes psychologiques de la douleur

- Peur de la douleur.
- Peur du mouvement.
- Croyances concernant les causes et mécanismes.
- Statut émotionnel de la douleur.
- Stratégies d'évitement ou coping.
- Fear Avoidance Belief Questionnaire (F.A.B.Q.).

Stratégies d'évitement ou coping

- 6 grandes stratégies d'adaptation Psycho :
 - Distraction,
 - Réinterprétation de la douleur,
 - Dramatisation,
 - Efforts pour ignorer la douleur,
 - Tendance à la prière,
 - Recherche de soutien Social.

- La dramatisation est péjorative ++.

Etude de l'impact des dysfonctionnements psychologiques sur les AVQ et les Activités professionnelles.

- FABQ1 = appréhension au travail
- FABQ2 = convictions et comportements d'évitement ./effort et activités physique

Version du FABQ en Français

ANALYSE SUR LA NOTION D'APPREHENSION-EVITEMENT

N° dossier CHSF :

NOM :

Prénom :

Age :

Date :

Voici des notions que d'autres patients nous ont exprimées au sujet de leur douleur. Pour chaque affirmation veuillez entourer un chiffre de 0 à 6 pour indiquer combien les activités physiques telles se pencher, soulever, marcher, conduire, influent ou pourraient influencer sur votre mal de dos. Entre 0 et 6 le chiffre que vous entourerez exprimera le degré d'accord ou de désaccord avec la proposition.

	désaccord		incertain		Accord
	total				total
1 Ma douleur a été provoquée par l'activité physique					
2 L'activité physique aggrave ma douleur.....					
3 L'activité physique pourrait abîmer mon dos.....					
4 Je ne devrais pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur.....					
5 Je ne peux pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur.....					

Les affirmations suivantes concernent la manière dont votre travail habituel influe ou pourrait influencer sur votre mal de dos

	désaccord		incertain		Accord
	total				total
6 La douleur a été provoquée par mon travail ou par un accident de travail					
7 Mon travail a aggravé ma douleur.....					
8 J'ai droit à une indemnisation pour ma douleur.....					
9 Mon travail est trop dur pour moi.....					
10 Mon travail augmente ou pourrait augmenter mes douleurs.....					
11 Mon travail pourrait abîmer mon dos.....					
12 Je ne devrais pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle.....					
13 Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle.....					
14 Je ne peux pas faire mon travail habituel avant que mes douleurs soient traitées efficacement.....					
15 Je ne pense pas que je pourrai reprendre mon travail habituel avant 3 mois					
16 Je ne pense pas que je pourrai un jour être capable de reprendre ce travail					

Score

Facteur 1 : notion d'appréhension-évitement concernant le travail - items 6,7,9,10,11,12,15

Facteur 2 : notion d'appréhension-évitement concernant l'activité physique - items 2,3,4,5

TOTAL FACTEUR 1 :	0
TOTAL FACTEUR 2 :	0
TOTAL	

adresse :

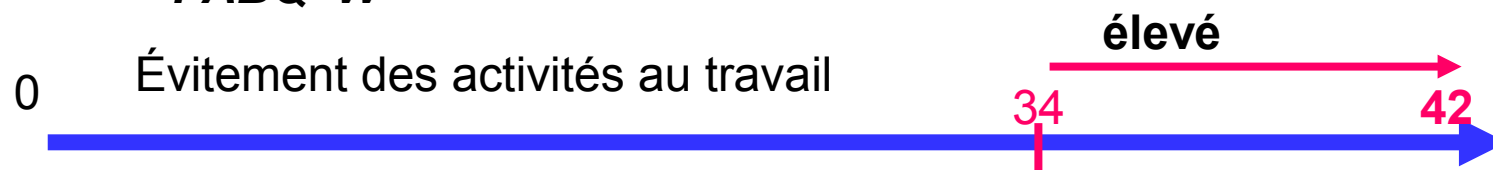
tél :

profession :

Fear Avoidance Belief Questionnaire

Waddell et al. Pain 1993;53:157-168

✓ **FABQ W**

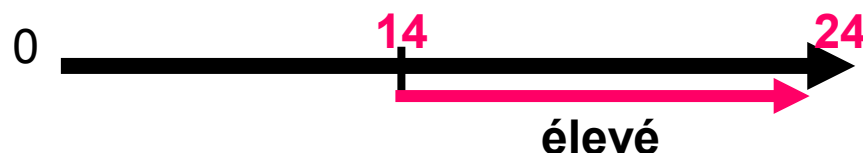


Score 0-42

Élevé : 34- 42

✓ **FABQ Phys**

Évitement des activités physiques



Scores: 0-24

Élevé >14/24

Intérêt du FABQ

Corrélation ++ AVQ et professionnelles

- FABQ 1 // arrêt de W ou demandes de compensations
- FABQ 2 augm. ➔ AVQ diminuées
- FABQ total = prédictif du retour à l'emploi après RFR



Cognitions - incapacité

niveau de preuve

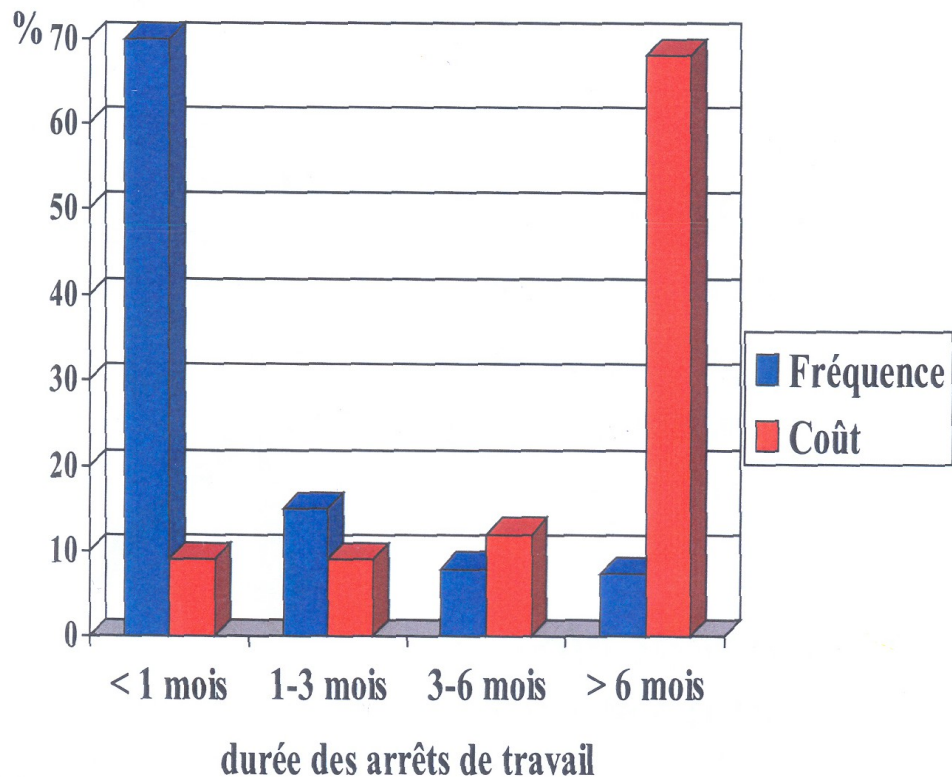
- **Évidence forte A** : les attitudes, cognitions, croyances et « la peur évitement de la douleur » sont impliquées **dans le niveau d'incapacité.**
- **Évidence forte A** : les cognitions liées à la douleur, comme le catastrophisme sont fortement **corrélées à la douleur et à l'incapacité.**
- **Évidence forte A** : la dépression, l'anxiété, la détresse, et les émotions sont fortement **corrélées à la douleur et à l'incapacité.**
- **Évidence forte A** : la perception d'un état de santé fragile est fortement **corrélé à la douleur chronique et à l'incapacité.**

La kinésiophobie - une notion à connaître

- La kinésiophobie se réfère à une peur excessive, irrationnelle et incapacitante du mouvement et de l'activité physique résultant d'une sensation de vulnérabilité vis à vis d'une lésion douloureuse, ou récidue de lésion (Kori, Miller, & Todd, 1990).
- La kinésiophobie apparaît comme un meilleur prédicteur de l'incapacité observable et rapportée que la sévérité de la douleur (Crombez, Vlaeyen, Heuts, & Lysens, 1999).



L'incapacité prolongée engendre la majorité des coûts pour le système de santé.



7,4 % des arrêts de travail supérieurs à 6 mois :

⇒ 68 % des journées de travail perdues

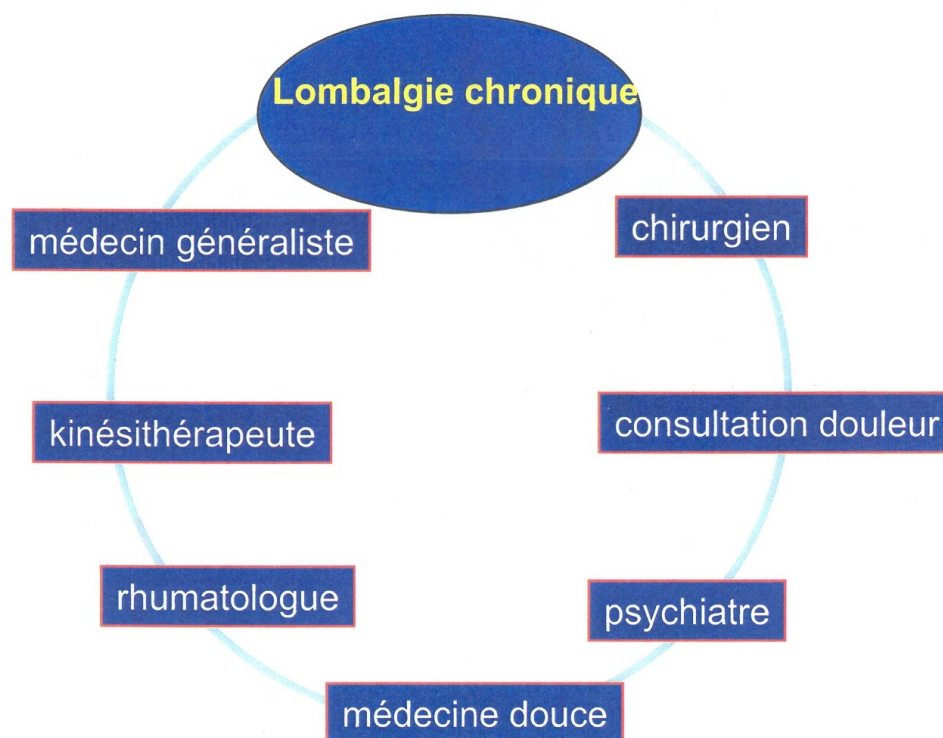
⇒ 76 % des coûts d'indemnisation (AT/MP)

Modèle Biopsychosocial des données probantes

Les évidences démontrent l'importance de :

- ➞ **Vis à vis du travail** : de rassurer le travailleur quant à sa condition (*Indahl, et a. 1995*).
- ➞ **La reconnaissance et la prise en compte du syndrome de déconditionnement chez le travailleur blessé** (*Mayer & Gatchel, 1989*).
- ➞ **Considérer la contribution des facteurs psychosociaux et socio-économiques propres à la problématique de l'incapacité prolongée** (*Franck et al., 1996; Truchon & Filion, 2000*).
- ➞ **L'adhésion à une approche cognitivo-comportementale de la douleur** (*Fordyce, 1994; Linton, 1998*).
- ➞ **Selon plusieurs auteurs, une intervention multidisciplinaire peut favoriser la retour au travail, de la clientèle visée** (*Guzman J et al., 2001*).
- ➞ **La réadaptation intégrant le milieu de travail et s'appliquant de façon plus précoce avait un effet positif sur le retour au travail** (*Franck et al., 1998; Lindstrom et al., 1992*).

Errance douloureuse du lombalgique chronique



**Prise en charge
difficile**

**Impasse
thérapeutique**

Médecin généraliste, du travail ou spécialiste

Patient lombalgique en arrêt de travail et/ou
difficultés professionnelles

Pluridisciplinaire du Rachis

M.P.R., Rhumatologue, Chirurgien
orthopédiste, Neurochirurgien

Programme
de Restauration
Fonctionnelle
du Rachis
(R.F.R.)
centre

Programme
de Réadaptation
Individuelle
Active (R.I.A.)
libéral
1 h x 3 /semaine
(5 semaines)

- Autres
± bilan Mc Kenzie
- Chirurgie

R.F.R. - Modèle Biopsychosocial

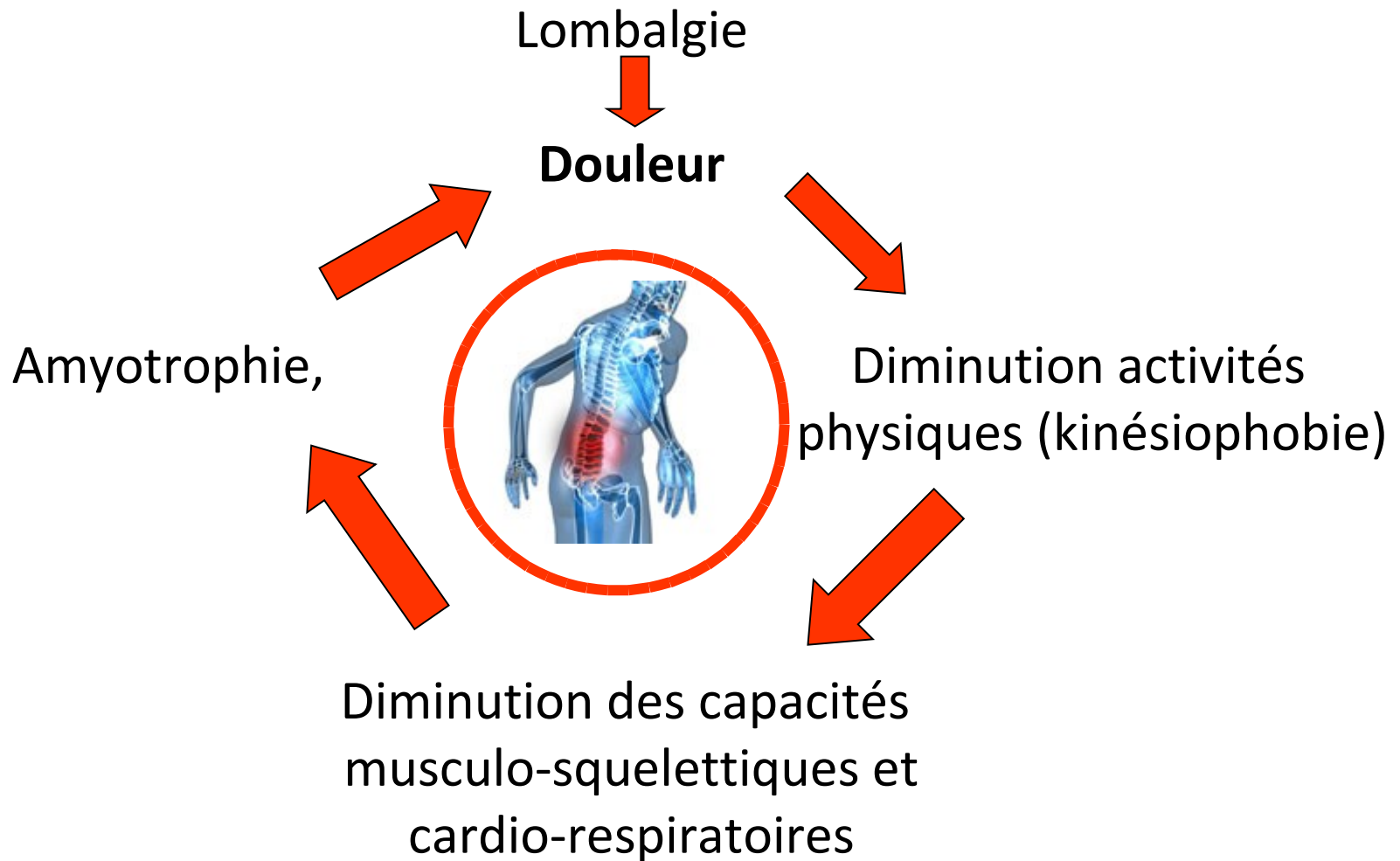
Manque	Education	Médecin
de connaissances		Psychologue Kinésithérapeutes Ergothérapeutes Moniteurs sport
Immobilité/rigidité	Activation gestuelle Apprentissages réassurance gestuelle	Moniteurs de sport Kinésithérapeutes Ergothérapeutes
Perte de force	Restauration Fonctionnelle Condition physique Fitness Expérience de l'activité +++	Moniteurs de sport Kinésithérapeutes
Détresse	Soutien psychologique	Psychologue Ergothérapeute Médecin Kinésithérapeute Infirmières/Aides soignantes
Dépression	Pharmacothérapie	Médecin
Comportement douloureux (opérant/répondant)	Thérapies Comportementales	Psychologue comportemental Equipe bb
Dysfonction cognitive	Thérapies Cognitives	Psychologue Equipe thérapeutique
“ Coping ” inadapté	Thérapies Cognitives	Psychologue +Médecin Equipe thérapeutique
Inadaptation au poste de travail	Ergonomie du travail	Ergothérapeute Médecin du travail Assistante sociale Médecin douleur

Lombalgie chronique

Prise en charge en kinésithérapie au centre
de Kerpape



Le syndrome de déconditionnement



Evaluation d'entrée

Bilan type RFR

But :

Evaluation du déconditionnement musculaire ➡ conséquence de la douleur.

Mobilité globale : DDS, DDP, inclinométrie en flexion et en inclinaison.

Extensibilité : IJ, DA, triceps, psoas.

Endurance : tests Ito et Sorensen.

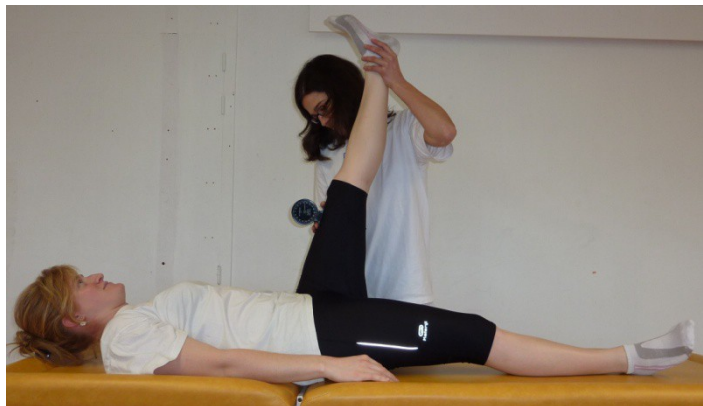
Evaluation hebdomadaire avec consultation médicale

But : fixer les objectifs à atteindre

Evaluation mobilité globale



Evaluation extensibilité musculaire



Evaluation endurance musculaire

Test Sorensen

Homme N: 150 sec



Test Ito

Femme N: 85 sec Homme N: 182 sec



Bilan Mc kenzie

But : recherche d'une préférence directionnelle qui :

- Améliore les autres amplitudes
Réponse mécanique
- Diminue et centralise la douleur
Réponse symptomatique

➡ cause de la douleur



Evaluation journalière :

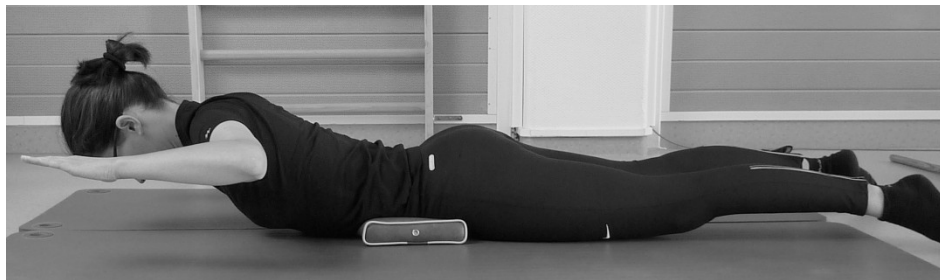
Amélioration des amplitudes ?

Abolition, diminution, centralisation de la douleur ?

But:

Réadaptation de l'exercice à réaliser plusieurs fois par jour.

Prise en charge



- Etirement des muscles sous pelviens.
- Assouplissement et renforcement musculaire (spinaux, abdos).
- En respectant une préférence directionnelle éventuelle.
- En autonomisant le patient :
 - Livret d'exercices adaptés.
 - Stimuler la diminution de prise antalgique en gérant la douleur avec des exercices Mc Kenzie.

En parallèle...

Collaboration +++ avec les éducateurs sportifs pour
adapter les activités selon la préférence
directionnelle

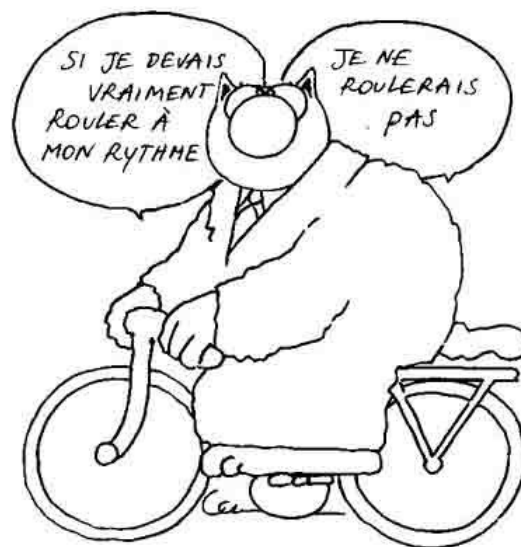


Orienter le réentraînement à l'effort

Extension lombaire :
Marche, stepper, vélo elliptique



Flexion lombaire :
Vélo



Orienter les activités sportives

Activité avec extension

Natation, tir à l'arc



Activité avec autres directions

Aquagym, Ping pong,
badminton



Fin de prise en charge

- Evaluation finale du déconditionnement : conseils d'auto-entretien avec livret distribué.
- Education thérapeutique du patient (ETP).



Approche socio psycho éducative comme complément des stratégies multidisciplinaires de soins

ETP et douleur chronique

■ Introduction :

- Diagnostic éducatif du patient.

■ Différentes dimensions :

- Bioclinique.
- Cognitive.
- Socioprofessionnelle.
- Psychoaffective.
- Projective.

L'E**d**ucation T**h**érapeutique du P**a**tient

« L'ETP a pour but d'aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes, à agir dans un sens favorable à leur santé, à leur bien-être »

Brigitte Sandrin-Berthon



Modalités prévues par la HAS

- Un programme d'ETP varie en fonction de la pathologie du patient, du contexte et de l'environnement.
- Il s'organise autour de quatre étapes :
 - Elaborer un diagnostic éducatif.
 - Définir un programme personnalisé précisant les priorités d'apprentissage.
 - Planifier et mettre en œuvre les séances individuelles et/ou collectives.
 - Réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme, proposer une ETP de suivi.

Enjeux pour le patient

- Il est au centre du dispositif destiné à l'aider à acquérir les compétences nécessaires.
- Le positionnement du patient est redéfini, il devient acteur de sa prise en charge.



cela lui permet de reprendre le contrôle.

L'ETP en pratique

- L'ETP optimise l'efficacité de la prise en charge du patient.
- Trois facteurs importants pour l'apprentissage :
 - L'accompagnement.
 - Le dialogue.
 - Le Coaching.

Accompagnement

- Partager les connaissances.
- Donner confiance au patient :
 - Liberté de parole.
 - Questionnement.

Dialogue

- Mise en place de débats
- Confrontation des idées
- Recherche de solutions à des problèmes très concrets

« Coaching »

- Préparer l'activité
- Partager l'évaluation
- Entretenir la motivation



Accompagnement actuel à Kerpape des patients lombalgiques chroniques



Rééducation pluridisciplinaire (1)

■ Kinésithérapie :

- Rééducation de type RFR (restauration fonctionnelle du rachis) :
 - ⇒ Reconditionnement à l'effort.
 - ⇒ Renforcement musculaire.
 - ⇒ Étirements.
- Rééducation selon la méthode McKenzie :
 - ⇒ Oriente et complète la RFR.

■ A.P.A (Activités Physiques Adaptées) :

- Reconditionnement à l'effort.
- Désinhibition motrice.
- Elaboration d'un projet d'Activités Physiques Adaptées personnalisé.

Rééducation pluridisciplinaire (2)

■ Ergothérapie :

- Objectifs :

- ⇒ Evaluer la douleur
- ⇒ Connaître les habitudes de vie
- ⇒ Faire émerger les situations de handicap et des demandes
- ⇒ Connaître les motivations du patient

■ Moyens :

- Bilan d'indépendance.
- Auto-questionnaire de Dallas.
- Entretien/dialogue.

Rééducation pluridisciplinaire (3)

- Service social et professionnel :
 - Analyse de la situation de travail.
 - Aide aux démarches administratives sociales et professionnelles.
 - Visite du lieu de travail ou de formation.
 - Démarche éventuelle auprès de la MDPH.
 - Accompagnement au maintien de l'emploi ou lors du reclassement professionnel.

- Rendez-vous ponctuels : addictologue, dététicienne, psychologue...

ETP et douleurs chroniques

Caractéristiques d'un objectif thérapeutique à fixer avec le patient :

Ciblé
Réalisable
Evaluable
Désiré
Intéactif
Besoin
Licite
Economique



Retour à l'emploi des lombalgiques chroniques : l'expérience de Kerpape (SRISP)

Une démarche globale de réadaptation sociale et professionnelle
étroitement associée à la rééducation.

Appartenance au réseau COMETE France.



Résultats sur un an :

- Personnes accueillies par le secteur professionnel :
 - homme pour les 2/3,
 - 35 à 45 ans pour la majorité,
 - AT/MP pour 1/3,
 - Ouvriers/employés pour les $\frac{3}{4}$.
 - En arrêt depuis plus d'un an pour la moitié.
- La moitié font l'objet d'une demande de RQTH.
- La moitié reprend une activité professionnelle.
- Délai de reprise suite au séjour : moins de 3 mois pour la majorité.

Conclusion

- En amont : rôle capital des médecins traitants, médecins conseils... pour prévenir la chronicisation.
- Une prise en charge pluri-modale et multidisciplinaire PRECOCE : gage de réussite.
- Importance du réseau pendant et après la prise en charge : homogénéité du message délivré au patient.

