

Mal de dos



***Guide  
pratique***

## L'outil pédagogique

« *Mal de dos. Ouvrons le dialogue* » comprend :

- Le **guide pour le médecin** que vous êtes en train de lire ;
- **Une affichette A3** à mettre en salle d'attente ou dans le cabinet de consultation ;
- **Un livret « Pour faire le point »** destiné au patient ;
- **Un livret « Prendre soin de son dos »** également destiné au patient ;
- **Une Échelle Visuelle Analogique (ÉVA)** d'évaluation de la douleur.

### > *Pour se procurer des outils pédagogiques supplémentaires*

***Un kit comprenant l'outil pédagogique décrit ci-dessus + 15 livrets « Pour faire le point » + 15 livrets « Prendre soin de son dos » peut être obtenu gratuitement, sur simple demande écrite auprès de l'Inpes (par courrier au 42, bd de la Libération 93203 Saint-Denis cedex, ou par fax au 01 49 33 23 91) en indiquant le n° de référence 65-04151-PT.***

***Le texte des deux livrets peut être téléchargé à partir du site Internet de l'Inpes ([www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)).***

# Sommaire

<b>&gt; Présentation générale</b>	4
1 Les trois étapes de la démarche éducative proposée	4
2 À chaque étape, un document destiné au patient	6
<b>&gt; Quelques informations essentielles</b>	8
1 Définitions	8
2 Le mal de dos en France	9
3 Mal de dos, une origine plurifactorielle	10
4 Dos et mal de dos : une signification particulière pour les patients et les professionnels	11
5 Mal de dos : l'influence du changement d'habitude et de la modification de l'environnement	12
<b>&gt; Étape 1 - Ouvrir le dialogue</b>	14
1 Signifier au patient qu'on est prêt à parler du mal de dos	14
2 Saisir toutes les opportunités pour parler du mal de dos	16
3 Clarifier ses intentions et les expliquer au patient	16
<b>&gt; Étape 2 - Aider le patient à faire le point</b>	18
1 Pour tous : les « 24 heures du dos » du patient	19
2 Si le patient a mal au dos : explorer ses représentations et ses connaissances sur son mal de dos et sa prise en charge	19
3 Évaluer la douleur ressentie pour la prendre en charge	20
4 Comprendre comment le patient rachialgique réagit face à la douleur	21
5 Faire le point sur les conséquences du mal de dos sur la vie du patient	21
6 Clore l'étape de bilan	22
<b>&gt; Étape 3 - Aider le patient à prendre soin de son dos</b>	23
1 Encourager le patient à bouger	24
2 Aider le patient à mieux utiliser son corps	26
3 Accompagner le patient pour une meilleure prise en charge des épisodes douloureux	27
4 Assurer un suivi	27

# Mal de dos

## Présentation générale

La collection « Ouvrons le dialogue », créée en 1997, vous est proposée aujourd'hui sous une nouvelle forme, fruit d'une évaluation de la première version. Élaborés dans un souci de clarté et de facilité d'utilisation, les outils de cette collection proposent une démarche éducative en trois étapes.

### **1 >** Les trois étapes de la démarche éducative proposée

L'objectif de l'outil « *Mal de dos. Ouvrons le dialogue* » est de vous aider à mener une démarche d'éducation pour la santé auprès de vos patients, rachialgiques ou non, en trois étapes qui permettent de respecter les choix personnels et le rythme de chaque patient. À chaque étape sont prévus des documents pour le patient.

Il s'agit d'abord d'ouvrir le dialogue.

Ensuite, si le patient est d'accord, aidez-le à faire le point :

- s'il ne se plaint de rien, le bilan porte sur les situations de la vie courante dans lesquelles il sollicite son dos ;
- s'il a souvent mal au dos et qu'un diagnostic de rachialgie commune est posé, le bilan porte également sur l'intensité du mal de dos et ses conséquences sur la vie quotidienne du patient.

Enfin, si le patient se sent prêt à changer certaines habitudes pour mieux prendre soin de son dos, aidez-le à définir ces changements et à les mettre en œuvre.

### Qu'est-ce qu'une démarche éducative ?

On sait aujourd'hui qu'il ne suffit pas d'informer le patient pour qu'il adopte un comportement améliorant sa santé. C'est pourquoi il est important de distinguer trois notions : l'information, le conseil et l'éducation du patient.

**L'information** est centrée sur les contenus scientifiques, les données actuelles de la science.

*En apportant une information, il est essentiel de prendre en compte les représentations et les savoirs préalables des personnes. Si elles ne sont pas prises en compte, ces représentations risquent de faire obstacle à la compréhension et à l'appropriation d'un savoir nouveau. C'est pourquoi il est recommandé de commencer par explorer ce que le patient sait et son point de vue sur la question, de construire les explications à partir de ce que le patient a dit et de demander au patient d'expliquer ce qu'il a compris. Vous pouvez conclure en demandant au patient ce qu'il pense de cette information et ce qu'il compte en faire.*

— **Le conseil** est centré sur celui qui le délivre, autrement dit le médecin, qui va dire ce qu'il pense être bon pour le patient.

— **L'éducation** est centrée sur le patient ou, plus précisément, sur la relation entre le médecin et le patient. C'est un acte d'accompagnement. Son objectif n'est pas que le patient suive aveuglément les conseils du médecin mais qu'il fasse son propre choix, en toute connaissance de cause, et qu'il soit accompagné dans ce choix par le médecin. <sup>17</sup>

Face à des situations comme les rachialgies communes, les solutions sont moins médicales que comportementales. L'information et le conseil ne suffisent donc pas dans la plupart des cas. C'est pourquoi nous vous proposons d'adopter une démarche d'éducation, donc d'accompagnement des patients rachialgiques. Ce document est conçu pour vous y aider.

### 2 ➤ À chaque étape, un document destiné au patient

- **Une affichette**, à mettre en salle d'attente ou dans le cabinet de consultation, indique au patient que vous êtes prêt à parler du mal de dos avec lui. Elle facilite ainsi l'ouverture du dialogue.
- **Un livret « Pour faire le point »** (fourni en quinze exemplaires). Il comprend plusieurs tests qui vont permettre au patient de faire le point sur les situations de la vie quotidienne qui favorisent son mal de dos, sur l'intensité de sa douleur, sur la nature de ses réactions face à la douleur et enfin sur les conséquences de son mal de dos dans sa vie quotidienne. Il contient également des informations sur le fonctionnement du rachis, le mal de dos et ses origines, ainsi que des recommandations générales pour mieux utiliser son corps dans la vie de tous les jours. Le livret peut être rempli avec le patient pendant la consultation ou lui être remis pour qu'il réponde aux questions chez lui. À la consultation suivante, le livret rempli pourra servir de base de discussion.

- **Un livret « Prendre soin de son dos »** (fourni en quinze exemplaires). Ce second livret va aider le patient à réfléchir à ce qu'il souhaite faire pour mieux vivre avec son dos, autour de trois aspects :

**faire régulièrement des exercices** physiques d'endurance pour renforcer son dos (le livret comprend des propositions d'exercice physique) ;

**mieux utiliser son corps** dans la vie quotidienne (le livret comprend à cet égard des recommandations illustrées) ;

**mieux gérer la douleur** (renforcement de la motivation du patient, identification des difficultés éventuelles pour l'aider à mieux y faire face).

Si le patient souhaite adopter certaines des recommandations de ce livret, vous pouvez l'aider à apprendre ces nouveaux savoir-faire :

- en lui demandant d'accomplir les gestes, les postures ou les exercices qu'il a choisis ;
- en lui apportant des explications au vu de la manière dont il s'y prend ;
- en lui faisant ensuite refaire, si nécessaire, les gestes, les postures ou les exercices.

Enfin, vous pouvez conclure en demandant au patient comment il pense mettre en œuvre ces recommandations dans sa vie quotidienne.

Pour favoriser l'apprentissage de bons gestes, il est parfois nécessaire d'avoir recours à un kinésithérapeute.

# Les douleurs du dos

## Quelques informations essentielles

### 1 > Définitions

« Le terme de **rachialgie** désigne toute douleur siégeant au niveau du rachis ou à proximité de celui-ci, quelles que soient l'origine, la nature et l'intensité de cette douleur. »<sup>1</sup> Selon le point d'origine de la douleur, on distingue les cervicalgies, les dorsalgies et les lombalgies. Ces dernières sont les plus fréquentes, en particulier chez les travailleurs manuels, c'est pourquoi nous les évoquerons plus fréquemment dans ce document. Les cervicalgies affectent davantage les personnes qui travaillent dans les bureaux.

« S'agissant de la **lombalgie**, les cliniciens s'accordent, dans leur grande majorité, à classer sous le terme de lombalgies communes les lombalgies qui ne sont pas secondaires à une cause organique particulière (infection, tumeur, affection rhumatismale inflammatoire, affection métabolique). [...]



*Par extension, on parlera de rachialgies communes pour désigner toutes les rachialgies ne relevant pas d'une cause organique majeure. »<sup>1</sup>*

*« La lombalgie commune n'est pas une entité pathologique : c'est un symptôme pouvant répondre à la souffrance mécanique de structures rachidiennes et périrachidiennes diverses. »<sup>1</sup>*

La **lombalgie chronique** est définie par l'Anaes\* comme « une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de trois mois ». Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou<sup>2</sup>.

## **2 >** Le mal de dos en France

- D'après un sondage réalisé en 2000<sup>3</sup>, 27 % des hommes et 36 % des femmes ressentent régulièrement des douleurs au dos. Interrogés sur les principales douleurs ressenties au cours du dernier mois<sup>4</sup>, les jeunes de 12 à 19 ans eux-mêmes déclarent que le mal de dos arrive en deuxième position (après le mal de tête mais avant le mal de ventre).
- L'ordre de grandeur du coût direct des lombalgies en France était, il y a dix ans, de 1,5 à 2 milliards d'euros par an, dont 500 millions d'euros pour les indemnités journalières liées à un arrêt de travail<sup>5</sup>.
- Selon le Credes\*\*, les lombalgies (hors sciatalgies) ont occasionné, en 1992, en France, 5,25 millions de consultations ou visites en médecine générale et 620 000 consultations de rhumatologues de ville<sup>5</sup>.

\* Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

\*\* Centre de recherche et de documentation en économie de la santé.

### 3 > Mal de dos : une origine plurifactorielle

Selon l'expertise collective de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) <sup>1</sup>, la lombalgie est un symptôme multifactoriel. « *Ceux qui cumulent plusieurs facteurs de risque sont dans une situation plus défavorable que ceux qui n'en présentent qu'un seul. À l'heure actuelle, la littérature classe les principaux facteurs de risque en trois catégories :*

— **les facteurs personnels** tels que le sexe, l'âge, la taille ou le poids. On inclut généralement dans ce groupe les facteurs psychologiques (type de personnalité) ;

— **les facteurs d'exposition à des agents de pénibilité physique au travail et hors travail ;**

— **les facteurs psychosociaux au travail** : il s'agit des contraintes qui se situent à l'intersection des dimensions individuelle, collective et organisationnelle de l'activité professionnelle, telles que la monotonie des tâches, les contraintes de temps, le manque de latitude dans l'exécution des tâches, etc.

*La lombalgie est une affection bénigne qui se résorbe spontanément dans la majorité des cas. Mais en même temps, elle peut être récurrente puisque la réapparition de la douleur concerne, selon les études, entre 20 et 44 % des patients dans la première année qui suit l'épisode aigu. Ce phénomène de récurrence est sans doute un facteur de passage à la chronicité des douleurs lombaires, mais les données manquent sur ce point. »*

## 4 > Dos et mal de dos : une signification particulière pour les patients et les professionnels

### > Du côté des patients

Les patients parlent rarement spontanément de leur dos. C'est donc souvent au médecin d'aborder la question. Ce dernier doit cependant d'abord comprendre que le dos génère des représentations diverses selon les patients. Une étude<sup>6</sup> réalisée en 1996 auprès de personnes âgées de 25 à 40 ans, atteints ou non de mal de dos, fait apparaître que le dos, par nature « invisible », n'est pas valorisé comme d'autres parties du corps et ne prend une existence réelle que dans la douleur. En même temps, le dos symbolise la force vitale, la capacité de protection et la « droiture ». Le mal de dos apparaît comme peu reconnu par les autres, pas vraiment grave « puisqu'on n'en meurt pas », voire associé à un sentiment de culpabilité des personnes qui en souffrent. Une autre étude réalisée auprès d'un groupe de patients souffrant de lombalgies<sup>7</sup> met au jour quatre types de représentations du dos qui traduisent leur sentiment d'être incompris et dévalorisés :

- le « dos absent » : face à la permanence des problèmes et à l'incompréhension d'autrui, « *le dos est absent parce qu'on voudrait le faire disparaître* » ;
- le « dos résistant aux changements » : la lombalgie peut persister malgré les traitements et les changements de comportement mis en œuvre par le patient, ce qui peut rendre difficile la « gestion au long cours de ces changements » ; « *on passe alors pour un irresponsable qui ne prend pas les moyens de s'en sortir* » ;
- le « dos échappant à la parole scientifique » : devant la distance entre leur ressenti et ce qui peut être objectivé, les patients craignent l'accusation de « maladie imaginaire » ou « psychosomatique » ;
- le « dos rupture sociale », qui perturbe les relations de travail avec les collègues et donne l'image de « tire-au-flanc ».

### > **Du côté des professionnels**

Une étude menée auprès de professionnels de santé impliqués dans la prévention du mal de dos<sup>7</sup> montre que :

« Ils sont au premier rang pour apprécier la complexité des connaissances scientifiques, leurs contradictions. »

« Ils sont de plus en plus confrontés aux composantes psychologiques du mal de dos, aux problèmes de dos comme somatisation d'une souffrance dont la cause est ailleurs. Le "dos support des difficultés de la vie" les renvoie aux limites de leur place professionnelle dans le champ social [...]. Les réponses thérapeutiques à court terme sont perçues comme insatisfaisantes mais les seules gérables. »

De plus, la place du médecin, intermédiaire entre l'univers du travail et la sphère privée du patient, se trouve amplifiée par son pouvoir en matière d'arrêt de travail.

### **5 > Mal de dos : l'influence du changement d'habitudes et de la modification de l'environnement**

La prévention des rachialgies, qu'elle soit primaire (prévention de la survenue de la douleur), secondaire (diminution de la fréquence et de la durée des crises douloureuses) ou tertiaire (réintégration rapide dans le monde du travail en gérant la maladie chronique), peut concerner :

l'individu et ses comportements (gestes et postures, exercice physique, gestion de la douleur) ;

l'environnement matériel (aménagement du domicile, du poste de travail, etc.).

### **Les possibilités de chacun d'agir sur son environnement matériel peuvent être limitées,**

pour diverses raisons indépendantes de sa volonté. Il s'agit donc de bien comprendre et prendre en compte les conditions de vie et de travail du patient. Des contacts précoces avec la médecine du travail sont recommandés <sup>2</sup> le cas échéant.

**Changer de comportement n'est pas plus facile.** Il ne suffit pas d'être bien informé pour adopter un comportement de prévention. Plusieurs modèles anglo-saxons\* ont notamment mis en évidence le fait que chacun soupèse les avantages et les inconvénients liés à l'adoption de tel ou tel comportement. D'autres facteurs interviennent également, comme le fait de se sentir concerné ou non par un problème de santé, la perception qu'on a de la gravité du problème, la perception qu'on a de l'efficacité du comportement de prévention recommandé, ainsi que la confiance que l'on a en sa propre capacité à le mettre en œuvre.

Les habitudes de vie d'une personne sont le résultat de l'adaptation à ses conditions de vie et aux différentes influences sociales. « *Ces habitudes, quelles qu'en soient les conséquences sur la santé, peuvent être facteurs de qualité de vie individuelle ou de cohésion sociale.* » <sup>11</sup> **Elles participent à l'équilibre de la personne, dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale.** Il convient donc d'être prudent lorsqu'on invite un patient à adopter des habitudes « meilleures pour la santé du point de vue du technicien ». De même, il est important de respecter ses désirs et son projet de vie.

Lorsqu'une personne décide d'essayer de changer ses habitudes ou de modifier son environnement, il ne s'agit pas d'un changement marginal mais d'une forme de bouleversement.

\*Modèle des croyances relatives à la santé <sup>8</sup>, théorie sociale cognitive <sup>9</sup>, théorie du comportement planifié <sup>10</sup>.

# Mal de dos

## Étape 1

### Ouvrir le dialogue

**Voici quelques pistes pour faciliter l'ouverture du dialogue sur le mal de dos pendant la consultation.**

**➤ Signifier au patient qu'on est prêt à parler du mal de dos**

Certains patients viennent consulter parce qu'ils ont mal au dos. D'autres hésitent à aborder ce sujet pendant la consultation parce qu'ils pensent que c'est « le mal du siècle » ou qu'« il n'y a rien à faire ». Il est donc essentiel de signifier au patient qu'on est disponible pour parler de ses préoccupations vis-à-vis de son dos, qu'il ait souvent mal ou non.

**L'affichette** a pour objectif d'inviter au dialogue ; elle peut être mise en salle d'attente ou dans le cabinet de consultation.

**Mal de dos > Un thème qui fait peur aux médecins ?**

*Certains médecins se sentent mal à l'aise vis-à-vis de la question du mal de dos. La principale raison de ce malaise est qu'il n'existe pas de solution médicale simple au mal de dos.*

- *C'est un symptôme souvent difficile à objectiver, notamment par l'imagerie médicale.*
- *C'est un problème multifactoriel, signe d'une anomalie de fonctionnement de l'ensemble de l'organisme (y compris dans sa dimension psychologique), nécessitant une approche globale en lien avec d'autres professionnels de santé.*
- *Les connaissances scientifiques et les recommandations autour de la prise en charge et de la prévention du mal de dos connaissent des évolutions.*

*Cette absence de réponse médicale simple aux problèmes de dos n'incite pas les médecins à en parler avec les patients, surtout si ces derniers ne formulent pas de plainte ; être prêt à en parler supposerait pour certains médecins d'exposer leur propre sentiment d'impuissance.*

*Dans ce contexte, donner la parole au patient, et partir de ses préoccupations, de ses projets et de ses attentes vis-à-vis du médecin, permettent de rechercher avec lui des solutions.*

### 2 > Saisir toutes les opportunités pour parler du mal de dos

La consultation habituelle donne au médecin des occasions de parler du mal de dos :

- pendant l'entretien, par exemple lors d'un échange autour de l'activité professionnelle ou des loisirs du patient, on peut lui demander s'il lui arrive d'avoir mal au dos ;
- on peut aussi prêter attention à la manière dont le patient se déshabille et se rhabille, enlève ou met ses chaussures, et lui demander si cela ne lui fait pas mal au dos.

On peut demander au patient connu comme porteur d'un diagnostic de rachialgie commune, et qui vient consulter pour une autre raison, comment il se sent « côté dos », aussi bien en ce qui concerne la douleur ressentie que ses conséquences sur la vie quotidienne.

Les informations recueillies peuvent être notées dans le dossier médical du patient, au même titre que d'autres informations sur ses habitudes de vie, en vue d'une démarche globale de prévention.

Avant de poursuivre, on s'assure que le patient est d'accord pour parler de son dos <sup>12</sup>. Il est en effet possible qu'il ait, à ce moment-là, de toutes autres priorités de santé. **Il est alors préférable de ne pas insister**, et d'explorer dans un premier temps avec lui ce qui le préoccupe. On reviendra plus tard à la question du mal de dos.

Si le patient est d'accord pour parler du dos, on lui propose de le faire. Mais avant, on clarifiera bien ses propres intentions.



### 3 > Clarifier ses intentions et les expliquer au patient

Quels objectifs poursuit-on quand on ouvre le dialogue sur la question du mal de dos ? On peut bien sûr se contenter de donner au patient une liste de « bons conseils » mais on sait bien qu'il aura souvent du mal à les appliquer.

Conformément à la démarche d'éducation proposée dans cet outil, on proposera plutôt au patient de réfléchir avec lui à sa situation, de rechercher et construire ensemble des solutions.

***Clarifier ses intentions permet d'être plus à l'aise dans le dialogue. Les expliquer au patient favorise l'instauration d'un climat de confiance qui l'aidera à mieux faire le point.***

# Mal de dos

## Étape 2 - Aider le patient à faire le point

Cette étape consiste pour le patient à faire le point sur :

— les situations de la vie quotidienne dans lesquelles il a l'impression de solliciter particulièrement son dos, et les événements qui déclenchent le mal de dos ;

— la douleur qu'il ressent (s'il a déjà mal au dos), sa manière de la gérer et les conséquences de celle-ci sur les activités de la vie quotidienne.

Elle permet au médecin de comprendre la situation du patient.

Cette étape s'appuie **sur le livret « Pour faire le point »** qui comprend plusieurs tests. Il peut être rempli avec le patient pendant la consultation ou lui être remis pour qu'il le remplisse chez lui. Pendant toute cette phase, le médecin a pour rôle d'accompagner la réflexion du patient et de l'aider à formuler ce qu'il ressent, les tests servant de point de départ à la discussion.

Les pistes proposées pour réaliser ce bilan ne constituent pas une « consultation type ». Elles doivent être adaptées aux habitudes du professionnel et au patient concerné.

## 1 > Pour tous : les « 24 heures du dos du patient »

**Le test « Les 24 heures de votre dos »** (page 6 du livret « *Pour faire le point* ») est un point d'entrée pour mieux comprendre le mode de vie et les conditions de vie du patient, qu'il ait mal au dos ou non. Il permet d'identifier avec le patient les situations et les événements de la vie quotidienne dans lesquels il sollicite particulièrement son dos ou qui favorisent son mal de dos.

Ce premier temps peut également donner l'occasion d'explorer l'état psychologique du patient et, s'il souffre de rachialgie chronique, d'évaluer « la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse », conformément aux recommandations de l'Anaes <sup>2</sup>. Cela permettra d'orienter le choix thérapeutique. Un avis spécialisé (psychothérapeute) peut alors se révéler utile.

## 2 > Si le patient a mal au dos: explorer ses représentations et ses connaissances sur son mal de dos et sa prise en charge

Chaque patient a ses propres représentations des causes de son mal de dos, mais aussi de la manière dont son mal de dos a été pris en charge jusqu'ici. Il est utile de les connaître lorsqu'on donne des explications au patient, ainsi que pour l'aider à construire des solutions qui lui conviennent.

Pour favoriser l'expression du patient sur ces aspects, on peut lui poser des questions ouvertes : « Que savez-vous de votre dos ? », « Que savez-

vous de votre mal de dos ? », « Avez-vous une idée des causes de votre mal de dos ? », « Quelle est l'histoire de votre mal de dos ? », « Pouvez-vous me raconter comment votre mal de dos a été pris en charge jusqu'à présent ? », etc.

### **3 > Évaluer la douleur ressentie pour la prendre en charge**

La prise en charge des patients rachialgiques est d'autant plus difficile qu'il n'existe pas de relation claire entre le degré de la douleur ressentie et l'importance des lésions visibles grâce aux différentes techniques d'imagerie médicale. Conformément aux recommandations de l'Anaes, l'évaluation de la douleur et de son retentissement sur la vie quotidienne fait partie de la prise en charge<sup>2</sup>.

**Une Échelle Visuelle Analogique (ÉVA)<sup>13</sup>** est fournie dans cet outil. Validée par les experts<sup>2</sup>, elle permet de mesurer l'intensité de la douleur ressentie et d'en suivre l'évolution au fil des consultations. Cette échelle est utilisable pour tous types de douleurs.

Le patient est invité à situer le degré de sa douleur à l'aide du curseur.

Au verso figure une ligne de 10 cm (le 0 représentant l'absence de douleur, le 10 la douleur maximale imaginable). L'intensité de la douleur, mesurée par la distance entre la position du curseur et l'extrémité « Absence de douleur », est traduite en graduations sur la « face réservée au corps médical ».

*« Les scores obtenus ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi, mais ne permettent pas de comparaison interindividuelle. »<sup>2</sup>* Ce suivi permet au médecin de réajuster le traitement antalgique.

**Le test « Vous avez mal au dos. Évaluez votre douleur. »** (page 8 du livret « *Pour faire le point* ») est une version « papier » de l'ÉVA. Le patient pourra ainsi évaluer lui-même sa douleur chez lui.

#### **4 > Comprendre comment le patient rachialgique réagit face à la douleur**

Chacun de nous réagit différemment face à la douleur. Certains ont tendance à l'ignorer et à poursuivre leurs activités. D'autres absorbent immédiatement un antalgique. D'autres se tournent enfin vers leurs proches pour y trouver un réconfort. **Le test « Quelles sont vos réactions face à la douleur ? »** (page 10 du livret « *Pour faire le point* ») a pour objectif d'aider le patient à prendre un peu de recul et à réfléchir à ses réactions vis-à-vis du mal de dos. Il l'incite à identifier les attitudes qui lui procurent le plus grand soulagement. Le patient pourra essayer peu à peu de les adopter systématiquement.

#### **5 > Faire le point sur les conséquences du mal de dos sur la vie du patient**

**Le test « Votre mal de dos vous gêne-t-il dans la vie quotidienne ? »** (page 12 du livret « *Pour faire le point* ») vise à aider le patient à prendre conscience des répercussions de son mal de dos sur sa vie. Il s'inspire d'un test utilisé à l'hôpital d'Oswestry en Angleterre <sup>14</sup>, qui explore les conséquences du mal de dos, non seulement dans l'accomplissement de certains gestes et activités de la vie quotidienne, mais aussi en termes de vie sociale, professionnelle et affective.

Ce test permet également un suivi dans le temps de l'évolution du retentissement du mal de dos sur la vie quotidienne.

Il peut être complété par des questions permettant d'apprécier le degré d'appréhension ou d'évitement de la personne vis-à-vis de l'activité physique ou de la reprise de l'activité professionnelle. On pourra, par exemple, demander à la personne si elle pense que l'activité physique ou son travail influencent son mal de dos et comment **15**.

### **6 >** Clore l'étape de bilan

À l'issue de cette étape, on demande au patient ce qu'il pense du bilan réalisé et ce qu'il compte en faire.

S'il souhaite essayer d'agir pour améliorer la santé de son dos, on lui propose de poursuivre la démarche lors d'une prochaine consultation, en lui remettant le livret « *Prendre soin de son dos* ». S'il ne se sent pas prêt, on lui propose d'en reparler lors d'une consultation ultérieure.

À ce stade, un bilan kinésithérapique peut être proposé.

## Le mal de dos

## Étape 3 - Aider le patient à prendre soin de son dos

**Cette étape a pour objectif d'aider le patient rachialgique ou non à identifier les changements qu'il souhaite mettre en œuvre concernant son dos.**

Elle s'appuie sur **le livret « Prendre soin de son dos »**, qui comprend plusieurs tests, des informations et des recommandations illustrées de gestes de la vie quotidienne et d'exercices physiques. Ce livret peut être rempli avec le patient pendant la consultation ou lui être remis pour qu'il le remplisse chez lui.

Pendant toute cette phase, il s'agit d'aider le patient à construire des stratégies personnelles pour prendre soin de son dos et gérer d'éventuels problèmes. Les tests servent de point de départ à la discussion. Chez le patient rachialgique, face à la multiplicité des facteurs déterminants du mal de dos et à la complexité de sa prise en charge, le médecin généraliste a avant tout un rôle

de médiation entre le patient et d'autres interlocuteurs : kinésithérapeute, rhumatologue, médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), ergothérapeute, médecin du travail, psychothérapeute, etc.

En matière de lombalgie chronique, l'Anaes stipule que « *les programmes multidisciplinaires associant une prise en charge de la douleur, des séances d'éducation et de conseils, de l'exercice physique et un accompagnement psychologique sont les plus performants pour atteindre les objectifs fixés* »<sup>2</sup>.

Les pistes proposées ne constituent pas une « consultation type » et doivent être adaptées au patient concerné et aux habitudes du médecin.

### **1 > Encourager le patient à bouger**

En prévention primaire du mal de dos, il faut renforcer les muscles dorsaux, bien sûr, mais aussi les abdominaux, les muscles des hanches (fessiers, psoas-iliaques, ischio-jambiers) et des cuisses. La pratique d'une activité physique régulière est donc recommandée (voir livret « *Prendre soin de son dos* », page 7).

Par ailleurs, pour les patients rachialgiques, les spécialistes s'accordent aujourd'hui à penser que :

- la meilleure façon de réduire **les lombalgies** est de maintenir une activité physique minimale ;
- l'épargne lombaire n'est pas une solution thérapeutique car elle peut entraîner un déconditionnement à l'effort et une chronicisation.

L'Anaes indique que « *le repos au lit n'est pas recommandé* » lors de **lombalgies chroniques**. Au contraire, l'exercice physique est fortement recommandé chez les lombalgiques chroniques. « *Il peut se faire seul ou avec un kinésithérapeute ou dans le cadre de programmes multidiscipli-*



naires permettant une meilleure réinsertion socioprofessionnelle. Sa mise en œuvre doit être précoce. [...] L'exercice physique, quelle que soit sa forme, est donc recommandé, mais aucune technique ne l'est en particulier. Il faut noter que [des améliorations] ne sont obtenues que chez des patients motivés et observants. »<sup>2</sup>

En ce qui concerne **la lombalgie aiguë**, la Paris Task Force affirme « qu'il n'existe pas d'argument scientifique qui permette de recommander la pratique d'exercice spécifique ». Néanmoins, « le repos au lit doit être le plus court possible » et « au-delà de cinq jours de repos au lit, tout doit être fait pour que le patient reprenne progressivement ses activités normales de la vie quotidienne dans les limites autorisées par la douleur. [...] Les activités de la vie quotidienne comprennent les soins personnels, l'alimentation, les activités domestiques habituellement requises quotidiennement, ainsi que les déplacements pour accomplir ces différentes activités. »<sup>16</sup>

**Le test « Vous sentez-vous prêt à pratiquer régulièrement une activité physique ou à faire des exercices ? »** (page 9 du livret « Prendre soin de son dos ») permet d'accompagner le patient.

Rollnick et ses collaborateurs<sup>12</sup> ont cherché à comprendre ce qui fait qu'une personne se sent plus ou moins prête à changer de comportement, par exemple à pratiquer régulièrement une activité physique ou faire de l'exercice alors qu'elle était sédentaire auparavant. Ils ont identifié deux notions :

— **l'importance** que la personne accorde au fait de pratiquer une activité physique ou de faire des exercices ;

— **la confiance** qu'a la personne en ses chances de réussite, si elle décidait de pratiquer une activité physique ou de faire des exercices.

Ce test (page 9 du livret « *Prendre soin de son dos* ») permet d'évaluer à chaque fois sur une échelle de 1 à 10 :

- l'importance qu'a pour le patient le fait de faire des exercices ou de pratiquer une activité physique régulière ;
- la confiance qu'il a en ses chances de réussite s'il décidait de le faire.

Les chiffres choisis sont un point de départ pour engager le dialogue. On peut ainsi demander au patient :

- pourquoi il n'a pas choisi un chiffre plus petit (ou pourquoi il a choisi un chiffre aussi élevé) ;
- ce qui pourrait l'amener à choisir un chiffre plus élevé.

Le test permet également d'aider le patient à faire le point sur ses motivations : on l'invite à réfléchir à ses attentes et à ses craintes concernant la pratique régulière d'exercices physiques ou d'une activité particulière. À partir de là, on pourra, en fonction des craintes évoquées, lui apporter des informations, lui proposer de recourir à l'aide d'un autre professionnel (kinésithérapeute, éducateur sportif, etc.), l'aider à identifier des moyens pour faire face aux difficultés qu'il ressent.

### **2 >** Aider le patient à mieux utiliser son corps

Le test (page 18 du livret « *Prendre soin de son dos* ») a pour objectif d'aider le patient à réfléchir aux situations dans lesquelles il pense pouvoir mieux solliciter son dos et à ce qu'il pourra faire concrètement. Les recommandations données dans le livret peuvent constituer une base de travail pour l'aider à construire les solutions qui lui conviennent, tant dans son environnement personnel que professionnel.

Lorsque le patient a identifié ce qu'il souhaite faire, il est utile de l'aider à cerner les difficultés éventuelles qu'il rencontrera. On pourra ainsi réfléchir avec lui aux moyens d'y faire face.

### **3 > Accompagner le patient pour une meilleure prise en charge des épisodes douloureux**

À partir du bilan réalisé à l'étape précédente, on peut réfléchir avec les patients rachialgiques à d'éventuels changements d'attitude face à la douleur, à partir du test de la page 19 du livret « *Prendre soin de son dos* ».

### **4 > Assurer un suivi**

À chaque rencontre, on pourra aborder les questions suivantes :

- Comment le patient se sent-il ?
- A-t-il pu mettre en œuvre ce qu'il avait envisagé pour mieux gérer ses problèmes de dos ?
- A-t-il rencontré des difficultés ?

Il s'agit ici d'encourager le patient et de le rassurer : il n'est jamais facile de changer ses habitudes, cela peut prendre du temps, il peut y avoir des retours en arrière. Le rôle du médecin est d'accompagner le patient dans son cheminement, notamment en l'aidant à identifier les difficultés qu'il rencontre et à construire des solutions adaptées.

## Bibliographie et ressources complémentaires

### > Références bibliographiques

**1** - Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Rachialgies en milieu professionnel. Quelles voies de prévention ?* Expertise collective. Paris : Inserm, 1995 : 194 p.

**2** - Anaes. *Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique*. Paris, 2000. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

**3** - Thebault C. « Le mal de dos est bien le mal du siècle ». Sondage CSA/SPQR *Le Parisien*, 24/05/2000, p. 9.

**4** - Arwidson P., Gautier A., Guilbert P. « Douleurs, consommation de soins et médicaments ». In Arènes J., Janvrin M.P., Baudier F. (dir.), *Baromètre Santé Jeunes 1997/1998*. Vanves : CFES, 1998 : p. 267-281.

- 5** - Borgès Da Silva Ge., Borgès Da Silva Gi., Fender P., Allemand H. « Quelques repères médico-socio-économiques sur les lombalgies ». Numéro spécial *Le Concours médical*, n° 39, 2/12/2000, p. 3-4.
- 6** - Dressen C. « Vers une reconnaissance du mal de dos. Les résultats d'une étude qualitative ». In *Le dos et ses maux. La santé de l'homme*, n° 331, 09-10 1997, page III.
- 7** - Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé. *La prévention du mal de dos. Repères, concepts, pratiques, propositions*. 1993. Rapport non publié.
- 8** - Rosenstock I.M. « Historical origins of the health belief model ». *Health Education Monographs*, 1974, n° 2, p. 328-335.
- 9** - Bandura A. *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall. 1986.
- 10** - Ajzen I., Madden T.J. « Prediction of goal-directed behavior : attitudes, intentions and perceived behavioral control ». *Journal of Experimental Social Psychology*, 1986, n° 7, p 453-474.
- 11** - Fournier C., Ferron C., Tessier S. et al. (dir.). « La Charte du réseau des comités d'éducation pour la santé » in *Éducation pour la santé et éthique*, Vanves, CFES, 2001 : p. 131-133.
- 12** - Rollnick S., Mason P., Butler C. *Health Behaviour Change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone, 1999 : 225 p.
- 13** - Huskisson E. C. « Measurements of pain ». *Journal of Rheumatology*, 1982, 9, p. 768-769.
- 14** - Cole B., Finch E., Gowland C., Mayo N. *Instruments de mesure et résultats en réadaptation physique. Association canadienne de physiothérapie*. Ministère canadien de la santé et du bien-être social, 1995.

**15** - Chaory K., Fayard F., Rannou F. et al. « Comment apprécier les croyances des patients lombalgiques ? La validation française du FABQ (Fear Avoidance Belief Questionnaire) ». *Information du patient et lombalgie commune*, collection Pathologie locomotrice et de médecine orthopédique, n° 47, Masson, Paris, 2003.

**16** - Abenhaim L., Rossignol M., Valat J.-P. et al. *The role of activity in the therapeutic management of back pain*. Report of the international Paris Task Force on back pain. *Spine* 2000 ; 25 : 1S-33S.

**17** - Sandrin-Berthon B. « Éduquer un patient : comment être plus performant ? » *La Revue du praticien*, 2001 ; 549 : 1727-30.

**> Bibliographie complémentaire****Sur le mal de dos**

- Abenhaim L., Bergeron A.-M. « Twenty years of randomized clinical trials of manipulative therapy for back pain : a review ». *Clin Invest Med* 1992 ; 15 : 527-35.
- Anaes. *Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution*. Paris, 2000. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)
- Bernard C. *Lombalgies et travail : évaluation, réflexion et prévention des douleurs, efforts et lumbagos*. Éditions d'ergonomie, 1996 : 205 p.
- Blond B. « Mal de dos : les patients veulent comprendre ». *Panorama du Médecin*, 26/10/1998, n° 4596, p. 24.
- Chambonet J.-Y., Beausoleil M., Le Mauff P. « Docteur, j'ai mal aux reins ! Prise en charge des douleurs lombaires en médecine générale ». *La revue du praticien*, 6/11/2000, tome 14, n° 514, p. 1947-1952.
- Chenard J.-R., Lavignolle B., Charest J. *Lombalgie : dix étapes sur les chemins de la guérison*. Paris : Masson, 1991 : 375 p.
- Coste J., Le Parc J.-M., Berge E. « Validation française d'une échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL) ». *Revue du rhumatisme*, mai 1993, p. 335-341.
- Coudeyre E., Givron P., Lavit P., Hérisson C., Combe B., Burton K., Poireaudeau S. « French translation and cultural adaptation of the 'Back Book' ». *Ann Readapt Med Phys*, novembre 2003 ; 46(8) : 553-7.

- Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risques et quelle prévention ?* Expertise collective. Paris : Inserm, 2000 : 151 p.
- Keller S., Herda C., Ridder K. « Readiness to adopt adequate postural habits : an application of the Transtheoretical Model in the context of back pain prevention ». *Patient Education and Counseling*, 2001, 42, p. 175-184.
- Owen N. « Strategic initiatives to promote participation in physical activity », *Health Promotion International*, 1996, vol. 11 n° 3, p. 213-218.
- Poiraudreau S., Lefèvre-Colau M.-M., Mayoux-Benhamou M.-A. « Quelle rééducation pour quel lombalgique ? » *La revue du praticien*, 2000, n° 50, p. 1 779-1 783.
- Richard A. Deyo, James N. Weinstein. « Low back pain », *The New England Journal of Medicine*, février 2001, vol. 344, p. 363-370.
- Rigo C. « Lombalgies aiguës : un observatoire pour une prise en charge optimale », *Le quotidien du Médecin*, 30/11/2001, n° 7021, p. 11.
- Rossignol M., Abenheim L., Seguin P. et al. *Coordination of primary health care for back pain. A randomised controlled trial*. Spine 2000 ; 25 : 251-8 ; discussion 258-9.
- « Les lombalgies », *Impact Médecin Hebdo*, 7/7/1995.
- « La douleur », *Bulletin d'Éducation du Patient*, vol. 20, n° 2-3, 2001.

### **Sur l'éducation pour la santé des patients**

- Bury J.-A. *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification*. Bruxelles : De Bœck Université (coll. Savoirs et santé), 1989 : 236 p.
- Deccache A., Lavendhomme E. *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes*. Bruxelles : De Bœck Université, 1988 : 240 p.



- D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Vigot, 1995 : 200 p.
- Dandé A. et al. (dir.) *L'éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé*. Vanves : CFES, 2001 : 183 p.
- Sandrin-Berthon B. et al. (dir.) *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF, 2000 : 198 p.
- Sandrin-Berthon B. et al. (dir.) *L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative*. Vanves : CFES, 1997 : 175 p.



### Ressources complémentaires

**[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)** : informations sur les programmes et les documents édités par l'Inpes.

#### **Autres documents diffusés par l'Inpes sur le thème du mal de dos :**

— **Sport ados et dos**. Guide pratique pour les encadrants sportifs.  
Réf. : 20-99410-B (gratuit)

— **Protège ton dos**. Mallette pédagogique pour les classes de CE2, CM1, CM2. Réf. : 80-01159-MP (gratuit)

*Ces documents sont à votre disposition dans la limite des stocks disponibles. Vous pouvez les commander en envoyant un fax à l'Inpes au 01 49 33 23 91 en précisant **la référence du document** et vos coordonnées professionnelles.*

## **L'adaptation de cet outil a été réalisée par :**

**Florence Chauvin** (*Association d'éducation pour la santé de l'Isère - Adessi*)  
et **Maryse Karrer** (*Inpes*)

Sous la direction d'**Isabelle Vincent** (directrice adjointe de la Direction  
de la Communication et des Outils pédagogiques, Inpes)

## **L'Inpes a sollicité pour l'élaboration de cet outil :**

**Dr Sabine Abitbol,**

*médecin généraliste à Rosny sous Bois (93)*

**Dr Emmanuel Coudeyre,**

*médecin rééducateur au CHU Lapeyronie, Montpellier (34), pour ses conseils  
sur l'activité physique et la gestion de la douleur.*

**Alain Douiller et Jean-Pierre Gourdol,**

*Association départementale d'éducation pour la santé (Ades) du Rhône*

**Pr Liana Euller-Ziegler,**

*rhumatologue chef de service au CHU de Nice (06),  
Hôpital de l'Archet*

**Michel Guérin,**

*masseur kinésithérapeute à Meylan (38),  
membre de la commission scientifique du Comité national  
de prévention en kinésithérapie (CNPK)*

**Christian Sepieter,**

*masseur kinésithérapeute  
Centre de ressources et de formation à l'éducation du patient (Cerfep),  
Cram Nord Picardie, Villeneuve d'Ascq (59)*

**Dr Jacques Vanvelcenaher,**

*médecin rééducateur, chef d'établissement,  
CRF l'Espoir, Lille-Hellemmes (59)*

**L'équipe de l'Adessi et les généralistes isérois Nadine Ecochard-Cirica, Catherine Engelbrecht, Dominique Lagabrielle, Francis Marion.**

**Coordination éditoriale : L. Noirot et V. Fournier (*Inpes*)**

**Ont travaillé sur la 1<sup>re</sup> version de cet outil (1997) :**

**Dr Jean-Claude Bernard, Dr Jean-Marie Denayer, Alain Douiller,  
Patrick Faouen, Jean-Pierre Gourdol, Dr Patrick Guidetti,  
Dr André Lespine, Isabelle Perretant, Dr Christian Peyroche,  
Dr Brigitte Sandrin-Berthon.**

**Un travail préparatoire, réalisé en 1996,  
avait également associé :**

**Dr Jean-Marie Cohen, Dr Bruno Dandres, Dr Isabelle De Beco,  
Dr Bernard Desnus, Dr Olivia Middleton, Dr Jacques Soria.**

**Inpes  
Octobre 2004**

