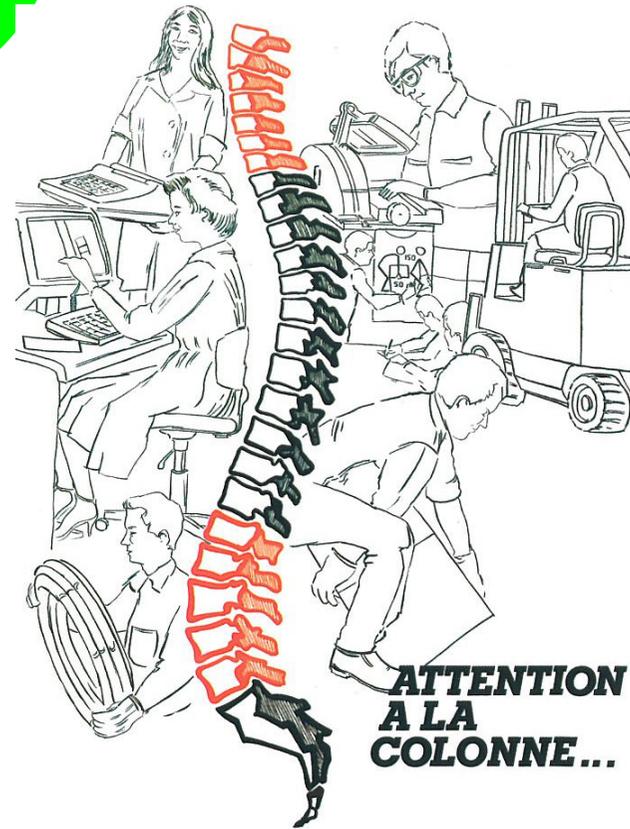


# INFORMATION DU PATIENT LOMBALGIQUE



Dr didier Martin



Institut national de recherche et de sécurité  
30 rue Olivier-Noyer 75680 Paris cedex 14  
AR 479 réduction de l'affiche de format 60 x 80 cm © INRS 2004

# INFORMATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

L'information des patients comme une thérapie à part entière.



Dr didier Martin

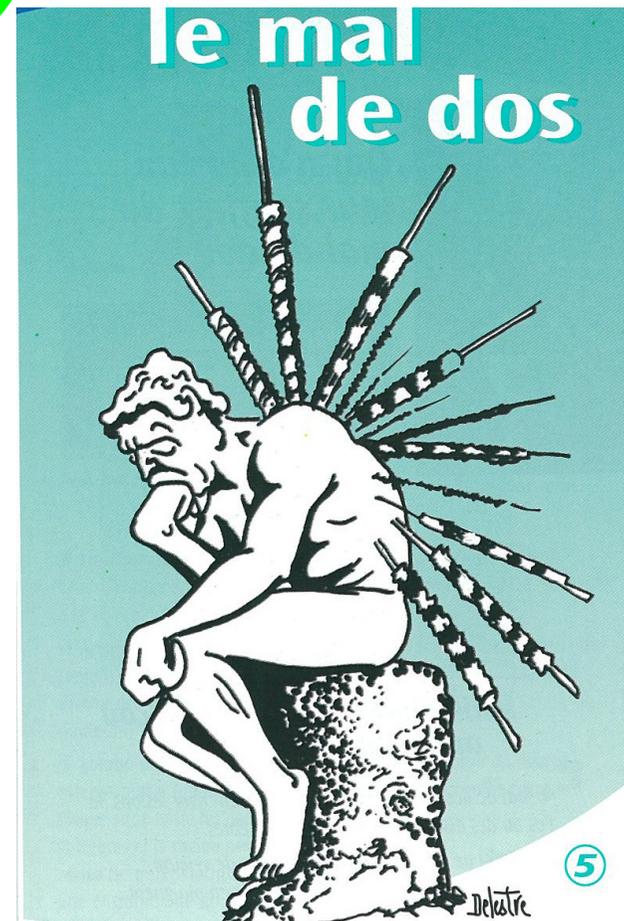
# **INFORMATION DU PATIENT LOMBALGIQUE**

- I    préalable à tout acte médical**
- II   formation des soignants**
- III démarches thérapeutiques**
- IV éducation du patient lombalgique**
- V   évaluation sur l'information donnée**

# I - préalable à tout acte médical



Dr didier Martin



# I - préalable à tout acte médical

- 1) Information, consentement et décision à partager par le patient.
- 2) L'information dans une perspective cognitivo-comportementale.
- 3) Apprécier les croyances des patients lombalgiques

# I - préalable à tout acte médical

## 1) Information, consentement et décision à partager par le patient.

- Information orale adaptée pour rassurer et faire participer le patient
- l'écrit est indispensable pour que le patient en garde souvenir
- le partage de décision ne doit pas devenir une médecine défensive
- l'existence d'intervenants multiples / mais qualité de l'information car
- le patient doit pouvoir apprécier de son propre point de vue les avantages et inconvénients des différentes options thérapeutiques

*« Les patients qui participent activement à leur thérapeutique bénéficient d'une guérison plus rapide ».*

# I - préalable à tout acte médical

## 2) L'information dans une perspective cognitivo-comportementale.

- L'incapacité est surtout liée à la **médicalisation de la souffrance**. Quand la douleur persiste on s'intéresse aux facteurs psychologiques et comportementaux.
- La dramatisation des lésions, leurs caractères irréversibles et l'attente passive du soulagement font barrage à l'amélioration
  - au contraire des stratégies de coping (faire avec)
  - et des stratégies actives (fractionnement des activités, distractions) plus efficaces que les stratégies passives (évitement, catastrophisme).
- Les lombalgiques croient que le mouvement, le travail leurs seraient néfastes or il y a peu de relation entre la douleur et l'incapacité.

**« La peur de la douleur est plus incapacitante que la douleur elle-même. »**

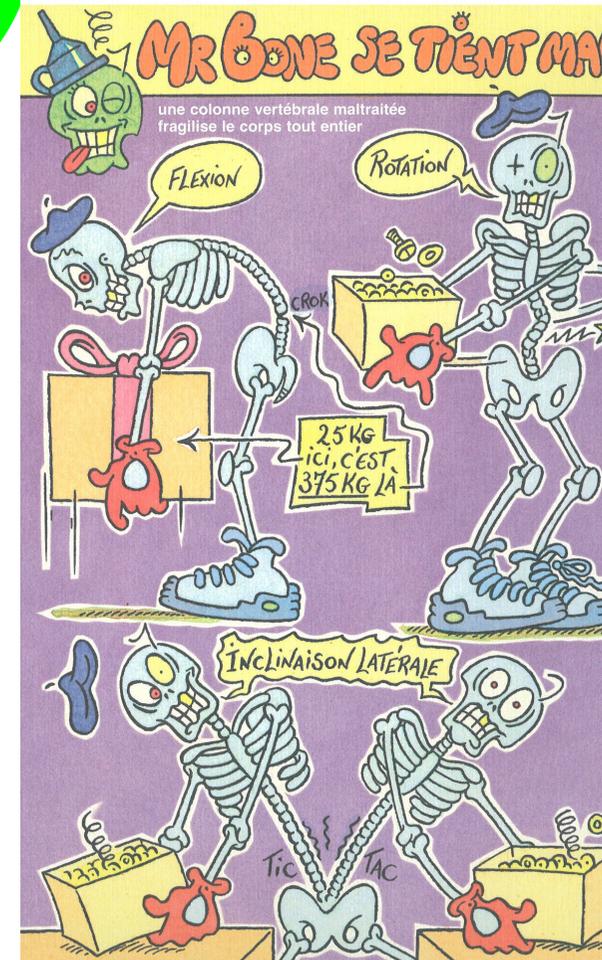
# I - préalable à tout acte médical

## 3) Apprécier les croyances des patients lombalgiques

- Les facteurs prédictifs du passage à la chronicité sont plus des facteurs psychosociaux que la douleur, ils déterminent la réaction du patient face aux stimuli douloureux qui peut être
  - adaptée : affronter les stimuli et désir de reprendre l'activité
  - inadaptée : éviter la douleur avec abandon de toute activité
- L'échelle d'évaluation FABQ (coping, croyance, anxiété) permet d'évaluer l'impact des dysfonctionnements psychologiques sur les activités quotidiennes ou professionnelles.

**« Les peurs et attitudes d'évitement ont un rôle capital dans le passage à la chronicité des lombalgiques »**

## II formation des soignants



## II formation des soignants

- 1) ABERRATION MEDICALE DE SAINT THOMAS
- 2) ABUS ET INCONVENIENT DE L' IMAGERIE
- 3) LIMITES DE LA MEDECINE FONDEE SUR  
DES PREUVES

## II formation des soignants

### 1) ABERRATION MEDICALE DE SAINT THOMAS

Croire que l'anomalie que l'on voit est cause des douleurs

- fréquence des anomalies radiologiques chez les sujets indemnes.
- l'imagerie n'a **aucune utilité** en dehors de signes cliniques d'alerte : lésions traumatique, cancéreuse, infectieuse.
- le compte rendu doit être précis, mais c'est une faute grave de laisser présager une évolution défavorable ou une incapacité à reprendre le travail.

## II formation des soignants

### 2) ABUS ET INCONVENIENT DE L' IMAGERIE

- La clinique d'abord et avant tout, on ne prend jamais connaissance d'une image radiologique, sans avoir au préalable examiné le patient
- La dissociation radio-clinique : l'image n'est pas l'explication automatique des symptômes, et le sujet guérira malgré les données de la radiographie.
- Démystifier... éviter la flèche, dédramatiser le bec de perroquet, le disque sera diminué de hauteur et non pincé ...

***« il faut donc informer le patient lombalgique de l'absence de signification des nombreuses anomalies décrites ».***

## II formation des soignants

### 3) LIMITES DE LA MEDECINE FONDEE SUR DES PREUVES

- tout médecin doit perfectionner ses connaissances en fonction des données actuelles de la science (art.II du code de déontologie)
- les pratiques doivent s'accorder aux conclusions des méta-analyses et des revues systématiques
- toutefois l'évaluation des données randomisées conduisent à s'interroger parfois sur la pertinence et la véracité des conclusions

***« Il ne faut pas renoncer à la médecine fondée sur des preuves mais il faut être prudent dans l'interprétation des***

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## LE GUIDE DU DOS



*Les conseils les plus judicieux,  
basés sur les données médicales  
les plus récentes pour*

Gérer vous-même vos problèmes  
de dos  Récupérer rapidement  
et continuer à bouger  Rester  
actif et éviter de devenir invalide  
 Mener une vie normale



Dr didier Martin

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

- 1) Les anti-inflammatoires
- 2) Fiche d'information avant infiltration
- 3) Manipulation vertébrale
- 4) Consultation pluridisciplinaire

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## 1) A.I.N.S.

- Le code de déontologie (art.35) stipule que le médecin ne peut se contenter de renvoyer le patient à une notice, encore moins au Vidal !
- L' ANAES souligne que l'information orale est primordiale et que l'information écrite éventuelle et complémentaire « ne doit être assortie d'aucune formule obligeant le patient à y opposer sa signature »
- A côté des bénéfices du traitement, il faut informer le patient des inconvénients sans omettre les risques graves même exceptionnels
- Tout cela dans un langage accessible, en se gardant de simplification excessive

**« Malgré toutes ces difficultés, l'information va permettre d'améliorer l'observation donc le bénéfice thérapeutique et de réduire l'évolution des effets indésirables. »**

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## 2) FICHE D'INFORMATION AVANT INFILTRATION

- L'information a deux objectifs
  - améliorer la satisfaction des patients, leur connaissance et leur compréhension
  - réduire l'anxiété et éviter les effets secondaires liés au stress
- Recommandation de l'ANAES pour le document écrit
  - information synthétique et claire
  - compréhensible et validée
- Doit préciser l'ensemble des risques et des complications

***« C'est au médecin de prouver qu'une information a bien été donnée et comprise »***

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## 3) MANIPULATIONS VERTEBRALES

- Thérapeutique efficace pour lombalgies mécaniques communes, sans conflit radiculaire récent
- Les contre Indications absolues sont les fracture, tumeur, inflammation rachidienne, tumeur rénale et anévrisme aortique.
- 1 accident grave sur 1 million de manipulations cervicales et 1 accident grave sur 100 millions de manipulations lombaires
- La société Française de Médecine manuelle Orthopédique et Ostéopathique la SOFMOO propose une notice d'information écrite complétant l'information orale donnée par le médecin.

*« Le risque d'accident grave après une thérapie manuelle est extrêmement réduit, mais réel »*

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## 4) CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE AVANT RECONDITIONNEMENT A L' EFFORT

- Le syndrome de déconditionnement (perte de mobilité, diminution des capacités musculaires et cardiaques) aboutit à une désadaptation à l'effort et à une véritable **CINESIOPHOBIE**;
- L'indication de la rééducation n'est retenue qu'après deux visites médicales et un entretien avec un psychologue avant que le patient s'engage à s'investir dans le programme.
- Le médecin de médecine physique ne retient que les lombalgies évoluant depuis 6 mois,
  - Après échec des différents traitements
  - Après un arrêt de travail supérieur à 6 mois
  - Et après évaluation des incapacités fonctionnelle (HAD et FABQ)

*« Le médecin insiste sur la réalisation complète du programme »*

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## 4 bis) CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE AVANT RECONDITIONNEMENT A L' EFFORT

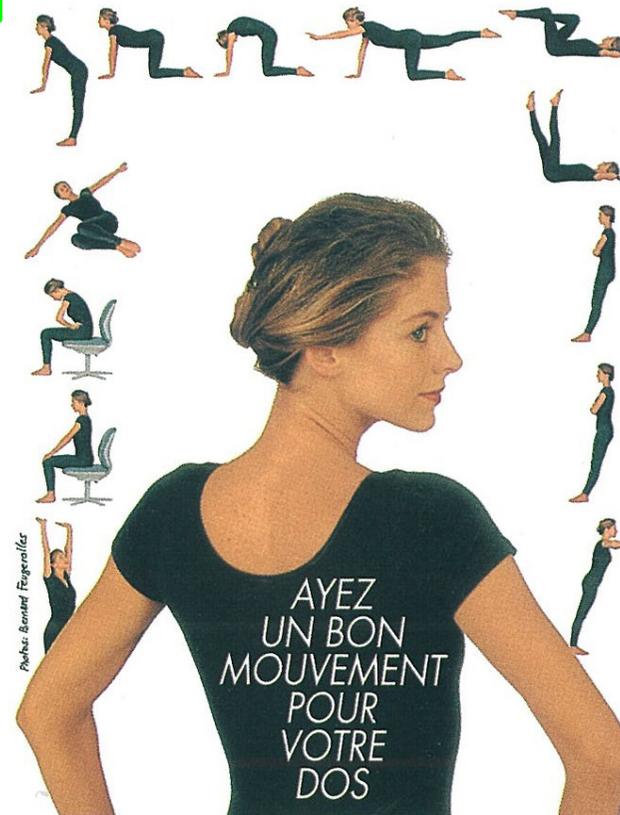
- Une consultation socioprofessionnelle permet de juger de l'objectif de reprise professionnelle.
- Une évaluation psychologique avec tests psychométriques de personnalité cible les pathologies psychiatriques qui nécessitent d'autres traitements
- La synthèse est donnée au médecin traitant et au patient
- Au début du programme, on informe le lombalgique de l'intérêt du reconditionnement physique, psychologique et fonctionnel.
- Au cours du programme les ergothérapeutes par un réentraînement au poste de travail dédramatisent les contraintes professionnelles et préparent la réinsertion.

*« Les objectifs de reprises d'activités professionnelles et d'activité physique sont soulignés en permanence »*

# IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE



Dr didier Martin



Institut national de recherche et de sécurité

30 rue Olivier-Noyer 75680 Paris cedex 14

AR 547 réduction de l'affiche de format 60 x 80 cm © INRS 2003

## IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

- 1) Les outils de l' I.N.P.E.S. « le mal de dos »
- 2) Le livre « guide du dos »
- 3) Quelle place pour les écoles du dos ?
- 4) Information sur le Web francophone

# IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

## 1) Volonté de l'I.N.P.E.S. de favoriser :

- le dialogue entre médecin et patient
- le changement de comportement du patient qui passe par différentes étapes (Prochaska)
- La démarche d'éducation se fait en trois temps :
  - Prendre l'initiative d'en parler pour clarifier les intentions
  - Faire le point sur la situation et les conséquences possibles
  - Accompagner le patient dans sa réflexion et sa formulation du projet de changement

**« L'objectif n'étant pas que le patient suive aveuglement les conseils du médecin mais qu'il fasse son propre choix en connaissance de causes. »**

## IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

### 1bis) Les outils de l'I.N.P.E.S.

« Mal de dos, ouvrons le dialogue »

- L' affiche « pour ouvrir le dialogue » : médecin prêt au dialogue
- Livret « pour faire le point » en particulier sur la vie quotidienne clarifiant les douleurs et leurs conséquences
- Livret « mieux vivre avec votre mal de dos » propose des changements de comportement de prévention
- Le « guide du médecin » avec des exemples simples d'étirements, de relaxation, de tonification et conseils sur les gestes et postures.

***« il s'agit d'aider le patient à construire ses solutions personnelles pour gérer ses problèmes de dos »***

# IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

## 2) THE BACK BOOK de BURTON

Quatre sortes de documents aident à la compréhension:

- ceux basés sur l'anatomie et la biomécanique
- ceux qui luttent contre les croyances d'appréhension et les conduites d'évitements
- ceux qui prônent la poursuite de l'activité physique
- ceux conseillant une approche de type école du dos

*« une large diffusion de ces informations devraient permettre aux patients de devenir plus autonomes dans la gestion de leur douleurs lombaires »*

# IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

## 2 bis) Principaux messages délivrés par le « BACK BOOK »

- La lombalgie commune n'est pas une maladie grave (non létale)
- La douleur n'est pas forcément en rapport avec l'importance des lésions rachidiennes
- La douleur lombaire est liée à un mauvais fonctionnement du rachis qui peut aller jusqu'à un déconditionnement à l'effort
- Un certain nombre de traitements existent et peuvent apporter un soulagement, **mais les patients doivent apprendre à gérer leurs douleurs**
- Le retour à l'état antérieur est lié à l'aptitude des patients à bouger, à reprendre des activités physiques, ce qui permet un soulagement plus rapide.
- L'attitude des patients conditionne en grande partie l'évolution de leurs douleurs.

# IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

## 3) QUELLE PLACE AUJOURD'HUI POUR LES ECOLES DU DOS ?

Les sessions en entreprise du modèle suédois

- . avec informations théoriques (anatomo-physio et biomécaniques)
- . et pratiques avec enseignement postural (notion d'économie rachidienne et de progression des exercices physiques)

ne réduisent pas le nombre de nouveaux cas de lombalgies ni la durée des arrêts de travail.

**« les données récentes insistent plus sur l'intérêt de l'exercice physique que sur les conseils posturaux pouvant conduire à la cinésiophobie »**

## IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

### 4) INFORMATION SUR LE Web francophone

- . 80% des patients anglais se sont informés sur le net avant de venir consulter mais seulement 12% des sites sont hautement recommandables.
- . Sur les outils de recherche utilisés en France, (google, yahoo, wanadoo, voilà) 6 des 42 sites analysés sont recommandables, en particulier :

# V EVALUATION DE L'INFORMATION DONNEE



Dr didier Martin



## V EVALUATION DE L'INFORMATION

- 1) APRES UN SEJOUR DE RECONDITIONNEMENT A L' EFFORT
- 2) PROGRAMME LEGER PRECOCE DE L'HOPITAL COCHIN
- 3) LES ETABLISSEMENTS DE MEDECINE PHYSIQUE (ANAES)

## V EVALUATION DE L'INFORMATION

### 1) APRES UN SEJOUR DE RECONDITIONNEMENT A L' EFFORT

- Evaluer la satisfaction des patients après trois semaines d'hospitalisation (2séances /j) au centre des Massues
- Programme du réentraînement à l'effort sur 3 semaines :
  - 1<sup>ère</sup> verrouillage lombaire, étirements, respiration
  - 2<sup>ème</sup> renforcement du tronc, ergothérapie, analyse du poste de travail
  - 3<sup>ème</sup> semaine progression et endurance

# V EVALUATION DE L'INFORMATION

## 2) PROGRAMME LEGER PRECOCE DE L'HOPITAL COCHIN

- Objectif des traitements physiques : remise en activité par un programme précoce entre les phases aiguës 6 s et chroniques 3 mois
- 5 séances d'une ½ j/s, et 1 séance/s à l'hôpital, avec auto-programme d'exercices consignés sur un livret confié au patient
- appréciation des résultats à j 10, 5 s, 3 m et 1 an
- l'amélioration se fait entre j 10 et 5 s, se maintient sur 3 mois, mais se dégrade à 1 an, le patient ayant abandonné le travail des spinaux

*« la douleur persiste mais les sujets ayant repris une activité physique et sportive vont mieux que les autres »*

# V EVALUATION DE L'INFORMATION

## 3) LES ETABLISSEMENTS DE MEDECINE PHYSIQUE (ANAES)

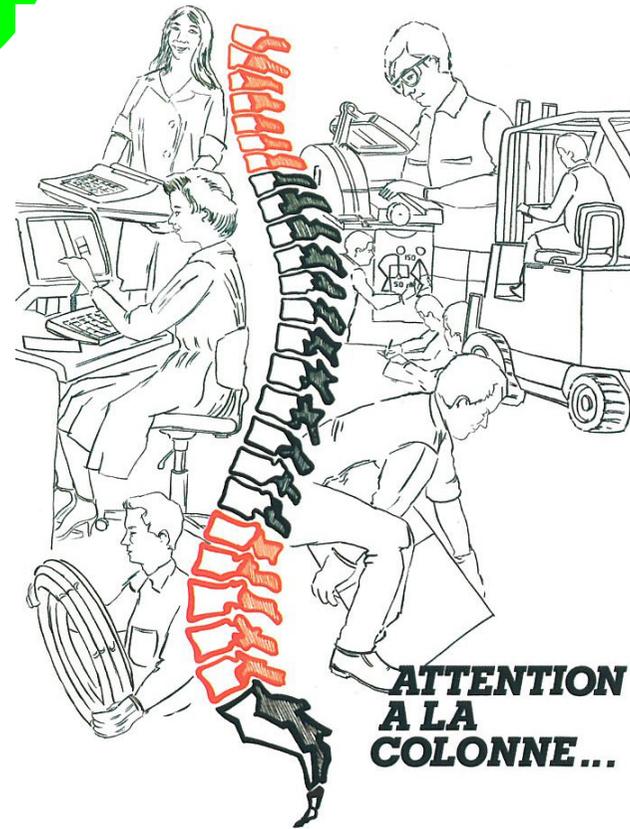
- Informations sur : l'état clinique, les soins et les conseils de prévention, (compréhension et mémorisation essentielles)
- Données par 3 thérapeutes : médecin, kinésithérapeute et ergothérapeute en évitant les répétitions et contradictions
- Il faut garder trace de l'information, donnée au patient dès le début de la prise en charge avec au minimum un rappel avant sa sortie
- Le praticien doit s'assurer que l'information a bien été transmise et comprise par le patient

**« La lombalgie n'est donc pas une maladie mais un incident banal de la vie de presque tout le monde... »**

**Bouger, c'est la santé!**



# INFORMATION DU PATIENT LOMBALGIQUE



Dr didier Martin



Institut national de recherche et de sécurité

30 rue Olivier-Noyer 75680 Paris cedex 14

AR 479 réduction de l'affiche de format 60 x 80 cm © INRS 2004

# INFORMATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

L'information des patients comme une thérapeutique à part entière.



Dr didier Martin

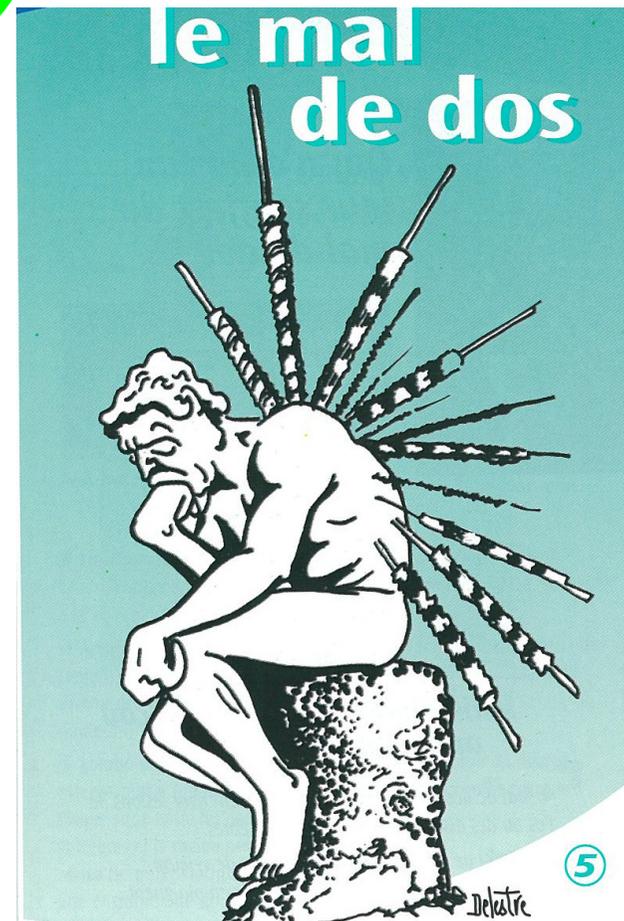
# **INFORMATION DU PATIENT LOMBALGIQUE**

- I    préalable à tout acte médical**
- II   formation des soignants**
- III démarches thérapeutiques**
- IV éducation du patient lombalgique**
- V   évaluation sur l'information donnée**

# I - préalable à tout acte médical



Dr didier Martin



# I - préalable à tout acte médical

- 1) Information, consentement et décision à partager par le patient.
- 2) L'information dans une perspective cognitivo-comportementale.
- 3) Apprécier les croyances des patients lombalgiques

# I - préalable à tout acte médical

## 1) Information, consentement et décision à partager par le patient.

- Information orale adaptée pour rassurer et faire participer le patient
- l'écrit est indispensable pour que le patient en garde souvenir
- le partage de décision ne doit pas devenir une médecine défensive
- l'existence d'intervenants multiples / mais qualité de l'information car
- le patient doit pouvoir apprécier de son propre point de vue les avantages et inconvénients des différentes options thérapeutiques

*« Les patients qui participent activement à leur thérapeutique bénéficient d'une guérison plus rapide ».*

# I - préalable à tout acte médical

## 2) L'information dans une perspective cognitivo-comportementale.

- L'incapacité est surtout liée à la **médicalisation de la souffrance**. Quand la douleur persiste on s'intéresse aux facteurs psychologiques et comportementaux.
- La dramatisation des lésions, leurs caractères irréversibles et l'attente passive du soulagement font barrage à l'amélioration
  - au contraire des stratégies de coping (faire avec)
  - et des stratégies actives (fractionnement des activités, distractions) plus efficaces que les stratégies passives (évitement, catastrophisme).
- Les lombalgiques croient que le mouvement, le travail leurs seraient néfastes or il y a peu de relation entre la douleur et l'incapacité.

*« La peur de la douleur est plus incapacitante que la douleur elle-même. »*

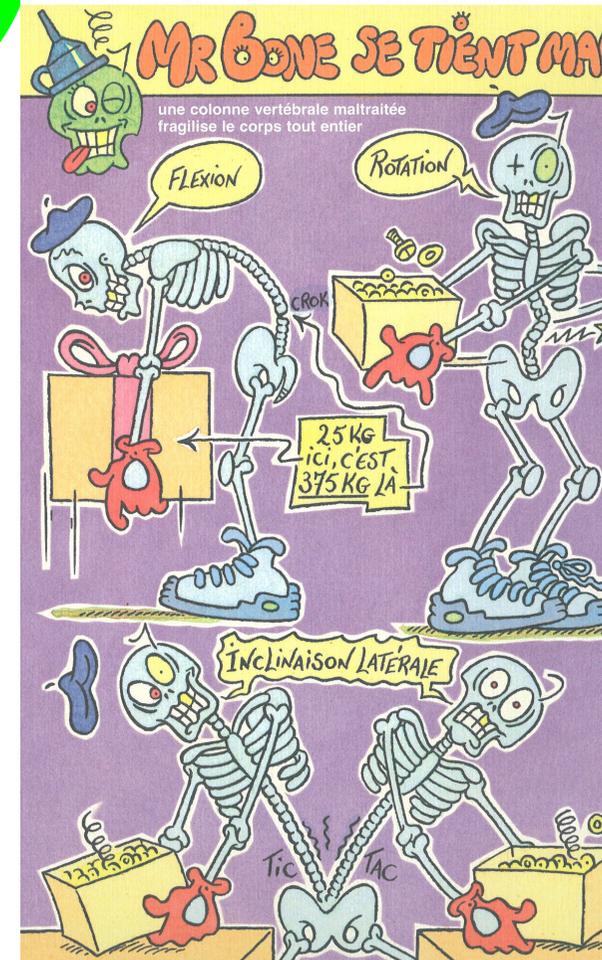
# I - préalable à tout acte médical

## 3) Apprécier les croyances des patients lombalgiques

- Les facteurs prédictifs du passage à la chronicité sont plus des facteurs psychosociaux que la douleur, ils déterminent la réaction du patient face aux stimuli douloureux qui peut être
  - adaptée : affronter les stimuli et désir de reprendre l'activité
  - inadaptée : éviter la douleur avec abandon de toute activité
- L'échelle d'évaluation FABQ (coping, croyance, anxiété) permet d'évaluer l'impact des dysfonctionnements psychologiques sur les activités quotidiennes ou professionnelles.

**« Les peurs et attitudes d'évitement ont un rôle capital dans le passage à la chronicité des lombalgiques »**

## II formation des soignants



## II formation des soignants

- 1) ABERRATION MEDICALE DE SAINT THOMAS
- 2) ABUS ET INCONVENIENT DE L' IMAGERIE
- 3) LIMITES DE LA MEDECINE FONDEE SUR DES PREUVES

## II formation des soignants

### 1) ABERRATION MEDICALE DE SAINT THOMAS

Croire que l'anomalie que l'on voit est cause des douleurs

- fréquence des anomalies radiologiques chez les sujets indemnes.
- l'imagerie n'a **aucune utilité** en dehors de signes cliniques d'alerte : lésions traumatique, cancéreuse, infectieuse.
- le compte rendu doit être précis, mais c'est une faute grave de laisser présager une évolution défavorable ou une incapacité à reprendre le travail.

## II formation des soignants

### 2) ABUS ET INCONVENIENT DE L' IMAGERIE

- La clinique d'abord et avant tout, on ne prend jamais connaissance d'une image radiologique, sans avoir au préalable examiné le patient
- La dissociation radio-clinique : l'image n'est pas l'explication automatique des symptômes, et le sujet guérira malgré les données de la radiographie.
- Démystifier... éviter la flèche, dédramatiser le bec de perroquet, le disque sera diminué de hauteur et non pincé ...

***« il faut donc informer le patient lombalgique de l'absence de signification des nombreuses anomalies décrites ».***

## II formation des soignants

### 3) LIMITES DE LA MEDECINE FONDEE SUR DES PREUVES

- tout médecin doit perfectionner ses connaissances en fonction des données actuelles de la science (art.II du code de déontologie)
- les pratiques doivent s'accorder aux conclusions des méta-analyses et des revues systématiques
- toutefois l'évaluation des données randomisées conduisent à s'interroger parfois sur la pertinence et la véracité des conclusions

***« Il ne faut pas renoncer à la médecine fondée sur des preuves mais il faut être prudent dans l'interprétation des***

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## LE GUIDE DU DOS



*Les conseils les plus judicieux,  
basés sur les données médicales  
les plus récentes pour*

Gérer vous-même vos problèmes  
de dos  Récupérer rapidement  
et continuer à bouger  Rester  
actif et éviter de devenir invalide  
 Mener une vie normale



Dr didier Martin

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

- 1) Les anti-inflammatoires
- 2) Fiche d'information avant infiltration
- 3) Manipulation vertébrale
- 4) Consultation pluridisciplinaire

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## 1) A.I.N.S.

- Le code de déontologie (art.35) stipule que le médecin ne peut se contenter de renvoyer le patient à une notice, encore moins au Vidal !
- L' ANAES souligne que l'information orale est primordiale et que l'information écrite éventuelle et complémentaire « ne doit être assortie d'aucune formule obligeant le patient à y opposer sa signature »
- A côté des bénéfices du traitement, il faut informer le patient des inconvénients sans omettre les risques graves même exceptionnels
- Tout cela dans un langage accessible, en se gardant de simplification excessive

**« Malgré toutes ces difficultés, l'information va permettre d'améliorer l'observation donc le bénéfice thérapeutique et de réduire l'évolution des effets indésirables. »**

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## 2) FICHE D'INFORMATION AVANT INFILTRATION

- L'information a deux objectifs
  - améliorer la satisfaction des patients, leur connaissance et leur compréhension
  - réduire l'anxiété et éviter les effets secondaires liés au stress
- Recommandation de l'ANAES pour le document écrit
  - information synthétique et claire
  - compréhensible et validée
- Doit préciser l'ensemble des risques et des complications

***« C'est au médecin de prouver qu'une information a bien été donnée et comprise »***

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## 3) MANIPULATIONS VERTEBRALES

- Thérapeutique efficace pour lombalgies mécaniques communes, sans conflit radiculaire récent
- Les contre Indications absolues sont les fracture, tumeur, inflammation rachidienne, tumeur rénale et anévrisme aortique.
- 1 accident grave sur 1 million de manipulations cervicales et 1 accident grave sur 100 millions de manipulations lombaires
- La société Française de Médecine manuelle Orthopédique et Ostéopathique la SOFMOO propose une notice d'information écrite complétant l'information orale donnée par le médecin.

*« Le risque d'accident grave après une thérapie manuelle est extrêmement réduit, mais réel »*

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## 4) CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE AVANT RECONDITIONNEMENT A L' EFFORT

- Le syndrome de déconditionnement (perte de mobilité, diminution des capacités musculaires et cardiaques) aboutit à une désadaptation à l'effort et à une véritable **CINESIOPHOBIE**;
- L' indication de la rééducation n'est retenue qu'après deux visites médicales et un entretien avec un psychologue avant que le patient s'engage à s'investir dans le programme.
- Le médecin de médecine physique ne retient que les lombalgies évoluant depuis 6 mois,
  - Après échec des différents traitements
  - Après un arrêt de travail supérieur à 6 mois
  - Et après évaluation des incapacités fonctionnelle (HAD et FABQ)

*« Le médecin insiste sur la réalisation complète du programme »*

# III INFORMATIONS SUR LES DEMARCHES THERAPEUTIQUES

## 4 bis) CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE AVANT RECONDITIONNEMENT A L' EFFORT

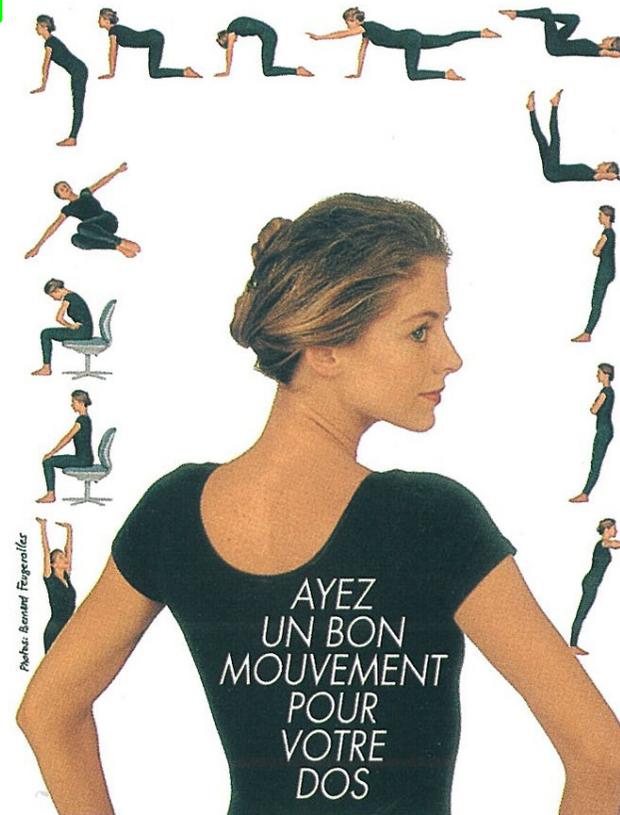
- Une consultation socioprofessionnelle permet de juger de l'objectif de reprise professionnelle.
- Une évaluation psychologique avec tests psychométriques de personnalité cible les pathologies psychiatriques qui nécessitent d'autres traitements
- La synthèse est donnée au médecin traitant et au patient
- Au début du programme, on informe le lombalgique de l'intérêt du reconditionnement physique, psychologique et fonctionnel.
- Au cours du programme les ergothérapeutes par un réentraînement au poste de travail dédramatisent les contraintes professionnelles et préparent la réinsertion.

*« Les objectifs de reprises d'activités professionnelles et d'activité physique sont soulignés en permanence »*

# IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE



Dr didier Martin



Institut national de recherche et de sécurité

30 rue Olivier-Noyer 75680 Paris cedex 14

AR 547 réduction de l'affiche de format 60 x 80 cm © INRS 2003

## IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

- 1) Les outils de l' I.N.P.E.S. « le mal de dos »
- 2) Le livre « guide du dos »
- 3) Quelle place pour les écoles du dos ?
- 4) Information sur le Web francophone

# IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

## 1) Volonté de l'I.N.P.E.S. de favoriser :

- le dialogue entre médecin et patient
- le changement de comportement du patient qui passe par différentes étapes (Prochaska)
- La démarche d'éducation se fait en trois temps :
  - Prendre l'initiative d'en parler pour clarifier les intentions
  - Faire le point sur la situation et les conséquences possibles
  - Accompagner le patient dans sa réflexion et sa formulation du projet de changement

**« L'objectif n'étant pas que le patient suive aveuglement les conseils du médecins mais qu'il fasse son propre choix en connaissance de causes. »**

## IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

### 1bis) Les outils de l'I.N.P.E.S.

« Mal de dos, ouvrons le dialogue »

- L' affiche « pour ouvrir le dialogue » : médecin prêt au dialogue
- Livret « pour faire le point » en particulier sur la vie quotidienne clarifiant les douleurs et leurs conséquences
- Livret « mieux vivre avec votre mal de dos » propose des changements de comportement de prévention
- Le « guide du médecin » avec des exemples simples d'étirements, de relaxation, de tonification et conseils sur les gestes et postures.

***« il s'agit d'aider le patient à construire ses solutions personnelles pour gérer ses problèmes de dos »***

# IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

## 2) THE BACK BOOK de BURTON

Quatre sortes de documents aident à la compréhension:

- ceux basés sur l'anatomie et la biomécanique
- ceux qui luttent contre les croyances d'appréhension et les conduites d'évitements
- ceux qui prônent la poursuite de l'activité physique
- ceux conseillant une approche de type école du dos

*« une large diffusion de ces informations devraient permettre aux patients de devenir plus autonomes dans la gestion de leur douleurs lombaires »*

# IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

## 2 bis) Principaux messages délivrés par le « BACK BOOK »

- La lombalgie commune n'est pas une maladie grave (non létale)
- La douleur n'est pas forcément en rapport avec l'importance des lésions rachidiennes
- La douleur lombaire est liée à un mauvais fonctionnement du rachis qui peut aller jusqu'à un déconditionnement à l'effort
- Un certain nombre de traitements existent et peuvent apporter un soulagement, **mais les patients doivent apprendre à gérer leurs douleurs**
- Le retour à l'état antérieur est lié à l'aptitude des patients à bouger, à reprendre des activités physiques, ce qui permet un soulagement plus rapide.
- L'attitude des patients conditionne en grande partie l'évolution de leurs douleurs.

# IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

## 3) QUELLE PLACE AUJOURD'HUI POUR LES ECOLES DU DOS ?

Les sessions en entreprise du modèle suédois

- . avec informations théoriques (anatomo-physio et biomécaniques)
- . et pratiques avec enseignement postural (notion d'économie rachidienne et de progression des exercices physiques)

ne réduisent pas le nombre de nouveaux cas de lombalgies ni la durée des arrêts de travail.

**« les données récentes insistent plus sur l'intérêt de l'exercice physique que sur les conseils posturaux pouvant conduire à la cinésiophobie »**

## IV EDUCATION DU PATIENT LOMBALGIQUE

### 4) INFORMATION SUR LE Web francophone

- . 80% des patients anglais se sont informés sur le net avant de venir consulter mais seulement 12% des sites sont hautement recommandables.
- . Sur les outils de recherche utilisés en France, (google, yahoo, wanadoo, voilà) 6 des 42 sites analysés sont recommandables, en particulier :

# V EVALUATION DE L'INFORMATION DONNEE



Dr didier Martin



## V EVALUATION DE L'INFORMATION

- 1) APRES UN SEJOUR DE RECONDITIONNEMENT A L' EFFORT
- 2) PROGRAMME LEGER PRECOCE DE L'HOPITAL COCHIN
- 3) LES ETABLISSEMENTS DE MEDECINE PHYSIQUE (ANAES)

## V EVALUATION DE L'INFORMATION

### 1) APRES UN SEJOUR DE RECONDITIONNEMENT A L' EFFORT

- Evaluer la satisfaction des patients après trois semaines d'hospitalisation (2séances /j) au centre des Massues
- Programme du réentraînement à l'effort sur 3 semaines :
  - 1<sup>ère</sup> verrouillage lombaire, étirements, respiration
  - 2<sup>ème</sup> renforcement du tronc, ergothérapie, analyse du poste de travail
  - 3<sup>ème</sup> semaine progression et endurance

# V EVALUATION DE L'INFORMATION

## 2) PROGRAMME LEGER PRECOCE DE L'HOPITAL COCHIN

- Objectif des traitements physiques : remise en activité par un programme précoce entre les phases aiguës 6 s et chroniques 3 mois
- 5 séances d'une ½ j/s, et 1 séance/s à l'hôpital, avec auto-programme d'exercices consignés sur un livret confié au patient
- appréciation des résultats à j 10, 5 s, 3 m et 1 an
- l'amélioration se fait entre j 10 et 5 s, se maintient sur 3 mois, mais se dégrade à 1 an, le patient ayant abandonné le travail des spinaux

*« la douleur persiste mais les sujets ayant repris une activité physique et sportive vont mieux que les autres »*

# V EVALUATION DE L'INFORMATION

## 3) LES ETABLISSEMENTS DE MEDECINE PHYSIQUE (ANAES)

- Informations sur : l'état clinique, les soins et les conseils de prévention, (compréhension et mémorisation essentielles)
- Données par 3 thérapeutes : médecin, kinésithérapeute et ergothérapeute en évitant les répétitions et contradictions
- Il faut garder trace de l'information, donnée au patient dès le début de la prise en charge avec au minimum un rappel avant sa sortie
- Le praticien doit s'assurer que l'information a bien été transmise et comprise par le patient

**« La lombalgie n'est donc pas une maladie mais un incident banal de la vie de presque tout le monde... »**

**Bouger, c'est la santé!**

