



YELLOW FLAGS !

Qui ne sait pas dit un jour : « ce patient a un problème psychologique et non physique ... »
 Alors comment identifier les patients qui comportent des facteurs de risques de développer de réels
 freins à la rééducation lié à leur état psychosocial ?
 Les drapeaux jaunes sont là pour ça !!!!

► Quelle est leur utilité dans la pratique ?

Prenons l'exemple d'une lombalgie commune, est-ce une pathologie uniquement mécanique ? Si on se réfère au MDT, le thérapeute se focalise sur les symptômes du patient, et le symptôme principal est très souvent la douleur ou une perte de fonction qui découle en partie de la douleur. La lombalgie commune serait-elle un symptôme ? et non une pathologie ?
 La World Health Organization (OMS) la décrit ainsi : « la lombalgie n'a jamais été une maladie ou le diagnostic d'une pathologie quelconque. » [1]

D'après l'International Association for the Study of Pain, la douleur est définie comme une expérience émotionnelle et sensorielle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes. [2]

En usant de cette définition, on réalise que la douleur est bien plus qu'une simple information nociceptive venant d'un tissu endommagé, c'est en fait, une expérience émotionnelle et sensorielle très complexe. Gifford and Butler (1997) suggèrent de considérer la douleur comme l'interaction de de trois dimensions : sensorielle, cognitive et émotionnelle.

Encore plus loin, l'OMS (2001) encourage d'adopter une approche clinique qui incorpore à la fois les facteurs physiques et psychosociaux !

Rappelons nous, que 90 % des lombalgies prises en charge par les praticiens de santé sont des lombalgies communes [3]. Cette population de patients représente donc une part très significative de nos traitements effectués !!!

► Alors comment savoir si nos patients nécessitent une prise en charge adaptée à l'influence des facteurs psychosociaux dans leur contexte de douleur ?

Un système de drapeaux a été créé. Il met en évidence les facteurs de risques qui ont été développés pour alerter les cliniciens qu'il peut y avoir un risque de mauvais résultats dans le traitement d'une douleur lombaire pour des raisons autres que celles biomécaniques.

Historiquement, le système de drapeaux a été établi pour la colonne lombaire.

Plus récemment, certains auteurs les ont décrit selon la classification suivante [4] :

- drapeaux rouges : signes ou symptômes qui peuvent être annonciatif d'une pathologie sérieuse sous-jacente,
- drapeaux jaunes (psychosocial) : englobent les facteurs de risque psychologiques et sociaux / environnementaux,
- tandis que les drapeaux orange sont des indicateurs de pathologie psychiatrique,
- dans des contextes professionnels, les facteurs de risque psychosociaux peuvent être divisés en drapeaux bleus et en drapeaux noirs.

Les drapeaux psychosociaux nous permettent de travailler à partir d'un modèle biopsychosocial et de donner un cadre pour l'évaluation et la planification du traitement. Ces drapeaux ne sont pas un diagnostic ou un symptôme, mais une indication que quelqu'un peut ne pas récupérer comme prévu, et peut avoir besoin d'un soutien supplémentaire à retourner au travail. Ces drapeaux sont souvent désignés comme des obstacles à la récupération. Les facteurs psychosociaux déterminent les résultats tels que les niveaux d'activité, de participation et de travail, mais semblent moins pertinents pour l'évolution des symptômes. [5] [6]

Remarque : Drapeaux rouges et drapeaux jaunes ne sont pas exclusifs - un patient peut nécessiter une intervention dans les deux zones en même temps.

► « Mais en pratique, comment peut-on identifier un drapeau jaune ? »

Plusieurs questionnaires ont été développés comme par exemple The L&H Questionnaire développé par Linton et Halden ou The acute low back pain screening questionnaire [7]. Ils évaluent la gestion de la douleur, les niveaux d'anxiété, les croyances sur le travail et le niveau d'activité. D'autres questionnaires existent pour la mesure de la peur d'évitement, la peur du mouvement et de l'auto-efficacité...

► « Comment peut-on associer tous ces questionnaires dans notre pratique clinique ? »

De nombreux questionnaires existent pour identifier les drapeaux en détail. Mais un questionnaire n'est qu'une partie de notre processus d'évaluation clinique et n'est pertinent qu'en complément de l'utilisation d'autres méthodes (le MDT of course!) !

Wadell (2004) a décrit un moyen mnémotechnique pour les cliniciens, afin de les guider lors de l'évaluation clinique pendant l'histoire subjective du patient : A, B, C, D, E, F, W. [7 BIS]

| A (Attitude) | / Attitude et croyance au sujet de la douleur |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> > La croyance que la douleur est nuisible, que son activation entraîne un comportement de peur-évitement, > Croyance que toute douleur doit être abolie avant de tenter de retourner au travail ou à une activité normale, > Attente d'une augmentation de la douleur avec l'activité ou le travail, le manque de capacité à prédire la charge non irritable, > Catastrophising, penser au pire, une mauvaise interprétation des symptômes corporels > La croyance que la douleur est incontrôlable > L'attitude passive à la réhabilitation | |

| B (Behiavour) | / Comportements |
|--|-----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> > L'utilisation d'un repos prolongé, disproportion de "temps d'arrêt" > un niveau d'activité réduit avec un retrait significatif des activités de la vie quotidienne > participation irrégulière ou mauvaise à l'exercice physique, > évitement de l'activité normale et substitution progressive du mode de vie loin de l'activité > Rapport d'une intensité très élevée de la douleur, par exemple, au-dessus de 10, sur une échelle visuelle analogique 0-10 > Une dépendance excessive sur l'utilisation des aides ou des appareils > la qualité du sommeil réduit depuis l'apparition de maux de dos > apport élevé d'alcool ou d'autres substances (peut-être de l'auto-médication), avec une augmentation depuis l'apparition de maux de dos > fumer | |

| C (Compensations issues) | / Questions de rémunération |
|--|-----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> > Perte financière, > Retard dans l'accès à un soutien du revenu et sur les coûts de traitement, > Historique d'un arrêt de travail prolongé en raison d'une blessure ou d'un autre problème douloureux (par exemple plus de 12 semaines) > Historique d'une douleur vertébrale précédente, avec une demande d'indemnisation ou d'arrêt de travail, > expérience antérieure d'un cas de traitement inefficace | |

D (Diagnosis and Treatment) / Diagnostic et Traitement

- > Les interventions des professionnels de santé doivent sanctionner le handicap et promouvoir la fonction,
- > Éviter les expériences des diagnostics contradictoires qui entraînent la confusion,
- > Langage conduisant au catastrophisme et la peur,
- > Dramatisation de maux de dos par les professionnels de la santé, dépendance aux traitements et à la poursuite de soins passifs.

E (Emotions)

/

Émotions

- > La peur de la douleur augmente avec l'activité ou de travail,
- > Dépression (faible humeur particulièrement à long terme),
- > Plus irritable que d'habitude,
- > Présence d'une anxiété sociale ou d'un désintérêt pour l'activité sociale,
- > Se sentir inutile et non nécessaire.

F (Family)

/

Famille

- > Partenaire sur-protecteur, mettant l'accent sur la crainte d'une lésion ou encourage le catastrophisme (généralement bien intentionnés),
- > Aide au comportement de sollicitude (la prise en charge des tâches),
- > Manque de soutien, de personne à qui parler de problèmes.

W (Work)

/

Travail

- > Changements d'emploi fréquents, expérience du stress au travail, insatisfaction au travail, mauvaises relations avec les pairs ou les superviseurs,
- > La croyance que le travail est nocif, qu'il fera des dommages,
- > Un environnement défavorable ou malheureux
- > Un faible niveau d'éducation, faible statut socio-économique

► « **OK ! Je sais identifier les yellow flags, mais qu'est ce que j'en fait ?** »

Le processus de raisonnement clinique est le suivant [8] :

- (1) Identifier les drapeaux – recherche des facteurs de risques,
- (2) Développer un plan – nous sommes les principaux acteurs de communication avec le patient,
- (3) Prendre des mesures – utiliser une approche graduelle (étagée) : juste ce qu'il faut, quand il faut !

► « **Hum, hum !!! Comment je l'intègre à mon évaluation MDT ?** »

→ Observation - la façon dont le patient se comporte, interagit avec les autres, et parle de son état et de son travail. Cela commence dans votre salle d'attente et lors de son installation !

→ On poursuit dès le début de l'interrogatoire, celui-ci peut être débuté avec des questions ouvertes !

Kendall & Burton 2009 ont développé des questions clés - celles-ci vous donneront une idée des drapeaux jaunes qui peuvent être présents [9] :

- D'après vous, quel la cause de votre problème ?
- Qu'attendez-vous qui se passe par la suite ?
- Comment vivez-vous les choses ? Est-ce que cela vous déprime ?
- Quand pensez-vous que vous serez de retour au travail ? Qu'est-ce qui peut être fait au travail pour vous aider ?

→ Si la supposition de la présence de drapeaux jaunes est établie, il est alors nécessaire de réaliser une entrevue structurée lors de la poursuite de l'examen subjectif.

L'acronyme décrit précédemment a été développé pour aider à se rappeler quels domaines sont le plus à interroger : ABCDEFW.

Les résultats de nos évaluations nous donne les outils nécessaires pour la mise en place avec le patient d'un plan approprié de réhabilitation, ainsi qu'aux autres parties prenantes du processus. Traiter en prenant compte des résultats psychosociaux se traduira par de meilleurs résultats fonctionnels pour le patient. La présence de drapeaux psychosociaux ne devrait jamais être une raison pour exclure les patients d'un programme de traitement ou de réadaptation, ou de les radier comme des gens qui n'auraient pas la capacité à récupérer, mais de leur donner toutes les chances de récupérer grâce à la fourniture d'un soutien approprié. [10] [11]

Remarque : Les auteurs pensent que les facteurs psychosociaux commencent à devenir de plus en plus importante entre deux et six semaines suivant l'apparition du problème.

► **Comment pouvons nous apporter notre aide à quelqu'un qui présente des yellow flags lors de notre traitement MDT ? [12]**

→ Expliquer au patient qu'il a de grandes chances d'avoir un retour au travail et aux activités à la normale.

→ Le thérapeute doit être directif pour la planification de la réalisation d'examens qui permettront une évaluation « fiable » des progrès (échelle d'évaluation fonctionnelle). L'évaluation des progrès doit changer de cible, le patient ne doit plus se centrer sur le symptôme (la douleur) mais sur la fonction (un niveau d'activité). Au lieu de poser comme question au patient : « combien de fois avez vous ressenti votre douleur ? », demandez lui plutôt « qu'est ce que vous avez réussi à réaliser ? ». Face à ces réponses, le thérapeute doit exprimer un intérêt positif à l'amélioration quelque soit sa taille.

→ Encourager le patient à poursuivre son travail et à rester le plus actif, tant que possible, au moins une partie de la journée. Cela l'aidera à maintenir ses habitudes et ses relations de travail.

Remarque : Après 4 à 6 semaines, si l'amélioration est faible, il est nécessaire d'évaluer de manière spécifique les obstacles de retour au travail et d'y associer un traitement approprié (le traitement d'une détresse psychosociale ou d'une insatisfaction au travail ne peuvent pas être traitées de manière physique. Référer vers le professionnel adapté.).

→ Le thérapeute doit reconnaître les difficultés perçues par le patient dans les activités de la vie quotidienne tout en évitant de faire l'hypothèse que ces indications sont une raison valable d'éviter le travail ou les activités de manière stricte.

→ Faire un effort concerté pour expliquer au patient que plus long sera son temps d'arrêt de travail, moins il aura de chances de retourner au travail.

→ Alerter le patient que la croyance qu'il ou elle doit arrêter le travail et ne le reprendre que lorsque que le traitement n'aura pas fourni une « guérison totale » est un obstacle supplémentaire au retour à son niveau d'activité initial.

→ Promouvoir l'auto-gestion, l'auto-responsabilité du patient face à sa perte de fonction. Noter que ce développement d'auto-efficacité dépend des incitations et des retours effectués par les différents acteurs du traitement et autres.

→ Confirmer au patient que la poursuite de la recherche d'un diagnostic précis est inutile. Préparez-vous à dire « je ne sais pas » au lieu de donner des explications élaborées sur des spéculations.

→ Encourager les patients à reconnaître que la douleur peut être managée et contrôlée de telle sorte qu'un niveau d'activité et de travail normal soient maintenus.

→ Si des barrières au retour au travail sont identifiées et que le problème est trop complexe, il est paraît nécessaire de référer le patient à une équipe multidisciplinaire.

► Quels sont les effets néfastes de sous identifier les patients à risques ?

Une sous évaluation des facteurs de risques chez certains patients peut amener le thérapeute à renforcer par inadvertance les comportements de non fonction. Cela peut amener le patient à continuer de croire fermement que le mouvement est nocif pour lui et ne pas éprouver directement les effets néfastes de l'inactivité prolongée. Cela provoque un retrait aux participations sociales et aux activités professionnelles. Les facteurs cognitifs et comportementaux peuvent produire des

conséquences physiologiques importantes dont la principale est l'atrophie musculaire générale. Étant donné l'ancienneté des symptômes et le nombre antérieur de traitement, ces conséquences physiologiques peuvent eux même devenir des facteurs de risques. Le manquement d'identification des drapeaux jaunes peut être nocif pour le patient et contribue généralement au développement de la chronicité. [11] [12] [13]

► Quel peut être le risque de sur identifier des facteurs de risques ?

Une sur-identification des facteurs de risques peut amener le patient à avoir une mauvaise interprétation de l'origine de leurs symptômes ; comme signifiant que leur problème pourrait être traduit de physique au psychologique. Le patient risque de perdre confiance en lui même et en le thérapeute.

► Et une petite ouverture !

La motivation du patient à réaliser ses exercices est primordiale en MDT. Comment guider notre patient si l'évaluation initiale ne prend en compte que la part mécanique, indissociable de l'expression biopsychosocial que peut avoir le patient de son problème ?

D'ailleurs, l'interrogatoire n'est-il pas fait pour ça ? Nous perfectionnons notre raisonnement clinique mécanique, mais ne devrions nous également pas développer notre management face aux facteurs psychosociaux ?

Bibliographie

[1] George E. Ehrlich – *Low back pain* ; Bulletin of the World Health Organization 2003;81:671-676 .

[2] International Association for the Study of Pain - <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

[3] Haute Autorité de Santé - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/actes_kine_lombalgies_-_argumentaire_v2.pdf.pdf

[4] Main CJ, Watson PJ, Sullivan MJL. *Pain Management: Practical Applications of the Biopsychosocial Perspective in Clinical and Occupational Settings* ; Churchill Livingstone ; 2007.

[5] Kendall, N & Burton K. 2009 - *Tackling musculoskeletal problems – a guide for the clinic and workplace. The Stationery Office.*

[6] New Zealand Guidelines Group - *New Zealand Acute Low Back Pain Guide* ; october 2004 edition

[7] Sue Greenhalg and James Selfe 2006 - *Red Flags : a guide to identifying serious pathology of the spine*.

[7 BIS] Waddell, G. 2004 - *The Back Pain Revolution*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

[8] Nick Kendall, Kim Burton, Chris Main, Paul Watson - *Tackling Musculoskeletal Problems: A Guide for Clinic and Workplace Identifying Obstacles Using the Psychosocial Flags Framework*.

[9] Kendall, N & Burton K. 2009 - *Tackling musculoskeletal problems : a guide for the clinic and workplace*. The Stationery Office.

[10] Nicholas Kendall and Kim Burton – 2009 - *the Flags Think Tank book ; The Stationery Office (TSO) (ISBN 978-0-11-703789-2)*.

[11] Steven J. Linton, PhD, and Therese Andersson, MA - *Can Chronic Disability Be Prevented? A Randomized Trial of a Cognitive-Behavior Intervention and Two Forms of Information for Patients With Spinal Pain* - SPINE Volume 25, Number 21, pp 2825–2831

[12] New Zealand Guidelines Group - *Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain*. october 2004 edition.

[13] Rhiannon Buck, Gwenllian Wynne-Jones, Alice Varnava, Chris J Main and Ceri J Phillips - *Working with Musculoskeletal Pain*. Revue Pain 2009 Jun; 3(1): 6–10.

Autres ressources :

ICF – International Classification Functioning , Disability and Health. <http://apps.who.int/>

<http://www.paincommunitycentre.org/article/pain-chronicity-and-disability-flags-and-occupational-interventions-0>

Back pain and epidemiology review: The epidemiology and cost of back pain: Clinical Standards Advisory Group (Committee Chaired by Michael Rosen). Her Majesty's Stationery Office, London, 1994