

Cognitive Functional Therapy

Investigation d'une anamnèse d'un patient lombalgique chronique

Prérequis

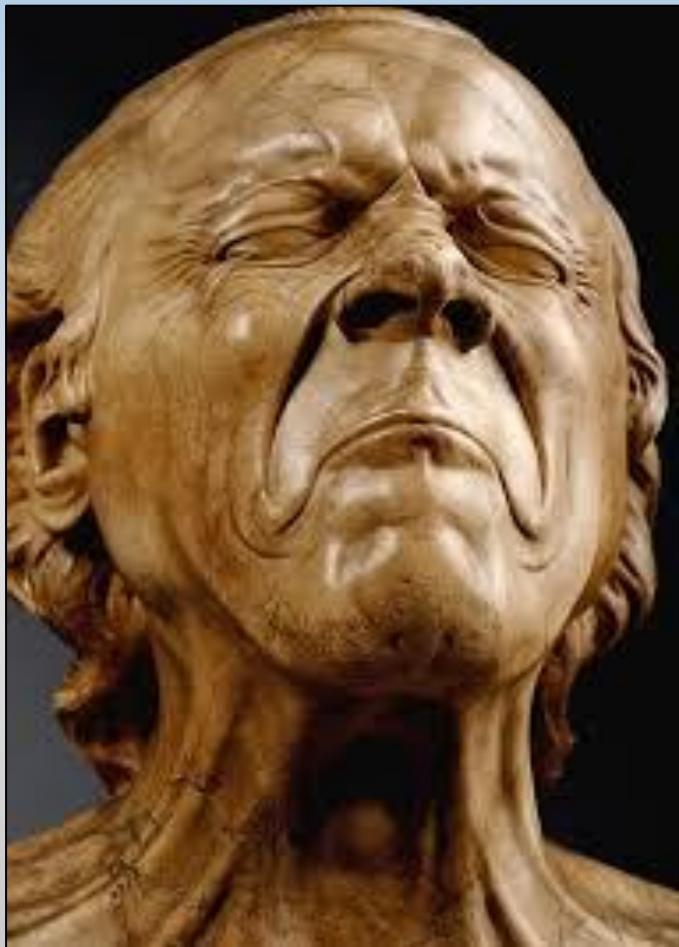
IFMK - ISTR – Lyon 1

TD 2

Groupe 1, 2, 3, 4. 15 décembre 2025

UE : 19.1 / Compétences visées : 4 et 6

La douleur



Les bustes grimaçants de douleur
Franz Xaver Messerschmidt

De René Descartes à ...



"La douleur est cette expérience sensorielle provoquée par des stimulis qui blessent ou détruisent le tissu"

+/- 1600

Définition

IASP : International Association for the Study of Pain

An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.

Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes

2019

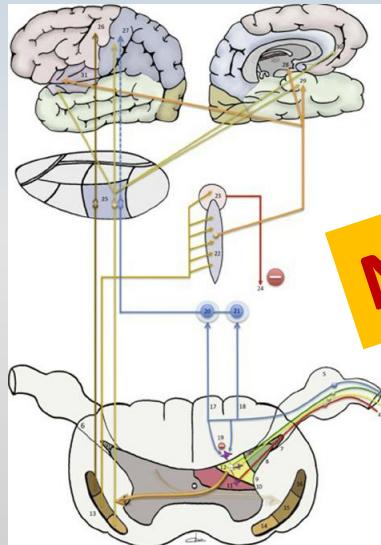
An aversive sensory and emotional experience typically caused by, or resembling that caused by, actual or potential tissue injury.

Une expérience sensorielle et émotionnelle aversive généralement causée par, ou ressemblant à celle causée par, une lésion tissulaire réelle ou potentielle.

2020

À RETENIR!

La DOULEUR et la NOCICEPTION sont des phénomènes différents: l'expérience de la douleur ne peut pas être réduite à une activité dans les voies sensorielles.



Nociception

La nociception est une fonction défensive, d'alarme. C'est l'ensemble des phénomènes permettant l'intégration au niveau du système nerveux central d'un stimulus douloureux via l'activation des nocicepteurs cutanés, musculaires et articulaires.

Une expérience sensorielle et émotionnelle aversive généralement causée par, ou ressemblant à celle causée par, une lésion tissulaire réelle ou potentielle.



Douleur

À RETENIR!

Influencée par le contexte, la culture, les connaissances, les croyances...



Que ressentez-vous ?



La nociception n'est pas nécessaire à la douleur

À RETENIR!

Pas de douleur avec nociception



Douleur sans nociception



À RETENIR!

Douleur sans pathologie



Pas de douleur avec pathologie



La douleur est toujours une expérience subjective, toujours un état psychologique qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur et ses applications. Le rapport d'une personne sur une expérience de douleur doit être accepté comme tel et respecté.

Bien que la douleur joue généralement un rôle adaptatif, elle peut avoir des effets néfastes sur la fonction et le bien-être social et psychologique.

La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements pour exprimer la douleur.



"La douleur est une information sortante d'un système complexe, elle est générée par le cerveau en réponse à la perception d'une menace".

Moseley 2003.



La douleur est donc proportionnelle à la menace perçue

Sd de sensibilité centrale et périphérique

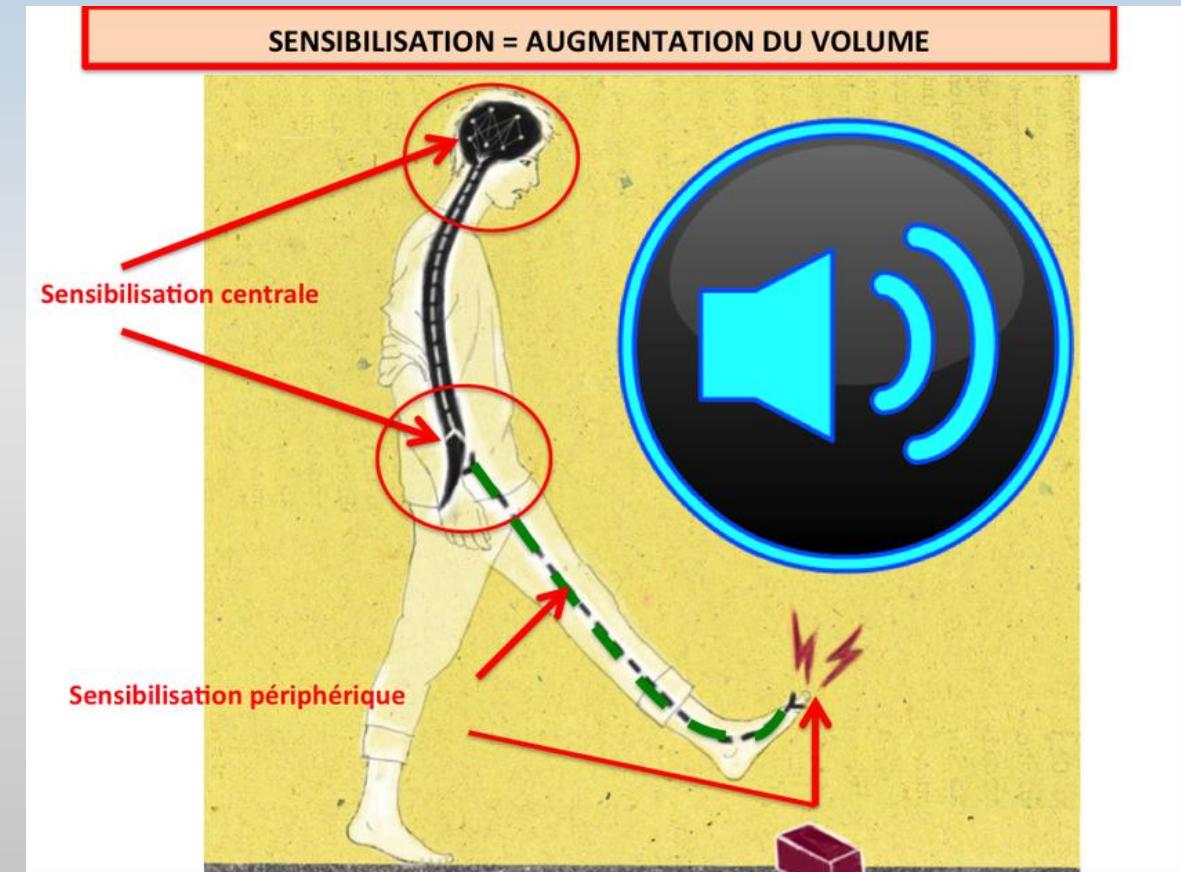
Sd de sensibilité centrale

Smart et al 2010 : « Amplification du signal neurologique au niveau du système nerveux central générant une hypersensibilisation »,

Sensibilisation périphérique de la douleur

Réactivité augmentée des neurones nociceptifs en périphérie et diminution de leur seuil d'excitation à la stimulation de leurs champs réceptifs. » Woolf 2011

Pour un même message d'intensité identique, celui ci sera amplifié dans le temps et dans l'espace.



gestiondeladouleurtherapiemanuelle
Smart KM. Man The. 2010

Revoir le TD1

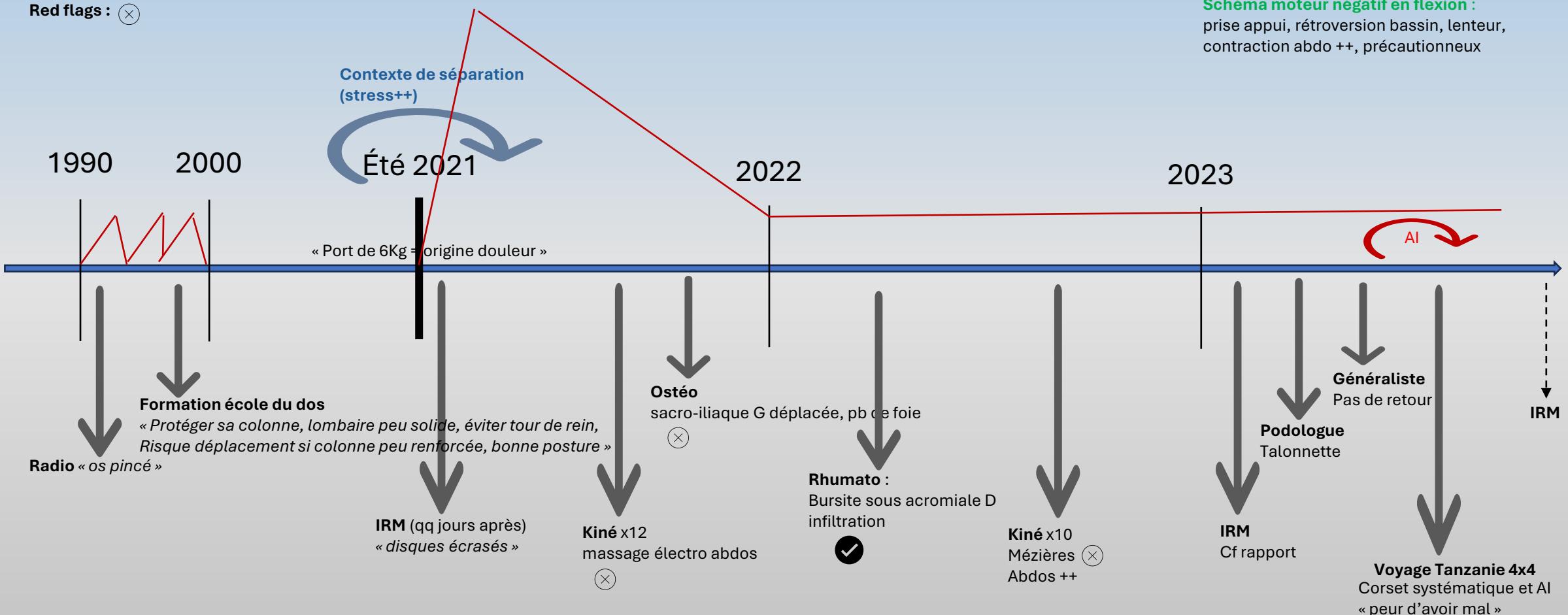
Anamnèse du patient ++

Mr P. Alexandre (chef entreprise, 57 ans, 3 enfants, RAS poids, nicotine à macher, alcool société)
Cours 1/mois, marche le week-end, abdos tous les matins + gainage depuis qq jours. Passionné pêche à la mouche

Objectifs du patient : Continuer ses activités (pêche mouche)
Éviter aggravation dans les années à venir, arrêt douleur

Red flags : 

Schéma moteur négatif en flexion :
prise appui, rétroversion bassin, lenteur,
contraction abdo ++, précautionneux



Autres symptômes :

Fatigue, pb de sommeil, vertige
Pas de diag (généraliste, cardio)

Auto-efficacité en baisse

Inquiétude sur le devenir

Fctelle : difficulté à mettre chaussures

Rétroversion bassin (ptose abdominale)

Douleur ce jour : lombaire lors rapports sexuels, EIPS. Incompréhension des variations de la douleur

Bilan final envoyé au médecin prescripteur



Cabinet de Kinésithérapie et d'Ostéopathie Viviani

"En restant au port, le bateau est en sécurité. Mais que devient la mobilité de la dérive ? Le bateau est-il vraiment conçu pour ça ?"
"En limitant les contraintes, vous vous pensez en sécurité. Mais que devient la mobilité de votre dos ? Est-il vraiment conçu pour ça ?"

"Une mer calme n'a jamais fait un bon marin"
"Une vie sédentaire n'a jamais rendu un dos performant"

Nicolas FOURNIER

Masseur-Kinésithérapeute DE
Ostéopathe DO

2 Bd Irène Joliot Curie 69200 Vénissieux
04.78.75.82.79

AdrE : 697041689
RPPS : 10005461081
nfournier@live.fr
www.scm-kineviviani.fr

Cher Laurent,

Je vous ce jour en consultation Monsieur P. Alexandre (57 ans, pas de problème de poids, sommeil de mauvaise qualité, nicotine à manger, consommation alcool en société) pour un bilan de sa lombalgie commune chronique. Il est séparé, 3 enfants, chef d'entreprise. Pratique de la pêche à la mouche, marche le week-end, course 1 fois par mois, abdo tous les matins, reprise du gainage 1j depuis qq jours.

L'HDLM débute au cours des années 1990/2000 sur une période de 2 à 3 ans avec des épisodes lombaires douloureux. Radio (non vue) avec interrogation du patient sur « os pincé ».

Au cours de cette période il a eu une formation professionnelle intitulée « comment protéger son dos ». Le patient présente cette formation comme nécessaire pour « protéger sa colonne », car « lombaire peu solides » et permet d'éviter « un tour de rein, risque de déplacement si la colonne n'est pas renforcée ». Enseignement +++ de la « bonne posture ». L'épisode de lombalgie nous concernant débute au cours de l'été 2021 dans un contexte difficile de séparation que le patient décrit comme très compliqué et stressant. Il passe une IRM quelques jours après le début des douleurs (pas de CR mais selon le patient 2 disques érosés). A cette période, le patient évoque un port de charge de valise de 6 Kg pouvant expliquer selon lui les symptômes. Le patient voit alors un kiné (12 séances avec massage Électro +++ et un peu d'abdos) ainsi qu'un ostéo (« sacro-iliaque gauche déplacée et problème de dos ») mais sans résultat sur ses symptômes. Au cours de l'année 2022, le patient estime qu'il n'a pas s'occuper de son dos du fait de l'absence de résultats. A noter au cours de cette période une bursite sous acromiale droite infiltrée avec de bons résultats. Le patient consulte ensuite un nouveau kiné (méthode Mézière) : 10 séances sans résultat. Conseillé est donné de faire des abdos+++. IRM effectué en mars 2023 (cf rapport). Très inquiet des conclusions. Au cours de cette période, consultation chez un podologue (talonnette prescrite et utilisée au quotidien). Consultation de son généraliste (pas de retour sur le discours tenu). Fin 2023 lors de son voyage en Tanzanie il a utilisé un corset systématiquement (+AI) lors de ses déplacements en 4x4 par « peur d'avoir mal »

Le patient, du fait d'une phose abdominale modérée, concède être en rétroversio du bassin constante

Depuis quelques années le patient se dit fatigué, problème de sommeil et évoque des vertiges irréguliers. Aucune explication et diagnostic posés malgré examens et consultations médicales (généraliste et cardio).

Tu dois le revoir en cas d'absence de résultat (pour refaire une IRM selon le patient)

Le patient ne se présente pas comme une personne angoissée ou stressée (à réévaluer si besoin) mais je note une forte inquiétude sur son devenir exprimé au travers de « l'inquiétude du vieillissement et ses conséquences physiques ».

Red Flags : négatif. Les IRM passées en 2021 et 2023 n'apportent aucun élément pouvant expliquer la persistance des douleurs (cf rapport) et sont donc très rassurants. Ton diagnostic et le tableau clinique actuel permettent d'écartier sereinement un diagnostic de lombalgie spécifique.

La prise d'AI a donné de bons résultats mais le patient pense que cela ne traite pas son mal de dos.

Sentiment d'auto efficacité concernant secteur lombaire très diminué. Idem concernant l'évolution de ses capacités physiques.

Le patient reconnaît faire attention et être très vigilant lors de tous ses mouvements pour éviter une aggravation.

Caractéristiques de la douleur ce jour : Douleurs lors des rapports sexuels (questionnaire Oswestry à réaliser si besoin), douleur lombaire en regard des EIPS en charge en fin d'extension et fin de flexion (difficulté à mettre ses chaussures). Pas de radiculalgie

Exploration des fausses croyances : école du dos ++++, interprétation négative de l'IRM, douleur = fragilité lombaire (nécessité +++ gainage pour « protéger la colonne » « faire des abdos », « lombaire pas assez solide », « se renforcer pour maintenir la colonne »), discordance clinique/Imagerie, origine des douleurs (port de charge), terminologie erronée (« tour de rein, coincé »), inquiétude du mauvais mouvement pouvant être source de lumbago

Exploration des facteurs influençant la lombalgie chronique : Sd appréciation/évitement majeur, hypervigilience, fausses croyances +++, thérapie passive (kiné médiare), facteurs émotionnels en réévaluer si besoin, en recherche de sens à donner à ces symptômes,

Education neuro physio de la douleur : processus de centralisation de la douleur +++, différence entre nociception et douleur, explication de la proportionnalité entre douleur et menace perçue, la réponse direct à la menace perçue et le spasme musculaire/douleur, le Sd appréciation/évitement, la notion de schéma moteur positif et négatif, les facteurs de persévération de la lombalgie (émotionnels, fausses croyances +++, hygiène de vie), douleur ≠ fragilité dos.

Education à la pathologie : les limites de l'imagerie et son intérêt, origine multifactorielle des lombalgies, les raisons du passage à la chronicité, explications de la terminologie des rapports d'imagerie, infos démentiaantes sur l'évolution de la lombalgie, lien entre centralisation de la douleur et chronicité de la douleur, la réed moderne (absence validé de l'école du dos et du gainage unique), la rééducation par le mouvement (revenir à un schéma moteur positif : phase d'expérimentation à la phase d'automatisation). Utilisation +++++ métaphores (processus de centralisation de la douleur), questions ouvertes, statistiques pour redonner du sens et de la compréhension à la douleur lombaire. Rassurance quant à la solidité de son dos et l'importance de la contrainte pour entretenir son dos.

Stratégie motrice utilisée :

- Sd d'appréhension/évitement très marqué lors du test du stylo (absence de flexion du tronc, apnée, verrouillage lombaire marqué, appui sur musp droit). Précautionneux. Lenteur. Sait les recommandations école du dos. Accepte cependant de fléchir le tronc lors du 2 ème mouvement mais avec une appréhension marquée et inquiétude du lumbago.
- ROM : RAS, anté-rétroversion du bassin parfaitement réalisé.
- Mouvement penché vers l'avant et mouvement assis/debout associé à un schéma de flexion, contraction abdos++ et verrouillage lombaire

La première séance a permis de redonner du sens à la douleur. Les prochaines séances (1 fois par semaine) permettront l'exposition avec contrôle afin de corriger la stratégie de mouvement négative. L'appréciation du stress perso est à réévaluer en cas de difficulté. Les infos démentiaantes et l'explication des facteurs influençant la chronicisation amélioreront je pense rapidement le patient. Sentiment d'auto efficacité à contrôler.

Point positif : bonne observance, à trouver du sens à cette première séance, pas de déconditionnement à l'effort, bonne hygiène de vie générale.

Conclusion : patient de 57 ans venant pour un bilan/rééducation de sa lombalgie commune chronique. Le triage permet d'écartier sereinement le diagnostic de lombalgie spécifique. La douleur lombaire s'inscrit dans un tableau de fausses croyances (cognitif+++, école du dos, catastrophisme, hypervigilience, Sd appréciation/évitement...) ayant pour conséquence une modification du schéma moteur très caractéristique. Les conséquences fonctionnelles et psychologiques semblent importantes (++ psychologique) et cela a profondément modifiée le schéma moteur fonctionnel du patient. Etat musculaire et niveau d'activité très rassurant.

Le drapeau jaune « douleur = fragilité = protection » est particulièrement inscrit dans le schéma comportemental du patient est sera, au travers des exercices, travaillé et réexpliqué +++

2 anecdotes qui résument bien ce patient

- lors de son voyage récent en Tanzanie, il a utilisé un corset systématiquement (+AI) lors de ses déplacements en voiture par « peur d'avoir mal » (hypervigilience)

- le patient, du fait d'une phose abdominale modérée, concède être en rétroversio du bassin constant (schéma de flexion)

La prise de conscience et les explications concernant la chronologie de l'augmentation douleurs durant d'été 2021 (période de grande difficulté/stress perso) sera à réitérer.

Lutte contre le Sd d'évitement, contre le catastrophisme et modification du schéma moteur

La phase d'exposition avec contrôle sera commencée intensément et rapidement et permettra de lutter efficacement contre les fausses croyances. La phase d'automatisation permettra de modifier le schéma moteur et d'améliorer l'auto efficacité.

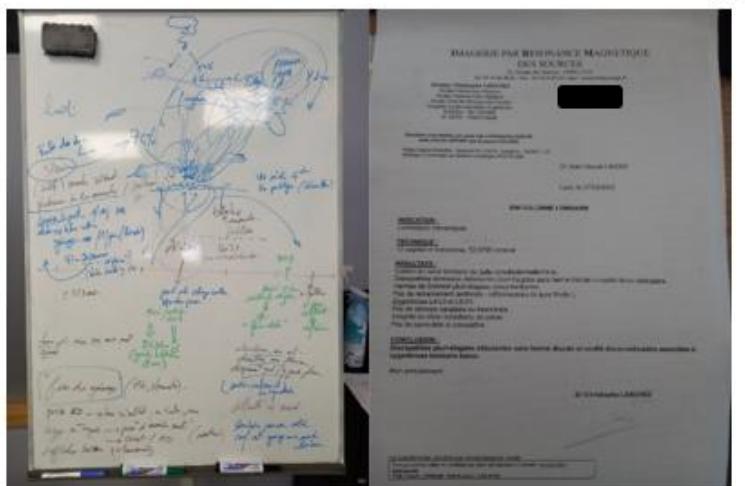
Conseils et informations+++

L'approche cognitivo(++) fonctionnelle (mise en situation) semble bien adaptée à ce patient. L'alliance thérapeutique durant la 1ere séance est positive. Bonne condition physique.

Le patient parle d'une baisse (modérée) des douleurs dès la deuxième séance. A beaucoup réfléchi suite au long bilan initial.

Bon pronostic.

Amitié.



Bilan après 7 séances : Excellent résultat. Pas de douleur depuis 1 semaine. Le patient continue l'activité physique. Fausses croyances durablement changées. Seul l'auto efficacité demeure diminuée. Je reverrai le patient si tu le juge nécessaire ou s'il en exprime le besoin.

Bilan réalisé en présence de Emma, étudiante K4



<https://youtu.be/j4gmtpdwmrs>

Ou taper : jack with Peter O'Sullivan