

PRÉVENTION DES CROYANCES ERRONÉES SUR LA LOMBALGIE PARTIE 1

Dr R.HUSSLER, *kinésithérapeute, Directeur de l'IFMKDV de Lyon, Docteur en Sciences de l'Education*

Cet article sera traité en deux publications :

- *La 1ère partie rend hommage aux excellents mémoires présentés par Baptiste CHEVET [1] et Marion MEHEUST [2] pour l'obtention du diplôme d'état en massokinésithérapie. Les informations présentées ont été sélectionnées puis synthétisées et adaptées pour une lecture et une utilisation dans le cadre de l'activité libérale en masso-kinésithérapie*
- *La 2ème partie s'appuyant sur les apports théoriques de la 1ère partie s'efforcera de répondre à la question suivante : « Comment mettre en place en cabinet libéral une action de prévention des croyances erronées au sujet de la lombalgie »*

INTRODUCTION

Les études épidémiologiques montrent que la lombalgie est un problème de santé majeur dans le monde et que la plupart de la population, indifféremment du sexe et de l'âge, sera un jour touché et notamment la population en âge de travailler [3]. En outre Hestbaek et al (2010) affirment que 50 % des personnes ayant vécu un épisode lombalgique en vivront un autre à un an, 60% à deux ans et 70% à cinq ans [4].

Nous retiendrons dans cet article la définition de la lombalgie commune, qui représente 90% des lombalgies prises en charge, et qualifiée de « douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause in-

flammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse.» [5]

Selon Hoy et al (2014), le poids global de la lombalgie dans le monde en termes d'années de vie d'incapacité (Disability Adjusted Life Years), est passé de 58.2 millions en 1990 à 83 millions en 2010 avec une prédominance dans la population âgée de 35 à 50 ans [6]. Sans oublier les incidences multiples sur le plan psychologique (sentiment d'exclusion, d'inutilité, dépression, etc.) et social (sentiment d'exclusion).

Ces chiffres viennent confirmer ce que les kinésithérapeutes en général et dans un cadre libéral en particulier constatent dans leur activité professionnelle puisque les lombalgies représentent une part importante des prescriptions médicales.

[1] B. Chevet (2015), Mise en place d'une action de promotion de la santé en milieu professionnel. Prévention des croyances et des représentations erronées sur la lombalgie. Mémoire de fin d'études en kinésithérapie disponible en ligne : <http://kinedoc.org/Kinedoc-war/recherche.do> ou <http://www.ifres.fr/pages/publications.html>

[2] M. Meheust (2013), Influence des croyances sur la participation et le vécu des patients lombalgiques chroniques. Mémoire de fin d'études en kinésithérapie disponible en ligne : <http://www.ifres.fr/pages/publications.html>

[3] Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 2012;64(6):2028–37.

[4] Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. (2010), The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.*;24(6):769–81.

[5] HAS. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. Paris: HauteAutorité de Santé; 2005.

[6] Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. (2014), The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease Study. *Ann Rheum Dis.* Jan;73(6):968–74.

LOMBALGIE ET LES MODÈLES DE LA SANTÉ

L'échec de la prise en charge de la lombalgie non spécifique selon une approche uniquement biomédicale combinée à celui de la chirurgie sur le rachis, ont amené à reconsidérer le symptôme par une nouvelle approche selon un modèle bio-psycho-social de la lombalgie, proposé par Waddell en 1987 [7]. Ce modèle recommande de considérer la lombalgie en termes d'incapacités plus qu'en termes de maladie et encourage une approche plus globale du patient lombalgique; notamment en avançant la nécessité de réaliser l'investigation des aspects physiques, psychologiques et sociaux.

FACTEURS DE RISQUES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX

Les facteurs de risque psycho-sociaux ont été regroupés sous le terme d'alertes ou « Flags » en trois catégories ou « couleurs » jaunes (personnel), bleues (travail) et noires (contexte). Nous retiendrons de ce tableau l'importance des alertes jaunes ou « Yellow Flags » en

termes de fausses croyances, de catastrophismes et d'attentes négatives du futur. Or il a été démontré que l'intensité de la douleur représentait moins de 10% de la variance du handicap fonctionnel alors que les facteurs psychosociaux comptent pour 35%[9]

Alertes jaunes (personne)			Alertes bleues (travail)	Alertes noires (contexte)
Pensées	Sentiments	Comportement		
- Catastrophisme - Fausses croyances sur l'état, la douleur, la nocivité - Attentes négatives du futur	- Inquiétude, détresse, anxiété, dépression - Peur du mouvement - Incertitudes sur le futur	- Description de symptômes extrêmes - Stratégies de coping passives - Inefficacité répétée des traitements	- Charge physique de travail élevée - Incapacité de modifier le travail - Stress au travail - Manque de support social - Insatisfaction au travail - Faible espoir de retour au travail - Crainte d'une nouvelle blessure	- Incompréhension entre les divers acteurs (patient, employeur, médecin) - Compensation financière - Croyances de l'entourage - Isolement social - Politique de l'entreprise inadaptée - Retard dans les processus

Figure 1. Résumé des facteurs de risque psycho--sociaux et socio--professionnels d'après Rozenberg et al, cite par Sichere et Zeitoun⁸ (2013).

[7] Waddell G. A new clinical model for the treatment of low--□back pain. Spine. 1987;12:632-44.

[8] Sichere P, Zeitoun F. La lombalgie (commune) en evolution. Douleurs Eval - Diagn -Trait. 2013 Oct;14(5):234-44.

[9] Burton AK. How to prevent low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005 Aug;19(4):541-55.

MODÈLE DE LA PEUR DU MOUVEMENT/ (RE)BLESSURE

Selon ce modèle, il existe deux réponses comportementales face à la douleur :

L'affrontement et l'évitement. La figure ci-dessous illustre le processus :

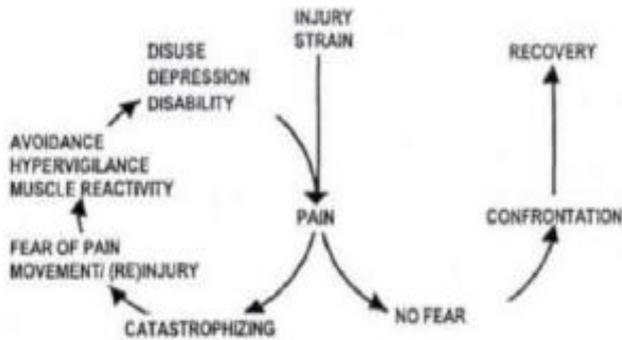


Figure 2 : Modèle cognitivo-comportemental de « peur du mouvement / (re)blessure » proposé par Vlaeyen en 1995 [10]

Les microtraumatismes (injury strain) génèrent une douleur (pain) en lien avec la région lombaire. A partir de là deux processus sont possibles :

- Soit l'évitement (avoidance) caractérisé par des pensées et croyances négatives (catastrophizing) entraînant une crainte que le mouvement (activité physique, professionnelle ou loisir) génère ou maintienne une douleur (fear of pain movement)/ nouveau traumatisme (re(injury)). Cette crainte entraîne un évitement de la réaction de vigilance musculaire (avoidance hypervigilance muscle reactivity) entraînant l'inactivité (disuse), l'incapacité (disability) et la dépression entretenant la douleur dans un cercle vicieux permanent.
- Soit une absence de crainte (no fear) et un désir d'affronter (confrontation) le problème favorisant la récupération (recovery).

Nous pouvons dégager trois principes directeurs :

- Les croyances négatives ou erronées amènent à penser que l'activité physique génère ou entretient les lésions à l'origine de la douleur, de sa récurrence et persistance
- La peur de la douleur qui est plus incapacitante que la douleur elle-même.
- Ces croyances sont prédictives de l'incapacité fonctionnelle dans la vie quotidienne d'un retard dans le délai de retour au travail et peuvent conditionner l'efficacité des programmes de rééducation [11].

LOMBALGIE ET LES TROIS MODÈLES DE LA PRÉVENTION

Dans le cadre de la prévention de la lombalgie en milieu professionnel, nous trouverons la prévention primaire pour éviter la survenue du premier épisode douloureux, la prévention secondaire pour éviter la récurrence et le passage à la chronicité du symptôme et la prévention tertiaire pour limiter l'incapacité fonctionnelle et les arrêts de travail de longue durée.

LOMBALGIE ET EDUCATION À LA SANTÉ DANS LE CADRE DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

La prévention primaire dans le cadre de l'activité libérale du masseur kinésithérapeute est à construire peut-être par une participation plus active dans les milieux professionnels (ergonomie) et scolaires. Le champ d'activité du masseur kinésithérapeute libéral est actuellement plus adapté à la mise en place d'une prévention secondaire et tertiaire. Nous avons vu comment la prévention des croyances erronées semble avoir une place non négligeable pour diminuer la fréquence des lombalgies et le maintien en activité des professionnels.

[10] Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. Pain. 1995 Sep;62(3):363-72.

[11] Dupeyron A, Ribinik P, Gelis A, Genty M, Claus D, Herisson C, et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. Ann Phys Rehabil Med. 2011;54(5):319-35.

CROYANCES

Les croyances étudiées dans cet article sont à différencier des croyances religieuses. Un dictionnaire [12] les définit comme : « *L'attitude d'adhésion à une proposition dont la vérité ne peut toujours être démontrée* ». Elle comporte trois degrés : l'opinion, le savoir et l'adhésion.

Les croyances sont donc des convictions vécues comme des connaissances, étroitement intriquée avec les émotions et impactant sur les comportements. Selon Laroche et Jammet (2011) [13] elles sont considérées comme des facteurs d'incapacités et peuvent ainsi se révéler un frein pour la rééducation ou les soins en général. Elles doivent ainsi être dépistées précocement (prévention secondaire) afin d'optimiser les résultats de l'accompagnement professionnel auprès des personnes en difficulté de santé.

CONCLUSION 1 ÈRE PARTIE

Les données épidémiologiques démontrent l'impact social majeur de la lombalgie commune. Le modèle biomédical ayant montré ses limites quant à l'efficacité de la prise en soins de la lombalgie, le modèle biopsychosocial prend le relais en considérant les facteurs de risques psychosociaux. Le modèle cognitivo-comportemental de la « peur du mouvement » donne un éclairage intéressant sur les mécanismes psychologiques en jeu dans la lombalgie. Enfin les modèles de la prévention précisent le cadre d'intervention d'une action préventive adaptée au travail en cabinet de masso-kinésithérapie. La 2 ème partie, traitée dans un prochain article, permettra aux professionnels de mettre en place simplement et sans perte de temps des actions en éducation à la santé afin d'optimiser l'efficacité de la rééducation des personnes souffrant de douleurs lombaires.

[12] Dictionnaire de Psychologie, PUT 2008

[13] Laroche F et Jammet L (2011), Thérapie cognitive et comportementale de la lombalgie chronique. Elsevier Masson