

Approche de la douleur centrale du lombalgique chronique : Éducation à la douleur, bilan postural et exercices physiques.

ORIENTATION ANDPC N° 3 : Amélioration de l'évaluation, du traitement et de la prise en charge de la douleur

DURÉE :

Deux jours en présentiel : -
14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES :

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 20

FORMATEUR :

Stéphane FABRI – Masseur-Kinésithérapeute – Kinésithérapeute du Sport, MSc1

CONTEXTE

Les douleurs de l'appareil musculo-squelettique, notamment les douleurs du rachis lombaires, sont les principales causes de consultation en masso-kinésithérapie. Le rééducateur est souvent confronté à des difficultés dans la prise en charge de ses patients dont certains, évoluent vers la chronicité. L'incidence de la lombalgie est de 84% selon la HAS. Le premier enjeu est de repérer, parmi les patients en soins de rééducation pour une lombalgie, ceux qui sont à risque de chronicisation ou ceux qui sont déjà dans un contexte de douleurs chronique. Pour exemple, selon certains auteurs, 90% de la population aura au moins une fois dans sa vie un épisode de lombalgie. En fonction des traitements, 9 épisodes sur 10 régressent en 6 semaines mais 8 à 10% passent à la chronicité. Ce risque de chronicisation doit être repéré et ces patients douloureux doivent être évalués de manière précoce par le kinésithérapeute. Si le taux d'échecs est aussi important, c'est probablement que la prise en charge de la structure douloureuse n'est plus suffisante et qu'il faut considérer la douleur de manière différente. Pour cela, le kinésithérapeute doit faire évoluer sa pratique avec une prise en charge pluriprofessionnelle, basée sur le repérage des patients douloureux chroniques ou à risque de chronicisation, sur l'évaluation de ces patients selon une approche bio-psycho-sociale et proposer des techniques rééducatives adaptés au patient selon les capacités intrinsèques du sujet et ses centres d'intérêt. Dans cette approche globale basée sur l'éducation à la douleur et les exercices physiques, l'évaluation fonctionnelle reste fondamentale et doit intégrer le caractère clinique et posturale pour améliorer les bons résultats.

RÉSUMÉ :

Dans une première partie, un échange avec les participants permettra d'apprécier les difficultés auxquelles les praticiens sont confrontés dans leur pratique quotidienne, notamment pour leurs patients en rééducation pour une lombalgie, et les attentes de la formation. Ensuite, les mécanismes neurophysiologiques de la douleur et les différentes solutions thérapeutiques, les possibilités d'adressage et parcours de soins seront abordées. En effet, les thérapies médicamenteuses sont souvent décevantes chez ces patients avec parfois, une automédication iatrogène. Le kinésithérapeute doit connaître les structures adaptées à la prise en charge de ces patients (CETD) pour pouvoir modifier sa pratique en accord et complément avec la prise en charge médicale. Pour ces patients douloureux chroniques, la littérature scientifique, décrit de manière précise ce qu'on qualifie de « Maladie douloureuse ». Bringé et Tracey en 2008 rapporte que cette pathologie douloureuse est principalement liée aux mauvais fonctionnements des systèmes de blocages de la nociceptions (Gate contrôle et

système neuro-inhibiteur descendant). Selon Whiteside et al. (2004), les systèmes anti-nociceptifs sont altérés par les contextes de fatigue. Le repérage et l'évaluation du patient est donc fondamentale et comprendra une vision bio-psycho-sociale avec la mise en lumière des comportements à risque, notamment au niveau de la sédentarité générant les phénomènes de déconditionnement, de fatigue et de régression posturale ainsi que les conséquences pathologiques sur l'appareil locomoteur. Parmi les thérapies disponibles, l'exercice physique permet d'améliorer les performances mais surtout, de lutter contre la fatigue fonctionnelle du pour toutes ces pathologies. C'est ce que l'on retrouve dans les recommandations de la HAS de 2019 sur la lombalgie. En effet, Lima&al (2017) rapporte que l'exercice physique induit une analgésie grâce aux mécanismes inhibiteurs centraux (opioïdes). Néanmoins, l'auteur précise que l'exercice physique doit être dosé en fonction des caractéristiques du sujet au risque de produire l'effet inverse et de renforcer les douleurs. La littérature conforte l'idée d'évaluer les capacités fonctionnelles du sujet et d'identifier les troubles de la posture pour permettre la réalisation d'exercice physique dans de bonnes conditions. Cela est trop rarement évalués et pris en charge dans le cadre de la rééducation. En effet, l'approche posturale est enseignée de manière trop partielle lors de la formation initiale, notamment par la confusion de l'analyse morphostatique (déformation ostéo-articulaire) avec l'analyse posturale (basée sur la gestion neuro-physiologique de l'équilibre). Il est donc tout aussi important d'évaluer les conditions intrinsèques du sujet que de proposer des exercices physiques adaptés à ces conditions. Une large phase pratique est consacrée à l'examen morphostatique suivi de l'évaluation posturale, clinique et instrumentale. Après avoir présenté l'importance de l'éducation à la douleur, la prise en charge rééducative en accord avec les centres d'intérêt du patient, sera proposée avec une démarche novatrice, une technologie accessible, en rapport avec l'expérience du formateur et les récentes publications scientifiques. Cette rééducation moderne sera complétée par des protocoles d'éducation du patient permettant ensuite de poursuivre de son côté des exercices physiques.

OBJECTIFS :

Objectifs généraux

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est pour le kinésithérapeute formé, d'acquérir ou de perfectionner le repérage, parmi les patients qu'il a en soin de rééducation pour une lombalgie, les sujets douloureux chroniques ou à risque de chronicisation. Ce repérage doit être objectivé par l'évaluation de ces patients sur le plan bio-psycho-social afin pouvoir réorienter ces patients vers la médecine pour solliciter une consultation vers un CETD et modifier la prise en charge rééducative. Pour ces patients, l'approche kinésithérapique est différente que pour la douleur/symptôme. Les techniques de prise en charge du patient douloureux chronique ou à risque de chronicisation doivent s'orienter surtout sur le plan de l'éducation à la douleur et des croyances, de l'évaluation du sujet notamment au niveau de l'analyse posturale avant de proposer des modalités spécifiques basées sur des exercices physiques adaptés à chaque patient en fonction de ses performances intrinsèques. Cette prise en charge moderne et justifié par les récents travaux de la littérature, permettra donc d'améliorer l'offre de soins de par la qualité de la prestation mais aussi du plus grand nombre de professionnels formés (meilleur accès aux soins).

Amener le professionnel à mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS :

- savoir de connaissances ;
- savoir de techniques pratiques ;
- savoir-faire opérationnel ;
- savoir relationnel.

Par ailleurs, sensibiliser le professionnel au contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients douloureux.

Objectifs spécifiques

Objectifs principaux :

- Savoir repérer, parmi les patients en soin de rééducation pour une lombalgie, ceux qui sont douloureux chroniques ou à risque de chronicisation.
- Effectuer l'évaluation d'un sujet douloureux au niveau bio-psycho-social et pratiquer un bilan postural clinique et/ou instrumental chez un patient douloureux
- Connaître les neuro-sciences de la douleur et les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.
- Pouvoir orienter le patient et les modalités d'adressage vers un CETD en coordination avec le médecin traitant.
- Comprendre les phénomènes de fatigue et de régression posturale ainsi que les évolutions de l'appareil locomoteur liées à la sédentarité et l'impact sur le déconditionnement et la fatigue.
- Mettre en place une thérapeutique rééducative moderne basée sur les exercices physiques, adaptée au patient et correspondant aux données actuelles de la science.

Objectifs secondaires :

- Approfondir les connaissances fondamentales des mécanismes de production de la douleur au sens de la « maladie douloureuse »
- Se confronter à une vision globale de la rééducation, complémentaire de la kinésithérapie analytique et segmentaire.
- Dépasse le soin de la douleur-symptôme dans le cas d'échec thérapeutique pour mettre en place un programme de kinésithérapie orientée sur les neuro-sciences de la douleur et la prise en charge neuro-physiologique de la « maladie douloureuse »
- Définir les limites de la rééducation et savoir évoluer vers une prise en charge pluridisciplinaire
- S'approprier les techniques pour effectuer un bilan morphostatique et un bilan postural clinique
- Connaître les différents outils instrumentaux du bilan postural et savoir sélectionner celui qui est adapté.
- Mettre en place un programme de rééducation avec un appareillage accessible qui favorise la reproduction des exercices au domicile du patient (éducation)

DÉROULÉ PÉDAGOGIQUE :

Séances	Objectifs	Durée	Supports et méthodes pédagogiques	Ratio formateur / apprenant
1er jour Matin 9h00-12h30				
Accueil des participants Présentation de la formation	Présentation du formateur, tour de table pour cibler les attentes des participants. Echanges sur les questionnaires pré-formation.	1h	Echanges sur les pratiques professionnelles annoncées dans le QCM avant la formation présentielle Cours magistral Méthode participative - interrogative	30/70
Concept moderne de la douleur au sens de la maladie douloureuse	Connaître les mécanismes neurophysiologiques de la douleur et savoir repérer les patients douloureux chroniques ou à risque de chronicisation	1h30	Powerpoint Méthode expérientielle	20/80

Séances	Objectifs	Durée	Supports et méthodes pédagogiques	Ratio formateur / apprenant
Conséquences de la sédentarité sur la lombalgie.	Mise en relation des syndromes de régression fonctionnelle et pathologies douloureuses associées de l'appareil locomoteur (lombalgie).	1h	Powerpoint Méthode expositive	80/20
1er jour Après-midi 13h30-17h00				
Le patient lombalgique aigu et le patient lombalgique chronique ou à risque de chronicisation. Parcours de soin	Savoir évaluer un sujet douloureux chronique au niveau bio-psycho-social et connaître les modalités d'orientation et d'adressage vers un CETD en coordination avec le médecin traitant.	1h	Powerpoint Travaux pratiques et jeux de rôles	15/85
Analyse du patient lombalgique chronique, des facteurs de risques et des conduites à risques	Comprendre les facteurs de risques et conduite à risque (Sédentarité, déconditionnement et phénomènes d'installation de la fatigue et de régression posturale) et leurs relations avec les plaintes du patient au niveau de la région lombaire	1h	Méthode affirmative et interrogative puis Travaux pratiques et jeux de rôles	15/85
Les mécanismes neurophysiologiques de régulation posturale et facteurs de dégradation	Connaître la neuro-physiologie de la régulation posturale, les difficultés liées à la station bipède et l'adaptation de la région lombaire.	1h	Powerpoint Travaux pratiques Méthode affirmative et interrogative	50/50
Le bilan morphostatique : analyse clinique du sujet debout. Relation avec les plaintes douloureuses	Savoir réaliser un bilan morphostatique chez le patient lombalgique. Pouvoir analyser les signes cliniques en rapport avec les plaintes douloureuses du sujet.	30mn	Powerpoint, vidéos, photos Travaux pratiques Méthode démonstrative et active	20/80
2ème jour Après-midi 13h30-17h00				
Evaluation posturale clinique : verticale de Barré, Fukuda.	Savoir réaliser un bilan postural clinique avec des outils validés chez le patient lombalgique. Pouvoir repérer les chaînes d'hypertonie musculaire	1h	Powerpoint, vidéos, photos Travaux pratiques Méthode démonstrative et active	20/80
Evaluation posturale instrumentale : plateforme de force, examen stabilométrique, analyse vidéo.	Savoir réaliser un bilan postural instrumental avec une plateforme de force chez le patient lombalgique. Pouvoir repérer les « capteurs sensoriels » (vestibule, oculomoteur, somesthésie) de la régulation posturale à l'origine d'une perturbation	1h30	Powerpoint, vidéos, photos Travaux pratiques Méthode démonstrative et active	20/80

Séances	Objectifs	Durée	Supports et méthodes pédagogiques	Ratio formateur / apprenant
Techniques rééducation partie 1 : éducation du patient à la douleur.	A la suite de l'évaluation postural, savoir expliquer au patient la spécificité de la maladie douloureuse et pouvoir lui proposer une rééducation en considérant aussi la douleur au sens de « maladie douloureuse »	1h	Powerpoint, illustration Méthode expositive et interrogative	50/50
2ème jour Matin 9h00-12h30				
Techniques rééducation partie 2 : les exercices de rééducation adaptés au patient	Connaitre les options de rééducations validées par les preuves et mettre en place un protocole progressif de prise en charge du patient douloureux en fonction de ses caractéristiques et centres d'intérêt	1h30	Méthode affirmative et interrogative	50/50
Techniques rééducation partie 2 : le renforcement musculaire et le reconditionnement pour stimuler la sécrétion d'opioïde centraux et renforcer les systèmes de blocage à la nociception.	Comprendre les méthodes de re tonification musculaire posturale de la région lombaire avec une vision respectant la fidélité cognitive et fonctionnelle. Considérer aussi le renforcement musculaire et le reconditionnement comme la solution pour stimuler les systèmes de blocage à la nociception	1h	Powerpoint, vidéos, Travail en petits groupes Méthode : démonstrative et active.	20/80
Protocole de progression et programme d'éducation du patient douloureux afin qu'il reprenne une activité physique	Maîtriser les outils et les astuces pour confronter le patient à ses propres capacités fonctionnelles afin d'envisager avec lui la possibilité d'une reprise d'activité physique. Comprendre comment accompagner le sujet lombalgique dans la reprise d'activité afin qu'il puisse poursuivre en autonomie sans risque de récurrence.	1h	Méthode affirmative et interrogative	50/50

MÉTHODOLOGIE

- Analyse des pratiques par grille d'évaluation « pré formation » (**pré-test**)
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation, question par question au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 14 h comportant des échanges sur les résultats de l'évaluation pré-formation (**pré-test**), d'un face à face pédagogique de d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les évaluations.
- Analyse des pratiques par évaluation post formation
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK

Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Notre partie formation continue utilisera les standards de la pédagogie en formation d'adulte. Les savoirs et savoir-faire portant sur notre thématique ont énormément évolué au cours des dernières années. Les recommandations se sont-elles aussi développées et harmonisées permettant des consensus plus marqués de prise en charge. Les stagiaires n'arrivent pas « vierges de savoirs », mais avec des savoirs souvent obsolètes. Afin de résoudre cette problématique, différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles.
- Méthode expérientielle : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- Méthode démonstrative : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors de mise en application pratique
- Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, Les formateurs sont également inciter à utiliser au cours de la formation des outils favorisant l'interactivité et le travail collaboratif, tel que les applications **Kahoot**, et **poll everywhere** ;

Les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables et matériels de pratiques

Par ailleurs, la formation est ouverte aux professionnels de profils variés exerçant dans des structures libérales ou des institutions de santé, avec pour objectif de favoriser les échanges et les débats entre les stagiaires et discussions. Chaque stagiaire pouvant être contributeur de la formation du groupe.

MÉTHODES D'ÉVALUATION DE L'ACTION PROPOSÉE

- Questionnaire sur les pratiques professionnelles « pré » (pré-test) et « post formation » (post -test)
- Une analyse partagée des résultats du pré test est effectuée au cours des différents temps de la formation, avec analyse des écarts entre les réponses des participants et les réponses attendues en référence aux différentes recommandations
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire à distance sur la satisfaction et le transfert des connaissances et compétences acquises en situation de soins

RÉFÉRENCE RECOMMANDATION BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Parcours de soins d'un patient douloureux chronique-Note de Cadrage. OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - Mis en ligne le 24 nov. 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/app_253_cadrage_douleur_post_coi_2019_11_13_v0.pdf
2. Haute Autorité de Santé (HAS). Parcours de soins d'un patient douloureux chronique OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - Mis en ligne le 14 Fév 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. HAS : Recommandations professionnelles; 2008 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
4. Haute Autorité de Santé (HAS). Analyse de la posture statique et/ou dynamique sur plateforme de force (posturographie) statokinésigraphie informatisée. HAS : Recommandations professionnelles; 2007 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_analyse_de_la_posture.pdf
5. Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. HAS : Recommandations professionnelles; 2019 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
6. Bouisset, S. et Do, M.C. Posture, dynamic stability, and voluntary movement. Clinical Neurophysiology ; 38: 345-362, 2008.
7. Gedda M, Risch N. Douleurs : nouvelles compréhensions sur ces réalités inexplicables. Kinesither Rev 2017(17):186.
8. Lieberman, D.E. Venkadesan, M. Werbel, W.A. et al. Foot strike patterns and collision forces in habitually barefoot versus shod runners. Nature ; 463 : 531-536, 2010.
9. Risch N, Pointeau F, Poquet N. Nociception. Kinesither Rev 2017(17):186.
10. Osinski T, Lallemand A, Russo T. Modulation et dérèglements neurophysiologiques des voies de la douleur. Kinesither Rev 2017(17):186.
11. Dupui, P. et Montoya, R. Approche physiologique des analyses posturographiques statique et dynamique. In:
12. Posture et Equilibre: Physiologie, Techniques, Pathologies (Marseille: éditions Solal): 15-28, 2003.
13. Berthoz A. Le sens du mouvement. éd. Odile Jacob, 2008.
14. Namer B, Schick M, Kleggetveit TP, Orstavik K, Schmidt R, Jorum E, et al. Differential sensitization of silent nociceptors to low pH stimulation by prostaglandin E2 in human volunteers. EJP 2015;19:159–66.
15. Rousseau L, Bachelon M. Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie. Kinesither Rev 2017(17):186.
16. Horak, F.B. et Nashner, L.M. Central programming of postural movements: adaptation to altered support surface configurations. Journal of Neurophysiology ; 55(6): 1369-1381, 1986.
17. Acapo S, Seyrès P., Savignat É. Définition et évaluation de la douleur. Kinesither Rev 2017(17):186.
18. Maître JH, Crouan A. Approches thérapeutiques de la douleur en kinésithérapie. Kinesither Rev 2017(17):186.
19. Moscoso J. Histoire de la douleur XVIe–XXe siècle. Paris: Les prairies ordinaires; 2015.

Approche de la douleur centrale du lombalgique

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :
- O = OUI, la réponse est conforme
- N = NON, la réponse est non conforme
- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.

Vous recevez un nouveau patient pour une rééducation dans le cadre d'une lombalgie chronique présente depuis plus de 1 an. Le patient était en rééducation chez un confrère et a décidé de changer de praticien. Quelle est votre pratique ?	OUI	NON	NC
01 - Je ne fais pas de bilan car le diagnostic est posé et la prescription est assez détaillé pour me dire ce que je dois faire.	☐	☐	☐
02 - Je pratique un bilan qui comporte des critères fonctionnels et une évaluation de la douleur chronique	☐	☐	☐
03 - Je demande au patient de me montrer ses radios et scanners car ce n'est pas normal d'avoir encore des douleurs au bout de 1 an de rééducation.	☐	☐	☐
04 - Si les radios sont normales, la douleur du patient est dans sa tête donc je l'adresse chez un psychologue.	☐	☐	☐
05 - Pour repérer un patient douloureux chronique ou à risque chronique, j'utilise des scores validés et j'évalue les croyances du patient	☐	☐	☐

Un autre patient prend rendez-vous avec prescription médicale pour une rééducation dans le cadre d'une lombalgie chronique évoluant depuis 6 ans	OUI	NON	NC
06 - En complément d'une évaluation clinique, un bilan pour repérer un patient douloureux chronique ou à risque chronique, je pratique une posturale s'il y a d'autres douleurs associées à distance et si le patient a déjà pratiqué d'autres traitements qui n'ont pas donné de résultats satisfaisants.	☐	☐	☐
07 - Mon examen clinique postural doit impérativement être complété par une évaluation instrumentale sur plate-forme de force.	☐	☐	☐
08 - Si j'observe, lors de mon examen morphostatique, un iliaque haut à gauche, c'est forcément que mon patient a une inégalité de longueur de jambe.	☐	☐	☐
09 - es examens complémentaires (imagerie) de mon patient peuvent être discordant avec la symptomatologie.	☐	☐	☐
10 - Pour faire comprendre à mon patient sa pathologie, je lui montre sur les examens complémentaires (imagerie) l'endroit exact où se situe les lésions (arthrose, hernie...) et interprète l'imagerie.	☐	☐	☐
11 - Si mon patient souffre de son dos, c'est probablement qu'il existe des lésions au niveau de son dos et qu'il faut effectuer des techniques de rééducation au niveau du site de douleur pour un soulagement.	☐	☐	☐
12 - Si mon patient est dans un contexte de douleur chronique, j'effectue une prise en charge spécifique et je réadresse le patient au médecin prescripteur avec le compte rendu de mon évaluation et un courrier pour motiver un adressage dans un CETD.	☐	☐	☐
13 - Ma prise en charge spécifique débute par une éducation à la douleur pour travailler sur les croyances du patient.	☐	☐	☐

Dans le cadre de la rééducation posturale de ce patient lombalgique.	OUI	NON	NC
14 - J'utilise principalement la physiothérapie antalgique pour la lutte contre la douleur et soulager mon patient.	☐	☐	☐
15 - Pour débiter ma prise en charge postural, je propose dans un premier temps une prise en charge de la cheville et du pied pour optimiser la somesthésie du patient.	☐	☐	☐
16 - J'introduis dans mon programme de rééducation des étirements des muscles sous-pelviens et de la jambe pour soulager mon patient.	☐	☐	☐
17 - En complément de ma rééducation, je prends du temps pour discuter avec mon patient des éventuelles problèmes personnels (affectifs, professionnels) et je lui donne des outils thérapeutiques pour qu'il se sente mieux sur le plan psychologique.	☐	☐	☐
18 - Il est nécessaire que je propose des exercices de reconditionnement musculaire et cardio-respiratoire globaux (vélo, vélo elliptique, tapis de marche...) pour lutter contre la fatigue périphérique et centrale.	☐	☐	☐
19 - Si le sport réalisé par mon patient est indolent mais toxique pour le rachis, je lui conseille de l'abandonner.	☐	☐	☐
20 - En dehors des séances de rééducation, si mon patient perçoit des douleurs, il est nécessaire qu'il respecte un maximum de repos en position allongée pour soulager son dos.	☐	☐	☐
21 - Si mon patient, lors du bilan intermédiaire, a une amélioration de ses capacités fonctionnelles dans les activités quotidiennes et que ses douleurs sont identiques à celles du bilan initial, je peux considérer que c'est un bon résultat.	☐	☐	☐