

Cognitive Functional Therapy

Investigation d'une anamnèse d'un patient lombalgique chronique

Prérequis

IFMK - ISTR – Lyon 1

TD 1

Groupe 1 et 2. 1^{er} décembre 2025

Groupe 3 et 4. 8 décembre 2025

UE : 19.1 / Compétences visées : 4 et 6

Définitions de l'OMS de la lombalgie

*« Douleur qui touche une région comprise entre le bord inférieur des côtes et des fesses.
Conséquences multiples : professionnelles, sociales, familiales, mobilité, santé mentale... »*



Définition

Lombalgie **spécifique** et **non spécifique**, **spécifique** et **commune** (*HAS 2019*)

HAS 2005

Lombalgie Non Spécifique Aiguë

1 à 4 semaines

Lombalgie Non Spécifique subAiguë

4 à 12 semaines

Lombalgie Non Spécifique chronique

au delà de 3 mois

HAS 2019

Poussée aiguë de lombalgie

englober les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles

Lombalgie à risque de chronicité

pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes)

Lombalgie récidivante

en cas de récurrence de lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité.

Définitions de la CFT

La Cognitive Functional Therapy (CFT) est une approche biopsychosociale individualisée de la gestion de la douleur chronique, qui vise à changer les croyances, comportements et réponses émotionnelles dysfonctionnels liés à la douleur.



Modifier les croyances erronées sur la douleur (ex. : douleur = lésion)

Changer les comportements inadaptés/schéma moteur négatif (ex. : évitement du mouvement, kinésiophobie, apnée au mouvement, ...)

Réduire la peur, l'anxiété, le catastrophisme et la centralisation douloureuse

Améliorer la fonctionnalité et l'autonomie du patient (changer d'hygiène de vie)

Approche individualisée : Chaque patient est évalué selon ses croyances, comportements, émotions, contexte social et physique.

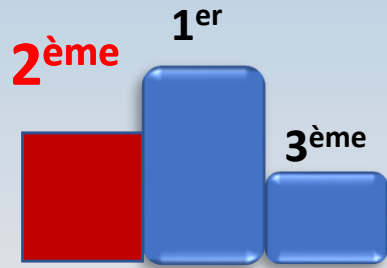
Rééducation active : Le patient est guidé à travers des exercices spécifiques et progressifs pour l'aider à retrouver un mouvement normal et sans peur.

Thérapie cognitive intégrée : Le thérapeute aide le patient à reconnaître et à restructurer ses pensées dysfonctionnelles liées à la douleur.

Éducation thérapeutique : Le patient apprend comment la douleur fonctionne et comment il peut avoir un rôle actif dans sa récupération.



Epidémiologie de la lombalgie



Motif de recours au médecin traitant



1 cas sur 5



Accident de travail



Arrêt de travail > 2 mois
(moyenne)



30 % des AT de plus de 6 mois



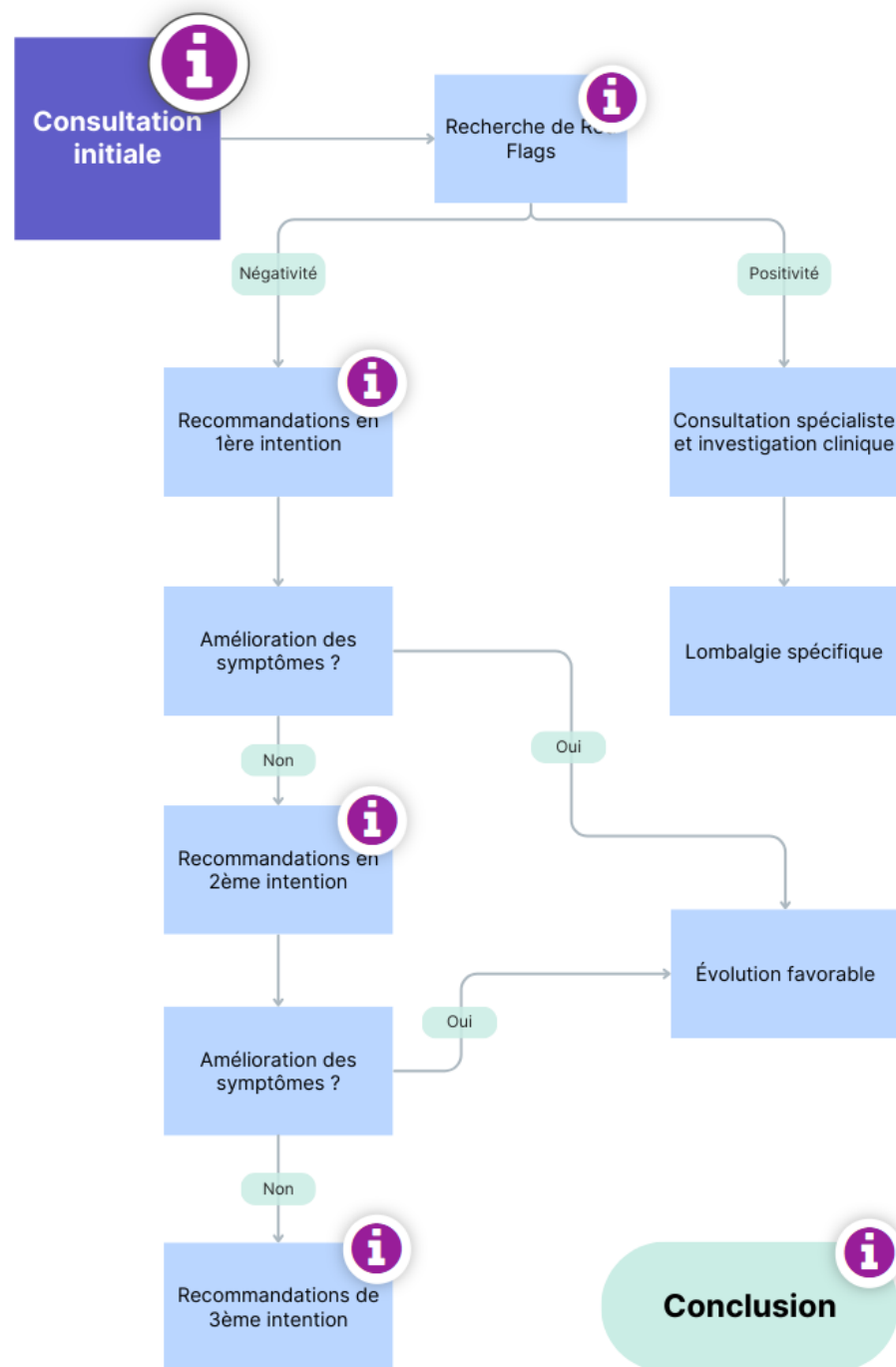
3^{ème} motif d'admission
en invalidité



1^{er} cause d'exclusion du travail
avant 45 ans

Stratégies thérapeutiques et recommandations

Place de la kinésithérapie



Le 1^{er} entretien. Exemple d’une anamnèse

Relever dans l’anamnèse les éléments qui vous semblent importants pour votre bilan
Répartissez-les parmi les 7 facteurs influençant

Cher Laurent,

Je vois ce jour en consultation Monsieur P. Alexandre (57 ans, pas de problème de poids, sommeil de mauvaise qualité, nicotine à mâcher, 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 1/j 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 « lombaires 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 compliquée et stressante. Il passe une IRM quelques jours après le début des douleurs (pas de CR mais selon le patient 2 disques écrasés. 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 unpeu d’abdos) ainsi qu’un ostéo (« sacro-iliaque gauche déplacée et problème de foie ») mais sans résultat sur ses symptômes. Au cours de l’année 2022, le patient estime qu’il n’a pu s’occuper de son dos du fait des difficultés perso. 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. Conseille est donné de faire des abdos+++. IRM effectué en mars 2023 (cf rapport). Le patient est inquiet car « disque pincé » selon le radiologue 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 (+Al) lors de ses déplacements en 4x4 par « peur d’avoir mal »

Le patient, du fait d’une ptose abdominale modérée, concède être en rétroversion du bassin constante.

Le patient s’estime très raide depuis toujours et considère que cela est une grande partie du problème.

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 d’élément pouvant expliquer la persistance des douleurs (Cf rapport) et sont donc très rassurants. Ton diagnostic et le tableau clinique actuel permettent d’écarter sereinement un diagnostic de lombalgie spécifique.

La prise d’Al 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.

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. Il ne comprend pas qu’il y ait constamment des variations de sa douleur lombaire



Thérapie cognitivo fonctionnelle de la lombalgie commune

<https://youtu.be/sb7K3HtCxNw>

Ou taper sur youtube : Nicolas FOURNIER MKNG