



SSK-FORMATION
KINÉSITHÉRAPIE

Programme Formation Thérapie cognitivo-fonctionnelle (TCF) de la lombalgie



Intervenant

Nicolas FOURNIER
Kinésithérapeutes
Formateurs
Spécialistes du Rachis

Public : Kinésithérapeutes
Durée : 6h
Prise en charge : FIFPL - DPC (sous réserve de validation)

Thérapie cognitivo-fonctionnelle (TCF) de la lombalgie

Objectifs

- 1 I Comprendre les principes fondamentaux sous-jacents à la thérapie cognitivo-fonctionnelle (TCF) dans la prise en charge de la lombalgie.
- 2 I Identifier les facteurs influençant modifiables et non modifiables contribuant à la chronicisation de la lombalgie chez ses patients.
- 3 I Réaliser une évaluation fonctionnelle et cognitive approfondie du patient lombalgique, en intégrant l'analyse du schéma moteur et des croyances et peurs associées à la douleur.
- 4 I Élaborer un plan de traitement individualisé en TCF, en définissant des objectifs thérapeutiques réalistes et partagés avec le patient.
- 5 I Mettre en œuvre les techniques clés de la TCF, notamment l'exposition graduelle au mouvement et la gestion des facteurs de stress liés à la douleur.
- 6 I Éduquer le patient sur la nature de sa douleur, l'importance de l'activité physique et la gestion autonome de sa lombalgie.
- 7 I Intégrer la TCF dans sa pratique quotidienne, en s'adaptant aux spécificités de chaque patient et en favorisant son auto-efficacité.

Moyens pédagogiques et techniques :

E-learning.

Modalités d'évaluation :

Quiz sous forme de QCM

Projet Pédagogique

Contexte

Qualifiée d'épidémie, la lombalgie est une pathologie aux conséquences sanitaires majeures. Bien que 90% des lombalgies se résolvent en 1 à 3 mois, le plus souvent spontanément, les 10% restants ont un retentissement fonctionnel, social, psychologique et

professionnel majeur pour les patients.

Ceux-ci, très nombreux dans nos cabinets, sont souvent perçus comme difficiles et sont même parfois redoutés, tant les facteurs influençant environnementaux multiples rendent la rééducation indécise et laborieuse.

Afin d'éviter la sensation d'échec et de lassitude face à ces patients complexes dont l'expression douloureuse est parfois déconcertante, la Cognitive Functional Therapy (CFT) ou Thérapie Cognitivo-Fonctionnelle permet de redonner du sens à la douleur du patient et par la même du sens à notre pratique rééducative.

Appuyé par les recommandations et publications internationales les plus récentes, nous vous proposons d'aborder ces patients d'une manière systématisée et globale afin de dégager à l'issue du 1er entretien des objectifs clairs et des exercices thérapeutiques personnalisés aux symptomatologies de vos patients.

Plan du E-Learning :

1 - Introduction

Présentation du cadre général de la formation, de ses objectifs pédagogiques et de la problématique actuelle de la lombalgie.

2 - Définition - Épidémiologie

Définition précise de la lombalgie et de ses différentes formes, accompagnée des chiffres clés de l'épidémiologie mondiale et française, soulignant l'ampleur du phénomène et ses coûts sociaux et économiques.

3 - Place de la Kinésithérapie / Autour des Recommandations

Abord pratique des recommandations actuelles pour la prise en charge de la lombalgie, et mise en évidence de leurs limites ou des points où la TCF apporte des solutions complémentaires.

4 - Red/Yellow Flags

Révision des signes d'alerte (drapeaux rouges) nécessitant une référence médicale urgente et approfondissement des facteurs de risque psychosociaux (drapeaux jaunes) à identifier pour une prise en charge optimale en TCF.

5 - Facteurs de Risque et Questionnaires

Identification des principaux facteurs de risque de chronicisation de la lombalgie et présentation des outils d'évaluation (questionnaires validés) permettant de les quantifier et d'orienter le plan de traitement.

6 - Douleur

Compréhension approfondie des mécanismes neurophysiologiques et psychologiques de la douleur (aiguë et chronique), y compris la sensibilisation centrale et le rôle du système nerveux dans la persistance des symptômes.

7 - Facteurs Influençables Modifiables

7a - Cognitif

Exploration des croyances erronées, des peurs (kinésiophobie), de la catastrophisation et de leur impact sur la douleur et le comportement du patient lombalgique.

7b - Émotionnel

Reconnaissance du rôle de l'anxiété, de la dépression et du stress dans l'exacerbation et la chronicisation de la douleur lombaire.

7c - Socio-culturel

Analyse de l'influence de l'environnement social, du contexte professionnel, des attentes culturelles et du soutien social sur l'expérience de la douleur et le processus de réadaptation.

7d - Capacité Physique

Retour sur les idées reçues concernant l'impact de l'activité physique sur la santé du disque intervertébral, et discussion sur l'importance de l'activité physique adaptée dans la prise en charge.

7e - Hygiène de Vie

Impact du sommeil, de la nutrition, du tabagisme et de la sédentarité sur la douleur chronique et le bien-être général.

7f - Comorbidités

Compréhension de l'influence des pathologies associées sur la présentation et la gestion de la lombalgie.

7g - Changements Sensorimoteurs

Analyse des différents schémas moteurs non adaptés fréquemment retrouvés chez le patient lombalgique.

8 - Facteurs Non Modifiables

8a - Génétique

Aperçu de l'influence des prédispositions génétiques sur la susceptibilité à la douleur et aux conditions musculo-squelettiques chroniques.

8b - Étapes de la Vie, Statut Socio-éco et Changements Structurels

Impact de l'âge, du niveau socio-économique et des modifications anatomiques (ex: discopathies dégénératives) sur la lombalgie, et comment ces facteurs sont pris en compte dans la TCF.

9 - Contrôle Moteur Inadapté

Identification et analyse des schémas de mouvement et des stratégies de contrôle moteur inefficaces ou douloureuses..

10 - Thérapie Cognitivo-Fonctionnelle (TCF)

10a - Donner du Sens à la Douleur

Techniques d'éducation thérapeutique pour aider le patient à comprendre sa douleur sous un angle neurophysiologique moderne, déconstruire les peurs et reconstruire un modèle explicatif personnel et positif.

10b - Exposer avec Contrôle

Mise en place de stratégies d'exposition graduelle aux mouvements et activités redoutées, avec un contrôle progressif et la réassurance, pour réduire la peur et augmenter les capacités fonctionnelles.

10c - Changer Hygiène de Vie

Accompagnement du patient vers l'adoption de comportements favorables à sa santé globale et à la gestion de sa lombalgie (sommeil, activité physique, gestion du stress).

11 - Conclusion

Synthèse des points clés de la formation, récapitulatif des bénéfices de la TCF pour les patients et les kinésithérapeutes, et perspectives d'intégration de cette approche dans la pratique quotidienne.

Bibliographie

1. ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. 2000
2. Anderson GB. Epidemiological features of CLBP. The Lancet. 1999
3. Assurance maladie. Livret lombalgie. 2017
4. Bandura A. Self-efficacy Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review. 1977
5. Battie MC. The Twin Spine Study. Contributions to a Changing View of Disc Degeneration. Spine J. 2009
6. Belavy DL. Running exercise strengthens the intervertebral disc. Nature. 2017
7. Blair S. Physical inactivity. The biggest public health problem of the 21st century. Br J Sports Med. 2009
8. Brinjikji W. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. Am J of Neuroradiology. 2015
9. Brodal P. A neurobiologist's attempt to understand persistent pain. Scandinavian Journal of Pain. 2017
10. Bunzli S. Lives on hold. A qualitative synthesis exploring the experience of chronic low-back pain. Clin J Pain. 2013
11. Bushnell M. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. Nat Rev Neuroscience. 2013
12. Cannon WB. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. The Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods. 1917
13. Carmine M Pariante. Depression, Stress and the Adrenal axis. Journal of Neuroendocrinology. 2003
14. Cherin P. La lombalgie chronique. Actualités, prise en charge thérapeutique. Médecine et longévité. 2011
15. Chou L. The Association Between Obesity and Low Back Pain and Disability Is Affected by Mood Disorders. Medicine. 2016
16. CLIP. Guide pratique. 2006
17. Currie, SR, & Wang, J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. Pain. 2004
18. Daniel L. Belavy et al. Running exercise strengthens the intervertebral disc. Scientific reports. Nature. 2017
19. Dankaerts W. Discriminating Healthy Controls and Two Clinical. Spine. 2009
20. Dankaerts W. The validity of O'Sullivan's classification system (CS) for a sub-group of NS-CLBP. Man Th. 2011
21. Dario AB. Obesity does not increase the risk of chronic low back pain when genetics is

- considered: a prospective study of spanish adult twins. The Spine Journal. 2016
22. Delitto A. Low Back Pain Clinical Guideline. JOSPT. 2012
 23. Duquesnoy B. Classification des lombalgies communes. Rev Rhum. 2001
 24. Ekelund. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality. A harmonised meta-analysis of data from more 1 million. 1996
 25. European Guidelines for the management of chronic non specific LBP. 2004
 26. Fournier N. Red flags, yellow flags, questionnaires d'évaluation et place de la kiné au sein du processus de diagnostic standardisé de la lombalgie non spécifique. Kiné la revue. 2015
 27. Geisser, M. A Meta-Analytic Review of Surface Electromyography Among Persons With Low Back Pain and Normal, Healthy Controls. American Pain Society. 2005
 28. Glombiewski JA. Do patients with chronic pain show autonomic arousal when confronted with feared movements. An experimental investigation of the fear avoidance model. Pain. 2015
 29. Haack M. Sleep deficiency and chronic pain, potential underlying mechanisms and clinical implications. Neuropsychopharmacology. 2019
 30. Hainline B, Turner JA, Caneiro JP, Stewart M. Pain in elite athletes neurophysiological, biomechanical and psychosocial considerations. British Journal of S.M.
 31. HAS. Arrêter de fumer et ne pas rechuter. Recommandation. 2014
 32. HAS. Prise en charge kiné dans la lombalgie commune. 2005
 33. Hides, JA. Convergence and Divergence of Exercise-Based Approaches That Incorporate Motor Control for the Management of Low Back Pain. JOSPT. 2019
 34. Honeyman. Effect of culture on back pain in Australian Aborigines. Pain. 1996
 35. Hussain SM. Fat mass and fat distribution are associated with LBP intensity and disability. Result from a cohort study. Arthritis Research & Therapy. 2017
 36. Jarvik, JG. Three-Year Incidence of Low Back Pain in an Initially Asymptomatic Cohort. Spine. 2005
 37. Karras Guillibert K. La lombalgie chronique. Facteurs de risques, diag, prise en charge. PDF
 38. KCE. Guide pratique pour les douleurs lombaires et radiculaires. 2017
 39. Keele University. The Keele STarT Back Screening Tool. 2007
 40. Laird, RA. Comparing lumbo-pelvic kinematics in people with and without back pain. A systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskeletal Disorders. 2014
 41. Leeuw M. The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain. Current State of Scientific Evidence. Journal of Behavioral Medicine. 2006
 42. Lewis SE. Short-Term Effect of Superficial Heat Treatment on Paraspinal Muscle Activity, Stature Recovery, and Psychological Factors in Patients With Chronic Low Back

Pain. Archives of...

43. Lin IB. Disabling chronic low back pain. BMJ. 2013
44. Linden W. Multi-component behavior therapy in a case of compulsive binge-eating followed by vomiting. JBTEP.1980
45. Linton SJ. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem. The predictive validity of the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. Clin J Of Pain. 2003
46. Mahmud MA. Clinical management and the Duration of disability for work-related low back pain. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2000
47. Marin. Sleep Disturbance in Patients With CLBP. AJPMR. 2006
48. Marty M. Lombalgie: Qu'apporte l'examen clinique. Pertinence des Red Flags. Revue rhumatisme. 2011
49. Michael K. Early identification and management of psychological risk factors, yellow flags, in patients with low back pain a reappraisal. Phys ther. 2011
50. Michele C. Battie. The twin spin study. Spine J. 2009
51. Ming Zhong. Incidence of Spontaneous Resorption of Lumbar Disc Herniation. A meta analysis. Pain Physician. 2017
52. Nachemson. Disc pressure measurement. Spine. 1981
53. New Zealand guidelines group. 2003
54. Nguyen C. Lombalgie chronique. Facteurs de passage à la chronicité. Revue Rhum. 2009
55. NICE. Low back pain and sciatica in over 16s assessment and management. 2016
56. O'Sullivan P. Diag and classification of CLBP disorders. Maladaptive mov and motor control impairments as underlying mechanism. Man Th. 2005
57. O'Keeffe M. What Influences Patient Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy. Qualitative Systematic Review and Meta Synthesis. Physical Therapy. 2015
58. O'Sullivan P. An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. Physical Therapy. 2018
59. Rachman S and Hodgson R. Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. Behaviour Research and therapy. 1974
60. Savage RA. The relationship between the magnetic resonance imaging appearance of the lumbar spine and low back pain, age and occupation in males. Eur Spine J. 1997
61. Shaw, WS. The Pain Recovery Inventory of Concerns and Expectations. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2013
62. Shir R. The Association Between Obesity and Low Back Pain. A Meta-Analysis. Am J. Epidemiology. 2009
63. Slater D. Sit Up Straight. Time to Re-evaluate. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2019

64. Smart KM. Clinical indicators of 'nociceptive', 'peripheral neuropathic' and 'central' mechanisms of musculoskeletal pain. *Man Ther.* 2010
65. Smuck M. Smoking Is Associated with Pain in All Body Regions, with Greatest Influence on Spinal Pain. *Pain Medicine.* 2019
66. Stevans JM. Risk factors associated with transition from acute to chronic low back pain in US patients seeking primary care. *Jama Network Open.* 2021
67. Sullivan MJL. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin Journal of Pain.* 2001
68. Sullivan, MJL. The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain.* 1992
69. Suman A. Associations between measures of socio-economic status, beliefs about back pain, and exposure to a mass media campaign to improve back beliefs. *BMC Public Health.* 20...
70. Synnott A. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of phys...*
71. Tracey I & Mantyh PW. The Cerebral Signature for Pain Perception and Its Modulation. *NeuronReview.* 2007
72. Tsang, SMH. The effects of bending speed on the lumbo-pelvic kinematics and movement pattern during forward bending in people with and without low back pain. *BMC Muscul.* 2017
73. Tschudi-Madsen, Hedda, et al. "A strong association between non-musculoskeletal symptoms and musculoskeletal pain symptoms: results from a population study." *BMC musculoskeletal disorders* 12 (2011): 1-8.
74. Vlaeyen, JW. Low back pain. *Nature Reviews.* 2018
75. Vlaeyen, JWS, & Linton, S.J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000
76. Williams DM. The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research. *Health Psy Review.* 2014
77. Xuyang Li. The Alterations in the Brain Corresponding to LBP: recent insights and advances. 2024. *Neural plasticity.* Hindawi