

IFPEK  
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE RENNES



# **Influence des croyances sur la participation et le vécu des patients lombalgiques chroniques**

Dimension bio-psycho-social de la prise en charge

Travail personnel réalisé par :

Marion MEHEUST

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Année scolaire 2012/2013

Selon le code de la propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur est illégale.

IFPEK  
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE RENNES

I F P E K



INSTITUT DE FORMATION  
PÉDICURIE-PODOLOGIE ERGOTHÉRAPIE MASSO-KINESITHÉRAPIE

# **Influence des croyances sur la participation et le vécu des patients lombalgiques chroniques**

Dimension bio-psycho-social de la prise en charge

Travail personnel réalisé par :

Marion MEHEUST

Sous la direction de Mr Patrice PIETTE, directeur de mémoire

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Année scolaire 2012/2013

## *Remerciements*

---

Mes remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, notamment :

Monsieur Patrice PIETTE, *mon directeur de mémoire,*

Le Normandy centre de médecine physique -rééducation et réadaptation de Granville,

Le pôle Saint-Hélier de Rennes, *centre de médecine physique et de réadaptation*

Madame Micheline LARRIVE, *cadre kinésithérapeute du Normandy,*

Monsieur Bastien FRAUDET, *cadre kinésithérapeute du pôle Saint-Hélier,*

Jérôme PEREZ, *masseur-kinésithérapeute,*

Mathilde QUERE, *étudiante en Santé Publique*

Mes parents pour leur précieuse relecture.

# Table des matières

---

Résumé

Abstract

Introduction .....	1
Présentation du sujet.....	1
Problématisation.....	1
Contexte de l'étude : la lombalgie.....	2
Classification de la lombalgie .....	2
Définition .....	2
Lombalgies primaire et secondaire .....	2
Lombalgie aiguë ou chronique.....	3
Maladie chronique.....	3
Douleur chronique.....	3
Lombalgie chronique.....	6
Modèle bio-psycho-social .....	8
Croyances .....	10
Matériels et méthodes.....	11
Programmes rééducatifs .....	11
Patients .....	12
Recueil de données et bilans .....	12
Profil.....	12
Bilans.....	13
Méthode statistiques .....	18
Résultats .....	19
Caractéristiques des patients .....	19
Evolution des questionnaires.....	20

Corrélation entre l'évolution des différents types de croyances et les caractéristiques psycho-cliniques .....	21
Corrélation des croyances entre elles .....	22
<b>Discussion .....</b>	<b>23</b>
Place des croyances dans l'évaluation du lombalgique.....	23
Place des croyances dans la rééducation et l'éducation du patient .....	23
Perspectives .....	25
Discussion de la méthode .....	25
<b>Conclusion.....</b>	<b>26</b>

## Bibliographie

## ANNEXES

# Résumé

---

**Introduction** : La lombalgie chronique s'inscrit dans la dimension bio-psycho-sociale. Elle fait en effet partie de ces maladies chroniques multifactorielles. Les facteurs psychosociaux sont fortement présents et enracinent la lombalgie dans la vie de l'individu en interfèrent sur ses émotions, ses comportements, ses cognitions. Les croyances appartiennent aux différents freins de l'amélioration des symptômes et limitent l'efficacité des thérapeutiques. Cette étude a pour objectif d'analyser les croyances et leurs interférences avec la participation et le vécu du patient lombalgique chronique.

**Méthode** : Une série de neuf auto-questionnaires a été délivré à onze patients suivant des programmes de rééducation en centre, à leur entrée et à leur sortie. Trois questionnaires interrogent les croyances : BBQ, FABQ et TSK.

**Résultats** : Les croyances semblent diminuer après un programme rééducatif mais pas de manière significative. Elles sont corrélées aux facteurs psychologiques et au retentissement de la douleur. Quatre corrélations ressortent de cette étude : BBQ/HAD-A ( $r=0,74$ ), FABQ-T/HAD-A ( $r=0,79$ ), FABQ-T/Dallas-AD ( $r=0,74$ ) et BBQ/FABQ-T ( $r=0,73$ ).

**Discussion** : Les croyances ont une place importante dans l'évaluation du patient lombalgique chronique. Des techniques de prévention primaire et secondaire et des thérapies cognitives sont appropriées pour lutter contre les croyances. Cependant leurs traitements posent une réelle interrogation quant à leurs possibilités de changement.

**Conclusion** : La lutte contre les croyances est un adjuvant aux prises en charge classique au même titre que les autres facteurs de chronicité. Cette approche multifactorielle du patient lombalgique chronique s'avère indispensable à toutes thérapeutiques.

**Mots clés** : Lombalgie chronique, dimension bio-psycho-sociale, croyances

# Abstract

---

**Introduction** : Chronic low back pain (CLBP) take part in the bio-psycho-social dimension. Thus, it is considered as one of the multifactorial chronic diseases. Psychosocial Factors appear to be strongly present, and, to fix the low back pain in the patient life. These factors interfere with individual's emotions, behaviours and cognitions. Patients beliefs lead to slow down symptoms' amelioration and limit the efficiency of therapeutic. The main goal of this study is to analyse patient beliefs and how its affect their feeling of the disease and participation in life.

**Method** : A sample of nine self-administered questionnaires was submitted to eleven patients taking part into a re-education program in hospital. Questionnaires were collected at patient admission and patient departure. Three of these questionnaires concern their beliefs: BBQ, FABQ and TSK.

**Results** : After taking part into a re-education program, individuals beliefs seems to have slightly change. However, these results are not significant. Beliefs are correlated with psychological factors and painful. At the end of this study, fourth correlation can be highlighted: BBQ/HAD-A ( $r=0,74$ ), FABQ-T/HAD-A ( $r=0,79$ ), FABQ-T/Dallas-AD ( $r=0,74$ ) and BBQ/FABQ-T( $r=0,73$ ).

**Discuss** : Beliefs have to be take into account in the CLBP patient's evaluation. Technic of primary and secondary preventions as well as cognitive therapies seems to be a good alternative to tackle down these negative beliefs. Nevertheless, doubts persist about the success of the treatment to change their belief.

**Conclusion** : The solution to tackle down beliefs is an add to classic cares as well as chronicity factors are. This multidimensional approach is essential in any CLPB patients' therapeutique.

**Key words** : Chronic low back pain, bio-psycho-social dimension, belief

# Introduction

---

## Présentation du sujet

La lombalgie est une problématique de santé publique contemporaine qui ne cesse de s'accroître et de se développer. Il existe de réels enjeux, en termes de coûts socio économique, de développer une prise en charge adéquate pour stopper cet accroissement de la pathologie et les coûts financiers qu'elle impose.

A l'heure actuelle, la démarche de soin bio-psycho-sociale dans la lombalgie chronique prend une place à part entière et fait bousculer la vision de la prise en charge thérapeutique. Elle prône une vision globale de l'individu : aspect physique, psychologique et social. Ce type de démarche permet à de nombreux thérapeutes de prendre en compte les patients dans leur globalité c'est-à-dire dans leur vie, avec leurs capacités, leurs handicaps et leur vécu, dans le but de renforcer le lien thérapeutique et de les sensibiliser d'avantage à leur prise en charge. Afin d'explorer cette dimension clef de voute de l'éducation thérapeutique du patient, il s'avère judicieux de rappeler son intérêt dans la maladie chronique et notamment dans la lombalgie chronique.

## Problématisation

La prise en charge du lombalgique chronique doit s'appuyer non seulement sur l'aspect physique mais également sur l'aspect psycho-comportementale. En effet, la lombalgie présente des nombreux facteurs de risque de chronicité et de nombreux freins psycho-comportementaux limitant et gênant l'amélioration des symptômes. Les peurs et les croyances des patients sur leur pathologie, son étiologie, ses conséquences forment de véritables obstacles à la rééducation. Leur dépistage semble indispensable. Quels bilans permettent d'évaluer les croyances du lombalgiques ? Comment évoluent ces croyances après un programme rééducatif et éducatif ? Certains types de croyances freinent-ils l'amélioration de la participation et des paramètres psychologiques? Peut-on améliorer les répercussions de la lombalgie grâce aux dépistages et à l'abolition des croyances à risque ? Les croyances sont telles modifiables ?

# Contexte de l'étude : la lombalgie

---

## Classification de la lombalgie

### Définition

La lombalgie est définie comme une douleur prédominante dans la région lombosacrée avec des possibilités d'irradiation dans les membres inférieurs<sup>1</sup>. Ses causes et ses caractéristiques cliniques permettent de classer la lombalgie : classification étiologique et classification selon la durée d'évolution.

### Lombalgies primaire et secondaire

Au terme d'une recherche étiologique (clinique et paraclinique) menée par le médecin, on classe la lombalgie en deux entités étiologiques. La lombalgie est soit spécifique (appelée aussi symptomatique), c'est-à-dire secondaire à une cause traumatique, tumorale, infectieuse, rhumatismale, immunodépressive, viscérale ; soit non spécifique (également appelée lombalgie commune ou primaire) ((Anaes) & (Afrek), n.d.). La recherche de l'étiologie doit être systématique avec une recherche de red flags : signes neurologiques, inflammatoires, circonstance traumatique... Leur présence demande une exploration plus approfondie pour rechercher une cause spécifique. En leur absence, le bilan initial purement clinique permet de poser le diagnostic de lombalgie commune. Si les symptômes durent plus de trois semaines, une nouvelle évaluation clinique sera entreprise avec des examens paracliniques en complément. Au bout de cette seconde recherche, le diagnostic pourra être modifié en lombalgie secondaire ou rester celui d'une lombalgie primaire (Y. Henrotin, 2006).

La recherche étiologique s'avère souvent bien plus complexe que d'apparence. La réalité de cause à effet entre l'anomalie anatomique et la lombalgie ne peut pas toujours s'avérer démontrable comme c'est le cas dans les hernies discales. Ainsi nous englobons dans cette étude ces deux catégories de lombalgies.

---

<sup>1</sup> Le Larousse Médical, édition Larousse (2012)

## **Lombalgie aigüe ou chronique**

La lombalgie peut également être classée en deux autres catégories : la lombalgie aigüe et la lombalgie chronique. Cette classification s'appuie sur une donnée clinique celle de l'ancienneté des douleurs. La zone temporelle des trois mois est la zone de délimitation entre ces types de lombalgies. Certains auteurs décrivent une zone intermédiaire appelée lombalgie sub-aigüe comprise entre 3 semaines et 3 mois (S Poiraudau, Colau, Fayad, Rannou, & Revel, 2004).

La lombalgie aigüe doit alors imposer une recherche étiologique, pronostique et clinique. Ainsi une recherche des reds flags, des facteurs de chronicité et une évaluation de la douleur et de l'incapacité fonctionnelle sont les bases fondamentales du bilan initial. L'imagerie est réservée en cas de forte suspicion de lombalgie spécifique (Y. Henrotin, 2006).

La lombalgie chronique définit par l'OMS comme « une sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située au niveau du dos » et qui évolue depuis plus de 3 mois n'est cependant pas le strict prolongement d'une lombalgie aigüe. Il s'agit d'un syndrome multidimensionnel aux fortes composantes psychosocial (Cherin & de Jaeger, 2011). Elle fait intervenir des facteurs psychosociaux extrêmement importants et impose de fortes répercussions sur l'individu aussi bien sur la plan psychique, physique et fonctionnel. Il s'agit en plus d'une donnée clinique temporelle, d'un élément de pronostic important et une indication de prise en charge spécifique (Y. Henrotin, 2006).

Ces deux catégories sont donc deux entités distinctes en termes de pronostic et de répercussions. Il est alors important d'éviter qu'une lombalgie aigüe n'évolue vers la chronicité. La prise en charge et l'approche du patient dans la relation soignant soigné et dans son rapport à la maladie nécessite des particularités entre ces deux lombalgies.

L'étude proposée s'arrêtera uniquement sur la lombalgie chronique, sans distinction entre la lombalgie commune ou la lombalgie secondaire.

## **Maladie chronique**

### **Douleur chronique**

La définition donnée par L'ANAES en 1999 sur la douleur chronique est : « une douleur évoluant depuis plus de trois mois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon

péjorative le comportement ou le bien-être du patient ».La douleur ne se restreint pas au seul problème physique mais se répercute sur l'individu dans sa globalité.

La douleur chronique est l'élément clé dans une maladie chronique. Le patient y prête une attention particulière. Il ne faut donc en aucun cas la négliger, la sous estimer ou la juger comme étant purement psychologique. La douleur est pluridimensionnelle comme l'ont décrit C. Guy-Coichard, S. Rostaing-Rigattieri, J-F. Doubrère et F.boureau (2012). On distingue 4 composantes essentielles :

- La composante sensoridiscriminative comprend les mécanismes neurophysiologiques de la nociception.
- La composante affective-émotionnelle correspond aux connotations émotionnelles et affectives rattachées à la perception douloureuse : désagréable, pénible, état d'anxiété et de dépression.
- La composante cognitive est la composante modulatrice de renforcement, d'anticipation, d'exclusion de la douleur, d'interprétation de la situation...
- La composante comportementale réfère les manifestations observables : physiologiques, verbales ou motrices (Doubrère & Boureau, 2012).

Ces données permettent de s'affranchir de la relation entre la douleur réelle et la lésion anatomique.

A cette complexité s'ajoute le processus psychique emprunté par le patient pour répondre à sa douleur. Il existe selon A. Lacroix deux cheminements : la distanciation ou l'intégration (*figure 1*). Il s'agit dans tous les cas d'un travail de deuil dans lequel on affronte la réalité par la révolte ou on la fuit par le déni et le refus (Lacroix, n.d.). Ces propos initialement inspirés des travaux de Freud en psychanalyse, permettent en rééducation d'avoir une vision plus large sur la douleur chronique et notamment sur celle vécu par le patient.

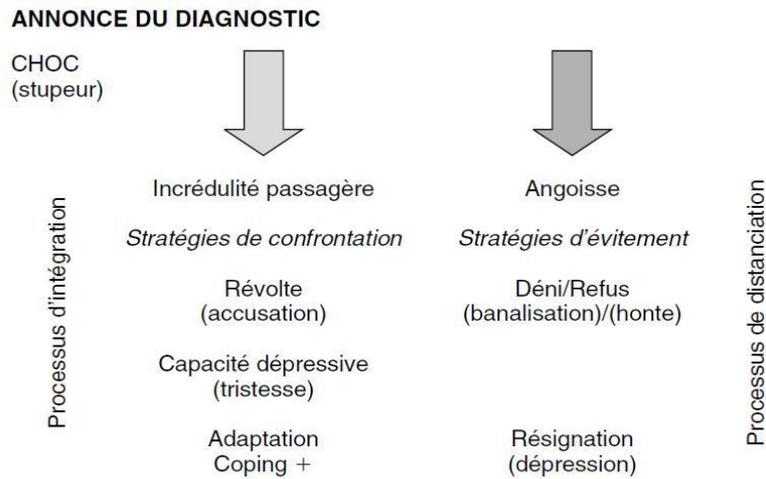


Figure 1 de A. Lacroix : résultat de deux processus psychiques face à la maladie chronique

La persistance de la douleur, initialement caractérisée comme un simple symptôme, devient un syndrome à part entière fortement intriqué avec des facteurs psychosociaux (comportement douloureux, bénéfices secondaires, dramatisation, peur, croyances, dépression...). Une douleur chronique ne peut donc être appréhendée comme une douleur aiguë persistante (Doubrère & Boureau, 2012). Au fur et à mesure la douleur s'encre dans la vie de l'individu et implique des limitations, des incapacités, des peurs et croyances fortes, et une empreinte psychologique marquée. On retrouve notamment la peur de la douleur fortement présente et entraînant un cercle vicieux d'augmentation de la douleur et de dépression.

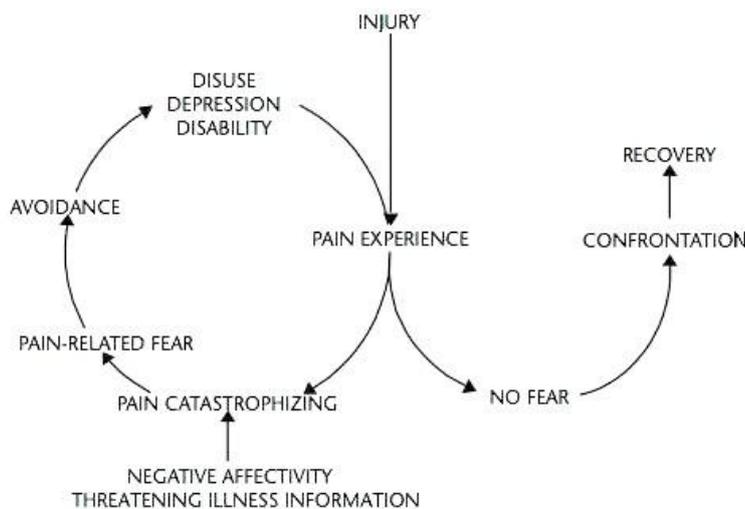


Figure 2: boucle de déconditionnement de la douleur de Linton et Shaw (2011)

Différentes manifestations et impacts de la douleur chronique sur l'individu sont fréquemment retrouvés : une persistance de la symptomatologie douloureuse en discordance avec la cause initiale présumée, une réponse insuffisante aux traitements médicamenteux et un retentissement significatif sur les activités quotidiennes en lien avec la détérioration des capacités fonctionnelles et relationnelles. Elle s'accompagne également d'insatisfaction générale des soins et de troubles psychopathologiques (Cherin & de Jaeger, 2011). La douleur chronique est également associée à un comportement « conditionné » fait de croyances dysfonctionnelles (cause douloureuse, gestion de la douleur, traitement médicamenteux, attentes espérées), d'envahissement de la pensée par la douleur pouvant conduire à la dramatisation, d'isolement social, de recherches perpétuelles de solutions sans convictions, d'espérance. On retrouve systématiquement des éléments de majoration de la douleur tel que les facteurs psychologiques, émotionnels, comportementales (Laroche & Jammet, 2011).

Cette constatation faite, une prise en charge globale de l'individu s'impose avec un dépistage spécifique de la douleur de ses composantes et ses répercussions. Son intégration dans la vision globale de la maladie et du patient est essentielle sans pour autant la considérer comme le sujet principal pour éviter de lui donner trop d'importance et ainsi de la renforcer.

## **Lombalgie chronique**

### *Epidémiologie*

La lombalgie est un motif de consultation médical fréquent : deuxième cause de consultation chez un médecin soit 6 millions de consultations en 2003 (Cherin & de Jaeger, 2011). L'incidence de la lombalgie est de 5% et sa prévalence dans l'année est estimée à 50% et entre 60 et 90% au cours de la vie de l'individu dans la population française. Cette donnée varie entre les auteurs en fonction de la définition donnée à la lombalgie, du mode de recensement (médecine du travail, consultation médicale...), de la tranche d'âge évaluée... Le pourcentage de récurrences dans l'année suivant le premier épisode (73%) ainsi que le nombre d'arrêt de travail retrouvé dans 1/3 des cas de lombalgies ayant fait l'objet de consultation, font de la lombalgie un réel problème de santé publique. Cependant la lombalgie chronique est présente seulement dans 5 à 10% des cas de lombalgie (Cherin & de Jaeger, 2011; Fayad et al., 2004). Bien que la lombalgie chronique représente une minorité de patient, elle engendre un coût socio économique extrêmement élevé soit 85% du coût engendré par l'ensemble des lombalgiques. L'extrapolation à la population française du coût engendré par

un individu lombalgique représente 2,7 milliards d'euros. On distingue les coûts directs (consultation médicale, hospitalisation, traitements médicamenteux, kinésithérapie, frais et matériel de réadaptation) estimé à £1623 millions pour toutes les lombalgies en 1998 en Angleterre et les couts indirectes liés à la perte de productivité du travailleur à £3500 millions par an d'après une étude de 2000 (Cherin & de Jaeger, 2011; Maniadakis & Gray, 2000; NICE, 2009).

### *Facteurs de chronicité*

Rechercher à but préventif dans la lombalgie aiguë, il n'en est pas moins intéressant de les identifier dans la lombalgie chronique (Y. Henrotin, 2006). Ces facteurs impliqués dans l'évolution chronique des lombalgies et dans son maintien, sont classés par catégories (Fayad et al., 2004; Nguyen, Poiraudau, Revel, & Papelard, 2009; Serge Poiraudau, 2008; Y. Henrotin, 2006). On retrouve les facteurs :

- Personnels : âge élevé (supérieur à 50 ans), sexe féminin, mauvais état général
- Propres à la maladie : intensité douloureuse sévère à l'inclusion, sévérité de l'incapacité fonctionnelle, sciatique, durée de l'épisode à l'inclusion
- Professionnel : inadaptation et insatisfaction, croyances élevées de relation de causalité, arrêt de travail supérieur à 8 jours, faible qualification professionnelle, absence de poste aménagé, inadéquation du salaire, mauvaise posture, durée de port de charges, stress
- Socio-économiques : bas niveau d'éducation et faibles ressources économiques
- Médico-légaux : accident du travail, indemnisation professionnelle
- Psychologique : état dépressif, anxiété, mauvaise capacité à « vivre avec » (coping), peur et croyance sur la relation entre sa lombalgie et ses activités
- Liés à la prise en charge initiale : médecin généraliste féminin, médecin aux antécédents de lombalgie, avis et croyances du médecin, antécédent de chirurgie lombaire, antécédent de lombalgie (avec arrêt de travail et/ou indemnisation et/ou sciatique).

On note, parmi ces risques, l'incidence importante de facteurs psychosociaux et psychoprofessionnels. Mais tous ne sont pas de haut niveau de preuve. Les recommandations européennes de 2006 ont mis en exergue que seul le manque de satisfaction et le faible soutien

au travail sont des facteurs de niveau de preuve A (Y. Henrotin, 2006). Les facteurs psychosociaux de la vie privée ont un niveau de preuve B.

Les facteurs de chronicité, outre leur qualité de pronostic, interviennent également néfastement sur le maintien et le renforcement de ce processus douloureux qui s'encrent dans l'individu et dans sa perception de sa maladie. L'ensemble des facteurs amène le patient dans une spirale d'évolution péjorative (Nguyen et al., 2009). Il s'agit alors d'un enjeu pronostique et thérapeutique. Il est essentiel de les dépister, de les intégrer dans la prise en charge rééducative et des les combattre afin d'agir sur ce véritable frein thérapeutique.

### **Modèle bio-psycho-social**

Comme dans toutes les maladies chroniques, les patients lombalgiques présentent des répercussions dans leur vie quotidienne. On dépasse alors le modèle biomédicale c'est-à-dire la vision strictement structurale et fonctionnelle pour s'intéresser aux participations et notamment aux restrictions de participation, aux handicaps, au vécu de la maladie et à la qualité de vie. Cette dimension bio-psycho-social, développée par Loeser en 1982 n'exclue en aucun cas l'aspect physique de la maladie mais élargie la problématique à l'individu dans sa globalité : composantes médicales, fonctionnelles, émotionnelles et socioprofessionnelles (Laroche & Jammet, 2011). Ainsi les composantes psychosociales du lombalgique prennent une place à part entière : « plus une affection comprend des domaines subjectifs (douleur, incapacités), plus les facteurs psychosociaux prennent une place importante » (Cherin & de Jaeger, 2011). On peut également conceptualiser la douleur dans un processus global allant d'une douleur aiguë vers une douleur chronique intégrant les composantes physiques et psychologiques (figure 2).

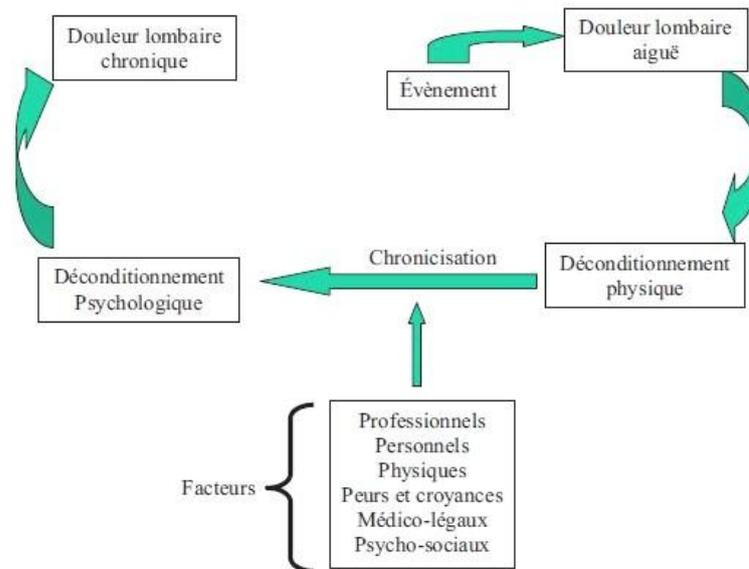


Figure 3 de Cherin & de Jaeger, 2011 : évolution d'une douleur aiguë lombaire vers une douleur chronique lombaire

La difficulté de la prise en charge de patient présentant une pathologie chronique réside dans le caractère multifactoriel des composantes de la maladie : facteurs psychosociaux, composantes multidimensionnelles de la douleur, atteinte physique, répercussions personnelles et professionnelles. A ceci s'ajoute l'anamnèse fragile de la maladie (passé thérapeutique du patient, efficacité limitée des thérapeutiques médicamenteuses, le vécu du patient et relation à l'entourage) et les limites propres au patient (sa motivation, sa volonté, ses croyances, ses comportements, ses espoirs, son optimisme...). Afin de mieux pouvoir agir et d'impliquer activement le patient, il est important de rester « attentif aux réponses émotionnelles, cognitives et comportementales de la douleur » (Cedraschi, 2011) et de ne pas négliger la relation thérapeutique soignant-soigné. Un comportement éducatif et d'écoute est nécessaire. Une évaluation du vécu, des connaissances et des croyances s'avère être une approche essentielle à toute prise en charge de maladie chronique.

C'est dans cette démarche bio-psycho-social et plus particulièrement dans le cadre limitrophe imposé par les croyances du patient que s'inscrit cette étude.

## Croyances

Traduction littérale du mot « beliefs » en anglais, les croyances ici étudiées sont autre que les croyances religieuses. La définition associée est la suivante : il s'agit de « l'attitude d'adhésion à une proposition dont la vérité ne peut toujours être démontrée. Elle comporte trois degrés: l'opinion, le savoir et d'adhésion. »<sup>2</sup>. Elles sont liées aux perceptions, au raisonnement et à l'échange d'expérience (Rainville et al., 2011). Les croyances sont donc les convictions vécues comme des connaissances et étroitement intriquée avec les émotions. Elles influencent en conséquence le comportement, la manière d'agir et de penser du croyant. Elles sont considérées comme des facteurs d'incapacité (Laroche & Jammet, 2011).

Chez un patient, ses croyances sur sa maladie : ses causes, sa gravité, ses conséquences, ses traitements, et sur l'attitude à avoir face à la maladie : stratégies d'adaptation, rôle passif dans la prise en charge, attentes et soulagement dans les traitements, influencent la maladie elle-même (Laroche & Jammet, 2011). Bien que certaines peuvent être bénéfiques et justes, d'autres influencent négativement sur l'amélioration des symptômes et sur le vécu du patient. Il s'agit d'un réel frein à la rééducation et plus généralement à toutes les thérapeutiques. Elles agissent à la fois sur le maintien et la modulation de la symptomatologie douloureuse et sur la vulnérabilité de l'individu (Cedraschi, 2011) et sont également responsables de 32% du handicap et de 14% de la douleur du lombalgique chronique (Bel, Olan, Korcu, & Tutumlari, 2012).. Elles doivent donc être dépistées pour être réajustées par ailleurs. En d'autres termes, elles peuvent perturber le bon déroulement de la guérison ou du moins l'amélioration des symptômes. Ainsi cette pré-étude vise à analyser l'influence des croyances sur la participation et le vécu des patients lombalgiques chroniques.

Il se pose alors plusieurs questions : Quels moyens de dépistage des croyances existent-ils ? Comment évoluent les différents types croyances après un programme rééducatifs et éducatifs ? Certaines croyances limitent-elles l'amélioration du handicap et de la qualité de vie ? Peut-on améliorer le handicap et la qualité de vie en cassant les croyances ? Comment traiter les croyances ?

---

<sup>2</sup> Dictionnaire de psychologie, PUT 2008

# Matériels et méthodes

---

## Programmes rééducatifs

Les programmes inclus dans cette étude observationnelle sont des programmes pluridisciplinaires de durée supérieure ou égale à 3 semaines. Ils incluent nécessairement une sensibilisation et une éducation aux mouvements. Les programmes de durée inférieure à 3 semaines sont exclus de la méthode puisque la sensibilité au changement des bilans proposés est trop faible.

L'école du dos de Granville, située dans le centre de rééducation Le Normandy, intègre des patients lombalgiques majoritairement chroniques. Elle propose un programme sur 3 semaines avec des prises en charge quotidiennes sur 5 jours par semaine : 30 minutes de prophylaxie, 45 minutes de gymnastique (musculature des membres inférieurs, abdominaux, spinaux et stretching) et éducation gestuelle, 30 minutes de musculation et d'initiation aux activités physiques par un éducateur à l'activité physique adaptée (APA), 2 heures de natation et de marche en eau froide. A cela s'ajoute des prises en charge hebdomadaires : 2 hydromassages, 2 marches en extérieur à visée de réentraînement à l'effort, 1 ou 2 applications d'algues, 1 ou 2 séances de kinésithérapie individuelle. L'anatomie, la biomécanique rachidienne et la notion de douleur sont abordées. Un livret avec des conseils prophylactiques et gymniques est délivré à leur sortie comme soutien et renforcement de la sensibilisation faite par les professionnels pour l'auto prise en charge. Les patients disposent également de consultation médicale pour adapter le traitement médical, de séances psychologiques au besoin et d'un service de réinsertion professionnelle selon la demande.

Le programme dynamique du lombalgique de Rennes du pôle Saint-Hélier inclus des patients lombalgiques sub-aigües et chroniques sur une durée de 5 semaines. Les soins reçus au cours de celui-ci sont répartis sur 3 jours dans la semaine. Les séances de kinésithérapie de 30 minutes ont lieu quotidiennement comprenant du renforcement musculaire du tronc et des membres inférieurs, de la proprioception de rachis (stabilisation active), des assouplissements sous pelvien et de l'éducation gestuelle. Un livret éducatif est remis en complément. A cela s'ajoute deux séances d'ergothérapie de 30 minutes. Les 3 premières semaines les notions de prophylaxie, de renforcement musculaire fonctionnel sur Liftask et de l'assouplissement

global par atelier flexibilité sont proposés et cela sera complété par du travail de port de charge les deux dernières semaines. Des prises en charge collectives et quotidiennes sont aussi dispensées : 30 minutes de stretching par l'APA, 30 minutes balnéothérapie, 30 minutes de réentraînement à l'effort cardio-vasculaire sur machine de musculation et enfin 30 minutes de natation dispensées par un APA.

## Patients

Les patients sont d'abord sélectionnés par le médecin hospitalier de médecine physique et de réadaptation du centre selon une sélection géographique, motivationnelle, prescription et demande médicale régionale. L'échantillon retenu, parmi ces patients, inclus uniquement des lombalgiques chroniques (douleur supérieure à 3 mois), des individus majeurs donnant leur accord pour l'étude.

Les critères d'exclusion sont : les patients retraités, des patients en phase préopératoire et en phase postopératoire immédiate (moins de trois mois), patientes enceintes, patients dont il est impossible de les informer correctement sur la demande (problème de compréhension, état cognitif) ainsi que les patients de maîtrise insuffisante de la langue française pour répondre aux questionnaires. Ces critères d'exclusion sont justifiés par des attentes différentes en terme de rééducation (préparation à l'opération, récupération postopératoire...) ou des croyances temporairement modifiées (l'activité physique d'une femme enceinte est perturbée pour des raisons autre que la lombalgie, les croyances sur le travail peuvent être abolies à la retraite). De plus les bilans étant réalisés sur questionnaire, leur compréhension en français et le jugement d'interprétation nécessitent des capacités linguistiques et cognitives correctes.

## Recueil de données et bilans

Le recueil des données est effectué à l'entrée des patients dans le programme et à la sortie : soit à 3 semaines pour le centre de Granville et à 5 semaines pour le pôle Saint-Hélier.

### Profil

Les données démographiques, socioprofessionnelles et cliniques suivantes ont été recueillies :

- Sexe
- Age

- Diagnostique
- Lieu de prise en charge (programmes)
- Catégorie socioprofessionnelle
- Statut professionnel actuel (actif, arrêt de maladie, mi-temps thérapeutique, travailleur handicapé, reconnaissance d'accident du travail, maladie professionnelle)
- Pratique d'une activité sportive régulière
- Présence d'un traitement médical antalgique
- Opération rachidienne
- Prise en charge rééducative ultérieure (éducation préalable ?)
- Participation ultérieure à un programme éducatif et rééducatif pluridisciplinaire « long » ( $\geq 3$  semaines) entrant dans les critères d'inclusion.

L'ensemble de ces données ont été récoltées via une fiche de renseignements [annexe 1]. Les réponses sur l'activité physique, la prise en charge de la lombalgie et les traitements médicaux sont répertoriées de manière binaire : oui non. Le diagnostic recueilli est celui donné par le patient, il ne peut donc être pris comme certitude étiologique.

## **Bilans**

Les paramètres fonctionnels et les croyances ont été recueillis avec des auto-questionnaires :

- Handicap fonctionnel : EIFEL, ODI
- Qualité de vie : SF 36
- Retentissement douloureux : Dallas-AQ, Dallas-APL, Dallas-AD, Dallas-S
- Paramètre psychologique de l'anxiété et dépression : HAD et Dallas-AD
- Optimisme, croyances sur l'avenir et catastrophisme : LOT-R
- Croyances sur le dos : BBQ
- Croyances sur les activités physiques : FABQ-AP
- Croyances sur le travail : FABQ-T
- Croyances sur le mouvement, kinésiophobie: TSK.

Vous trouverez en annexes les différents bilans relatifs aux croyances [annexes 2 à 4] ainsi qu'un tableau répertoriant les éléments métrologiques des questionnaires [annexe 5].

## *Handicap fonctionnel et qualité de vie*

Les bilans d'handicap fonctionnel et de qualité de vie objectivent les répercussions de la maladie sur les activités et la vie du patient. Ces deux éléments complémentaires et indispensables de par leur vertu propre permettent de fixer des objectifs rééducatifs, d'intégrer et de spécialiser la prise en charge dans le contexte du patient, d'effectuer un véritable suivi de la lombalgie chronique et d'analyser la réponse aux traitements.

Le **handicap fonctionnel** est objectivé par des auto-questionnaires spécifiques à la lombalgie. Cet élément permet de préciser les incapacités propres à chaque patient.

L'Échelle des Incapacités Fonctionnelles pour l'Évaluation des lombalgiques (EIFEL), version française du Rolland-Morris Low Back Pain and Disability Questionnaire, comprenant 24 questionnaires à réponses binaires (oui-non) évaluant les capacités ou les incapacités dans les activités quotidiennes. Le questionnaire fait preuve d'une fiabilité moyenne mais d'une bonne cohérence interne et d'une bonne sensibilité aux changements au fil du temps (4-5 points minimum) pour des patients présentant une lombalgie dont le score initial est compris entre 4 et 20 uniquement. Le seuil de sévérité est déterminé à 12/24 (Brouwer et al., 2004; Cabri, 2012; Coste, Le Parc, Berge, Delecoeuillerie, & Paolaggi, 1993; Moreland, 1996; Thomas et al., 2010; Zerkak, Beaudreuil, Bidault, Garaud, & Fouquet, 2006).

Le questionnaire Oswestry Disability Index (ODI) comprend 10 sections avec des réponses graduée de 0 à 5 sur : intensité de la douleur, soins personnels, soulever des charges, marche, position assise, position debout, sommeil, vie sexuelle, vie sociale, voyage. Ce questionnaire a fait preuve d'une validation en langue française, et possède une cohérence interne acceptable, une très bonne fiabilité et une bonne sensibilité au changement (Cabri, 2012; Rossignol, Rozenberg, & Leclerc, 2009; Vogler, Paillex, Norberg, de Goumoëns, & Cabri, 2008).

Il existe d'autres échelles de mesure du handicap fonctionnel tel que l'échelle dorso-lombaire de Québec, Von Kroff ((Anaes) & (Afrek), n.d.; Laroche & Jammet, 2011) de diffusion moins large et de validité et normes moins complètes.

La limite majeure de cet ensemble de bilans est la vision axée sur les déficiences. Le rapport à la maladie et le vécu du patient ne sont pas abordés d'où l'intérêt d'y associer une mesure de la qualité de vie bien qu'elle ne soit pas spécifique à la lombalgie.

La **qualité de vie** est définie par l'OMS comme « la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Ce concept est influencé par la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales et environnementales de l'individu. Le caractère multidimensionnel de la qualité de vie étant difficile à objectiver, les instruments mesurent donc seulement la qualité de vie liée à la santé. Ils reflètent l'impact de la maladie et des interventions de santé sur la vie quotidienne des patients d'après leur ressenti (Blanchard-Dauphin, 2012; Pouchot, 2012).

Le Short Form 36 (SF36) est un questionnaire générique non spécifique aux lombalgiques mais qui évalue exhaustivement la répercussion de la pathologie. La version 1,3 est la version française définitive validée du questionnaire (Blanchard-Dauphin, 2012; Pouchot, 2012). Elle comprend deux catégories : un score physique (SP) avec 4 dimensions (fonctionnement physique, limitations physiques, douleur physique et santé générale) et un score mental (SM) avec également 4 dimensions (vitalité, fonctionnement social, limitation émotionnelle et santé mentale). L'ensemble des résultats est donné en pourcentage. Cet instrument de référence pour la qualité de vie, de fiabilité et de validité prouvée, est un indicateur de suivi et de comparaison entre patient de même pathologie.

### *Paramètres psychologiques et retentissement douloureux*

Cet ensemble clinique ne peut être omis du bilan du lombalgique, il est complémentaire et indispensable à l'évaluation. En effet la douleur influe à la fois sur les autres symptômes, le handicap et la qualité de vie et également sur l'aspect psychologique et les comportements adaptatifs. L'aspect psychologique quant à lui engendre inévitablement des peurs qui sont indissociables des croyances.

La **douleur** peut être évaluée de manière purement clinique par les échelles visuelles analogiques ou au travers de son retentissement sur l'individu. Cette dernière mesure s'avère plus proche de la réalité de la lombalgie chronique.

Le Dallas Pain questionnaire évalue à la fois l'intensité de la douleur, son impact sur la mobilité, les activités de la vie quotidienne, l'humeur et la vie sociale. Le questionnaire comprend 16 items avec des réponses disposées à la façon d'une échelle visuelle analogique de 0 à 100. Ce bilan a fait preuve de sa fiabilité, de sa cohérence interne et de sa sensibilité au changement (Lawlis, Cuencas, Selby, & McCoy, 1989; MARTY, BLOTMAN, AVOUAC, ROZENBERG, & VALAT, 1998). Il convient de considérer la douleur ainsi évaluée (clinique et vécu douloureux) comme un handicap aux répercussions physiques et psychiques. Ce questionnaire sert alors dans le bilan initial et de suivi.

On retrouve également dans la littérature l'échelle évaluant la peur de la douleur : Fear of pain questionnaire (O'Reilly, 2011).

**L'anxiété et la dépression** sont extrêmement présentes chez les douloureux chroniques et constituent d'une comorbidité de cette population à risques (O'Reilly, 2011). La dépression est le facteur psychologique le plus fréquemment retrouvé dans les pathologies présentant une douleur chronique avec une prévalence de 35% (Cedraschi, 2011; O'Reilly, 2011). En présence de diagnostic avéré de dépression, les conséquences suivantes sont très souvent retrouvées : diminution des activités et vie moins active, manque de motivation, interférence de la douleur dans la vie quotidienne majorée, augmentation des cognitions négatives avec des distorsions cognitives et croyances. L'anxiété se retrouve dans cette même population avec une prévalence comprise entre 15 et 40% selon les auteurs. Ses conséquences sont une préoccupation excessive de la maladie avec une augmentation de la sensibilité douloureuse et de son intensité, une peur des symptômes physiques entraînant des convictions sur la maladie (croyances) et un bouleversement de l'attitude comportementale et cognitive. Ces deux symptômes s'associent aisément dans la maladie chronique : 20 à 25% des dépressifs sont aussi anxieux et 40 à 50 % dans le sens inverse. Ces facteurs psychologiques sont en lien direct avec la douleur (O'Reilly, 2011).

L'Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) évalue ces deux facteurs séparément au travers de 14 questions dont les réponses sont graduées de 0 à 3. Il s'adresse à des patients hospitalisés mais il est accepté de l'étendre à la population générale. Des scores supérieurs à 10/21 sont signes de sévérité pour la dépression et l'anxiété. Cette échelle a fait preuve d'une validité française et d'une validité externe en comparaison à d'autres échelles : échelle d'anxiété de Hamilton M. Cote (1959), et l'échelle de dépression Classement de SA Montgomery et Asberg M (1979).

L'expérience douloureuse peut être associée à des **pensées catastrophiques** qui influenceront négativement sur la maladie. Le cercle vicieux dépression, catastrophisme pourra engendrer des sentiments d'incapacités face aux événements, de découragement, d'impuissance et enfermera le patient dans ses représentations et croyances (Laroche & Jammet, 2011; M.F. Scheier & Carver, 1992). L'**optimisme** par opposition aurait des vertus positives sur la qualité de vie, l'adaptation face aux symptômes, une meilleure perception des risques, une diminution de la vulnérabilité et de la détresse émotionnelle (Conversano et al., 2010).

Le questionnaire Life Orientation Test-Revised évalue l'optimisme et le catastrophisme. Composé de 10 questions, le score final ne retient que la réponse à 6 questions dont 3 portent sur l'optimisme et 3 sur le pessimisme (score inversé). Les réponses sont graduées de 0 à 4. Ce questionnaire bidimensionnel n'a pas fait preuve de sa validité. En effet ses créateurs : Scheier et Carver font preuve de nombreux biais dans l'interprétation des données (M F Scheier, Carver, & Bridges, 1994; M.F. Scheier & Carver, 1992). En 2003 une critique fait apparaître les interférences non prises en compte : différences individuelles, variation intra individu selon l'humeur (Vautier, Raufaste, & Cariou, 2003)... Le caractère objectif du questionnaire n'est donc pas justifié néanmoins il reste un outil subjectif sur le ressenti du patient sur sa vie ce qui permet de le situer et de l'aborder en conséquence. Cette donnée s'avère d'autant plus intéressante qu'elle influence directement la qualité de vie, le bien être mental et physique, les comportements adaptatifs et les réponses cognitives et croyances du patient.

On retrouve également des échelles évaluant :

- l'efficacité personnelle ressentie : Pain Self efficacy scale (Laroche & Jammet, 2011)
- la dramatisation : pain catastrophizing scale et la sous échelle : catastrophisme du Coping Strategies Questionnaire toutes deux validées en français (O'Reilly, 2011)
- l'acceptation de la douleur: Chronic Pain Acceptance Questionnaire (O'Reilly, 2011).

## *Croyances*

Les croyances s'explorent subjectivement dans l'interrogatoire néanmoins pour être plus objectivable et pour un réel suivi de la thérapeutique, on utilise des auto-questionnaires.

Le Back Beliefs Questionnaire (BBQ) [annexe 2] évalue les croyances personnelles à propos des problèmes de dos. Il comprend 14 questions dont seulement 9 participent aux scores final. Les réponses sont graduées de 1 à 5. Plus le score est intense plus les croyances

négatives sont fortes. Il n'existe pas à ce jour de validité en langue française du questionnaire cependant ses fortes fiabilité et validité en anglais en font un outil intéressant à suivre dans l'avenir. Ces questions reflètent les croyances courantes de la population générale sur les problèmes de dos. Son intérêt réside essentiellement en dépistage mais peu également être utilisé en suivi de la thérapeutique. Il ne s'agit en aucun cas d'un élément prédictif ni de suivi de la maladie (Symonds, Burton, Tillotson, & Main, 1996).

Le Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) [annexe 3] est une mesure très largement répandue dans la littérature pour lombalgique. Il mesure la relation entre la lombalgie et les activités physiques et le travail. Le lien de causalité entre la lombalgie et la perturbation des activités regroupe l'ensemble des peurs et croyances liées à la pathologie sur l'activité. Le questionnaire se présente sous la forme de 5 questions sur l'activité physique et de 11 questions sur le travail dont les réponses sont graduées sur une échelle de 1 à 6 allant de complètement en désaccord jusqu'à complètement d'accord avec les libellés. La version originale anglaise du questionnaire a été validée en 1993 par Waddell et en 2004 en version française (Nguyen et al., 2009). Sa sensibilité au changement et sa fiabilité ont été prouvées (K Chaory et al., 2004; Grotle, Vøllestad, & Brox, 2006).

L'échelle de kinésiophobie : Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) [annexe 4] évalue la « peur du mouvement ». Celle-ci est directement en lien avec les peurs et craintes que suscitent la douleur et les évitements des activités qui en découlent. Ce questionnaire comprend 17 questions et une graduation de réponses allant de 1 à 4. Le score total sur 68 montre l'importance ou non de la kinésiophobie chez le patient souffrant de douleurs persistantes : un score supérieur à 40 est un signe de sévérité. Le TSK traduit par French et Roach et validé en langue française a également fait la preuve de sa validité externe, de sa fiabilité et de sa cohérence interne (French, 2002; Swinkels-Meewisse, Swinkels, Verbeek, Vlaeyen, & Oostendorp, 2003a).

## Méthode statistiques

Les données des profils des patients sont données sous forme de ratio ou de moyennes. A cela s'ajoute l'intervalle de confiance dans lequel se situe 95% de l'échantillon.

Le logiciel R fut utilisé pour analyser les données entre elles : évolution (différence entre bilan d'entrée et de sortie), tests de corrélation (cor.test). Les résultats sont donnés sous forme de moyenne et d'intervalle de confiance de la moyenne.

# Résultats

## Caractéristiques des patients

Au travers des deux centres prospectés pour l'étude, 24 patients ont participé à l'étude. Seulement 12 patients ont entièrement participé au protocole de bilans dont un ne répondant pas autres critères d'inclusion fut exclu à posteriori [figure 4].

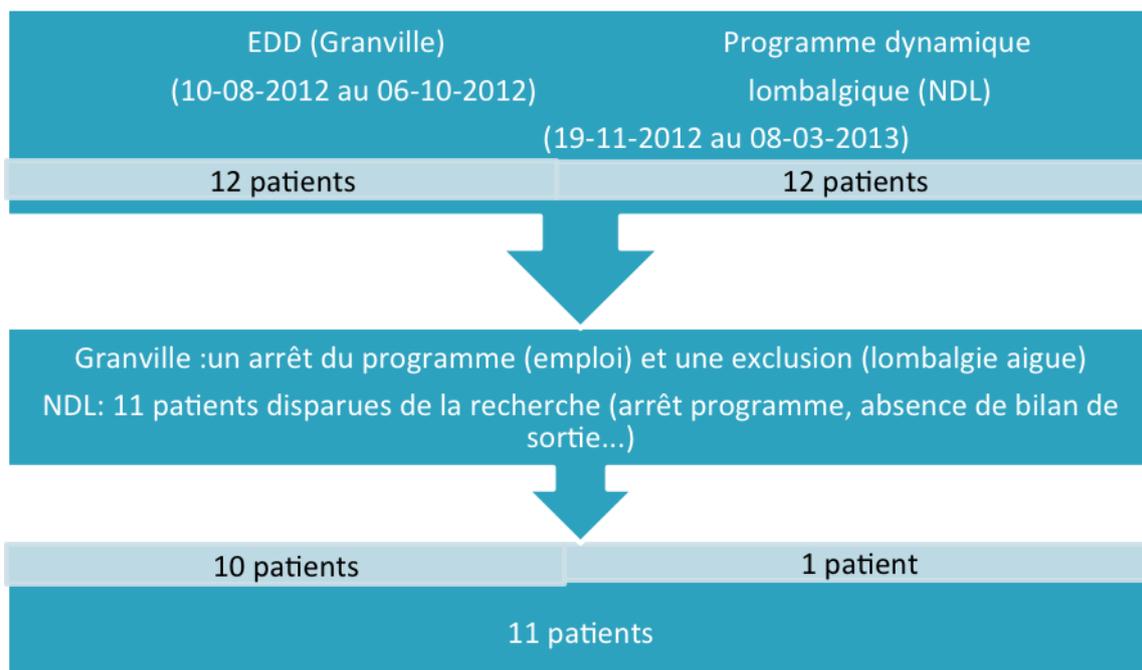


Figure 4: organigramme de l'inclusion de patients

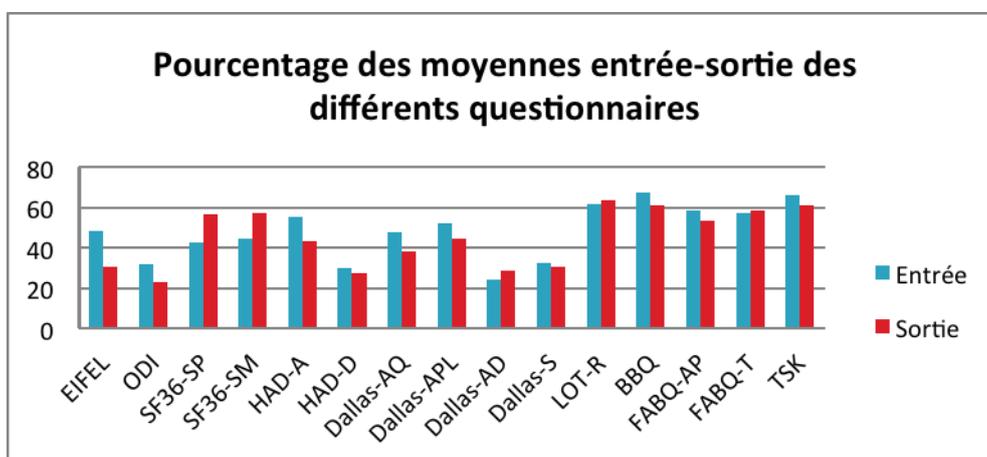
L'échantillon comprend 6 hommes et 5 femmes. Les âges moyen et médian sont respectivement de 44,7 ans et 46 ans et la fourchette est comprise entre 30 et 54 ans. Les catégories socioprofessionnelles sont disparates et ne reflètent aucune majorité. Pour ce qui est du statut professionnel, 5 patients sur 11 sont actuellement en arrêt de travail. Seulement 2 patients pratiquent une activité sportive régulière selon les déclarations. Sur le plan médical, la prise d'antalgiques n'est pas systématique : 7 en prennent régulièrement. L'anamnèse montre un fort recours aux professionnels de santé : 9 patients sur 11 ont déjà eu à faire à un kinésithérapeute, dont 3 ont déjà suivi un programme rééducatif et éducatif rentrant dans les critères d'inclusion. 6 patients ont déjà eu recours à la chirurgie liée à leur problème de dos. Enfin pour ce qui est du diagnostic déclaré on trouve une grande majorité de lombalgie commune 9/11. Cependant nous émettons une réserve sur les données étiologiques recensées par déclaration et la classification de l'hernie discale [annexe 6].

## Evolution des questionnaires

L'évolution des scores est donnée en fonction de la moyenne des scores d'entrée et des scores de sortie [graphique 5] et de la moyenne de variation des scores, les données chiffrées étant délivrés sous forme de pourcentage. Les données individuelles ne suivent par forcément le même sens d'évolution que celui reflété par la moyenne [annexe 6]. La moyenne de variation des scores montrent que la majorité des scores évoluent dans le sens d'une amélioration :

- diminution du handicap (EIFEL: -17,4% et ODI: -10,1%)
- augmentation de la qualité de vie (SF36-SP: +14,4% et SF36-SM: +13,0%)
- diminution des paramètres psychologiques du HAD (anxiété: -9,1% et dépression: -4,8%)
- diminution de la douleur pour le Dallas sauf pour sa dimension Dallas-AD et Dallas-S (AQ: -9,0% ; APL: -7,7% ; AD: +4,5% ; S: +2,3%)
- augmentation de l'optimisme (+1.14%).

Les croyances suivent aussi le sens de l'amélioration sauf pour le FABQ-T. Le BBQ présente une moyenne de -6,06% soit -2,7 points avec un écart type de la moyenne de 4,6points. Le FABQ-AP et FABQ-T donnent respectivement une moyenne de -4,92% soit -1.2points et +1,3% soit 0,55point. Les écarts types de la moyenne sont 7,3 points et 6,3 points. Enfin le Tampa aborde une moyenne de -5,21% soit -3,5 points associé à l'écart type 6,2 points. Au vue des écarts types, il est impossible d'affirmer l'amélioration des croyances aux cours de ces programmes rééducatifs.



Graphique 5: Pourcentage des moyennes entrée-sortie des différents questionnaires

## Corrélation entre l'évolution des différents types de croyances et les caractéristiques psycho-cliniques

Les résultats des tests de corrélation entre les croyances et les autres questionnaires ont été classés selon les critères suivants : très forte corrélation si  $r$  supérieur à 0,8 ; bonne corrélation pour  $r$  entre 0,6 et 0,8 ; corrélation médiocre pour  $r$  compris entre 0,4 et 0,6 et corrélation faible pour  $r$  entre 0,2 et 0,4. Les résultats obtenus objectivent 8 corrélations [tableau 6].

	BBQ	FABQ-AP	FABQ-T	TSK
EIFEL	0,3857	0,358	0,1458	0,0401
ODI	0,1461	-0,2224	0,3607	-0,2139
SF36-SP	-0,3199	-0,1296	-0,2937	0,3562
SF36-SM	-0,1022	-0,3529	0,0057	0,0058
HAD-A	0,7365	-0,1858	0,794	-0,2428
HAD-D	0,269	0,1214	0,5204	0,0844
Dallas-AQ	0,5699	0,2534	0,4396	-0,2534
Dallas-APL	0,5652	-0,0396	0,3392	-0,3565
Dallas-AD	0,3308	-0,245	0,7405	-0,4024
Dallas-S	-0,0543	0,0036	0,13	0,0118
LOT-R	0,0741	-0,2075	0,1515	-0,0035

Tableau 6 : corrélations entre les croyances et les caractéristiques psycho-cliniques du lombalgiques

On retrouve une bonne corrélation entre le BBQ et le HAD-A :  $r=0,74$ (IC=0,25-0,93), entre le FABQ-T et le HAD-A :  $r=0,79$ (IC=0,37-0,94) et entre le FABQ-T et le Dallas-AD :  $r=0,74$ (IC=0,25-0,93). Les corrélations sont médiocres entre le BBQ et les dimensions AQ :  $r=0,57$ (IC=-0,046-0,87) et APL :  $r=0,57$ (IC=-0,052-0,87) du Dallas, entre le FABQ-T et le HAD-D :  $r=0,52$ (IC=-0,12-0,85) et le Dallas AQ :  $r=0,44$ (IC=-0,22-0,82) et enfin inversement corrélé entre le TSK et le Dallas AD :  $r=-0,4$ (IC=-0,81-0,26). L'ensemble des corrélations sont en lien avec les facteurs psychologiques (HAD et Dallas AD) et la douleur (Dallas). Une analyse plus détaillée de ces huit corrélations se trouve dans le tableau 7. L'intervalle de confiance et le p-value objective une incertitude de corrélations pour cinq d'entre elles (celles de niveau médiocre). Cependant il n'en est pas moins intéressant puisque ces corrélations laissent également l'hypothèse d'une très forte corrélation (borne haute de l'intervalle de confiance). L'interprétation de ces données ne peut donc aboutir sur la confirmation de la corrélation. Pour les trois autres résultats (BBQ/HAD-A, FABQ-T/HAD-A

et FABQ-T/Dallas-AD), la corrélation est affirmée cependant son niveau de gradation varie entre corrélation faible et très forte corrélation. Une augmentation de l'échantillon aurait l'intérêt de vérifier l'hypothèse de corrélation par diminution de l'intervalle de confiance.

	<b>Corrélation</b>	<b>Intervalle de confiance</b>	<b>P-value</b>
BBQ/HAD-A	r= 0,7365	[0,2447 ; 0,9269]	p= 0,009741***
BBQ/Dallas-AQ	r= 0,5699	[-0,0456 ; 0,8717]	p= 0,06722
BBQ/Dallas-APL	r= 0,5652	[-0,05245 ; 0,8700]	p= 0,07000
FABQ-T/HAD-A	r= 0,7940	[0,3706 ; 0,9442]	p= 0,003523***
FABQ-T/HAD-D	r= 0,5204	[-0,1155 ; 0,8538]	p= 0,1008
FABQ-T/Dallas-AQ	r= 0,4396	[-0,2177 ; 0,8226]	p= 0,1761
FABQ-T/Dallas-AD	r= 0,7405	[0,2531 ; 0,9281]	p= 0,009145***
TSK/Dallas-AD	r= -0,4024	[-0,8074 ; 0,2603]	p= 0,2198

Tableau 7 : Analyse des corrélations

## Corrélation des croyances entre elles

Les croyances entre elles montrent une bonne corrélation BBQ et FABQ-T avec  $r=0,73(IC=0,23-0,93)$ , et deux corrélations de niveau médiocre entre TSK/FABQ-T et TSK/FABQ-AP avec un coefficient de Spearman respectivement de  $r=-0,58(IC=-0,87-0,033)$  et  $r=0,58(IC=-0,0028-0,88)$ . Seule la corrélation entre le BBQ et le FABQ-T est significative, on émet cependant une réserve sur l'importance de cette corrélation au regard de l'intervalle de confiance [tableau 8].

	<b>Corrélation</b>	<b>Intervalle de confiance</b>	<b>P-value</b>
BBQ/FABQ-T	r= 0,7306	[0.2328 ; 0.9251]	p=0.01065***
TSK/FABQ-AP	r=0.5817	[-0.02788 ; 0.8759]	p=0.06047
TSK/FABQ-T	r= -0.5785	[-0.8748 ; 0.03267]	p=0.06223

Tableau 8 : Analyse des corrélations

# Discussion

---

## Place des croyances dans l'évaluation du lombalgique

L'évaluation du lombalgique doit être incluse dans le modèle bio-psycho-social de l'individu. Ainsi après la reconnaissance de la maladie et de la douleur faite en amont, le bilan doit être accompagné d'une identification des facteurs psychosociaux tels que les croyances, les perceptions d'incapacité, la kinésiophobie, l'anxiété, la dépression, le stress, la somatisation, l'insatisfaction au travail... Ce contexte psychologique semble d'autant plus important qu'il implique de nombreuses répercussions telle que la chronicisation des symptômes notamment la douleur, l'enracinement de la maladie. Les différentes corrélations avec les croyances renforcent l'intérêt à avoir sur l'aspect psychologique du patient. De plus les croyances semblent corrélées à la douleur, facteur de consultation médicale et de prise en charge masso-kinésithérapique. Cette dimension cognitive, influençant les comportements du patient et notamment vis-à-vis de ses activités physiques, a donc un réel intérêt de dépistage avant la prise en charge. Parmi les trois questionnaires de croyances étudiés seuls le BBQ et le FABQ semblent avoir un intérêt d'évaluation par leur vertu pronostic sur la douleur et les facteurs psychologiques. Leur corrélation entre eux permettrait même de se suffire à l'utilisation d'un seul questionnaire.

## Place des croyances dans la rééducation et l'éducation du patient

Les croyances, véritable frein à l'amélioration, nécessite une prise en compte dans nos techniques thérapeutiques. Dans le domaine kinésithérapique, celles relatives aux mouvements et aux activités sont particulièrement rattachées aux compétences directes du kinésithérapeute. Dans une vision plus globale sur le comportement du patient et dans une démarche de pluridisciplinarité, on retrouve les croyances relatives à la pathologie, aux douleurs, aux traitement et prises en charge. Mais que faire face à ces croyances ?

Des thérapies cognitivo-comportementales et cognitives sur les perceptions de la maladie (Back et al., 2013; Bergman Nordgren, Carlbring, Linna, & Andersson, 2013; Laroche & Jammet, 2011; Y. Henrotin, 2006) sont particulièrement adaptée pour la lutte contre les croyances.

La prévention secondaire des freins psychosociaux se retrouve également à plus petite échelle comme élément complémentaire aux techniques rééducatives. On retrouve des moyens éducatifs et pédagogiques. Des ateliers de groupes visant à mettre en confrontation les différentes idées et croyances relatives à la pathologie peuvent être employés pour réajuster les interrogations, les croyances, les connaissances, les buts thérapeutiques et leurs efficacités... Un travail sensoriel et physique sur le corps associé à une auto évaluation ultérieure permet au patient de ressentir par exemple les biens faits de l'exercice et ainsi de concourir à l'abolition des peurs et croyances qui y sont rattachées.

L'alliance thérapeutique, outre les vertus sur l'adhérence au traitement, les perceptions d'auto-efficacité et de satisfaction, permet l'établissement d'objectifs communs patient-thérapeute dont le but final est le projet du patient. Ainsi ce contrat thérapeutique permet d'aborder les croyances erronées, les comportements inadaptés grâce à la confiance établis(Bergman Nordgren et al., 2013; Fuertes et al., 2007).

A ce jour, l'éducation thérapeutique tend à rassembler les différentes qualités de cette approche multimodale à la fois éducative, sur l'alliance thérapeutique et sur l'auto-rééducation (Foucaud, 2010; Genty et al., 2012; Poindron, 2002).

Dans une perspective plus préventive, le dépistage primaire semble être de mise pour lutter contre les croyances courantes tel que le repos en cas de douleur, la diminution d'activités, la chirurgie comme seul traitement... Comment lutter contre les informations erronées avant qu'elles ne s'installent ou avant l'apparition d'une problématique de lombalgie ? Comment modifier les croyances de la population générale ? Des conférences et interventions auprès de population ciblées (milieu scolaire ou professionnel) ou destiné à la population générale (campagne de prévention, internet...) se répandent de plus en plus. Le manque de retour sur leur efficacité à long terme ne permet pas de les préconiser de manière sûre. Les recommandations européennes soulignent que l'information et l'éducation fondée sur le modèle bio-psycho-social est un moyen de prévention qui s'avèrent être efficace notamment à court terme chez les travailleurs mais excluent les informations de type biomédicales. Les données actuelles restent relativement encourageantes quant à la diffusion de message préventif (Y. Henrotin, 2006).

## Perspectives

Les croyances sont-elles réellement modifiables ? Chacun vit personnellement ses croyances avec ses émotions, son vécu et se repose dessus tels des connaissances. Peut-on bousculer ces codes de conduites et de pensées sans heurter le patient et le renforcer d'autant plus dans sa maladie ? Si à court terme les croyances semblent se modifier, quant est-il sur du long terme ? La lutte contre les croyances ne briserait-elle pas le lien patient-thérapeute indispensable à l'amélioration des symptômes ?

## Discussion de la méthode

L'ensemble des résultats fournis font preuve de biais et donc d'incertitude quant à leur validité. En effet l'étude repose sur un échantillon de 11 patients uniquement, il ne peut donc être généralisable à l'ensemble des lombalgiques chroniques. De plus on ne retrouve que deux centres d'études dont les caractéristiques de prise en charge diffèrent. La perte de patients ne peut être considérée comme un biais mais constitue un manquement à la recherche en termes de suivi et de sensibilisation.

Les questionnaires font apparaître des biais complémentaires. L'absence de validation en langue française et les faiblesses métrologiques de certains d'entre eux (fiabilité, sensibilité aux changements...) font fluctuer l'interprétation des résultats. A ceci s'ajoutent les biais d'influence liés à la remise des questionnaires par les kinésithérapeutes plus ou moins sensibilisés et par moi-même et les biais d'interprétation inévitables dans les auto-questionnaires. La mesure délivrée par le patient directement fait aussi une preuve d'un biais de justesse dans les réponses.

Cette approche possède des limites. Le contexte dans lequel a été étudié l'aspect multifactorielle de la lombalgie et ses répercussions, fait partie d'une société influencée par les soins et le stress économique. Ce contexte se retrouve peu dans les pays en voie de développement. Les croyances sont tout autres et l'approche du patient relevant toujours du domaine biopsychosocial s'avèrent donc différentes.

## Conclusion

---

La problématique de ce travail était d'étudier l'impact des croyances sur la participation et le vécu du patient lombalgique chronique. L'hypothèse retenue est qu'il existe un réel lien de corrélation entre les croyances du patient vis-à-vis de son dos et de ses activités professionnelles sur ses caractéristiques psychologiques. Or l'aspect psychologique influence et est influencé par les incapacités et handicaps du patient enfermant le patient dans une boucle de chronicité et de déconditionnement. Ainsi il existe un réel intérêt de dépistage et d'intégration des croyances dans la prise en charge kinésithérapique. Cependant cette étude ne peut suffire à elle-même pour répondre à la problématique initiale. Elle se doit d'être complétée pour affiner les influences des croyances sur les différentes caractéristiques cliniques du patient et d'être poursuivi par les moyens rééducatifs de lutte contre les croyances. Des recherches récentes sur la lombalgie (Back et al., 2013; Bergman Nordgren et al., 2013; Lacroix, 2013; Savouroux, 2013; Vibe Fersum, O'Sullivan, Skouen, Smith, & Kvåle, 2012) laissent penser que l'aspect psychosocial est la clé des différentes thérapeutiques appliquées aux lombalgiques chroniques.

Cette étude prospective m'a permis d'aborder l'approche bio-psycho-social des pathologies chroniques. De plus cet avenant à la démarche de recherche en santé permet d'avoir un esprit critique et une perpétuelle remise en question des thérapeutiques mis en place.

En définitive, les croyances des lombalgiques chroniques sont une problématique d'actualité dans la prise en charge rééducative. Mais le lien est étroit avec les croyances des praticiens. Qu'en est-il de l'influence des croyances des thérapeutes sur la participation et le vécu du lombalgique ?

# Bibliographie

---

- (Anaes), A. F. P. L. R. E. L. E. K., & (Afrek), A. N. D. E. D. E. S. (n.d.). CONFÉRENCE DE CONSENSUS. Elsevier Masson. Retrieved from <http://www.em-premium.com.passerelle.univ-rennes1.fr/article/140882/resultatrecherche/2>
- Back, L., Randomized, P. A., Siemonsma, P. C., Stuive, I., Roorda, L. D., Vollebregt, J. A., Walker, M. F., et al. (2013). Cognitive Treatment of Illness, *93*(4), 435–448.
- Bel, K., Olan, A., Korku, H., & Tutumlari, K. (2012). The Relationship Between Disability , Quality of Life and Fear-Avoidance Beliefs in Patients with Chronic Low Back Pain, *(25)*, 724–731. doi:10.5137/1019-5149.JTN.6156-12.1
- Bergman Nordgren, L., Carlbring, P., Linna, E., & Andersson, G. (2013). Role of the Working Alliance on Treatment Outcome in Tailored Internet-Based Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders: Randomized Controlled Pilot Trial. *JMIR Research Protocols*, *2*(1), e4. doi:10.2196/resprot.2292
- Blanchard-Dauphin, A. (2012). Évaluation de l'incapacité fonctionnelle et de la qualité de vie en orthopédie, (Tableau 4).
- Brouwer, S., Kuijer, W., Dijkstra, P. U., Göeken, L. N. H., Groothoff, J. W., & Geertzen, J. H. B. (2004). Reliability and stability of the Roland Morris Disability Questionnaire: intra class correlation and limits of agreement. *Disability and rehabilitation*, *26*(3), 162–5. doi:10.1080/09638280310001639713
- Cabri, J. (2012). Validation transculturelle de l'Oswestry disability index en franc , ais Cross-cultural validation of the Oswestry disability index in French, *51*(2008), 379–385. doi:10.1016/j.annrmp.2008.03.006
- Cedraschi, C. (2011). Quels facteurs psychologiques faut-il identifier dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies ? Qu'en est-il de l'anxiété et de la dépression ? Quelles peurs et quelles représentations constituent-elles des écueils ? *Revue du Rhumatisme*, *78*, S70–S74. doi:10.1016/S1169-8330(11)70014-X
- Chaory, K., Rannou, F., Fermanian, J., Genty, M., Rosenberg, S., & Billabert, C. (2004). Impact de programmes de restauration fonctionnelle sur les peurs , croyances et conduites d'évitement du lombalgique chronique Impact of functional restoration programs on fears , avoidance and beliefs in chronic low back pain patients, *47*, 93–97. doi:10.1016/j.annrmp.2003.10.007
- Chaory, Karl, Fayad, F., Rannou, F., Lefèvre-Colau, M.-M., Fermanian, J., Revel, M., & Poiraudau, S. (2004). Validation of the French version of the fear avoidance belief questionnaire. *Spine*, *29*(8), 908–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15082995>
- Cherin, P., & de Jaeger, C. (2011). La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine & Longévité*, *3*(3), 137–149. doi:10.1016/j.mlong.2011.08.002
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, *6*, 25–9. doi:10.2174/1745017901006010025
- Coste, J., Le Parc, J. M., Berge, E., Delecoeuillerie, G., & Paolaggi, J. B. (1993). [French validation of a disability rating scale for the evaluation of low back pain (EIFEL questionnaire)]. *Revue du rhumatisme (Ed. française : 1993)*, *60*(5), 335–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8167640>
- Doubrière, J., & Boureau, F. (2012). Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique, (15327), 1–15.

- Fayad, F., Poiraudau, S., Fermanian, J., Rannou, F., Demaille, S. W., Benyahya, R., & Revel, M. (2004). Chronicité , récurrence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic Chronicity , recurrence , and return to work in low back pain : common prognostic factors, *47*, 179–189. doi:10.1016/j.annrmp.2004.01.005
- Foucaud, J. (2010). Compétences et éducation thérapeutique du patient. *Soins Cadres*, (73), 27–29.
- French, D. J. (2002). Peur du mouvement chez des accidentés du travail : l'Échelle de Kinésiophobie de Tampa (EKT). *Canadian Journal of Behavioural Science*, *34*(1), 28 – 33. Retrieved from [http://resolver.scholarsportal.info/resolve/0008400x/v34i0001/28\\_pdmcdatldkdt.xml](http://resolver.scholarsportal.info/resolve/0008400x/v34i0001/28_pdmcdatldkdt.xml)
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., & Boylan, L. S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient education and counseling*, *66*(1), 29–36. doi:10.1016/j.pec.2006.09.013
- Genty, M., Claus, D., He, C., Coudeyre, E., Dupeyron, A., Ribinik, P., & Ge, A. (2012). Education in the management of low back pain . Literature review and recall of key recommendations for practice, *54*(2011), 319–335. doi:10.1016/j.rehab.2011.06.001
- Grotle, M., Vøllestad, N. K., & Brox, J. I. (2006). Clinical course and impact of fear-avoidance beliefs in low back pain: prospective cohort study of acute and chronic low back pain: II. *Spine*, *31*(9), 1038–46. doi:10.1097/01.brs.0000214878.01709.0e
- Lacroix, A. (n.d.). Autour du vécu psychique des patients atteints d'une maladie chronique. Retrieved February 25, 2013, from <http://www.em-premium.com.passerelle.univ-rennes1.fr/showarticlefile/294718/main.pdf>
- Lacroix, A. (2013). *des patients atteints d ' une maladie chronique. Education thérapeutique* (deuxième é., pp. 33–38). Elsevier Masson SAS. doi:10.1016/B978-2-294-70467-3.00005-1
- Laroche, F., & Jammet, L. (2011). Thérapies cognitives et comportementales de la lombalgie chronique. Elsevier Masson. Retrieved from <http://www.em-premium.com.passerelle.univ-rennes1.fr/article/284574/resultatrecherche/3>
- Lawlis, G. F., Cuencas, R., Selby, D., & McCoy, C. E. (1989). The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine*, *14*(5), 511–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2524890>
- MARTY, M., BLOTMAN, F., AVOUAC, B., ROZENBERG, S., & VALAT, J.-P. (1998). Validation de la version française de l'échelle de Dallas chez les patients lombalgiques chroniques. *Revue du rhumatisme*, *65*(2), 139–147. Retrieved from <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2173535>
- Maniadakis, N., & Gray, A. (2000). The economic burden of back pain in the UK. *Pain*, *84*(1), 95–103. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10601677>
- Moreland, J. (1996). Defining the Minimum Level of Detectable Change for the Roland- Morris Questionnaire, *76*(4).
- NICE. (2009). NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. National costing report:low back pain. Implementing NICE guidance. Retrieved April 23, 2013, from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG88CostReport.pdf>
- Nguyen, C., Poiraudau, S., Revel, M., & Papelard, A. (2009, December 6). Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Elsevier Masson. Retrieved from <http://www.em-premium.com.passerelle.univ-rennes1.fr/article/218687/resultatrecherche/19>

- O'Reilly, A. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chroniques : une revue de travaux. Retrieved March 5, 2013, from <http://www.em-premium.com.passerelle.univ-rennes1.fr/showarticlefile/672960/main.pdf>
- Poindron, P.-Y. (2002). L'éducation thérapeutique du patient. *CONCOURS MEDICAL PARIS*, 124(37), 32–35.
- Poiraudeau, S., Colau, M. L., Fayad, F., Rannou, F., & Revel, M. (2004). Low back pain, 1, 295–319. doi:10.1016/j.emcrho.2004.04.001
- Poiraudeau, Serge. (2008). Moyens de prévention du passage à la chronicité des lombalgies, 13–14.
- Pouchot, J. (2012). Evaluation de la qualité de vie des patients principes de base, (15327).
- RAZAVI, D., DELVAUX, N., FARVACQUES, C., & ROBAYE, E. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de psychologie appliquée*, 39(4), 295–307. Retrieved from <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=6752776>
- Rainville, J., Smeets, R. J. E. M., Bendix, T., Tveito, T. H., Poiraudeau, S., & Indahl, A. J. (2011). Fear-avoidance beliefs and pain avoidance in low back pain — translating research into clinical practice. *The Spine Journal*, 11(9), 895–903. doi:10.1016/j.spinee.2011.08.006
- Rat, A., Baumann, C., Guillemin, F., & Pouchot, J. (2012). Qualité de vie en rhumatologie, (15327), 1–10.
- Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland – Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire, 25(24), 3115–3124.
- Rosignol, M., Rozenberg, S., & Leclerc, A. (2009). Épidémiologie des lombalgies : quoi de neuf?, 76, 967–972. doi:10.1016/j.rhum.2009.07.004
- Savouroux, N. (2013). Lombalgie chronique: Et si on touchait un peu moins le patient ? Retrieved April 22, 2013, from [http://www.actukine.com/Lombalgie-chronique-Et-si-on-touchait-un-peu-moins-le-patient\\_a3292.html](http://www.actukine.com/Lombalgie-chronique-Et-si-on-touchait-un-peu-moins-le-patient_a3292.html)
- Scheier, M F, Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063–78. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7815302>
- Scheier, M.F., & Carver, C. S. (1992, February 1). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*. Springer Netherlands. Retrieved from <http://cewarchive.miami.edu/483/>
- Swinkels-Meewisse, E. J. C. ., Swinkels, R. A. H. ., Verbeek, A. L. ., Vlaeyen, J. W. ., & Oostendorp, R. A. . (2003a). Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Manual Therapy*, 8(1), 29–36. doi:10.1054/math.2002.0484
- Swinkels-Meewisse, E. J. C. ., Swinkels, R. a. H. ., Verbeek, a. L. ., Vlaeyen, J. W. ., & Oostendorp, R. a. . (2003b). Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Manual Therapy*, 8(1), 29–36. doi:10.1054/math.2002.0484
- Symonds, T. L., Burton, a K., Tillotson, K. M., & Main, C. J. (1996). Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? *Occupational medicine (Oxford, England)*, 46(1), 25–32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8672790>
- Thomas, E.-N., Pers, Y.-M., Mercier, G., Cambiere, J.-P., Frasson, N., Ster, F., Hérisson, C., et al. (2010). The importance of fear, beliefs, catastrophizing and kinesiophobia in chronic low back pain rehabilitation. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 53(1), 3–14. doi:10.1016/j.rehab.2009.11.002

- Vautier, S., Raufaste, E., & Cariou, M. (2003). Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the status of filler items. *International Journal of Psychology*, 38(6), 390–400. doi:10.1080/00207590344000222
- Vibe Fersum, K., O'Sullivan, P., Skouen, J. S., Smith, A., & Kvåle, A. (2012). Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *European journal of pain (London, England)*, n/a–n/a. doi:10.1002/j.1532-2149.2012.00252.x
- Vogler, D., Paillex, R., Norberg, M., de Goumoëns, P., & Cabri, J. (2008). [Cross-cultural validation of the Oswestry disability index in French]. *Annales de réadaptation et de médecine physique : revue scientifique de la Société française de rééducation fonctionnelle de réadaptation et de médecine physique*, 51(5), 379–85. doi:10.1016/j.annrmp.2008.03.006
- Y. Henrotin, F. B., S. Rozenberg et al. (2006). recommandations européennes (COST B13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. Retrieved from <http://www.em-premium.com.passerelle.univ-rennes1.fr/showarticlefile/66398/main.pdf>
- Zerkak, D., Beaudreuil, J., Bidault, F., Garaud, P., & Fouquet, B. (2006, June 12). Validation de l'EIFEL dans une population de patients lombalgiques chroniques. Elsevier Masson. Retrieved from <http://www.em-premium.com.passerelle.univ-rennes1.fr/article/54456/resultatrecherche/5>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–70. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>

# **Annexes**

## Annexe 1 :

### Fiche de renseignements généraux

Nom \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_

Sexe \_\_\_\_\_

Pathologie \_\_\_\_\_

Vous souffrez depuis plus de trois mois ? OUI NON

Quelles est à votre avis la cause de votre problème de dos ?  
\_\_\_\_\_

Quelles sont à votre avis les circonstances déclenchantes de votre douleur ? \_\_\_\_\_

#### Traitement :

Prenez vous des antalgiques ? OUI NON

A quelle fréquence ? \_\_\_\_\_

Combien de gramme par jour ? \_\_\_\_\_

Avez vous déjà consulté pour votre dos un médecin généraliste / un rhumatologue / un neuro chirurgien / un chirurgien / un ostéopathe / un kinésithérapeute / un étioathe / un psychologue / autre? (entourez la ou les réponses)

Vous avez déjà été opéré(e) du dos ? OUI NON

Si oui, combien de fois ? \_\_\_\_\_

En quelle année pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous en attente d'opération ? OUI NON

Si oui, quand va-t-elle avoir lieu ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des séances de rééducation kiné en libéral ?

OUI NON

Si oui pendant combien de temps ? \_\_\_\_\_

A quelle fréquence par semaine ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà suivi un programme rééducatif en centre ? OUI NON

Si oui, quelle était la durée du programme ? \_\_\_\_\_

#### Travail :

Quel est ou était votre métier ? \_\_\_\_\_

Vous êtes en activité / retraité(e) / en arrêt de travail / en recherche d'emploi / en mi temps thérapeutique (entourez la ou les réponses)

Si vous êtes en arrêt de travail, depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

Il s'agit d'un accident de travail ou de trajet ? OUI NON

#### Loisirs :

Faites vous une activité sportive actuellement ? OUI NON

Si oui la ou lesquels : \_\_\_\_\_

Si oui combien de temps par jour ou par semaine ou par mois ?  
\_\_\_\_\_

**Annexe 2 :**

**BBQ ( Back Belief Questionnaire )**

Nous essayons de comprendre ce que les gens pensent des problèmes de dos. Merci de nous donner votre avis concernant le mal de dos, *même si vous n'en avez jamais souffert*.

Répondez à TOUTES les questions en indiquant votre degré d'accord avec les propositions suivantes en entourant le nombre approprié sur l'échelle allant de 1 à 5.

1 = complètement en désaccord

5 = complètement d'accord

1                      2                      3                      4                      5

Complètement  
en désaccord

Complètement  
d'accord

1	Il n'existe pas vraiment de traitement pour le mal de dos.	1	2	3	4	5
2	Le mal de dos peut vous empêcher à la longue de travailler.	1	2	3	4	5
3	Le mal de dos signifie des épisodes de douleurs pour le restant de la vie.	1	2	3	4	5
4	Les médecins ne peuvent rien faire contre le mal de dos.	1	2	3	4	5
5	L'exercice physique est recommandé pour le mal de dos.	1	2	3	4	5
6	Le mal de dos rend tout plus difficile dans la vie.	1	2	3	4	5
7	La chirurgie est le moyen le plus efficace pour soigner le mal de dos.	1	2	3	4	5
8	Le mal de dos peut vouloir dire que vous finirez dans un fauteuil roulant.	1	2	3	4	5
9	Les médecines parallèles sont la réponse au mal de dos.	1	2	3	4	5
10	Le mal de dos est synonyme d'arrêt de travail de longue durée.	1	2	3	4	5
11	Les médicaments sont le seul moyen de soulager le mal de dos.	1	2	3	4	5
12	Le dos reste toujours fragile après un premier épisode douloureux.	1	2	3	4	5
13	Il faut impérativement se reposer quand on a mal au dos.	1	2	3	4	5
14	Le mal de dos s'aggrave progressivement en vieillissant.	1	2	3	4	5

Le sous ensemble de 9 items ci après est le minimum inévitable pour calculer le score. Items : 1, 2, 3, 6, 8, 10, 12, 13, 14. L'échelle est calculée en inversant et additionnant les 9 résultats.

### Annexe 3 :

## Évaluation individuelle face à la douleur FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)

Référence : Waddell G, Newton M, Henderson I et al. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) the role of fear-avoidance belief in chronic low back pain and disability. Pain 1993;52:157-68  
Version française : Chaory K, Fayad F, Rannou F et al. Validation of the french version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. Spine 2004;29:908-13

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos

	<i>Absolument pas d'accord avec la phrase</i>	<i>Partiellement d'accord avec la phrase</i>					<i>Complètement d'accord avec la phrase</i>
<b>FABQ PHYSIQUE</b>							
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 voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 – Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
<b>FABQ TRAVAIL</b>							
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>							
6 – Ma douleur a été causée 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 – Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 – Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10 – Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11 – Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12 – Je ne devrais pas effectuer 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 tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 – Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 – Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6

### TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24)

## Annexe 4 :

### **Questionnaire Tampa (TSK)**

pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie

(Kori et al., 1990, traduite par French et Roach)

	Fortement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Fortement en accord
<b>Consignes :</b> Veuillez lire attentivement chaque question et encercler le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.				
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. Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée *	1	2	3	4
5. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux	1	2	3	4
6. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours	1	2	3	4
7. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e)	1	2	3	4
8. Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux *	1	2	3	4
9. J'ai peur de me blesser accidentellement	1	2	3	4
10. 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
11. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps	1	2	3	4
12. Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve) *	1	2	3	4
13. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas	1	2	3	4
14. Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active	1	2	3	4
15. 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
16. Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave *	1	2	3	4
17. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur	1	2	3	4

Pour le score : additionner les chiffres. Inversez le score pour les questions avec un \* ( questions 4, 8, 12 et 16 ).

Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important.  
( 40 / 68 est considéré comme une kinésiophobie significative (Vlaeyen).

### Annexe 5 :

Tableau des données métrologiques des différents questionnaires

	<b>Validité en langue française</b>	<b>Cohérence interne</b>	<b>Validité externe</b>	<b>Fidélité, reproductibilité, fiabilité</b>	<b>Sensibilité au changement</b>	<b>Population visée</b>	<b>Seuil de sévérité</b>	<b>Bibliographie</b>
<b>EIFEL</b>	OUI	$\alpha=0,84$	-validité contre critères avec gold standart : Quebec : $r=0,71$ $p<0,0001$ ; Dallas-AQ: $r=0,26$ $p=0,0048$ - validité de contrastes : EVA : $r=0,51$ $p=0,0002$ ; Indice de Scober : $r=0,28$ $p=0,034$ )	CCI=0,69 (+/- 0,21) (étude française) CIC=0,91 (étude néerlandaise)	Test de Wilcoxon : $p=0,0001$ Sensible pour des scores entre 4 et 20 Variabilité naturelle des réponses de 5,4 points Détection au changement entre 4 et 5 points	Lombalgique aigue et chronique, préférentiellement petit handicap	>12/24	(Brouwer et al., 2004; Cabri, 2012; Coste et al., 1993; Moreland, 1996; Thomas et al., 2010; Zerkak et al., 2006)
<b>ODI</b>	OUI	$\alpha=0,76$ à 0,87		Test retest $r=0,91$ à 0,99	Détection au changement à partir de 4 points	Validée pour lombalgie chronique, utilisable en lombalgie aigue, métastase, fibromyalgie... préférentiellement lourd handicap	ROC=0,76	(Cabri, 2012; Roland & Fairbank, 2000; Vogler et al., 2008)
<b>SF36</b>	OUI version 1,3	$\alpha=0,80$ à 0,94	Validité (utilisée comme gold standard)		Entre 3 et 5 points	Population générale (instrument générique)		(Blanchard-Dauphin, 2012; Pouchot, 2012; Rat, Baumann, Guillemain, & Pouchot, 2012)
<b>HAD</b>	OUI		Convergente et discriminante (comparé à une échelle d'anxiété et une autre de dépression)			16-65 ans, environnement hospitalier (élargi au plus de 65ans et à la population générale)	A>10/21 D>10/21	(RAZAVI, DELVAUX, FARVACQUES, & ROBAYE, 1989; Thomas et al., 2010; Zigmond & Snaith, 1983)

<b>Dallas</b>	OUI	$\alpha = 0,89$ à $0,91$	Validité pour dimensions AQ, A/D et Social (gold standard EVA)	CCI>0,75 Fiabilité au test-re test	Sensible au changement pour dimensions AQ(p<0,001), T (p<0,001), A/D (p=0,003) mais dimension social non sensible (p=0,11)	Validé pour lombalgique chronique	>50% (pour chaque dimension )	(Lawlis et al., 1989; MARTY et al., 1998; Thomas et al., 2010)
<b>LOT-R</b>						Santé mentale et physique rachialgique		(M.F. Scheier & Carver, 1992; Vautier et al., 2003) (Symonds et al., 1996)
<b>BBQ</b>	NON	$\alpha=0,7$	validité	CCI=0,85				
<b>FABQ</b>	OUI	FABQ-AP: $\alpha=0,7$ à $0,75$ FABQ-T: $\alpha=0,82$ à $0,83$  Inter corrélation $r=0,3$ et $r=0,47$	$r=0,33$ à $0,59$ et $p<0,01$ (comparaison à EVA)	Fiabilité (test-re test) FABQT : CCI=0,88 et $r=0,80$ FABQ-AP : CCI=0,72 et $r=0,64$			AP>12/24 T>24/42	(Karl Chaory et al., 2004; Grotle et al., 2006; Swinkels-Meewisse, Swinkels, Verbeek, Vlaeyen, & Oostendorp, 2003b; Symonds et al., 1996; Thomas et al., 2010)
<b>Tampa</b>	OUI	$\alpha=0,7$ à $0,76$	$r=0,33$ à $0,59$ et $p<0,01$ (comparaison à EVA)	$r=0,78$		validé en lombalgie chronique mais non spécifique	>40/68	(French, 2002; Swinkels-Meewisse et al., 2003b; Thomas et al., 2010)

#### Nomenclature :

Cohérence interne : Coefficient alpha de Cronbach ( $\alpha$ ), la validité interne est acceptée si  $\alpha>0,6$  (Symonds et al., 1996)

Validité externe : Coefficient de Spearman, corrélation (r)

Fiabilité : Cohérence Corrélation Inter classe (CCI), la fiabilité est acceptable si CCI> 0,75(Symonds et al., 1996) et fiabilité évaluée au test –retest (corrélation : r)

Sensibilité au changement :variation naturelle

Sévérité : Receiver Operating Characteristic (ROC)

**Annexe 6 :**

**Tableau du profil des patients**

Sexe	Age	Centre	Catégorie socioprofessionnelle	Statut professionnel	Sport	Traitement médical antalgique	Opération dos	Rééducation	Programme rééducatif	Diagnostic
F	46	G	Employés (55)	AT	N	O	N	O	N	HD
M	49	G	Ouvriers (63)	Actif	N	N	N	O	N	NA
F	45	G	Professions intermédiaires (43)	Actif	N	O	O	O	O	HD
M	40	G	Cadres et professions intellectuelles supérieures (37)	MT et AT et accident T	N	N	O	O	N	Lombalgie
M	30	G	Ouvriers (69)	AT	N	N	N	O	N	HD
M	35	G	Employés (52)	AT	N	O	O	O	N	HD
F	52	G	Professions intermédiaires (43)	Actif	N	O	N	O	N	lombalgie
M	40	G	Ouvriers (63)	Actif	O	N	O	O	N	lombosciatalgie
F	54	G	Artisans (21)	Actif	N	O	O	N	O	lombalgie
F	51	G	Cadres et professions intellectuelles supérieures (31)	Actif	O	O	N	N	N	lombalgie
M	50	R	Ouvriers (69)	AT	N	O	O	O	O	lombalgie

Centre : G= Granville, R=Rennes

Catégories socioprofessionnelles (annexe 7)

Statut Professionnel : AT= Arrêt de travail, MT= Mi temps thérapeutique, Accident T = accident du travail

Diagnostic : HD= Hernies discales

NA (non renseigné) O= Oui N=Non

## **Annexe 6 :**

### Nomenclature des groupes socioprofessionnelles et des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) de l'Insee 2003

<b>Groupes socioprofessionnels</b>	<b>Catégories socioprofessionnelles</b>
<b>1- Agriculteurs- exploitants</b>	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
<b>2- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</b>	21 Artisans 22 Commerçants et assimilés 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
<b>3- Cadres et professions intellectuelles supérieures</b>	31 Professions libérales 33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles 37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
<b>4- Professions intermédiaires</b>	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises 47 Techniciens 48 Contremaîtres, agents de maîtrise
<b>5- Employés</b>	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires 54 Employés administratifs d'entreprise 55 Employés de commerce 56 Personnels des services directs aux particuliers
<b>6- Ouvriers</b>	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport 67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal 69 Ouvriers agricoles
<b>7- Retraités</b>	71 Anciens agriculteurs exploitants 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise 74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires 77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
<b>8- Autres personnes sans activités professionnelles</b>	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé 83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

**Annexe 8 :**

Tableau d'entrée : résultats des questionnaires pour chaque patient

EIFEL	ODI	SF36-SP	SF36-SM	HAD-A	HAD-D	Dallas-AQ	Dallas-APL	Dallas-AD	Dallas-S	LOT-R	BBQ	FABQ-AP	FABQ-T	TSK
6	0,2	0,46	0,55	20	6	0,33	0,55	0,6	0,2	21	27	6	42	27
10	0,16	0,41	0,43	13	6	0,66	0,6	0,25	0,15	15	33	21	38	38
14	0,34	0,27	0,16	9	7	0,48	0,7	0,5	0,45	11	30	10	21	51
13	0,38	0,4	0,4	14	6	0,33	0,3	0,2	0,1	16	23	2	17	38
16	0,36	0,33	0,23	13	9	0,39	0,55	0,15	0	14	35	14	30	56
17	0,5	0,28	0,16	11	6	0,81	0,85	0,1	0,75	13	29	21	16	51
12	0,34	0,68	0,85	9	8	0,72	0,55	0,2	0,1	16	27	14	11	44
14	0,38	0,44	0,58	10	7	0,45	0,45	0,2	0,6	6	34	5	15	45
10	0,289	0,4	0,38	8	8	0,33	0,25	0,25	0,5	15	32	19	30	44
5	0,18	0,66	0,71	6	2	0,27	0,3	0	0	18	23	21	9	38
10	0,38	0,33	0,43	14	9	0,45	0,65	0,2	0,75	17	39	21	36	61

**Annexe 9 :**

Tableau de sortie : résultats des questionnaires pour chaque patient

EIFEL	ODI	SF36-SP	SF36-SM	HAD-A	HAD-D	Dallas-AQ	Dallas-APL	Dallas-AD	Dallas-S	LOT-R	BBQ	FABQ-AP	FABQ-T	TSK
2	0,22	0,458	0,51	18	6	0,39	0,55	0,75	0,25	16	21	10	42	28
7	0,22	0,585	0,823	6	2	0,48	0,4	0,05	0,05	19	22	16	32	35
5	0,2	0,575	0,693	7	5	0,51	0,55	0,4	0,35	13	32	6	28	41
17	0,34	0,421	0,4	16	8	0,42	0,35	0,25	0,3	20	25	16	18	41
11	0,38	0,508	0,449	11	10	0,27	0,55	0,3	0,3	16	33	7	31	55
9	0,4	0,442	0,259	13	8	0,54	0,7	0,7	0,9	16	28	12	27	41
4	0,08	0,831	0,903	5	3	0,45	0,55	0	0,2	16	21	12	1	39
5	0,06	0,808	0,673	6	6	0,15	0	0,1	0,05	13	26	14	7	49
9	0,24	0,535	0,516	8	4	0,27	0,3	0,15	0,25	12	35	17	32	44
0	0,04	0,906	0,84	6	3	0,12	0,1	0	0	16	19	13	10	36
12	0,34	0,173	0,248	13	8	0,63	0,85	0,45	0,7	16	40	18	42	45

**Annexe 10 :**

Tableau d'évolution des questionnaires pour chaque patient

EIFEL	SF36-													
	ODI	SF36-SP	SM	HAD-A	HAD-D	Dallas-AQ	Dallas-APL	Dallas-AD	Dallas-S	LOT-R	BBQ	FABQ-AP	FABQ-T	TSK
-4	0,02	0	-0,04	-2	0	0,06	0	0,15	0,05	-5	-6	4	0	1
-3	0,04	0,18	0,39	-7	-4	-0,18	-0,2	-0,2	-0,1	4	-11	-5	-6	-3
-9	-0,14	0,29	0,53	-2	-2	0,03	-0,15	-0,1	-0,1	2	2	-4	7	-10
4	0	0,02	0	-1	2	0,09	0,05	0,05	0,2	-4	2	14	1	3
-5	-0,04	0,18	0,22	-2	1	-0,12	0	0,15	0,3	2	-2	-7	1	-1
-8	0,02	0,16	0,1	2	2	-0,27	-0,15	0,6	0,25	3	-1	-9	11	-10
-8	-0,1	0,15	0,05	-4	-5	-0,27	0	-0,2	0,1	0	-6	-2	-9	-5
-9	-0,32	0,37	0,09	-4	-1	-0,3	-0,45	-0,1	-0,05	7	-8	9	-8	4
-1	-0,05	0,14	0,14	0	-4	-0,06	0,05	-0,1	-0,35	-3	3	-2	2	0
-5	-0,14	0,25	0,13	0	1	-0,15	-0,2	0	0	-2	-4	-8	1	-2
2	-0,04	-0,16	-0,18	-1	-1	0,18	0,2	0,25	-0,05	-1	1	-3	6	-16
-4,18	-0,1	0,14	0,13	-1,9	-1	-0,09	-0,08	0,05	0,02	0,27	-2,7	-1,2	0,55	-3,5 moy pts
-17,4	-10,1	14,4	13	-9,1	-4,8	-9	-7,7	4,5	2,3	1,14	-6,06	-4,92	1,3	-5,21 moy %

