

# **Cognitive Functional Therapy**

***Investigation d'une anamnèse d'un patient lombalgique chronique***

**IFMK - ISTR – Lyon 1**

**TD 1**

**Groupe 1 et 2**

**1<sup>er</sup> décembre 2025**

**UE : 19.1 / Compétences visées : 4 et 6**



**Nicolas FOURNIER**

**Masseur-kinésithérapeute  
Ostéopathe**

**Cabinet de Kinésithérapie/Ostéopathie Viviani  
LYON - VENISSIEUX**

*nfournierkine@hotmail.fr  
www.scm-kineviviani.fr*

- **Masseur-kinésithérapeute (2001)**
- **Ostéopathe (2005)**
- **Cabinet libéral de 6 kinés (soirée scientifique)**
- **Formé CFT : Cognitive Functional Therapy (Prof O'Sullivan P.)**
- **Publication Kiné la Revue (Vol 15 N°161. 2015)**  
*Red flags, yellow flags, questionnaires d'évaluation et place de la kinésithérapie au sein du processus de diagnostic standardisé de la lombalgie non spécifique*
- **Webinaire 2022 :**  
Approche cognitive et fonctionnelle de la lombalgie. Des études récentes.  
*YOUTUBE (Nicolas FOURNIER + MKNG)*
- **Formateur chez SSK formation (e-learning)**
- **Intervenant à l'ISTR Lyon**





**Questions sur les éléments prérequis  
(définitions, épidémiologie, place de la kiné)**

# Recueil d'expériences



**Quels discours au patient tenez-vous ?**

**Que regardez-vous quand vous recevez un patient lombalgique ?**

**Avez-vous vu/rééduqué des LC en stage ?**

**Quels sont les éléments indispensables à votre bilan ?**

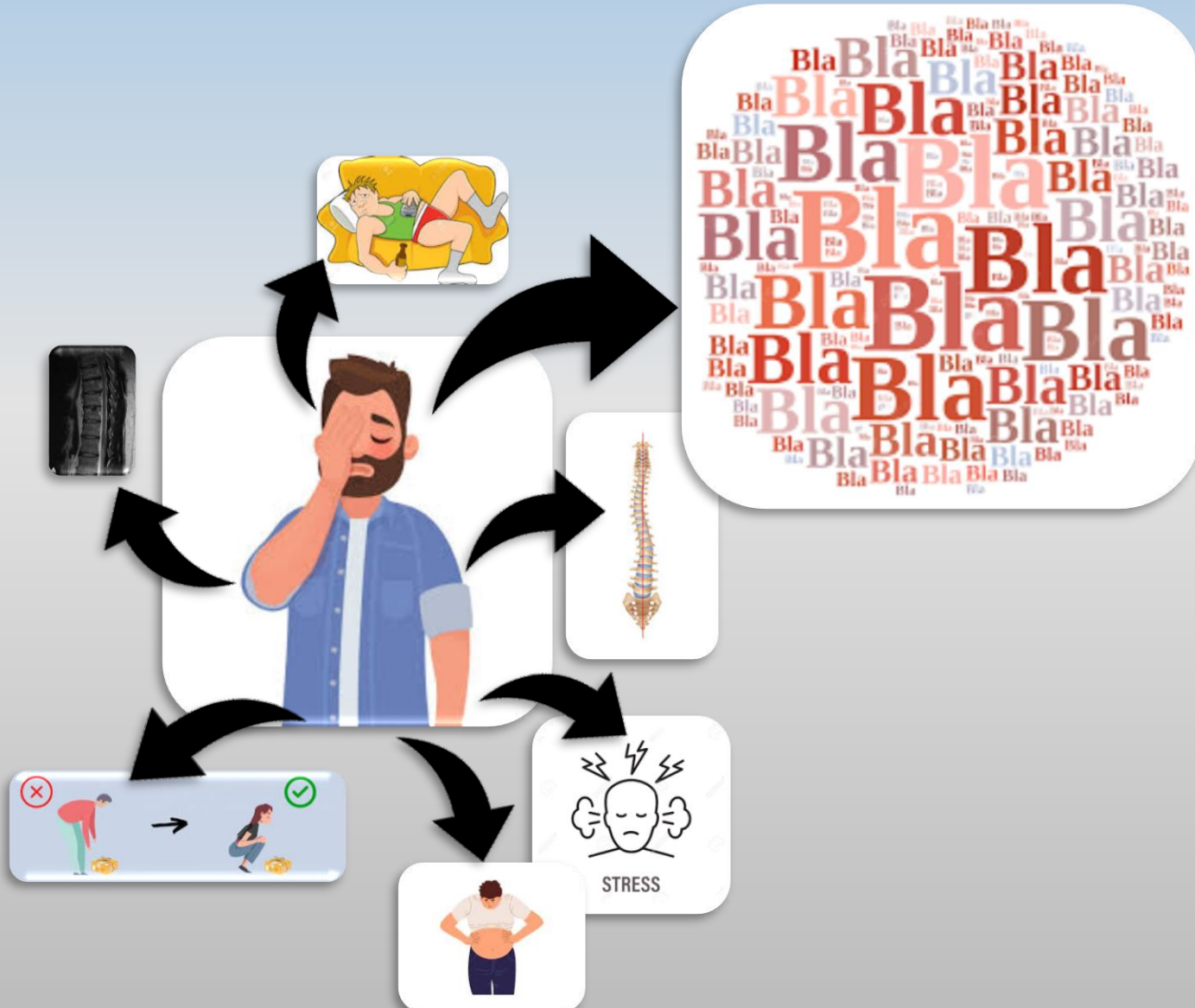
**Quels tests ? Quelles questions ?**

**Avez-vous fait /assisté à un premier entretien avec un LC ?**

**Que faisaient faire les kinés au patient ?  
Qu'en pensez-vous ?**

# Bilan initial d'un patient lombalgique : un entretien complet.

*Que faut-il retenir pour bien rééduquer ?*



# 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, la catastrophisation 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.

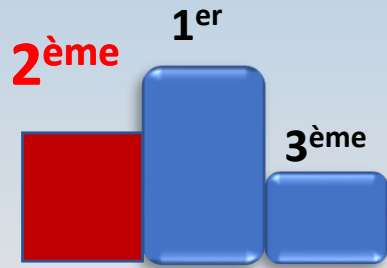
**Rééducation active :** Le patient est guidé à travers des exercices spécifiques et progressifs pour l'aider à retrouver un mouvement normal et sans peur.

**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<sup>ème</sup>** motif d'admission  
en invalidité



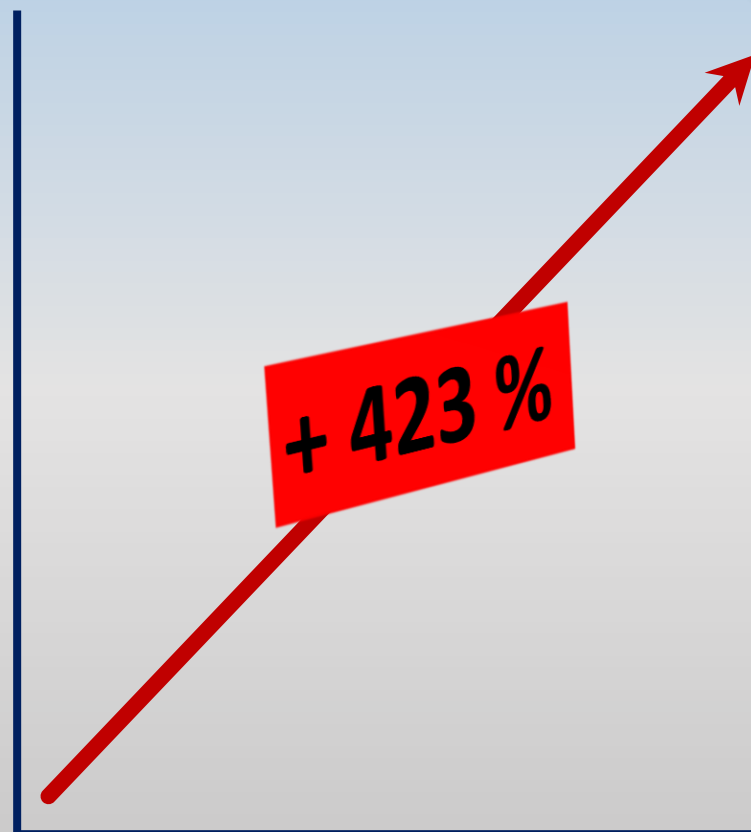
**1<sup>er</sup>** cause d'exclusion du travail  
avant 45 ans



Dépenses liées à  
la lombalgie



Chiffres : Etats-Unis



Au cours des 5 dernières années

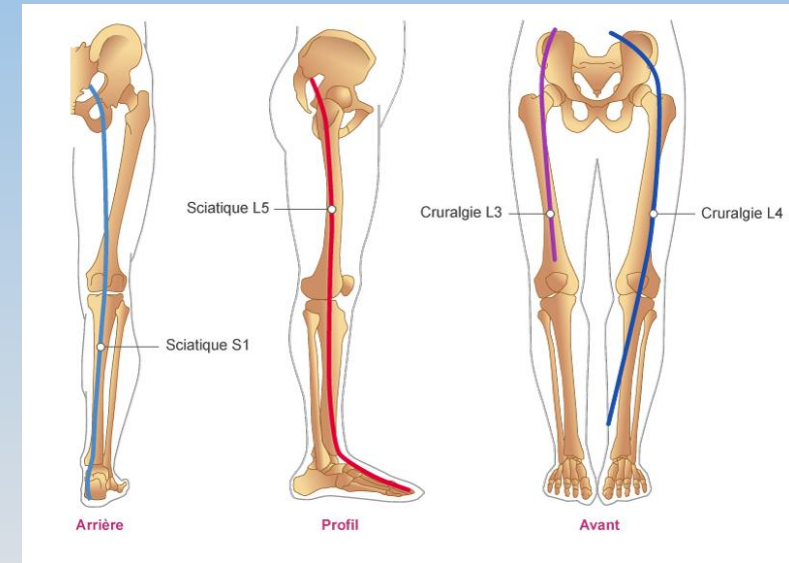
Epidémie (Delitto) et fardeau économique

# **lomboradiculalgie**

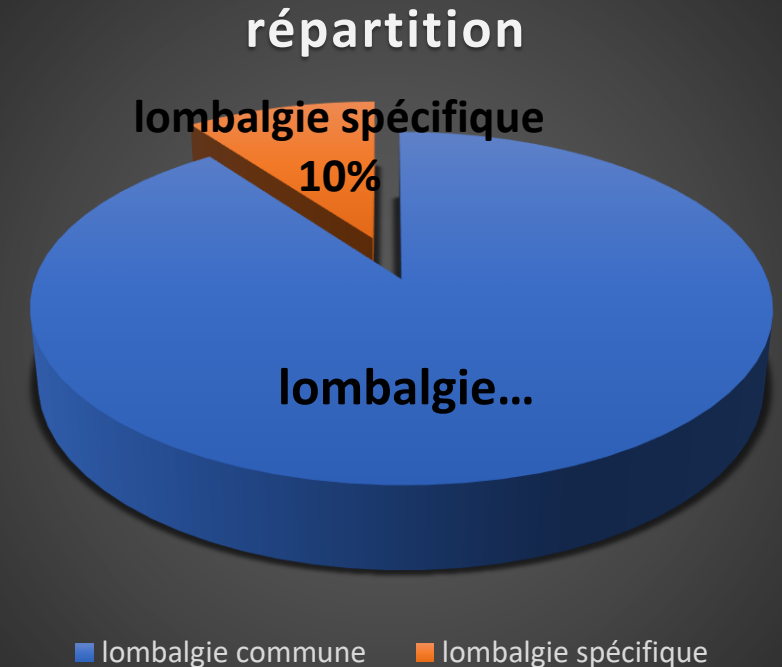
- Sciatique L5 et S1 (Straight Leg Raise Test /Slump test)

*Marche talon / marche sur les pointes*

- Cruralgie (test de Léri)

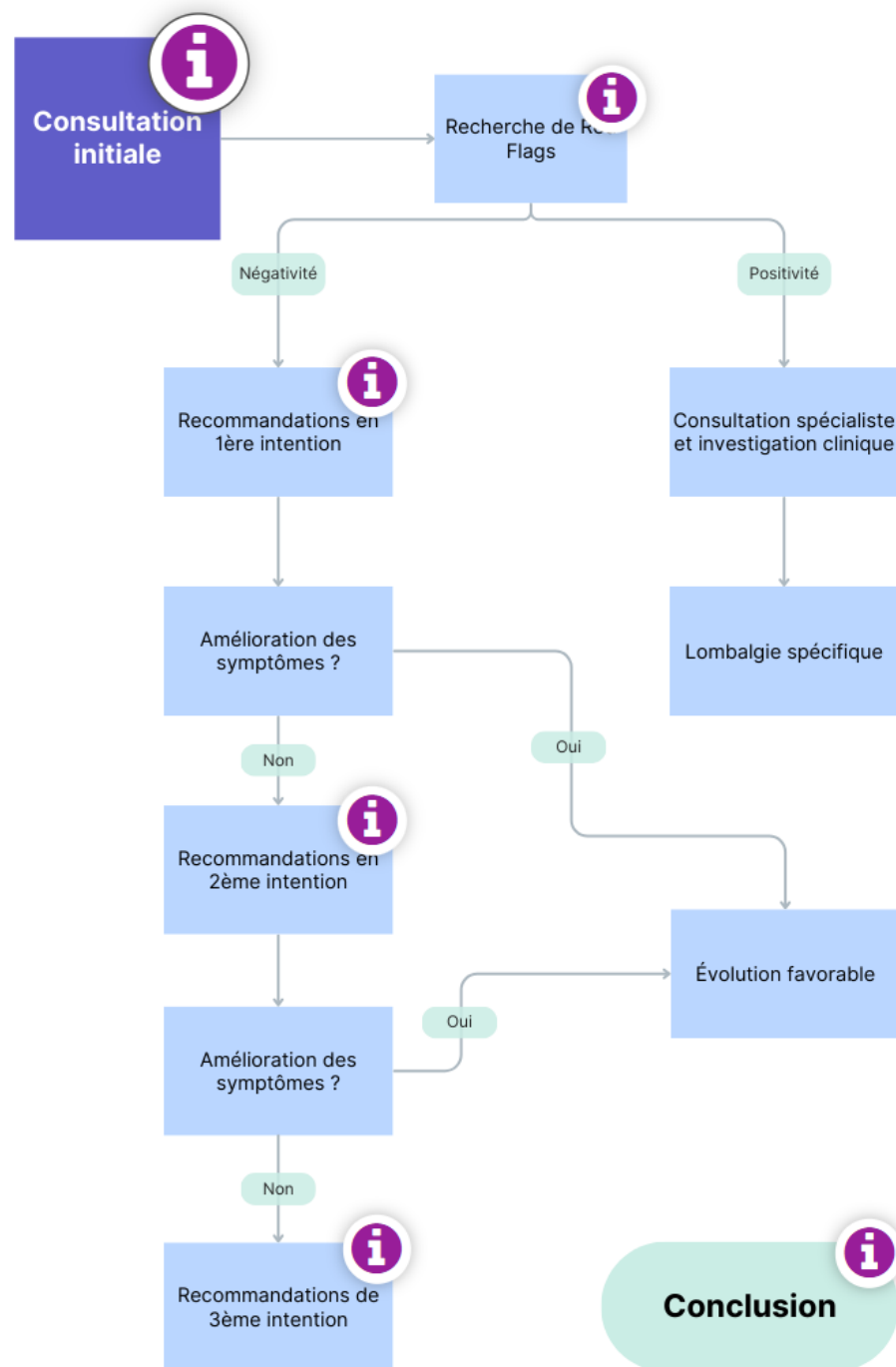


## **Lombalgie non spécifique ou commune et lombalgie spécifique**



# **Stratégies thérapeutiques et recommandations**

## Place de la kinésithérapie



# 1<sup>er</sup> Intention

***Patient LC ou à risque de chronicisation ?***

**NON**

**Reprise précoce act. prof, quotidienne (autogestion)  
Act. physiques fractionnées  
(progressive, selon préférence patient)**

**OUI**

**Act. prof, quotidienne (autogestion)  
Act. physiques adaptées  
(progressive, selon préférence patient)**



**Kiné active**

***(grade B)***



## 2ème Intention



Education à la neurophysiologie de la douleur  
Manipulation/mobilisation + exercices supervisés  
TCC + exercices supervisés

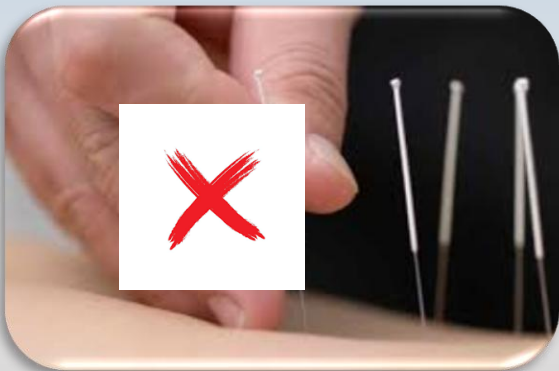
*(grade B)*

## 3ème Intention

***Présence de facteurs de risques psycho-sociaux faisant obstacle  
ou  
échec PEC***



**Programme de Réadaptation Pluridisciplinaire  
(physique, psy, social, prof)**





**sophrologie, relaxation, méditation pleine conscience, hypnose**

**Un lumbago, vite :**



*champ de fleurs, massage,  
K-Tape, repos, passe une  
IRM, ...*



***... 6 mois après ...***

**Ahhhhh Baloo,  
j'ai toujours mal au dos !!**

....



**L'exposition précoce aux soins recommandés non concordants a été associée de manière significative et indépendante à la transition vers la lombalgie chronique**

## Place des techniques "hands on"



- Attention/empathie
  - Réassurance
  - Relaxant
- Dé menaçant
  - Facilitant

- Créer une dépendance
- Renforcer les fausses croyances biomécaniques
- Réduire l'efficacité personnelle



**FAIRE**



**NE PAS FAIRE**



**À RETENIR!**

# Red flags, Yellow Flags, et autres flags ...



*Permet le triage entre lombalgie spécifique  
et non spécifique ou commune*



*signes d'alertes psychologiques, sociaux,  
professionnels et culturels,  
facteurs de chronicisation de la lombalgie  
commune*





À RETENIR!



FRACTURE	TUMEUR / INFECTION	DEFICIT NEURO ETENDU	AUTRE
Trauma majeur	Age d'apparition <20 ou >55 ans	Paresthésie au niveau du pubis ou périnée sévère ou progressive	Déformation structurales majeurs
Trauma mineur chez patients âgés ou ostéoporotiques	Symptômes constitutionnels : fièvre, frisson, perte de poids	Atteinte motrice au niveau des jambes	Douleur thoracique (rachialgies)
	ATCD cancer	Déficit contrôle sphincters (vésicaux, anaux)	Douleur non mécanique
	Usage de drogues IV et prolongé de corticoïdes		
	Immunosuppression		



DRAPEAUX	NATURE	EXEMPLES
ROUGE	Signes de pathologie graves	Syndrome de Cauda equina, fracture, tumeur, infection
ORANGE	Symptômes psychiatriques	Dépression clinique, trouble de la personnalité, schizophrénie
JAUNE	Croyances, évaluations et jugements	Croyances inadaptées au sujet de la douleur : la blessure est incontrôlable ou susceptible de s'aggraver Attente d'un résultat négatif du traitement, retour au travail retardé
	Réponses émotionnelles	Détresse ne répondant pas aux critères de diagnostic d'un trouble mental Inquiétude, peurs, anxiété
	Comportement face à la douleur (y compris stratégies d'adaptation à la douleur)	Coping inadapté Éviter les activités en raison de la peur de la douleur et du risque de nouvelle blessure Recours excessif aux traitements passifs (compresses chaudes, compresses froides, analgésiques, acupuncture)
BLEU	Perceptions de la douleur et de la relation entre travail et santé	Croyance que le travail est trop pénible et susceptible de causer davantage de blessures Croyance que le supérieur hiérarchique et les collègues de travail ne le soutiennent pas
NOIR	Obstacles systémiques ou contextuels	Législation limitant les options de retour au travail Conflit avec le personnel des assurances à propos d'une réclamation pour blessure Sollicitation excessive des familles et des professionnels de la santé Travail difficile, avec peu d'occasions de modifier les tâches

À RETENIR!

Selon vous ...

"Une persévération de la lésion  
primaire (lors de la lombalgie aiguë)  
explique-t-elle le passage vers la LC ?"



"Pourquoi un lombalgique devient-il  
lombalgique chronique ?"

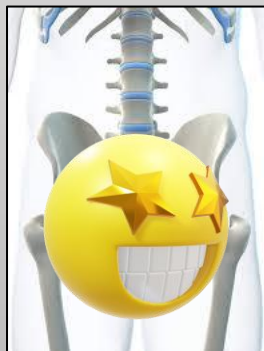
À RETENIR!

**Contrôle moteur :**  
processus moteurs, sensoriels  
et centraux pour le contrôle  
de la posture et du  
mouvement.



**Mais qu'est ce qui emmène les lombalgiques  
vers un contrôle moteur négatif et donc vers  
la lombalgie chronique ?**

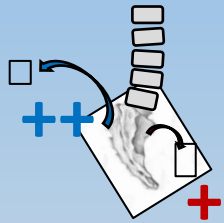
Contrôle moteur positif



Contrôle moteur négatif



**À RETENIR!**

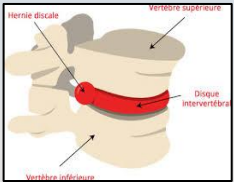


Mvt spé.

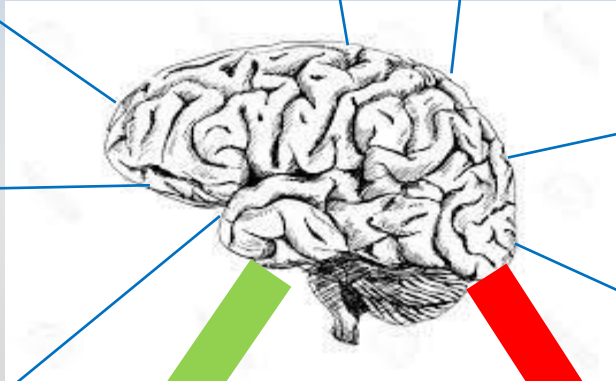


Culturel

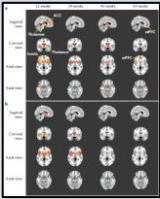
Hygiène de vie, comorbidité, émotionnel, statut socio-éco ...



Cognitif



Sensori-moteur  
Neuro-bio



Cap. Phy G<sup>al</sup>

Génétique



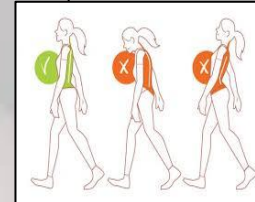
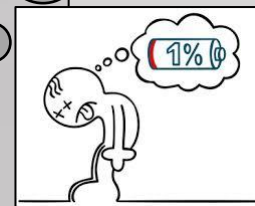
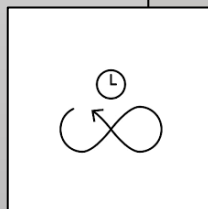
Contrôle moteur positif

Contrôle moteur négatif

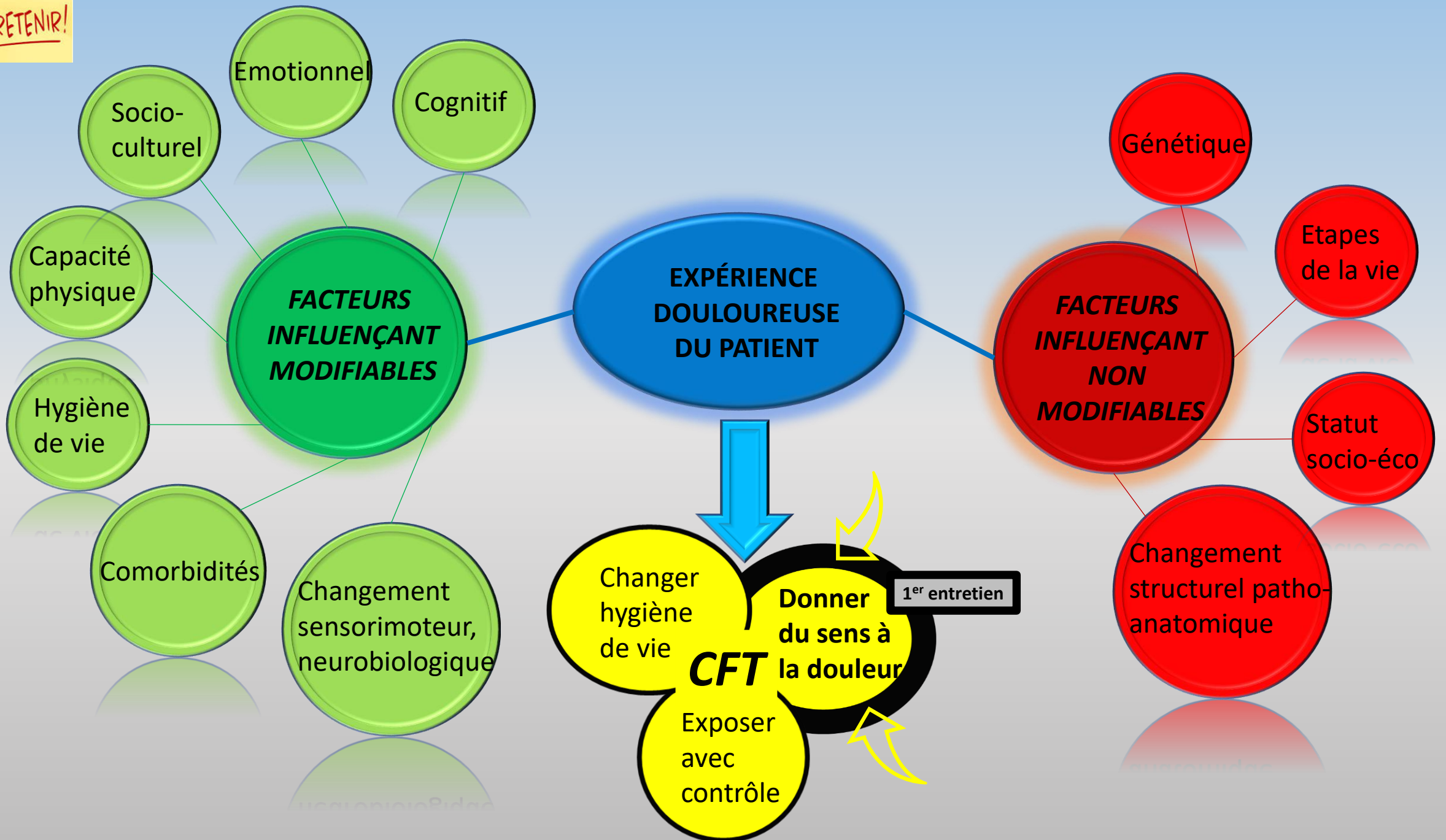
**À RETENIR!**

**Ce n'est pas la lésion primaire lors d'une lombalgie aigue qui vous emmène vers la lombalgie chronique, c'est le mauvais choix de stratégie motrice qui vous emmène vers la LC ...**

**... et la stratégie motrice dépend des croyances, du processus de déconditionnement, du sommeil, de la culture, de son état psy, ...**

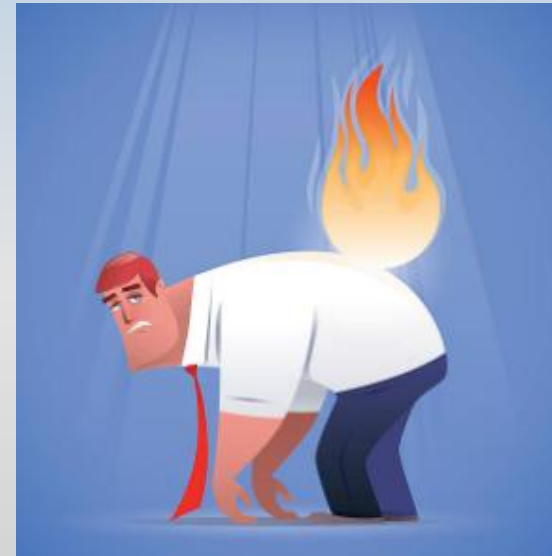
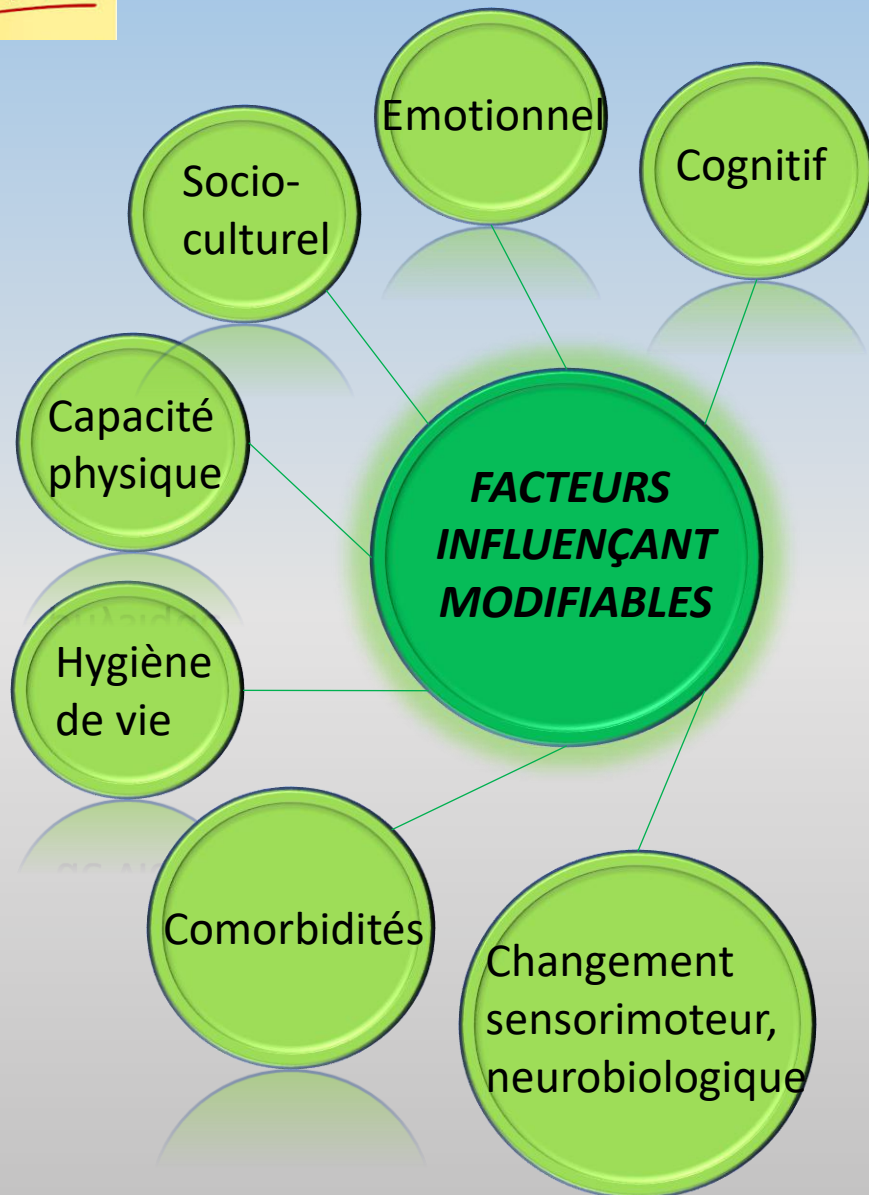


À RETENIR!





À RETENIR!



**Comorbidité** : désigne l'association de deux maladies chez une personne, ou de la présence d'un ou plusieurs troubles qui se manifestent en même temps qu'une maladie primaire, comme l'obésité et l'arthrose de la hanche.

# Le 1<sup>er</sup> 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



**Réponses :**

À RETENIR!



**Os pincé**

**Protéger sa colonne**

**Lombaire peu solide**

**Raideur = origine du problème**

**Tour de rein**

**Déplacement de la colonne si non renforcé**

**Formation Ecole du Dos**

**Bonne posture**

**Disque écrasé/pincé (IRM)**

**Port de charge 6kg = origine des douleurs**

**Kiné passive (massage, électro, Mézières)**

**Ostéo (Pb de foie, déplacement iliaque gauche)**

**Podologue (talonnette)**

**Protéger dos avec corset**

**Rétroversion constante**

**Incompréhension des variations de sa douleur lombaire**

À RETENIR!

Emotionnel

**Séparation stressante**

**Très inquiet des conclusions de l'IRM**

**Inquiétude du vieillissement et capacités physiques**

**Auto efficacité en baisse**

À RETENIR!



**IRM quelques jours après l'épisode douloureux  
2 IRM et 1 prévue par le patient**

À RETENIR!



**Pêche à la mouche**

**Cours 1/mois**

**Abdos tous les matins**

**Gainage 1/jour depuis quelques jours**

À RETENIR!

Hygiène  
de vie

**RAS poids**  
**Problème de sommeil**  
**Nicotine à mâcher**  
**Alcool en société**

À RETENIR!

Comorbidités

**Problème de sommeil**

**Vertige**

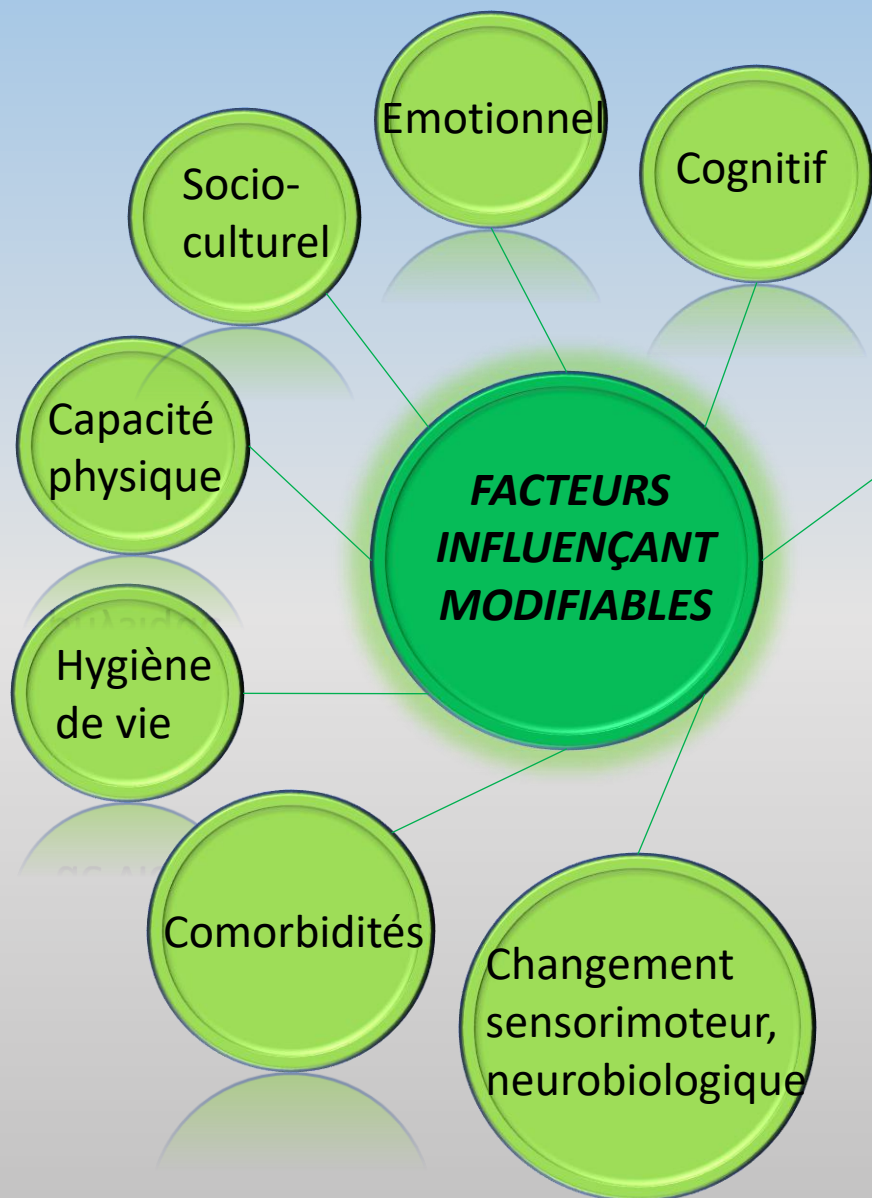
**Fatigue**

À RETENIR!

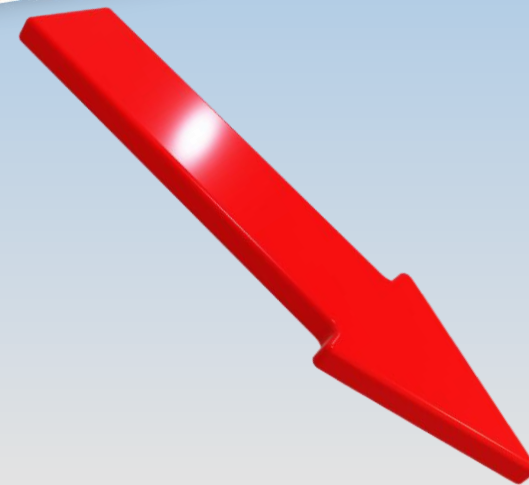
Changement  
sensorimoteur,  
neurobiologique

**Peur d'avoir mal, très vigilant**  
*SD DE CENTRALISATION DOULOUREUSE*





Analyse du schéma moteur



2ème TD !

Dans la lombalgie il y a un versant biologique et un versant psycho-social

La CFT c'est :



**Cognitif**

*"Comprendre et modifier"  
la douleur*



**Thérapie fonctionnelle**

*"Modifier" le mouvement*