



Société Française de Physiothérapie SFP. Fondée en 1936.
Adresse de messagerie : contact@sfphysio.fr
Site Web : www.sfphysio.fr

Avis de la Société Française de Physiothérapie. “Mal de Dos: le bon traitement, c’est le mouvement”.

Campagne de l’assurance maladie

Mars 2018



Participation

La Société Française de Physiothérapie (SFP) remercie sincèrement ses membres pour leurs différentes contributions.

Pilote du rapport : Nolwenn Poquet (Groupe de travail « Diffusion EBP » de la SFP)

Contributeurs du rapport : François-Xavier Dessus (membre SFP), Maxime Foujanet-Brassart (membre SFP et OMT-France), Thibault Julien (membre SFP), Chiraz Roy (membre SFP et AFMcK), Sophie Taillefer (membre SFP et OMT-France).

Relecteurs du rapport : Jean-Philippe Deneuille (membre SFP, AFMcK et OMT-France), Frédéric Froment (membre SFP et OMT-France).

Date

Mars 2018

Citation

Société Française de Physiothérapie. Avis de la SFP. Campagne de l'assurance maladie « Mal de dos : le bon traitement, c'est le mouvement ! ». Mars 2018 - 9 pages.





La lombalgie non spécifique est une des affections musculo-squelettiques les plus fréquentes en médecine libérale (1). Cette affection est rarement associée à des pathologies sous-jacentes graves (2), elle est cependant la première cause mondiale d'incapacité vécue par année de vie (3). Il existe des répercussions fonctionnelles importantes et une augmentation de la consommation de soins lors d'épisodes persistants plus de deux mois (2). Dans ce contexte, la prévention de la douleur persistante semble capitale et il est important que les professionnels de santé adoptent un discours commun et rationnel avec les patients.

La campagne de l'assurance maladie (4) va dans ce sens et paraît très pertinente à ce sujet.

La SFP souhaite cependant apporter quelques remarques et précisions sur le matériel de communication utilisé par la CNAMTS :

1. Insister davantage sur la « solidité » de la colonne vertébrale :

Les croyances erronées sur le rachis concernent souvent la sensation de s'être « déplacé » une vertèbre ou de ne pas avoir un dos « assez musclé » (5-6). Ces croyances sont aussi parfois confirmées par les professionnels de santé. Plusieurs études récentes soulèvent l'importance des croyances des professionnels de santé et de la sémantique utilisée avec leur patient (7). La communication et l'éducation des patients sont des éléments majeurs du soin et peuvent avoir un effet rassurant ou au contraire délétère (8). Cette notion se retrouve bien dans la brochure destinée aux professionnels de santé avec par exemple « malgré une douleur importante, le dos n'est pas forcément abîmé » (9). Elle est donc pertinente et importante pour harmoniser les discours et les connaissances des professionnels.

2. Adapter la communication envers le patient au modèle bio-psycho-social :

L'abord biomécanique des causes de la lombalgie est prédominant dans la brochure patient (10). Nous pouvons y lire « parlez-en à votre médecin pour adapter votre poste de travail » ou les causes mécaniques de la lombalgie « dont l'arthrose ». Ce genre d'informations renforce la croyance populaire selon laquelle les problèmes de dos sont exclusivement mécaniques. La SFP recommande d'inclure des informations sur les facteurs psycho-socio-comportementaux de la douleur car ils sont identifiés comme des éléments clefs du développement ou de la persistance des symptômes lombaires (11).





3. Lutter contre la kinésiophobie :

Le message clé concernant l'importance de l'activité physique est un avis partagé et unanime depuis une dizaine d'années. Il tranche cependant avec la croyance populaire qu'un repos est à observer en cas de « lumbago » (12). Il aurait été plus complet de distinguer la kinésiophobie causée par une douleur d'origine nociceptive, de celle qui persiste après un épisode douloureux par crainte de « se refaire mal ». Plusieurs études suggèrent que la peur de bouger « normalement » (douleur ou non) est un facteur important de la récurrence et de passage à la chronicité (13-14). En encourageant les patients à bouger normalement, le spot publicitaire est très bien construit. En revanche, la campagne sur les réseaux sociaux (#lebonmouvement) est inadaptée. Les clips vidéo sont anxiogènes avec « une vision mécanique » comme la façon de se lever (en bloc, sur le côté) ou de ramasser un objet en pliant les genoux de manière systématique. Il est paradoxal d'encourager les gens au mouvement (le dos est solide) et de véhiculer des messages incitant à la protection de ce dernier en faisant attention en permanence à ses gestes et postures. De plus en plus de preuves tendent à montrer que ce type de discours favorise la kinésiophobie tant après un épisode aigu qu'en situation chronique (7,13-14).

4. Informer les patients que des imageries ne sont souvent pas nécessaires :

La SFP apprécie particulièrement la construction de la brochure destinée aux professionnels de santé car elle insiste sur l'importance de rassurer son patient après avoir effectué un triage pour écarter une lombalgie spécifique ou une pathologie grave où la rééducation n'est pas adaptée ou nécessitant d'autres prises en charge (drapeau rouge). Elle met en avant l'inutilité d'une imagerie dans la plupart des cas (15). La SFP insiste sur le caractère iatrogène et délétère des examens d'imagerie (16). Ces examens accentuent la kinésiophobie et les croyances incorrectes du patient (17-18). Une IRM précoce allonge la durée de récupération et augmente les dépenses en santé (16).

5. Ne pas ignorer les récurrences comme facteur de passage à la chronicité :

« 80% des lombalgies aiguës s'améliorent spontanément sans séquelle ». Cependant, le taux de récurrence dans l'année en France n'est jamais mentionné (73% aux Etats-Unis) (19). L'utilisation du score « Start Back Screening Tool » a montré une réelle efficacité sur la prévention des récurrences (20-22). Cette échelle permet de catégoriser les patients lombalgiques en fonction des facteurs de risques de « chronicisation ». Son utilisation est mentionnée dans la brochure professionnelle (9).





6. La prise en charge du patient lombalgique :

- Il est difficile de généraliser des exercices spécifiques à une population de patients hétérogène. La SFP recommande de rester actif, le choix des exercices, en enroulement ou en extension par exemple, doit se faire en fonction de chaque patient.
- La phrase « toutes les techniques sont bonnes » est à nuancer. En France, l'offre de soins non médicamenteux est dominée par les thérapies passives. Le discours associé à ces approches peut aller à l'encontre de celui véhiculé par cette campagne et ces informations dissonantes peuvent parfois poser problème à la bonne évolution des soins.
- La stigmatisation des personnes en surpoids n'est pas constructive et offre peu de motivation quant à la « surveillance de l'alimentation ».
- Le traitement médicamenteux n'est pas évoqué dans les documents mais il a été montré que le paracétamol n'était pas plus efficace qu'un placebo en aigu (23) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens n'apporteraient pas de bénéfice clinique significatif (24). De plus, la prise d'opioïdes entraîne des effets secondaires plus importants que la pratique d'exercices (25).

7. Les recommandations de la HAS sur la prise en charge en kinésithérapie obsolètes :

- La brochure destinée aux professionnels de santé se base sur les recommandations de la HAS datant de 2000 et 2005 (26-28) et celles-ci nécessitent des mises à jour quant à l'évolution du métier de kinésithérapeute et de ses compétences. Il était alors conseillé de ne pas entreprendre de prise en charge en kinésithérapie avant 4 semaines probablement dans un but économique à court terme.
- Plusieurs études récentes et de bonne qualité sur l'accès direct du patient à la kinésithérapie montre qu'un accès tardif rallonge le parcours de soin pour les patients. Ceci engendrerait plus de coûts supplémentaires pour la société (imageries, médication, séances de kinésithérapie supplémentaires, chirurgie) (29-31).
- La prise en charge du patient lombalgique aigu ou chronique débute toujours par un examen clinique dont les principes sont détaillés dans la brochure en accord avec les recommandations internationales (médicales). Le kinésithérapeute est qualifié pour réaliser cet examen clinique et proposer un plan de rééducation prenant en compte l'aspect bio-psycho-social du patient, cette démarche s'inscrit sur une pratique basée sur les preuves (Evidence Based Practice, EBP).





Conclusion :

Pour conclure, la SFP encourage vivement le développement de cette campagne, dans la mesure où les remarques énoncées puissent être prises en compte.

Cet avis est diffusé à l'ensemble des membres de la SFP.





Références

- (1) CMG – Lombalgie commune en médecine générale – Avril 2017
- (2) Koes BW, van Tulder MW et al. Diagnosis and treatment of low back pain. *British Medical Journal* 2006;332(7555):1430–1434.
- (3) Kassebaum, Nicholas J et al. Global, regional, and national disability- adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *The Lancet* 2016;388(10053):1603-1658.
- (4) <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/actualites/lombalgie-lancement-de-la-campagne-mal-de-dos-le-bon-traitement-cest-le-mouvement>
- (5) Campbell P, Bishop A et al. Conceptual overlap of psychological constructs in low back pain. *Pain* 2013; 154:1783–91.
- (6) Crombez G, Eccleston C et al. Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *Clin J Pain* 2012;28:475–83.
- (7) Gardner T, Refshauge K et al. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *J Physiother.* 2017;63(3): 132-143
- (8) Traeger AC, Hubscher M et al. Effect of primary care-based education on reassurance in patients with acute low back pain: systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine* 2015 May;175(5):733-743
- (9) https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/346618/document/lombalgie-professionnels-de-sante_assurance-maladie.pdf
- (10) https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/346615/document/lombalgie-que-faire_assurance-maladie.pdf
- (11) Taylor JB, Goode AP et al. Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Spine Journal* 2014,14(10),2299–2319
- (12) Hilde G, Hagen KB et al. Advice to stay active as a single treatment for low-back pain and sciatica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD003632. DOI: 10.1002/14651858.CD003632.pub2.





- (13) Bunzli S, Smith A et al. Making Sense of Low Back Pain and Pain-Related Fear. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017;47(9):628-636.
- (14) Cleland JA, Fritz JM et al. Predictive validity of initial fear avoidance beliefs in patients with low back pain receiving physical therapy: Is the FABQ a useful screening tool for identifying patients at risk for a poor recovery? *Eur Spine J* 2008;17:70–79
- (15) Pye SR, Reid DM et al. Radiographic features of lumbar disc degeneration and self-reported back pain. *J Rheumatol* 2004;31(4):753-8
- (16) Webster BS, Bauer AZ et al. Iatrogenic Consequences of Early Magnetic Resonance Imaging in Acute, Work-Related, Disabling Low Back Pain. *Spine* 2013;38(22),1939–1946.
- (17) Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2012 Apr;42(4):A1-57.
- (18) Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE Guidelines. 2016.
- (19) Pengel LHM. Acute low back pain : Systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003;327(7410):323-0.
- (20) Fritz JM, Beneciuk JM et al. Relationship Between Categorization With the STarT Back Screening Tool and Prognosis for People Receiving Physical Therapy for Low Back Pain. *Physical Therapy.* 2011;91(5):722-32.
- (21) Hill JC, Dunn KM et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum.* 2008;59(5):632-41.
- (22) Hill JC, Whitehurst DG et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378(9802):1560-1571.
- (23) Saragiotto BT, Machado GC et al. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 6. Art. No. CD012230. DOI: 10.1002/14651858.CD012230.
- (24) Machado GC, Maher CG et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2017 Jul;76(7):1269-1278.
- (25) Deyo R., Von Korff M et al. Opioids for low back pain. *British Journal of Medicine* 2015;350:1-13.
- (26) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272083/fr/prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-des-lombalgies-et-lombosciatiques-communes-de-moins-de-trois-mois-d-evolution





(27) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271859/fr/diagnostic-prise-en-charge-et-suivi-des-malades-atteints-de-lombalgie-chronique

(28) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_464893/fr/prise-en-charge-masso-kinesitherapie-dans-la-lombalgie-commune-modalites-de-prescription

(29) Fritz JM, Childs JD et al. Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future health care utilization and costs. *Spine* 2012; 37(25):2114-21.

(30) Bürge E, Monnin D et al. Cost-Effectiveness of Physical Therapy Only and of Usual Care for Various Health Conditions: Systematic Review. *Phys Ther.* 2016;96(6):774-86.

(31) Frogner BK, Harwood K et al. Does Unrestricted Direct Access to Physical Therapy Reduce Utilization and Health Spending? <http://www.healthcostinstitute.org/files/HCCI-Issue-Brief-Unrestricted-Access-to-Physical-Therapy.pdf>

