

Rapport FSL, bourse d'humanisation

Formation d'une équipe multidisciplinaire à l'approche stratifiée des lombalgies subaiguës

Résumé du projet

La lombalgie est un problème que nous connaissons tous : qui n'a jamais eu mal au dos ? Fort heureusement, la plupart des épisodes de lombalgie se résolvent spontanément en quelques jours ou quelques semaines. Cependant, la douleur persiste chez une personne sur dix et les lombalgies chroniques ont un coût élevé, tant financier qu'en raison de leur retentissement parfois sévère sur le fonctionnement physique et émotionnel. Pouvoir proposer une approche préventive aux personnes présentant un risque élevé de chronicité aurait donc tout son sens.

Des travaux récents, notamment menés par une équipe de Keele, en Grande-Bretagne, montrent qu'une approche stratifiée, dans laquelle le traitement est adapté au niveau de risque de chronicisation, permet de réduire le passage à la chronicité. Cette approche nécessite des compétences spécifiques, car les facteurs de risque sont essentiellement psychosociaux et les soignants sont peu formés à ces aspects.

L'objectif de notre projet était d'inviter à Saint-Luc une formatrice de l'équipe de Keele afin de développer, en équipe multidisciplinaire, un trajet de soins permettant de détecter les patients à risque et de leur proposer un accompagnement adéquat. Cinq jours de formation étaient prévus, rassemblant des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et médecins de la Consultation de la Douleur Chronique et du service de Médecine Physique et Réadaptation.

Rapport

Mme Gail SOWDEN, formatrice, a animé comme convenu une formation de cinq jours organisée en deux sessions : du 8 au 10/11 et du 29 au 30/11/2019.

Dix-sept membres des équipes de revalidation orthopédique et du centre de la douleur chronique ont participé à cette formation (tableau).

Tableau : participants à la formation

		Nom et prénom	Discipline
1	Physical Med and Rehab dept, orthopedic revalidation	Sophie Delacroix	Physiotherapist
2		Marie Avaux	Physiotherapist
3		Philippe Mahaudens	Physiotherapist
4		Etienne Pendeville	Physiotherapist
5		Muriel Beaujean	Physiotherapist
6		Maité Manero	Physiotherapist
7		Vanessa Briart	Physiotherapist
8		Eve Gérard	Physiotherapist
9		Virginie Fraselle	MD
10		Stéphanie Springuel	Occupational therapist
11		Amandine Meert	Physiotherapist

12	Multidisciplinary chronic pain team	Anne Berquin	MD
13		Jacques GRISART	Psy
14		Yvan SCHAUB	Physiotherapist
15		Didier CLERBAUX	Physiotherapist
16		Anne BECKERS	Occupational therapist
17		Caroline MEYER	MD

Il s'agissait d'une formation dense intensive, pendant laquelle de nombreux concepts ont été abordés. Un résumé est donné en annexe I.

Cette formation a permis aux deux équipes

- D'approfondir ou de découvrir une approche *evidence-based* de la lombalgie aiguë et subaiguë et d'en travailler la mise en œuvre au travers de divers exercices
- De partager entre collègues et ainsi enrichir les échanges et la communication
- De réfléchir aux bases d'une collaboration future.

Suivi :

- Une intervision mensuelle a été mise en place afin de poursuivre la formation
- Les procédures de fonctionnement des deux équipes sont en train d'être adaptées, dans le cadre de l'itinéraire clinique « lombalgie », pour tenir compte des acquis de la formation.

Sur le plan financier, la formation a coûté un peu plus cher que prévu. La différence a été financée par A. Berquin sur son compte scientifique. Le décompte est donné en annexe II. Les justificatifs sont disponibles sur demande.

Conclusion

Cette formation fort dense a entièrement répondu à nos attentes, tant sur le plan clinique qu'en termes de cohésion d'équipe.

Nous remercions la Fondation Saint-Luc de nous avoir offert cette opportunité.

A. Berquin

Annexe I : Plan et bref résumé de la formation

Abréviations

- ACT : acceptance and commitment therapy (thérapies de l'acceptation et de l'engagement)
- FR : facteur de risque
- TCC : thérapies cognitivo-comportementales

1. Introduction : approche stratifiée de la lombalgie

Une approche stratifiée est une approche dans laquelle on classe dès le début les patients en divers niveaux de complexité, afin d'appliquer d'emblée à chaque patient le traitement adéquat. Cela permet d'éviter de sur-traiter les patients à risque faible et de réorienter les efforts vers les patients qui en ont le plus besoin.

Dans le cas de la lombalgie, on utilise le Start Back Tool (SBT) comme un outil de dépistage des facteurs de risque modifiables. Presque tous les patients peuvent être gérés par des kinés, mais les patients à risque élevé nécessitent une approche biopsychosociale et donc une formation adéquate de ces kinés. On estime que seuls 15% des patients à risque élevée auraient besoin d'une approche interdisciplinaire en centre de la douleur.

2. Physiopathogénie de la douleur

Modèles de la douleur, neurophysiologie et matrice de la douleur, inputs et outputs

Le « meilleur » modèle de la douleur est un modèle multidimensionnel, le modèle biopsychosocial. Dans l'une des versions de ce modèle (la neuromatrice de la douleur), on considère que notre cerveau est bombardé en permanence d'informations (« inputs ») de trois types :

- *Sensori-discriminatives (« c'est mon 2^e orteil gauche et ça brûle »),*
- *Cognitives-évaluatives (« je me suis brûlé, c'est comme quand mon père s'est blessé, il faut que je me soigne »),*
- *Affectivo-motivationnelles (« ça me fait peur »).*

Ces informations traitées par le cerveau donnent lieu à diverses réactions (« outputs ») :

- *Perception d'une douleur, qui n'est pas le signe d'une lésion tissulaire mais bien une production du cerveau, sa réponse à la question « dans quelle mesure ceci est-il dangereux ? »*
 - o *au risque de parfois se tromper et de considérer comme dangereuses des situations qui ne le sont pas ;*
 - o *la douleur chronique peut dans cette perspective être considérée comme un « dérapage » du système*
- *Réactions comportementales (par ex. mettre le pied sous l'eau, appeler à l'aide)*
- *Activation du système du stress (élévation fréquence cardiaque par ex.)*

Facteurs psychologiques : émotionnels, cognitifs et comportementaux

Les inputs et outputs psychologiques sont particulièrement importants. On distingue classiquement

- *Les facteurs émotionnels (ce que je ressens), en particulier la dépression et la peur*
 - *Un modèle particulier est le modèle peur-évitement, qui associe la peur de se faire mal ou de se blesser, des croyances dysfonctionnelles (bouger est dangereux) et des comportements d'évitement. Ces éléments s'installent et s'auto-renforcent, notamment par conditionnement, et sont très résistants au changement. Sur le plan thérapeutique, l'exposition aux activités perçues comme dangereuse est plus efficace que l'éducation.*

- *Les facteurs cognitifs (ce que je pense)*
 - *Croyances dysfonctionnelles les plus fréquentes dans le domaine de la lombalgie : « douleur = danger », « la douleur est incontrôlable », « les traitements passifs sont la solution »*
 - *Ruminations et catastrophisme sont fréquents*
 - *Les réactions du patient sont modulées par*
 - *son sentiment d'auto-efficacité (des stratégies existent pour l'aider à augmenter ce sentiment)*
 - *son niveau de contrôle perçu (« lieu de contrôle » interne ou externe)*
 - *Attention aux messages inadéquats des soignants (« drapeaux blancs ») qui favorisent des croyances dysfonctionnelles chez les patients !*

- *Les facteurs comportementaux (ce que je fais)*
 - *Un comportement peut avoir différentes formes et différentes fonctions. Une réponse normale des individus à une situation difficile est l'évitement. Il peut s'agir d'un évitement d'activités (le repos, l'adaptation de certaines tâches) ou d'un évitement de pensées ou d'émotions difficiles (qui prend souvent la forme d'une hyperactivité). L'évitement n'est ni bon ni mauvais en soi, il sera jugé en fonction de ses conséquences. Permet-il à la personne de s'éloigner ou de se rapprocher de ce qui est pour elle une vie pleine de sens ?*
 - *Un comportement (qu'il s'agisse d'un « comportement douloureux » tel que se plaindre, ou d'un « comportement de santé » tel que se remettre progressivement en mouvement) peut être renforcé ou inhibé par ses conséquences et par le contexte dans lequel il survient (notamment l'environnement familial). Le thérapeute peut utiliser ce phénomène pour encourager le patient à s'engager dans une démarche positive.*

3. Evaluation du patient et relation thérapeutique

Communication thérapeutique

Une communication de bonne qualité est essentielle pour une évaluation biopsychosociale du patient. Elle nécessite différentes compétences ainsi qu'un environnement adéquat. Acquérir ces compétences ne se fait pas dans les livres...

Evaluation du patient

L'évaluation d'un patient douloureux doit être large, biopsychosociale. Elle fait partie du processus thérapeutique. Elle permet de fixer des objectifs réadaptatifs et de cibler les

facteurs de risque modifiables. Elle accorde une attention particulière aux drapeaux jaunes (yellow flags). Un guide d'entretien (questionnaire « stem and leaf ») existe (cfr annexe).

Gérer la détresse

Face à un patient en détresse (déprimé), il est important de prendre le temps d'en discuter, d'essayer de comprendre. Encourager la reprise des activités est primordial. Référer en cas de détresse sévère.

4. Abord thérapeutique

Que traitons-nous ? objectifs de l'accompagnement des patients

Tant dans le domaine de la douleur aiguë qu'en douleur chronique, l'objectif principal n'est pas de réduire la douleur mais bien d'améliorer la fonctionnalité, la participation sociale, de se rapprocher d'une vie qui a du sens. Notre tendance naturelle est de tenter d'éviter les causes de détresse. Cependant, les patients qui combattent et essaient de contrôler la douleur vont paradoxalement moins bien que ceux qui acceptent sa présence. L'acceptation de la douleur est corrélée avec une réduction du handicap et de la détresse. Une partie importante du travail sera donc de décider avec les patients d'un changement de paradigme : arrêter de combattre la douleur et se remettre à faire les choses qui sont importantes pour lui.

Donner de l'information : objectifs de l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est classiquement présentée comme une méthode permettant de modifier les croyances des patients. C'est oublier que son objectif principal est de modifier leurs comportements. La réassurance est rarement efficace. Les changements des croyances des patients ne sont pas nécessaires aux modifications de comportement.

Expliquer la douleur : méthodes éducatives

Les explications biomécaniques de la lombalgie sont en contradiction avec les évidences scientifiques et sont contre-productives. De même, les étiquettes diagnostiques peuvent parfois être utiles mais peuvent également poser des difficultés. Il est important de proposer un rationnel multifactoriel, biopsychosocial. Diverses méthodes éducatives existent. La plus fréquente et la moins efficace est de donner des explications au patient (plusieurs étapes : évaluer ce que le patient sait, évaluer ce qu'il veut savoir, donner une information adaptée, évaluer ce qu'il a retenu et ce qu'il en pense). Il sera un peu plus efficace de l'aider à progresser lui-même dans ses représentations en le guidant par diverses questions. Le plus utile est de lui proposer des activités lui permettant d'expérimenter les choses.

Faciliter les changements de comportement : préparation au changement et entretien motivationnel

Les changements de comportement sont, chez chacun d'entre-nous, difficiles à mettre en œuvre et à maintenir. Tenter de convaincre la personne a souvent pour résultat d'augmenter sa résistance au changement. La méthodologie de l'entretien motivationnel peut être utile dans ce cadre.

Fixer des objectifs

Un élément très important de l'accompagnement des patients est de fixer des objectifs précis, guidés par les valeurs du patient (les directions qu'il souhaite donner à sa vie, ce qui est vraiment important pour lui). Diverses stratégies sont possibles pour aider le patient à identifier ses valeurs, puis à se fixer des objectifs concrets, un plan d'action (qui anticipe également les difficultés probables et leurs possibles solutions). Il sera important de renforcer ses efforts autant que leurs résultats.

Maintenir et augmenter l'activité : pacing et activité graduée

Le « pacing » (fractionner une activité en petites tâches entrecoupées de périodes de repos), souvent proposé chez les patients douloureux chroniques, peut s'apparenter à une stratégie d'évitement. Il n'est acceptable que si son objectif est d'augmenter la fonctionnalité (et pas d'éviter la douleur). On préférera proposer un programme de « graded activity » (activité graduée), permettant d'augmenter progressivement l'activité (par de petits incréments, tous les deux ou trois jours). La manière classique de réaliser un tel programme est assez rigide (on fait ce qui était programmé quoiqu'il arrive). Il est possible de le proposer de manière plus flexible et de le baser sur des activités qui ont du sens pour le patient.

Approche comportementale, théorie et pratique : peur-évitement et exposition progressive

L'approche comportementale classique tente de modifier un comportement en agissant sur ses conséquences. Le thérapeute adapte son langage verbal et non verbal de manière à renforcer les comportements « bien portants » et décourager les autres comportements. Dans l'exposition progressive traditionnelle, le patient est encouragé à se confronter progressivement aux activités qu'il redoute, tout en notant le décalage entre ses craintes à priori et ses observations à posteriori. L'objectif est de modifier les croyances du patient et de réduire la peur du mouvement.

Une exposition progressive est également proposée dans une approche basée sur des valeurs, pour aider le patient à reprendre des activités importantes pour lui. La cible du traitement est ici le fait de reprendre des activités malgré la douleur (ou malgré la peur) et non plus de diminuer la peur.

D'autres applications des théories comportementales ont pour cible les « règles » du patient (« il faut que... »), ses comportements automatiques. Le patient peut également apprendre à modifier un comportement par observation sociale.

Vers une vie qui en vaut la peine

Pour rappel, l'objectif du suivi des patients n'est pas de contrôler les symptômes (douleur, anxiété, ...) mais d'augmenter la qualité de vie, de se rapprocher de ses valeurs.

Pour cela, il est utile d'aider le patient à analyser si ses comportements actuels sont en accord avec cet objectif, en examinant les conséquences positives et négatives, à court et à long terme, de ces comportements. Cela lui permet habituellement de prendre conscience que beaucoup de ses comportements sont automatiques (gérés par des croyances, émotions ou sensations physiques) et contre-productifs à long terme.

Prendre conscience de ces automatismes est nécessaire avant de développer plus de flexibilité, de choisir quelles activités sont importantes pour le patient et d'apprendre progressivement à s'y engager, même si elles augmentent les symptômes.

Gérer les patients difficiles (« challenging »)

Un patient difficile génère en nous des pensées et automatiques qui modifient nos comportements, créant des cercles vicieux entretenant les difficultés dans la relation. Pour sortir de ce type de situation, il est utile d'appliquer à nous-mêmes les méthodes des TCC : analyser nos pensées et émotions pour pouvoir ensuite choisir de modifier notre comportement.

Implémenter une approche stratifiée dans la pratique clinique quotidienne

Implémenter une nouvelle approche thérapeutique est un processus complexe, en plusieurs étapes. Le site web de Keele donne diverses ressources pour faciliter ce travail. A l'échelle des cliniciens, des groupes d'intervision utilisant une méthodologie spécifique sont utiles. A l'échelle institutionnelle, il est important d'impliquer la hiérarchie et tous les acteurs de terrain, ainsi que de mettre en place des outils de mesure de l'implémentation et de son résultat.

Annexe II : Comptes

Budget FSL 2017		1 £ =	1,13	€ (18/12/2017)	
	£		€		
Honoraire formatrice	5000		5650		
Prix un trajet avion		100	estimation Brussels Airlines 18/12/2018)		
Prix deux trajets AR			400		
Une nuitée hôtel		100			
Six nuitées			600		
Total			6650		
Dépenses effectivement réalisées				€	
		£	Imputation FSL	Imputation FS AB	
	Total		7139,41	1330,3	
Formation du 8 au 10/11	Billet avion 1	241,5	278,52		
	Hôtel 1			474	
	6 Tickets métro STIB		12,6		
	Catering 1	sandw 8/11		113,4	
		café 8/11		99	
		café 9/11		90	
		café 10/11		90	
	Repas 1			212,85	
Formation du 29 au 30/11	Billet avion 2	368,1	424,52		
	Hôtel 2		362		
	Catering 2	café 29 et 30/11		138	
	Repas 2			113,05	
Facture Keele (formatrice et syllabus)			6061,77		virement international 6/2/1