

AXXON

QUALITÉ EN KINÉSITHÉRAPIE

15 NOVEMBRE 2014

SYMPOSIUM

ACTUALITÉ EN KINÉSITHÉRAPIE

Pourquoi et comment changer les croyances des patients lombalgiques ?

Demoulin Christophe, PhD
Université de Liège



ULB Auditoire Claude-Campus Erasme (Bât F) - Route de Lennik 808 à 1070 Bruxelles

En collaboration avec le service de Kinésithérapie

Hôpital
Erasme



Lombalgie: épidémiologie

- Prévalence vie entière: 80%
- En 2004, en Belgique coûts LBP = entre 270 millions et 1.6 milliards d'euro (couts directs et indirects)
- 90% lombalgies aiguës évoluent favorablement en 4-6 semaines
- Passage chronicité pour 5-10% → 50-70% coûts



Les durées d'arrêt de travail selon la catégorie de lombalgie et les probabilités correspondantes d'une reprise du travail

Lombalgie	Durée d'incapacité	Probabilité de retour au travail
aiguë	0 - 4 semaines	80 - 100 %
subaiguë	4 - 12 semaines	60 - 80 %
persistante	> 12 semaines	Moins de 60 %

D'après Rossignol M et al (2007): CLIP guidelines. Montréal, Canada

Lombalgie: épidémiologie

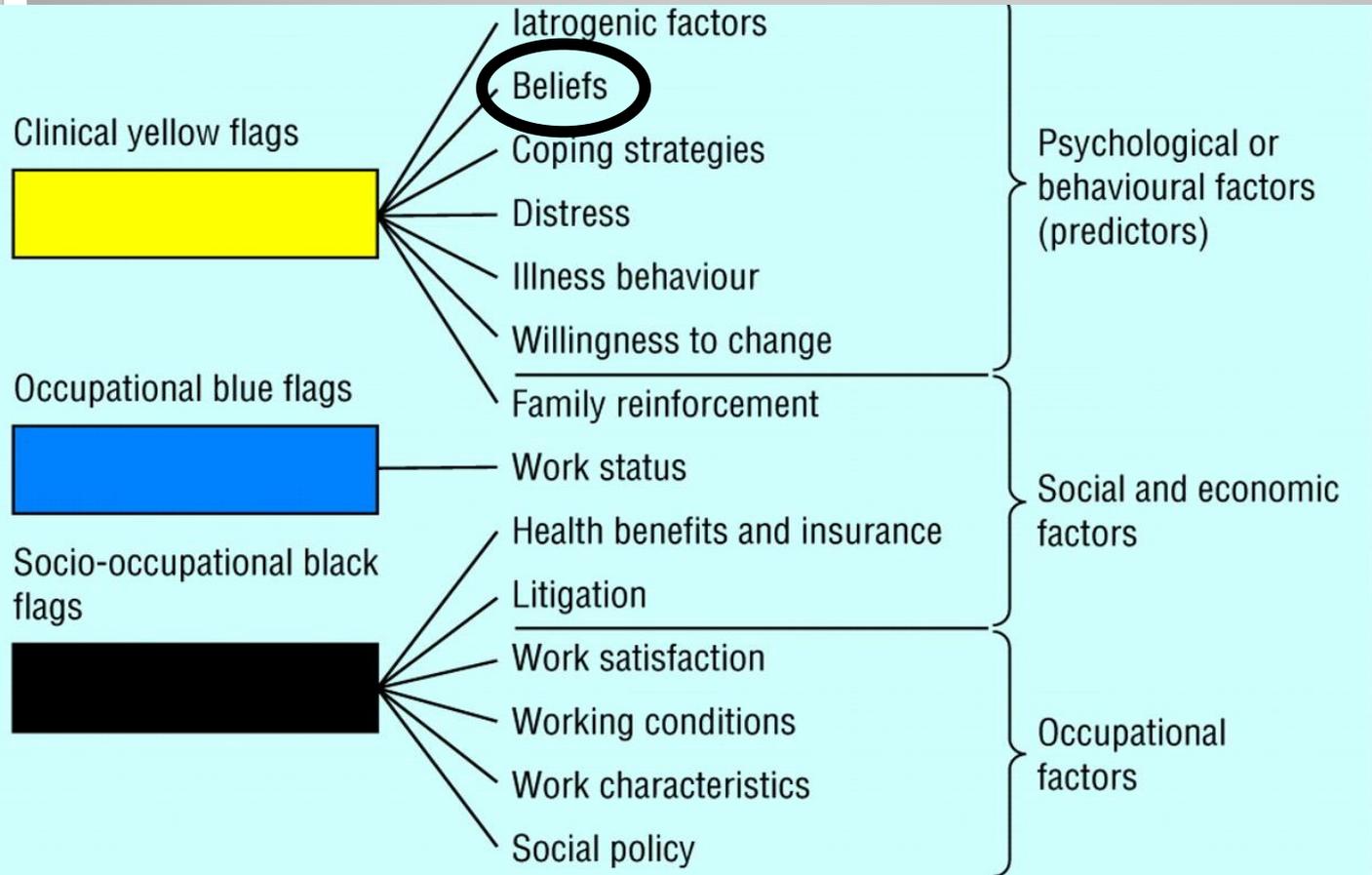
- Prévalence vie entière: 80%
- En 2004, en Belgique coûts LBP = entre 270 millions et 1.6 milliards d'euro (couts directs et indirects)
- 90% lombalgies aiguës évoluent favorablement en 4-6 semaines
- Passage chronicité pour 5-10% → 50-70% coûts



 Facteurs de risque ?



Facteurs de risque de passage (et maintien) à la chronicité



Attitude and beliefs
Behavior
Compensation
Diagnosis
Emotions
Family
Work

(Gatchel, 2004)

Les (fausses) croyances / « illness representations »

(Van Wilgen et al. 2014)

- Origine des symptômes

- maladie grave (tumeur,...) (Laerum et al. 2006)
- dos fragile (Zusman et al. 2013)



Les (fausses) croyances / « illness representations »

(Van Wilgen et al. 2014)

- Origine des symptômes
- Facteurs aggravants (AP et/ou prof)

Les (fausses) croyances / « illness representations »

(Van Wilgen et al. 2014)

- Origine des symptômes
- Facteurs aggravants
- Evolution (durée, chaise roulante,...)

Les (fausses) croyances / « illness representations »

(Van Wilgen et al. 2014)

- Origine des symptômes
- Facteurs aggravants
- Evolution
- Traitement:
 - Nécessité d'examens complémentaires, d'une chirurgie, non-intérêt des exercices, ... (Slade et al. 2014).
 - Sentiment d'auto-efficacité limité (« c'est uniquement le thérapeute qui peut faire quelque chose pour moi »)

Les (fausses) croyances / « illness representations »

1. If you have a slipped disk (also known as a herniated or ruptured disk) you must have surgery.
2. X-ray and newer imaging tests (CT and MRI scans) can always identify the cause of pain.
3. If your back hurts, you should take it easy until the pain goes away.
4. Most back pain is caused by injuries or heavy lifting.
5. Back pain is usually disabling.
6. Everyone with back pain should have a spine X-ray.
7. Bed rest is the mainstay of therapy.

Les (fausses) croyances / « illness representations »



- Conséquences

- Amplification expérience douloureuse

D+ = expérience consciente qui apparaît en réponse à activité d'un réseau particulier de cellules (« **pain neurotag** »)

● Denotes synaptic modulation

Beliefs —

Knowledge, logic —

Social context —

Anticipated consequences —

Other sensory cues —



Puentedura et al., 2012

(Butler & Moseley, 2003)

Les (fausses) croyances / « illness representations »

- Conséquences

- Amplification expérience douloureuse

Cellules cérébrales du « neurotag » de la D+ peuvent participer à d'autres neurotags (ex. : « HD neurotag »).



Fausse croyance relative à hernie discale peuvent
➔ D+ lombaires

● Denotes synaptic modulation

Beliefs —

Knowledge, logic —

Social context —

Anticipated consequences —

Other sensory cues —



Puentedura et al., 2012

(Butler & Moseley, 2003)

Les (fausses) croyances / « illness representations »

- Conséquences

- Favorise apparition épisode lombalgie (Linton et al. 2000)
- Retarde la récupération (Rainville et al. 2011)
- Accentue l'incapacité fonctionnelle (Rainville et al. 2011)
- Augmente durée IT

- ⇒ **Favorise passage à la chronicité**

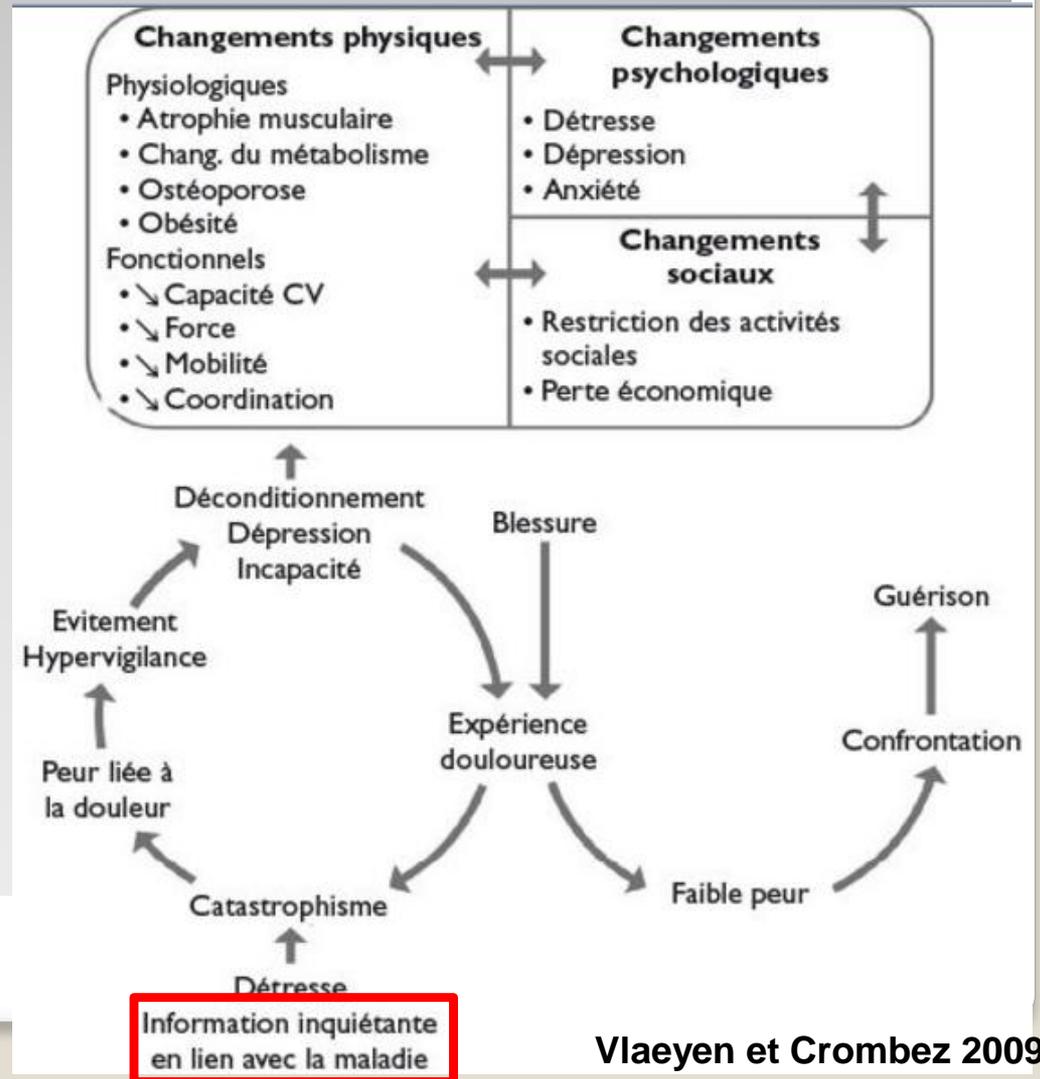
(Fritz et al. 2001, Buer et al. 2002, Picavet et al. 2002, Leeuw et al. 2007, Rainville et al. 2011, Wertli et al. 2014)

- ⇒ **Favorise le maintien de la chronicité**

(Pincus et al. 2006, Leeuw et al. 2007, Rainville et al. 2011)

Les (fausses) croyances / « illness representations »

- Conséquences



Les (fausses) croyances / « illness representations »

- Conséquences

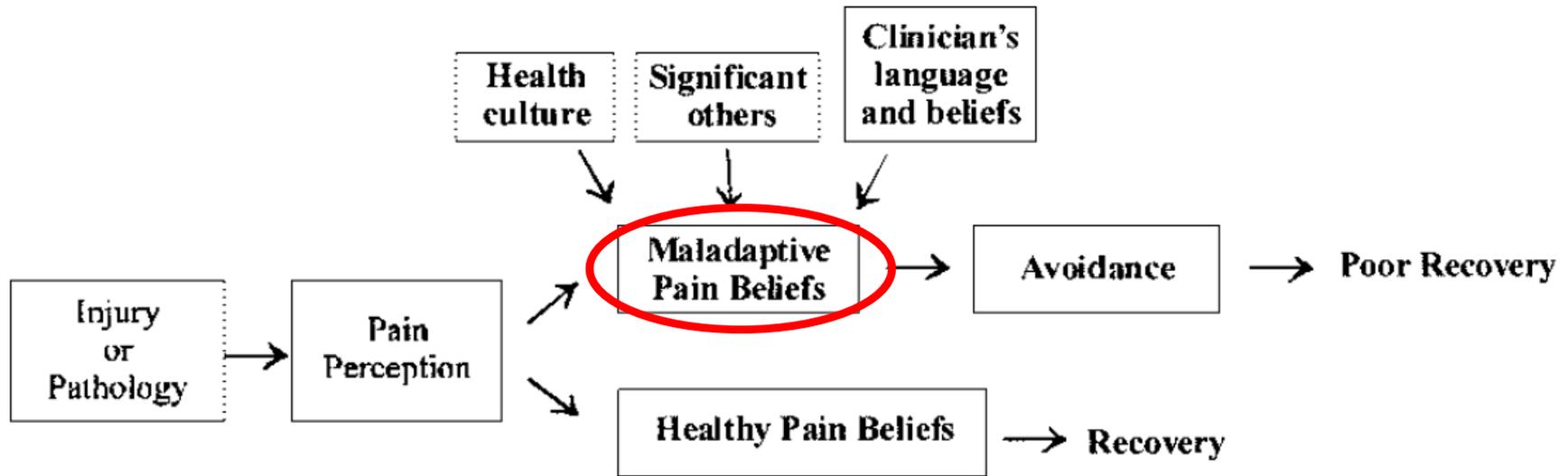


Figure 3. The social pathway model.

Les (fausses) croyances / « illness representations »

- Conséquences

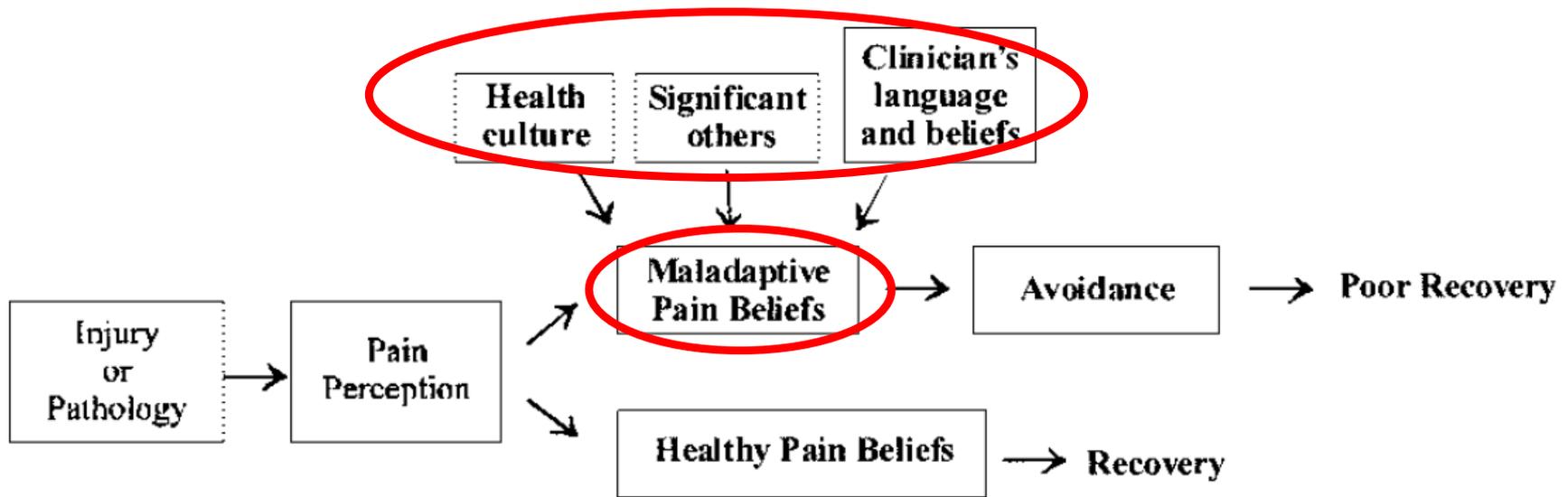
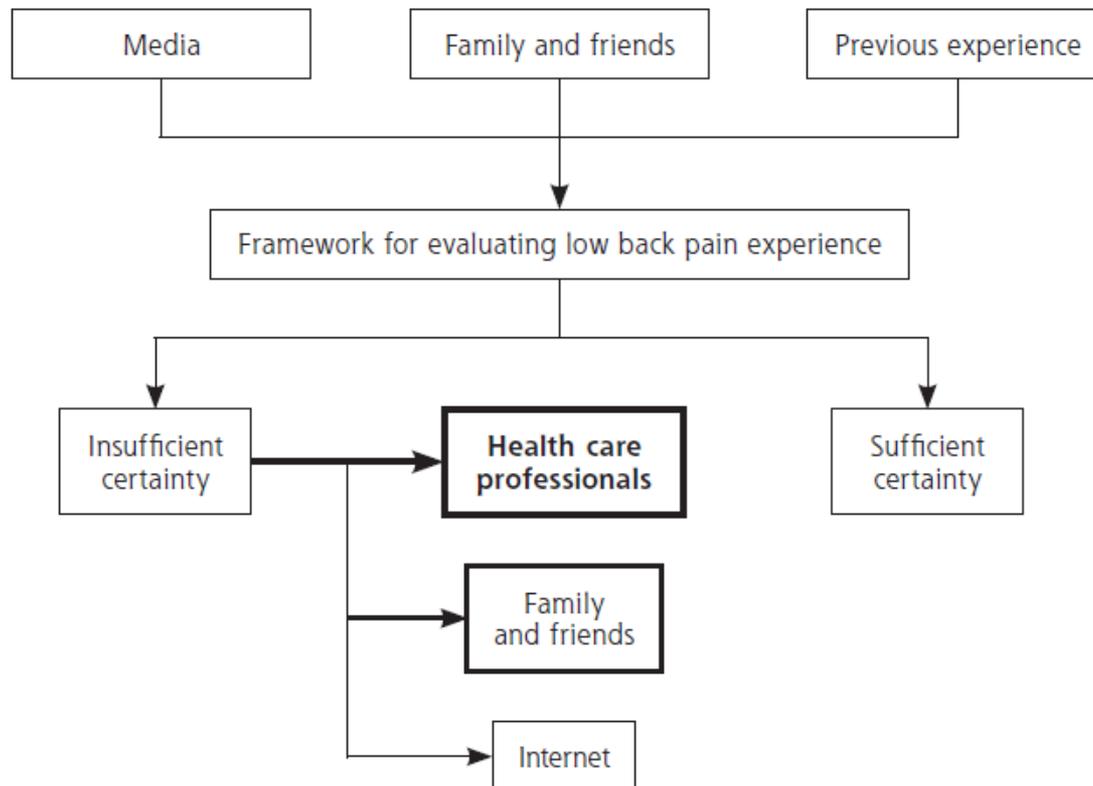


Figure 3. The social pathway model.

Les (fausses) croyances / « illness representations »

- Les croyances peuvent être influencées par...

Figure 1. Thematic framework.



Les (fausses) croyances / « illness representations »

Influence des thérapeutes

Leurs **attitudes/croyances**

Approche biomédicale demeure très présente !!
(Rainville et al. 2000, Linton et al. 2002, Coudeyre et al. 2006, Bishop et al. 2008, ...)

Croyances erronées de thérapeutes
ex: IT = solution appropriée si LB (Linton et al. 2002)

⇒ Discours et traitement prescrit inadéquats
ex: retour au travail et AVQ retardé, ...
(Houben et al. 2005, Darlow et al. 2013)

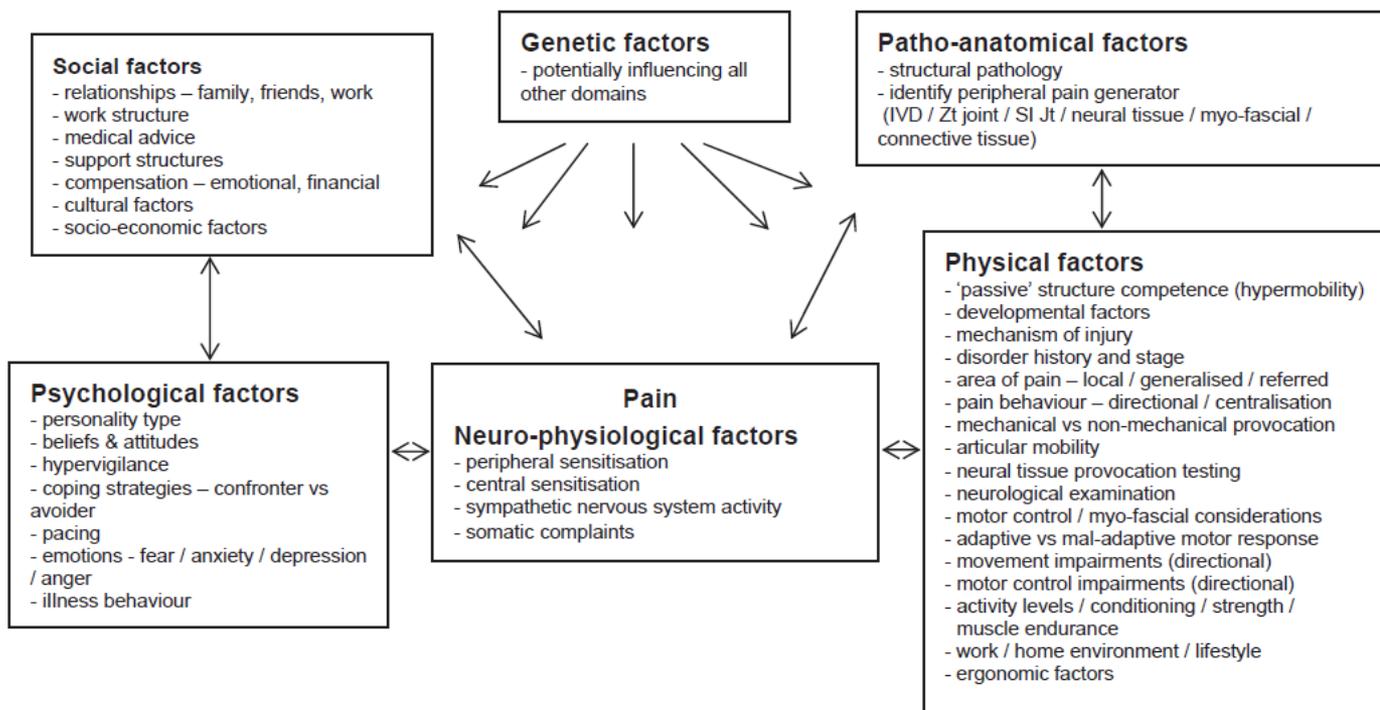
⇒ Evolution patient moins favorable
(Rainville et al. 2011)

Les (fausses) croyances / « illness representations »

Influence des thérapeutes

Leurs attitudes/croyances

P. O'Sullivan / Manual Therapy ■ (■■■■) ■■■-■■■



**Douleur
≠
Lésions/dommages
tissulaires**

Approche bio-psycho-sociale (Gatchel et al. 2007) qui est souvent insuffisante...

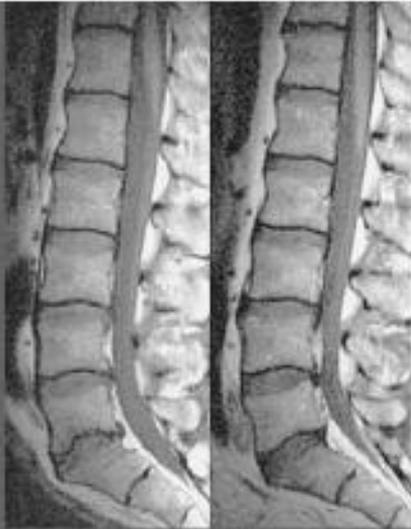
Approche bio-psycho-sociale nécessaire

car :

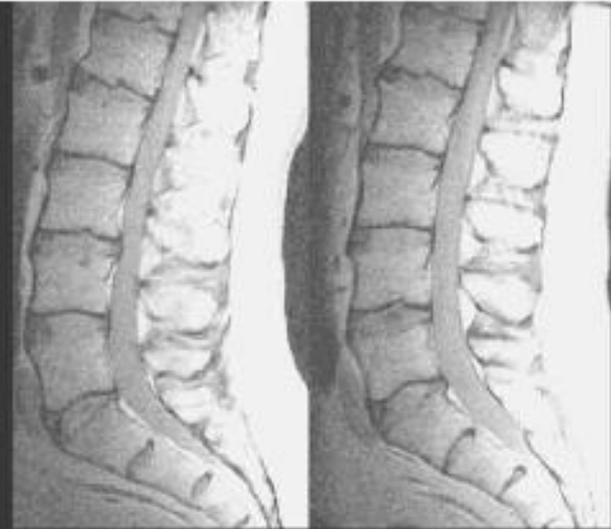
- Influence facteurs psychosociaux unanimement reconnus
- Efficacité des traitements classiques limitée en cas de LBC
- Efficacité des programmes préventifs d'économie rachidienne pas démontrée
- Anomalies dégénératives observées à l'imagerie sont + influencées par facteurs génétiques que par sollicitations mécaniques

The Twin Spine Study: Contributions to a changing view of disc degeneration†

M.C. Battié et al. / The Spine Journal 9 (2009) 47–59



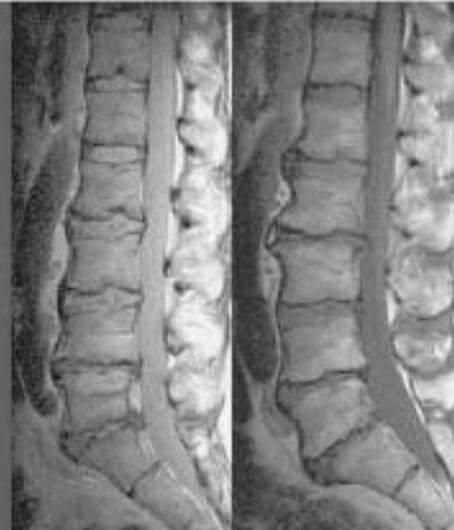
Journalist / Farmer (44-yr old)



Office worker / Truck driver (56 yrs old)

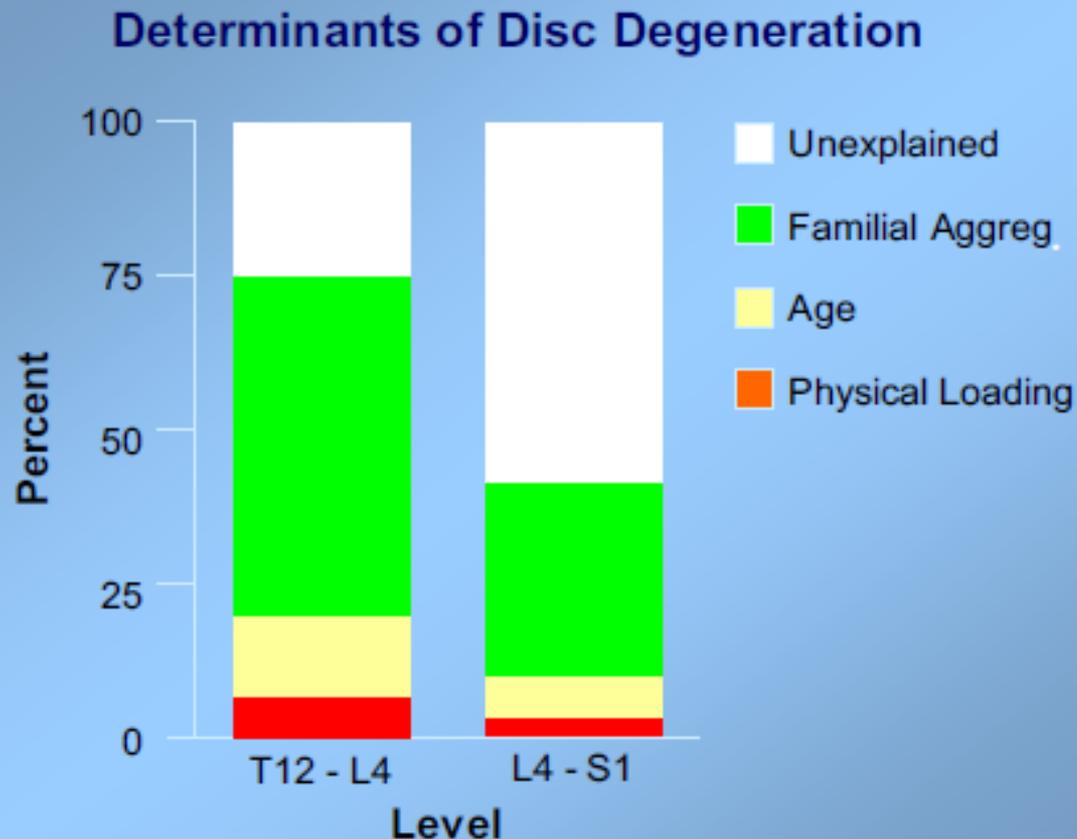


Programmer / Plumber (48 yrs old)



Bus Driver / Carpenter (49-yr old)

The Twin Spine Study: Contributions to a changing view of disc degeneration[†]



CONCLUSIONS: The once commonly held view that disc degeneration is primarily a result of aging and “wear and tear” from mechanical insults and injuries was not supported by this series of studies. Instead, disc degeneration appears to be determined in great part by genetic influences. Although environmental factors also play a role, it is not primarily through routine physical loading exposures (eg, heavy vs. light physical demands) as once suspected. © 2009 Elsevier Inc. All rights reserved.

Les (fausses) croyances / « illness representations »

Influence des thérapeutes

- Attitudes/croyances
- **Traitement proposé**

« Hands-on » ⇒ peut renforcer (fausses) croyances ET rôle passif du patient.

⇒ ATTENTION à ne pas le rendre
« dépendant »

Les (fausses) croyances / « illness representations »

Influence des thérapeutes

- Attitudes/croyances
- Traitement proposé
- **Communication/discours**

* Mauvaise capacité de communication, manque de réassurance (Laerum et al. 2006)

* Mots utilisés et interprétation patient (Barker et al. 2009, Sloan et al. 2010, Darlow et al. 2013).

Exemple: discopathie et arthrose = dos fragile



**Interprétation fréquente par le patient :
le dos doit être protégé
(Darlow et al. 2013)**

Speaking a different language - terms that could lead to problematic misunderstandings

Barker et al., 2009

Acute

Chronic

Recurrent

Muscle Weakness

Instability

Non-specific back pain

Neurological involvement

Trapped nerve

Paraesthesia

Managing your back pain

Coping

Psychological pain

Wear and Tear

Arthritis

Exercise

Activity

Disability

« incurable »

« le dos peut se bloquer à tout moment »

⇒ à réserver uniquement pour fractures instables et spondylolisthésis instables (O'Sullivan)

- « Le thérapeute ne comprend pas l'origine des D+ et la façon de la traiter »
- « le thérapeute pense que ça n'existe pas »
- « suggère que des examens complémentaires sont nécessaires »

Terme le + alarmiste:

« chaise roulante, tumeur, mort,... »

Terme aussi très inquiétant:

« gros soucis, incurable, qui va s'aggraver,... »

Les (fausses) croyances / « illness representations »

1. Messages that can harm in patients with nonspecific low back pain

Promote beliefs about structural damage/dysfunction

'You have degeneration/arthritis/disc bulge/disc disease/
a slipped disc'

'Your back is damaged'

'You have the back of a 70-year-old'

'It's wear and tear'

Promote fear beyond acute phase

'You have to be careful/take it easy from now on'

'Your back is weak'

'You should avoid bending/lifting'

Promote a negative future outlook

'Your back wears out as you get older'

'This will be here for the rest of your life'

'I wouldn't be surprised if you end up in a wheelchair'

Hurt equals harm

'Stop if you feel any pain'

'Let pain guide you'

Les (fausses) croyances / « illness representations »

- Influence des thérapeutes
 - Attitudes/croyances
 - Traitement proposé
 - Communication/discours
 - **Résultats imagerie**



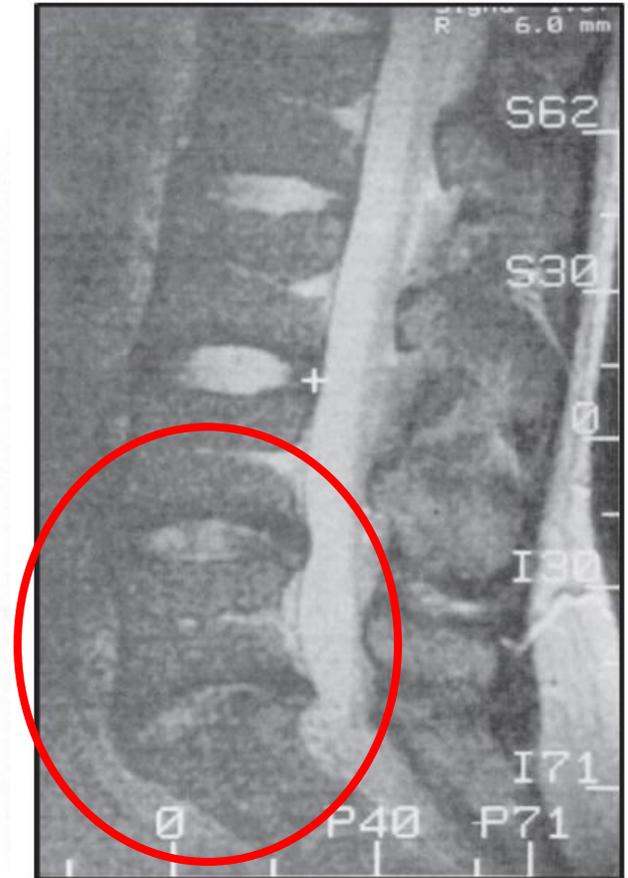
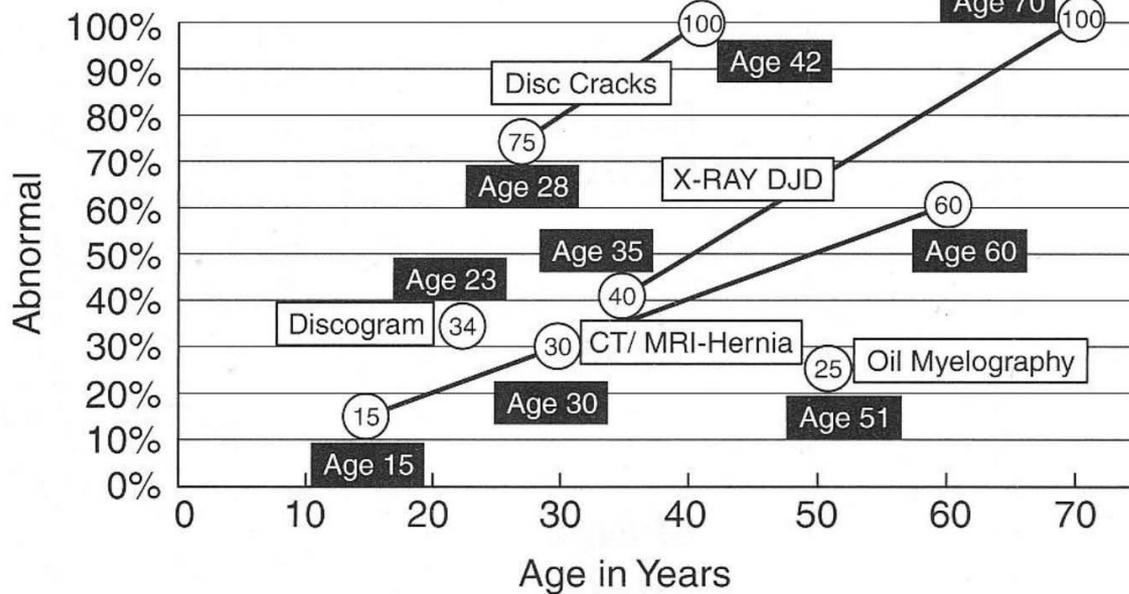
Effets néfastes potentiels (douleur majorée, suivi médical plus important) (Deyo, 2013) alors que...

Absence de corrélation entre imagerie et clinique est reconnue !

Les (fausses) croyances / « illness representations »

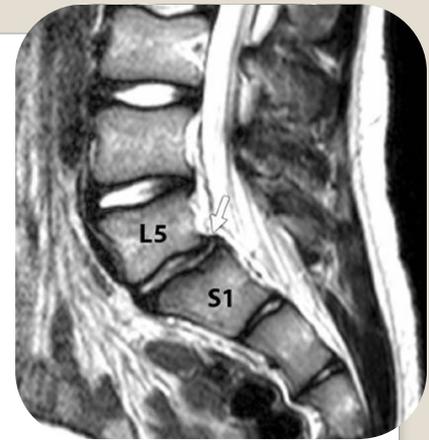
Absence de corrélation clinique - imagerie

Disc Findings in Normal Subjects



From Bigos S, Muller G, Primary care approach to acute and chronic back problems: Definitions and care. In: Loeser JD, ed. Bonica's Management of Pain, 3rd ed. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins, 2001

Les (fausses) croyances



Absence de corrélation clinique - imagerie

- ▶ Savage et al. (1997) : 32% des sujets asymptomatiques présentaient des anomalies objectivées à l'imagerie ; inversement aucune anomalie pour 47% des sujets avec D+.
- ▶ Takatalo et al. (2009): 50% de jeunes de 21 ans (n>500) présentaient au moins une dégénérescence discale à un niveau et 25% un débord discal.
- ▶ El Barzouhi et al. (2013): 1 an après une sciatique, 33-35% présentaient une « disc herniation » à l'IRM (% similaire entre sujets avec évolution favorable vs défavorable) .
- ▶ Rajeswaran et al. (2014): IRM de 98 joueurs de tennis élite junior (moy 18 ans) asymptomatiques: anomalie facettes: 90%, discopathie: 62%, protrusion: 30.6%,... (seuls 4 joueurs n'ont aucune anomalie !)

Brendan J. McCullough, MD, PhD
Germaine R. Johnson, MD
Brook I. Martin, PhD, MPH
Jeffrey G. Jarvik, MD, MPH

2010

Lumbar MR Imaging and Reporting Epidemiology: Do Epidemiologic Data in Reports Affect Clinical Management?¹

Comment: The following findings are so common in people without low back pain that while we report their presence, they must be interpreted with caution and in the context of the clinical situation. (Reference –Jarvik et al, Spine 2001)

Findings: (prevalence in patients without low back pain), Disk degeneration (decreased T2 signal, height loss, bulge) (91%), Disk T2—signal loss (83%), Disk height loss (56%), Disk bulge (64%), Disk protrusion (32%), Annular tear (38%)

Epidemiologic statement included in lumbar spine MR imaging reports.

**Inclusion données épidémiologiques ↘
prescription médicamenteuse et imagerie répétée**

The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review

Ben Darlow^{a,b,*}, Brona M. Fullen^c, Sarah Dean^d, Deirdre A. Hurley^c, G. David Baxter^b, Anthony Dowell^a

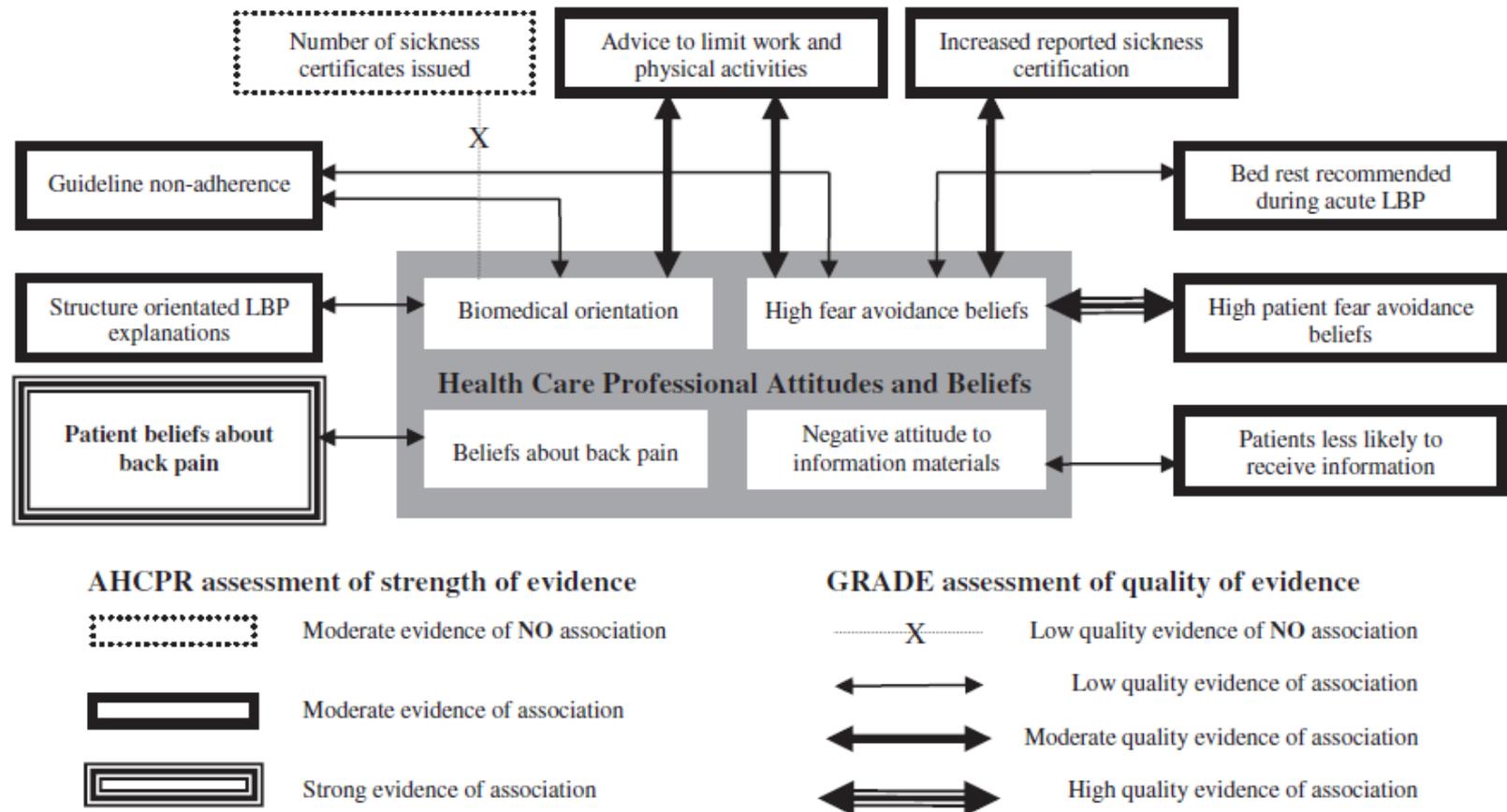


Fig. 2. Summary of strong and moderate evidence of the association between HCP attitudes and beliefs and patient-related factors for LBP.

The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review

Ben Darlow^{a,b,*}, Brona M. Fullen^c, Sarah Dean^d, Deirdre A. Hurley^c, G. David Baxter^b, Anthony Dowell^a

INFLUENCE FORTE ET DURABLE DU DISCOURS DES THERAPEUTES

AHCPR assessment of strength of evidence



Moderate evidence of NO association



Moderate evidence of association



Strong evidence of association

GRADE assessment of quality of evidence



Low quality evidence of NO association



Low quality evidence of association



Moderate quality evidence of association



High quality evidence of association

Fig. 2. Summary of strong and moderate evidence of the association between HCP attitudes and beliefs and patient-related factors for LBP.

Evaluation

- Anamnèse:
 - ⇒ Ecoute du patient
 - ⇒ Recherche des Yellow Flags



Evaluation

- Anamnèse
- Questionnaires spécifiques:
 - FABQ (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire)
 - * activités physiques
 - * activités professionnelles
 - TSK (Tampa Scale of Kinesiophobia)
 - IPQ-R (Illness Perceived Questionnaire)
 - PCS (Pain Catastrophizing Scale)
 -

Evaluation

- Anamnèse
- Questionnaires multidimensionnels:
 - **OMPSQ** (Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire)

ELSEVIER
MASSON

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 55 (2012) 263–278

AND REHABILITATION MEDICINE

Original article / Article original

Predicting chronicity in acute back pain: Validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

Prédire la chronicité dans la rachialgie aiguë : validation de la traduction française du questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

O. Nonclercq, A. Berquin *

12. Considérant tout ce que vous faites pour gérer la douleur, au cours d'une journée normale, comment êtes-vous capable de la diminuer ?	Coping	11-points Likert scale 0: incapable de la diminuer 10: capable de la diminuer complètement
13. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti tendu ou anxieux au cours de la dernière semaine ?	Stress	11-points Likert scale 0: complètement calme et relâché 10: aussi tendu et anxieux que je ne l'ai jamais été
14. A quel point avez-vous été gêné par un sentiment de dépression au cours de la dernière semaine ?	Depression	11-points Likert scale 0: pas du tout 10: extrêmement
15. À votre avis, quelle est l'ampleur du risque que votre douleur actuelle devienne persistante ?	Risk chronic	11-points Likert scale 0: pas de risque 10: risque très élevé
16. À votre avis, quelles sont les chances que vous soyez capable de travailler dans six mois ?	Chance working	11-points Likert scale 0: aucune chance 10: très grande chance
17. Si vous considérez vos habitudes de travail, votre hiérarchie (votre administration, votre direction. . .), votre salaire, vos possibilités de promotion, et vos collègues de travail, à quel point êtes-vous satisfait de votre travail ?	Job satisfaction	11-points Likert scale 0: pas satisfait du tout 10: complètement satisfait
<i>Voici certaines des choses que d'autres patients nous ont dites à propos de leur douleur. Pour chaque item, entourez un chiffre de 0 à 10 pour indiquer à quel point les activités physiques comme se pencher, soulever quelque chose, marcher ou conduire affectent ou pourraient affecter votre dos.</i>		
18. L'activité physique aggrave ma douleur.	Belief: increase	11-points Likert scale
19. Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue.	Belief: stop	0: pas du tout d'accord 10: complètement d'accord
20. Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle.	Belief: not work	
<i>Voici une liste de cinq activités. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre capacité actuelle à participer à chacune de ces activités.</i>		
21. Je peux faire un travail léger pendant une heure.	Light work	11-points Likert scale
22. Je peux marcher pendant une heure	Walk	0: je ne peux pas le faire à cause de la douleur
23. Je peux faire les travaux ménagers habituels.	Household work	10: je peux le faire sans que la douleur soit un problème
24. Je peux faire les courses de la semaine.	Shopping	
25. Je peux dormir la nuit.	Sleep	

Evaluation

- Anamnèse
- Questionnaires multidimensionnels:
 - OMPSQ (Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire)
 - **Start Back Screening Tool**

The Keele STarT Back Screening Tool – Fr

Nom du patient: _____ Date: _____

Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à ces 2 dernières semaines :

		Pas d'accord 0	D'accord 1			
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l'épaule ou au cou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4	Au cours des 2 dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5	Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7	Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8	De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) au cours des 2 dernières semaines?					
		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
		<input type="checkbox"/>				
		0	0	0	1	1

Score total (les 9 items): _____ Sous-Score (Items 5-9): _____



RDQ The Roland-Morris Low Back Pain and Disability Questionnaire

Patient name: _____

Place and date of completion: _____

Instructions: Please tick the box that best describes you

Legend: 1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = neither agree nor disagree, 4 = agree, 5 = strongly agree

Items 1-4: Strength, walking, carrying, and lifting.

Items 5-9: Daily activities, work, and overall well-being.

Items 10-14: Psychological and social aspects.

Items 15-17: Physical and mental health.

Items 18-20: Overall quality of life and satisfaction.

Items 21-23: Specific physical symptoms.

Items 24-26: Emotional and social symptoms.

Items 27-29: General health and well-being.

Items 30-32: Specific symptoms and signs.

Items 33-35: Overall health and well-being.

Items 36-38: Specific symptoms and signs.

Items 39-41: Overall health and well-being.

Items 42-44: Specific symptoms and signs.

Items 45-47: Overall health and well-being.

Items 48-50: Specific symptoms and signs.

Items 51-53: Overall health and well-being.

Items 54-56: Specific symptoms and signs.

Items 57-59: Overall health and well-being.

Items 60-62: Specific symptoms and signs.

Items 63-65: Overall health and well-being.

Items 66-68: Specific symptoms and signs.

Items 69-71: Overall health and well-being.

Items 72-74: Specific symptoms and signs.

Items 75-77: Overall health and well-being.

Items 78-80: Specific symptoms and signs.

Items 81-83: Overall health and well-being.

Items 84-86: Specific symptoms and signs.

Items 87-89: Overall health and well-being.

Items 90-92: Specific symptoms and signs.

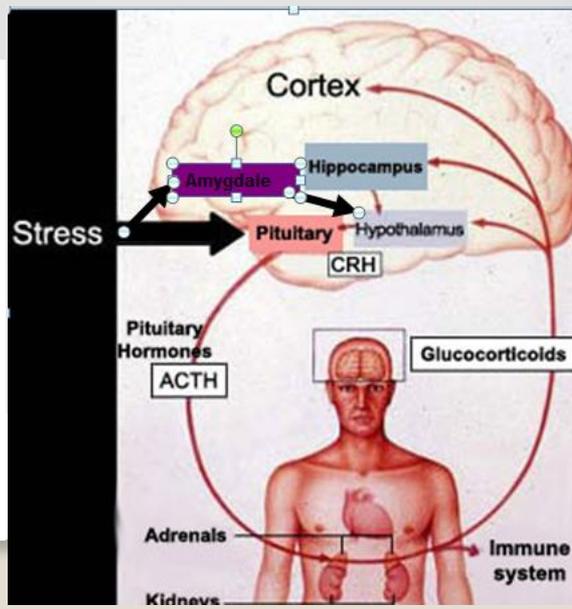
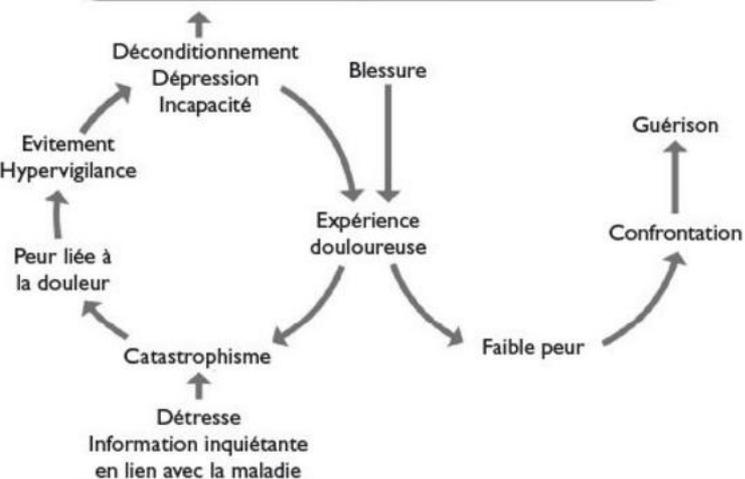
Items 93-95: Overall health and well-being.

Items 96-98: Specific symptoms and signs.

Items 99-100: Overall health and well-being.

Prise en charge

- Educative (Nicholas and George, 2011)
- Dédramatisation (Vlaeyen et al. 2007):
messages rassurants, explication des cercles vicieux,
intérêt des exercices,...



Prise en charge

- Educative (Nicholas and G
- Dédramatisation (Vlaeyen e
- messages rassurants, explica
- intérêt des exercices,...

Table 2
Summary of information and advice that may be useful for reducing fear-avoidance beliefs

Information

Spine degeneration is a normal part of aging, with its onset and progression largely determined by genetic factors

Physical activities are only minor contributors to spine degeneration

Low back pain results from a relatively benign process that includes a combination of spine degeneration, local inflammation, reaction of paraspinal muscles, and cognition

Chronic low back pain represents altered pain processing by the central nervous system that results in pain hypersensitivity in which low back pain can be evoked by innocuous normal stimulations of the spine and adjacent tissues and therefore lacks protective function

2. Messages that can heal in patients with nonspecific low back pain

Promote a biopsychosocial approach to pain

'Back pain does not mean your back is damaged – it means it is sensitised'

'Your back can be sensitised by awkward movements and postures, muscle tension, inactivity, lack of sleep, stress, worry and low mood'

'Most back pain is linked to minor sprains that can be very painful'

'Sleeping well, exercise, a healthy diet and cutting down on your smoking will help your back as well'

'The brain acts as an amplifier – the more you worry and think about your pain the worse it gets'

Promote resilience

'Your back is one of the strongest structures of the body'

'It's very rare to do permanent damage to your back'

Encourage normal activity and movement

'Relaxed movement will help your back pain settle'

'Your back gets stronger with movement'

'Motion is lotion'

'Protecting your back and avoiding movement can make you worse'

Address concerns about imaging results and pain

'Your scan changes are normal, like grey hair'

'The pain does not mean you are doing damage – your back is sensitive'

'Movements will be painful at first – like an ankle sprain – but they will get better as you get active'

Encourage self-management

'Let's work out a plan to help you help yourself'

'Getting back to work as you're able, even part time at first, will help you recover'

Prise en charge

- Educative (Nicholas and George, 2011)

- Dédramatisation,
messages rassurant
intérêt des exercices

The screenshot shows the website www.backactive.ca. The navigation bar includes links for Back Pain Basics, Protecting Your Back, Getting Active, Treatment, Resources, FAQ, Partners, Contact Us, and Home. The main content area features a blue header with the text "BACKPAIN DON'T TAKE IT LYING DOWN" and illustrations of people moving. Below this is an article titled "'Movement' is the new 'exercise'" by Jamie Hall, an Edmonton psychologist. The article discusses how activity helps conquer food fears and provides tips for incorporating movement into a daily routine. To the right of the article are two photographs: one of orange water shoes and another of a person's feet in sneakers. At the bottom right of the article area, the text reads "Staying active is better for your back."

THE BACK BOOK
The best way to deal with back pain –
Get back active

LE GUIDE DU DOS
Les conseils les plus judicieux, basés sur les plus récentes découvertes médicales pour
Gérer vous-même vos douleurs au dos
Récupérer rapidement et continuer à bouger
Demeurer actif et éviter de devenir invalide
Menez une vie normale

MOVE 4 HEALTH
The ISCP Move4Health Campaign will host a series of public talks nationwide, where these and other myths will be discussed in greater detail.
For further information on these talks, or to download a more detailed back pain myths booklet, log on to www.move4health.ie

MOVE 4 HEALTH
Challenging back pain myths

IRISH SOCIETY OF CHARTERED PHYSIOTHERAPISTS
Contact: Irish Society of Chartered Physiotherapists, (ISCP)
123, St Stephen's Green, Dublin 2.
Phone: (01) 402 2146, Fax: (01) 402 2160
www.iscp.ie / www.physiotherapy.ie

Pfizer Working together for a healthier world™
www.move4health.ie

Prise en charge

- Educative (Nicholas and George, 2011)
- Dédramatisation (Vlaeyen et al. 2007):
messages rassurants, explication des cercles vicieux,
intérêt des exercices,...



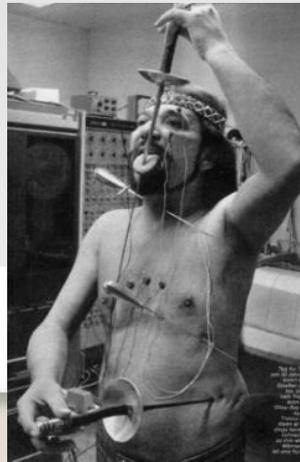
**Importance de la
communication**

« Si vous ne savez pas communiquer, peu importe ce que vous savez »

Prise en charge

- Educative (Nicholas and George, 2011)
 - Dédramatisation, explications
 - **Neurophysiologie de la douleur**

La douleur pas simple mesure/reflet des dommages tissulaires !!



Prise en charge

- Educative (Nicholas and George, 2011)
 - Dédramatisation, explications
 - **Neurophysiologie de la douleur**

La douleur pas simple mesure/reflet des dommages tissulaires !!

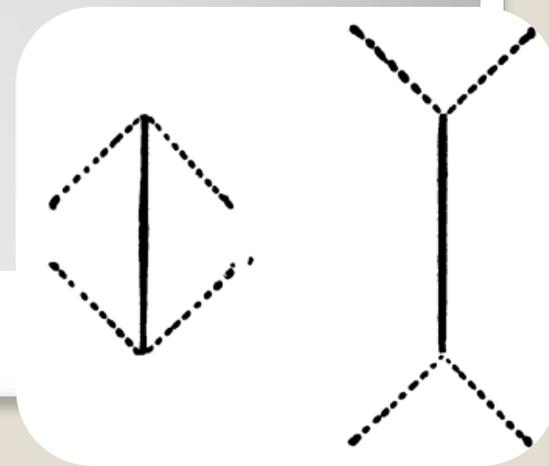
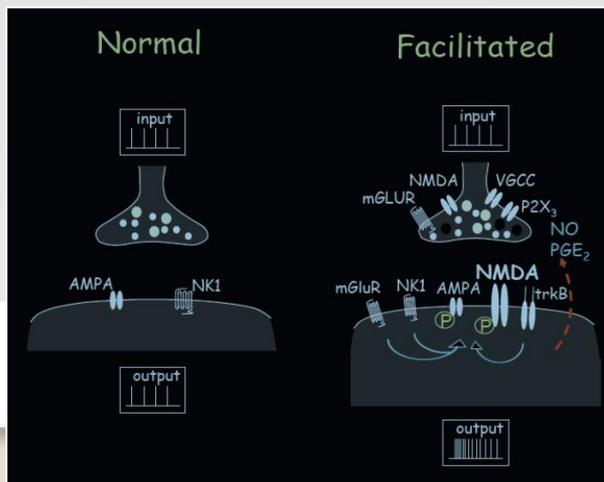
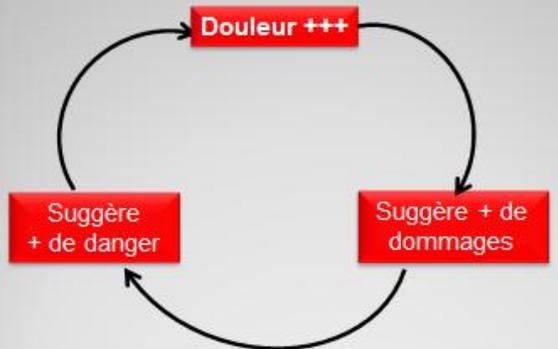
« Pain really is in the mind...
but not in the way you think »
(Lorimer Moseley)



Prise en charge

- Educative (Nicholas and George, 2011)
- Dédramatisation, explications
- **Neurophysiologie de la douleur**

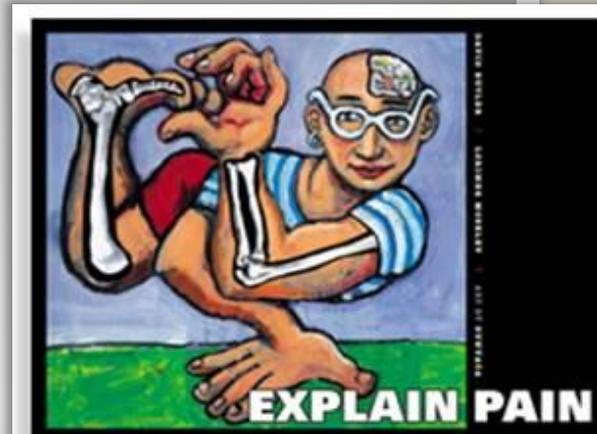
(Douleur = normalement un système alarme mais qui peut être dérèglé; cerveau interprète les messages et décide si douleur ou non; influence de nombreux facteurs; sensibilisation du SN,...)



Prise en charge

- Educative (Nicholas and George, 2011)
- Dédramatisation, explications
- **Neurophysiologie de la douleur**

www.youtube.com/watch?v=4b8oB757DKc



Butler and Moseley

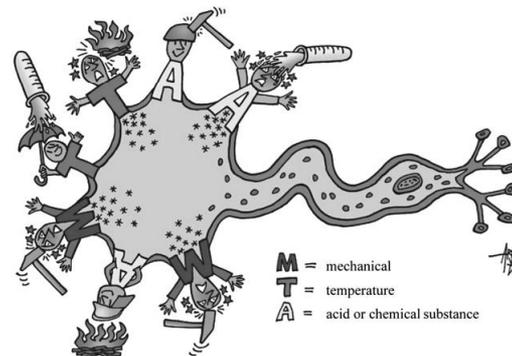


Fig. 2. Illustration used to explain basic principles of acute nociception (redrawn from

Understanding Pain: What to do about it in less than five minutes?

Nijs et al. 2011



Masterclass

How to explain central sensitization to patients with 'unexplained' chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines

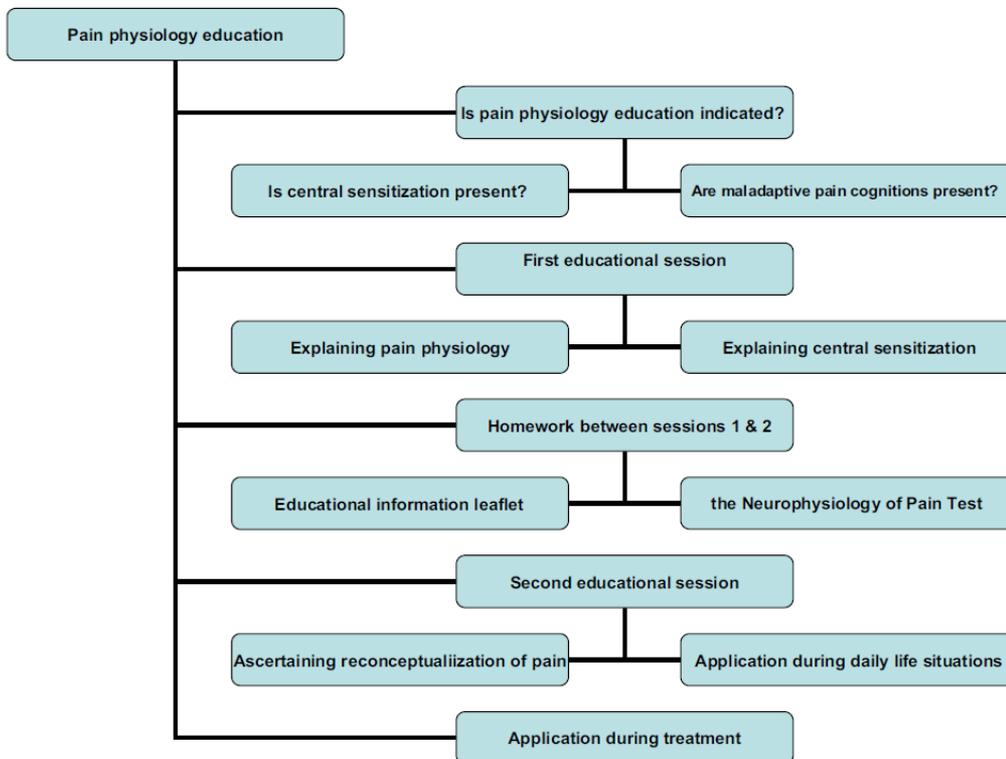
Jo Nijs^{a,b,c,*}, C. Paul van Wilgen^{e,f}, Jessica Van Oosterwijck^{a,b,c}, Miriam van Ittersum^{d,e}, Mira Meeus^{a,b}*J. Nijs et al. / Manual Therapy 16 (2011) 413–418*

Fig. 1. Clinical guidelines for pain physiology education in patients with chronic musculoskeletal pain.

Durée:

Nijs et al. 2011:
2 séances indiv (30')
+ brochure

Moseley et al. 2044:
1 séance indiv (3h)
+ brochure

Contenu:

- Description du SN
- Rôle des synapses, NT,..
- Nociception
- Plasticité du SN
-

The Effect of Neuroscience Education on Pain, Disability, Anxiety, and Stress in Chronic Musculoskeletal Pain

Adriaan Louw, PT, MAppSc, Ina Diener, PT, PhD, David S. Butler, PT, EdD, Emilio J. Puentedura, PT, DPT

- ▶ Efficacité chez patients D+ chroniques :
 - Diminution de la douleur
 - Amélioration des performances physiques
 - Diminution de l'incapacité fonctionnelle
 - Diminution du catastrophisme
 - Amélioration des connaissances

The Effect of Neuroscience Education on Pain, Disability, Anxiety, and Stress in Chronic Musculoskeletal Pain

Adriaan Louw, PT, MAppSc, Ina Diener, PT, PhD, David S. Butler, PT, EdD, Emilio J. Puentedura, PT, DPT

- ▶ Efficacité chez patients D+ chroniques :
 - Diminution de la douleur
 - Amélioration des performances physiques
 - Diminution de l'incapacité fonctionnelle
 - Diminution du catastrophisme
 - Amélioration des connaissances

Mais nécessité d'une prise en charge complémentaire
(Moseley et al. 2004)

Prise en charge

- Educative
 - Dédramatisation, explications
 - Neurophysiologie de la douleur
- **Cognitivo-comportementale (Vlaeyen et al. 2007):**

Thérapie par exposition graduelle
(« Graded exposure » in vivo)



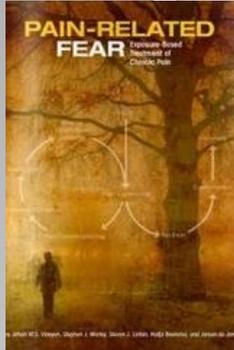
Thérapie par exposition graduelle

- ▶ Education
- ▶ Etablissement d'une hiérarchie des peurs



Thérapie par exposition graduelle

- ▶ Education
- ▶ Etablissement d'une hiérarchie des peurs
- ▶ Réalisation d'activités appréhendées (d'abord activités cotées à 50%) et discussion (D+ attendues et craintes initiales fondées ?)



Thérapie par exposition graduelle

Résultats:

- ▶ ↘ peurs, catastrophisme ++
- ▶ ↘ D+, amélioration fonction mais = activité graduelle

Pain 138 (2008) 192–207

www.elsevier.com/locate/pain

Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: Results of a randomized controlled trial

Maaïke Leeuw^{a,*}, Mariëlle E.J.B. Goossens^a, Gerard J.P. van Breukelen^b,
Jeroen R. de Jong^{a,c}, Peter H.T.G. Heuts^d, Rob J.E.M. Smeets^e,
Albere J.A. Köke^{d,f}, Johan W.S. Vlaeyen^{a,g}

- ⇒ Améliore certainement « self-efficacy » (Woby et al. 2007)
- ⇒ Efficace mais pas toujours suffisant (Linton et al. 2008)
- ⇒ Inefficace si absence de peur-évitement (Wertli et al. 2014)

Prise en charge

- Educative
 - Dédramatisation, explications
 - Neurophysiologie de la douleur
 - Cognitivo-comportementale
 - Thérapie par exposition graduelle (« Graded exposure » in vivo)
 - **Exercice/activité graduée** (Vlaeyen et al. 07)
 - ↗ condition physique, sentiment auto-efficience
 - ↘ peur certains mvts
- Mais...peut ne pas modifier croyances
- ⇒ efficacité parfois limitée si traitement isolé



**Take
home message*

- **Il est temps de bien ...**

- Écouter et communiquer avec son patient;
- Identifier et corriger des fausses croyances et/ou des comportements inadaptés;
- Commenter judicieusement les résultats d'imagerie médicale;
- Rassurer son patient et lui expliquer les facteurs influençant la perception de la douleur;
- Encourager les patients à rester actif.





Merci de
votre
attention

Le discours des soignants contribue à prévenir l'invalidité

Christophe Demoulin¹, Pierre-René Somville¹, Stéphanie Grosdent¹, Nathalie Roussel²

1 Département des sciences de la motricité de l'université de Liège et service de médecine de l'appareil locomoteur du CHU de Liège, Sart-Tilman, Liège, Belgique

2 Université d'Anvers, Anvers, Belgique

Afin de prévenir l'invalidité lombaire chez un patient ayant une lombalgie chronique, une information/éducation, basée sur le modèle bio-psycho-social, doit constituer une composante importante de sa prise en charge. Le contenu du discours du professionnel de la santé est crucial car il influence fortement les croyances et le comportement des patients⁽¹⁾.

Un discours « biomédical », soulignant les anomalies objectivées à l'imagerie (becs de perroquet, protrusion, hernie, arthrose, etc.) et suggérant qu'elles fragilisent le rachis et sont responsables de leurs douleurs, favorise en effet le développement de fausses croyances (qui influencent considérablement l'incapacité fonctionnelle⁽²⁾), mais également de comportements d'évitement (kinésiophobie) des patients destinés à limiter tout risque d'aggravation⁽³⁾.

Il convient dès lors d'expliquer aux patients souffrant d'une lombalgie chronique, qu'elle soit peu ou fort invalidante, que celle-ci est influencée par une combinaison complexe de facteurs qui peuvent coexister, moduler/amplifier le ressenti de la symptomatologie douloureuse et faciliter l'installation ou le maintien d'un cercle vicieux favorisant la persistance de la douleur⁽⁴⁾, et qu'elle ne résulte donc pas systématiquement des anomalies objectivées à l'imagerie.



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com

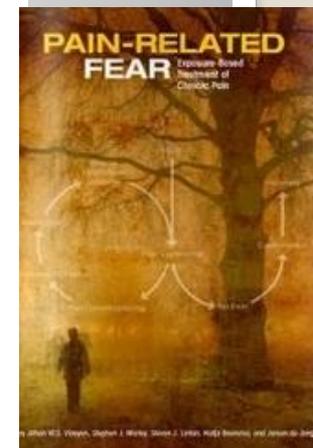
Revue du Rhumatisme 76 (2009) 511–516

REVUE DU
RHUMATISME

La psychologie de la peur et de la douleur

The psychology of fear and pain

Johan W.S. Vlaeyen^{a,*,b}, Geert Crombez^c



QUESTIONNAIRE SUR LA NOTION D'APPREHENSION-EVITEMENT

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 total		Incertain			Accord total	
1. Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2. L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3. L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4. Je ne devrais pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5. Je ne peux pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6

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

	Désaccord total		Incertain			Accord total	
6. La douleur a été provoquée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7. Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8. J'ai droit à une indemnisation pour ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
9. Mon travail est trop dur pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10. Mon travail augmente ou pourrait augmenter mes douleurs	0	1	2	3	4	5	6
11. Mon travail pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12. Je ne devrais pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13. Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14. Je ne peux pas faire mon travail habituel avant que mes douleurs soient traitées efficacement	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne pense pas que je pourrai reprendre mon travail habituel avant 3 mois	0	1	2	3	4	5	6
16. Je ne pense pas que je pourrai un jour être capable de reprendre ce travail	0	1	2	3	4	5	6

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

TABLE Pain Catastrophizing Scale

Pensées et réactions pendant une expérience douloureuse

Nous nous intéressons à tes pensées et réactions lorsque tu as de la douleur. Ci-dessous, il y a 13 phrases portant sur les différentes pensées et sentiments que tu peux ressentir lorsque tu as mal. Essaie de nous montrer à quelle fréquence tu as chacune de ces pensées. Encerle le mot sous chaque phrase qui reflète le mieux ton expérience avec la douleur.

1. Quand j'ai mal, je m'inquiète à savoir si la douleur va cesser.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
2. Quand j'ai mal, je sens que je ne pourrais plus continuer comme ça bien longtemps.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
3. Quand j'ai mal, j'ai l'impression que c'est terrible et que ça n'ira jamais mieux.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
4. Quand j'ai mal, j'ai l'impression que c'est horrible et que la douleur contrôle ma vie.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
5. Quand j'ai mal, je trouve que c'est insupportable.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
6. Quand j'ai mal, j'ai peur que la douleur empire.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
7. Quand j'ai mal, j'imagine le pire.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
8. Quand j'ai mal, je souhaite que ma douleur disparaisse.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
9. Quand j'ai mal, je suis obsédé (e) par ma douleur.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
10. Quand j'ai mal, je ne pense qu'à quel point c'est douloureux
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
11. Quand j'ai mal, je ne pense qu'au fait que je voudrais que la douleur cesse.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
12. Quand j'ai mal, je pense qu'il n'y a rien que je puisse faire pour arrêter ma douleur.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
13. Quand j'ai mal, je me demande si quelque chose de grave pourrait se produire.
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

TSK-CF

	Fortement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Fortement en accord
1. J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique.	1	2	3	4
2. Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre.	1	2	3	4
3. Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas.	1	2	3	4
4. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux.	1	2	3	4
5. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours.	1	2	3	4
6. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e).	1	2	3	4
7. La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles.	1	2	3	4
8. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps.	1	2	3	4
9. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas.	1	2	3	4
10. Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser.	1	2	3	4
11. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il (elle) ressent de la douleur.	1	2	3	4

IPQ

Éléments pour les sous-échelles IPQ-R

1. Identité (total des symptômes cochés oui dans la colonne 1 de la p. 1)
2. Chronologie (aiguë/chronique) des éléments IP1 – IP5 ° I18
3. Éléments des conséquences IP6 – IP11
4. Éléments de contrôle personnel IP12 – IP 17
5. Éléments de contrôle du traitement IP19 – IP23
6. Éléments de cohérence de la maladie IP24 – IP28
7. Chronologie cyclique IP29 – IP32
8. Représentations émotionnelles IP33 – IP38
9. Causes C1 – C18 – ne pas les utiliser comme une échelle. Courte analyse avec éléments séparés utilisés comme variables de réponse

Votre vision personnelle de votre maladie actuelle nous intéresse.

Veillez indiquer si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec les déclarations suivantes relatives à la maladie de votre maladie en cochant la case appropriée.

	VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE MALADIE	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	NI D'ACCORD NI PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD
1.	Ma maladie ne va pas durer longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ma maladie est susceptible d'être permanente plutôt que temporaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ma maladie va durer longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Cette maladie va rapidement passer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Je pense qu'il aura cette maladie pour le restant de sa vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ma maladie est grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ma maladie a des conséquences importantes sur ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ma maladie n'a pas beaucoup d'effet sur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES CAUSES DE MA MALADIE

Nous sommes intéressés par ce que vous considérez comme la cause probable de votre maladie. Les gens étant différents, il n'y a pas de réponse correcte à cette question. Ce qui nous intéresse le plus c'est votre propre point de vue sur les facteurs qui ont causé votre maladie plutôt que ce que les autres, y compris les médecins ou la famille peuvent vous avoir suggéré. Ci-dessous figure une liste des causes possibles de votre maladie. Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas d'accord sur ces causes en cochant la case appropriée.

	CAUSES POSSIBLES	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	NI D'ACCORD NI PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD
1.	Stress ou ennuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Héréditaire – courant dans ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Un microbe ou un virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Régime ou habitudes alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hasard ou malchance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Mauvais soins médicaux dans mon passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Pollution de l'environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>