

MINISTERE DE LA SANTE  
REGION LORRAINE  
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE  
DE NANCY

# ENQUETE SUR L'UTILITE D'UNE ECHELLE D'EVALUATION DE LA KINESIOPHOBIE : LA TSK.

Mémoire présenté par Chloé WUTTKE,  
étudiante en 3ème année de masso-kinésithérapie  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat  
de Masseur-Kinésithérapeute.  
2011-2012

# SOMMAIRE

## RESUME

1. INTRODUCTION	1
2. L'ECHELLE TSK	2
3. INFLUENCE DE LA KINESIOPHOBIE DANS LA DOULEUR LOMBAIRE CHRONIQUE	5
3.1. Généralités	5
3.2. Le cercle vicieux	8
3.3. L'intérêt de l'évaluation	11
4. RECHERCHE DOCUMENTAIRE	14
4.1. Moteurs de recherche	14
4.2. Mots clés	14
4.3. Critères	15
5. MATERIEL ET METHODE	15
6. RESULTATS	17
6.1. Le remplissage par les patients	17
6.2. La praticité de l'échelle	18
6.3. Les connaissances initiales	18
6.4. Les intérêts	18
6.5. La TSK modifiée	18
6.6. Les commentaires	20
7. DISCUSSION	20

7.1. Critique de l'étude	20
7.2. Critique de la notice explicative	21
7.3. Critique du questionnaire destiné aux MK	22
7.4. Analyse des résultats	22
7.5. Analyse des commentaires	23
7.6. Utilité de la TSK	23
7.7. Une utilisation adaptée et personnalisée des paramètres psychosociaux	24
7.8. D'autres possibilités	24
8. CONCLUSION	25

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire :

M. Christophe Leclerc pour m'avoir fait connaître la kinésiophobie, notion à l'origine de ce mémoire et pour m'avoir encouragé depuis le début du projet.

M. Patrick Fiorletta pour m'avoir accompagné au cours de ce travail, pour ses corrections ainsi que pour les idées complémentaires apportées.

Mme Anne Royer pour m'avoir aidé à la mise en place de l'étude et avoir encadré mon travail.

Romuald pour le temps consacré à mes nombreuses questions et aux solutions trouvées.

Tous les MK ayant participé à l'étude, pour leur disponibilité et leur aide dans ce mémoire.

## RESUME

Dans le monde de la Masso-Kinésithérapie, nous observons un phénomène appelé kinésiophobie, c'est la peur du mouvement. Elle s'exprime notamment dans le cadre de la lombalgie chronique, pathologie particulièrement rencontrée dans notre profession. La TSK (Tampa Scale of Kinesiophobia) est une échelle qui fait partie des outils validés et développés pour évaluer cette peur.

Ce travail propose une appréciation de cette échelle dans sa version traduite. Un questionnaire, rempli par les masseur-kinésithérapeutes (MK) sollicités, a été conçu pour mener à bien cette démarche. Pour évaluer l'utilité de l'échelle, le choix a été fait de la tester sur les patients lombalgiques chroniques, ainsi les MK apprécient son apport d'informations dans le cadre de leur rééducation.

Il découle de ce travail que cet instrument d'évaluation ne paraît pas complètement approprié à la pratique des masseurs-kinésithérapeutes interrogés. Un ajustement et une simplification de celui-ci permettrait d'intégrer au bilan kinésithérapique le modèle psychosocial de manière plus adaptée.

**Mots clés :** *kinésiophobie, lombalgie chronique.*

**Keywords :** *kinesiophobia, chronic low back pain, Tampa Scale of Kinesiophobia.*

## 1. INTRODUCTION

Lors d'un stage au Centre Hospitalier de Verdun, nous faisons la rencontre d'un masseur-kinésithérapeute détenteur d'un DU sur la douleur et passionné par tout ce qui s'y rapporte. Il nous parle alors de la kinésiophobie, étymologiquement la peur du mouvement. Ce terme encore inconnu nous pousse à entreprendre des recherches et finalement axe ce mémoire de fin d'études.

La kinésiophobie fait partie des comportements d'évitement liés aux craintes. Elle est définie comme une peur excessive, irrationnelle et débilitante des mouvements physiques et de l'activité résultant d'un sentiment de vulnérabilité aux blessures douloureuses (1).

Plusieurs pathologies telles que le syndrome de fatigue chronique, la douleur lombaire chronique et la fibromyalgie peuvent être associées à la kinésiophobie. Certains symptômes peuvent être observés, avec plus ou moins de constance, comme l'irritabilité, le cynisme, la dépression, les croyances irrationnelles, la perte de confiance, les réactions anxieuses face au mouvement et l'évitement du mouvement.

Le monde de la physiothérapie développe de nombreux outils validés, capables d'aider à la recherche du traitement le plus spécifique et le mieux adapté au patient. Ces dernières années, plusieurs études ont précisé l'importance de la peur du mouvement dans le développement et l'entretien de la douleur chronique. Un instrument important est l'échelle de Tampa pour la Kinésiophobie ou Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK). Cette dernière va être la source de notre étude. Elle s'intéresse à un modèle psychosocial pour mesurer la peur du

mouvement et indirectement la crainte de la douleur dans le cadre de la lombalgie chronique (2). Les troubles liés à la kinésiophobie peuvent générer l'allongement d'une période de récupération, la prolongation des soins et l'aggravation du handicap né des déficiences à long terme. Il s'avère que le handicap a un rôle particulièrement important dans la lombalgie chronique, syndrome douloureux très fréquent puisque 60 % de la population française au moins sont concernés (3, 4). En général, si son évolution vers la chronicité n'est observée que dans 8 % des cas, cette portion est à l'origine de plus de 85 % des coûts médicaux induits (4, 5).

La lombalgie chronique est définie par une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 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 (accord professionnel) (3). Elle est d'avantage un symptôme douloureux qu'une pathologie. Les études se basent pour la plupart sur une interrogation des plaintes pour lombalgie plutôt que des examens physiques des sujets, ces derniers aboutissant à une prévalence plus basse des lombalgies.

Depuis le début des années 1970, il se développe un intérêt croissant envers l'aspect cognitivo-comportemental de la douleur (Fordyce, 1976 ; Turc, 1983) (6). L'analyse de la kinésiophobie, à proprement parler, est introduite au début des années 1990 par Kori (2, 7). Elle représente aujourd'hui une part importante des recherches internationales sur le bilan et le traitement de la lombalgie chronique. En France et au vu de la bibliographie consultée, elle est encore méconnue en masso-kinésithérapie comparativement à l'importance qui lui est attribuée dans les pays anglo-saxons et dans le nord de l'Europe. Son développement débute

surtout par l'intérêt très pragmatique et concret porté sur les arrêts de travail des lombalgies chroniques et les études lancées par les compagnies d'assurances.

Dans ce mémoire, nous évaluons la praticité d'utilisation de l'échelle validée TSK. Objet de nombreuses recherches et articles scientifiques, pourquoi reste-elle méconnue des praticiens français ? Les masseurs-kinésithérapeutes éprouvent-ils des difficultés à l'utiliser ? Prend-elle une place conséquente dans leur bilan une fois portée à leur connaissance ? Savent-ils prendre en compte des facteurs psychologiques dans la mise en place du traitement ?

Pour répondre à ces questions, nous faisons appel à des Masseurs-Kinésithérapeutes qui acceptent d'utiliser la TSK avec leurs patients. Nous leur demandons de répondre à un questionnaire appréciant l'échelle en question (annexe I).

## **2. L'ECHELLE TSK**

Plusieurs études ont précisé l'importance de la crainte des mouvements dans le développement et l'entretien de la douleur chronique, d'où l'intérêt porté sur la création de divers questionnaires comme la TSK.

L'échelle Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) de Miller, Todd et Kori est un auto-questionnaire évaluant la peur des blessures physiques liées au mouvement. Les patients répondent seuls à 17 items évalués sur une échelle de notation à quatre points allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord). Le questionnaire se répartit en deux sections. La section I comprend les questions 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17 qui



traduisent une attitude négative vis à vis de la reprise d'activités. Les questions 4, 8, 12, 16 composent la section II et traduisent une attitude positive vis à vis de la reprise d'activité. L'intérêt de deux sections distinctes est que les deux séries peuvent être totalisées à part, avec une recherche de discordance entre les réponses à caractère négatif et les réponses à caractère positif. Si les chiffres sont élevés dans un cas, bas dans l'autre, il est fort probable que le patient n'a pas été attentif ou n'a pas compris le sens des questions.

Le score total peut varier entre 17 et 68. Pour le calculer, nous additionnons les chiffres compris entre 1 et 4 de chaque item, en prenant soin d'inverser le score obtenu pour les questions présentant un astérisque (questions 4, 8, 12, 16 de la section II). Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important (40/68 est considéré comme une kinésiophobie significative). Les études de validation menées sur les patients lombalgiques chroniques indiquent que les scores de la TSK sont normalement distribués, avec des scores moyens allant de 35,8 à 38,4 et des écarts standards allant de 7,4 à 7,8 (8).

La TSK peut également être divisée en 4 sous-échelles permettant de préciser le bilan. La sous-échelle des douleurs, de la peur de se blesser, de l'importance des mouvements et du comportement d'évitement (9).

La TSK a démontré une cohérence interne et sa validité. Elle présente 2 facteurs invariants chez les patients considérés comme kinésiophobes, à travers les échantillons internationaux, sous forme de croyances. La première où la douleur est révélatrice de graves pathologies ou de dommages sous-jacents et la seconde où l'activité peut conduire de nouveau à une blessure ou majorer la douleur (8). C'est un instrument largement utilisé pour évaluer la

peur du mouvement. Elle a été appliquée à des conditions de douleurs chroniques diverses telles que la lombalgie, la fibromyalgie, l'arthrose, les blessures sportives ou la drépanocytose (6, 7, 10, 11).

La peur du mouvement mesurée à l'aide de la TSK est une mesure fiable et valide lorsqu'elle est utilisée avec des patients lombalgiques chroniques (12, 13). Les scores de la TSK sont de meilleurs facteurs prédictifs d'incapacité chez les patients lombalgiques chroniques que sont par exemple, les échelles d'intensité de douleur ou les résultats biomédicaux (2).

L'échelle Tampa (TSK-CF) (annexe I) utilisée dans notre étude a été traduite à la Clinique Universitaire Saint-Luc de Bruxelles, par GRISART et MASQUELIER. Il existe plusieurs autres traductions françaises, les questions restent sensiblement identiques. La TSK-CF choisie nous est parue la plus claire au niveau de la transcription et de la compréhension. Le remplissage par les patients est également simplifié puisqu'il s'agit d'entourer des chiffres plutôt que de placer un trait sur une ligne par exemple.

### **3. INFLUENCE DE LA KINESIOPHOBIE DANS LA DOULEUR LOMBAIRE CHRONIQUE**

#### **3.1. Généralités**

La douleur chronique et la kinésiophobie peuvent être intimement liées et leur interaction est à étudier afin de cibler le traitement le plus adapté et de briser l'influence

qu'elles ont l'une sur l'autre. Un des champs cliniques, où l'intérêt d'étudier le phénomène kinésiphobique est le plus pertinent, concerne justement la douleur lombaire chronique (2, 14). Dans le cadre des lombalgies chroniques, le kinésithérapeute reçoit la présentation d'une douleur somatique qui peut être accompagnée d'une souffrance psychique.

La connaissance des mécanismes de la douleur chronique permet de mieux comprendre les intrications qui lient lésion rachidienne, perception douloureuse et phénomènes psychologiques. Les douleurs de l'épisode lombaire aigu traduisent un excès de stimulations nociceptives au niveau des récepteurs périphériques et relèvent de l'irritation directe des racines sensibles par le processus pathologique.

Les objectifs médicaux et paramédicaux à visée somatique et curative dominent l'attitude thérapeutique, l'aide psychologique se limite à expliquer et à rassurer le patient. Il en est autrement des douleurs chroniques, qui obéissent à des mécanismes neurogènes centraux ou périphériques dans lesquelles interviennent des facteurs psychosociaux. Face à une douleur chronique, l'enquête, la prise en charge psychosociale, la rééducation et la réinsertion prennent une importance essentielle et à côté des mesures somatiques. Ainsi le comportement thérapeutique multidisciplinaire peut différer fondamentalement dans ces deux situations douloureuses.

En 2008 la Haute Autorité de Santé commente la définition donnée par l'International Association for the Study of Pain. Cette définition témoigne de la nature complexe de la douleur : la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». La

douleur est ce qui se dit d'elle, qu'il y ait une origine identifiable ou non. Elle existe à partir du moment où une personne dit la ressentir. C'est une perception complexe qui implique les composants sensoriels, affectifs et cognitifs (7).

La douleur dite chronique est considérée comme un symptôme aux multiples dimensions compliquant la compréhension de celle-ci par celui qui l'exprime et par ceux à qui il s'adresse. Concernant la douleur chronique, la HAS dégage des éléments de consensus dont celui déclarant que « L'évaluation initiale et le traitement de la douleur chronique reposent sur le modèle biopsychosocial de la douleur. Il ne s'agit pas seulement de réduire son intensité, mais aussi d'améliorer l'état fonctionnel physique, psychologique, social et professionnel, et la qualité de vie du patient douloureux. ».

En ce qui concerne la douleur chronique de la région lombaire, dans les services de rééducation concernés, il est parfois proposé de la classer par l'analyse de 3 composantes fondamentales : la douleur, l'incapacité physique et le comportement psychologique, indissociables de l'un et de l'autre.

Les sujets lombalgiques présentent au fur et à mesure des mouvements de protection (guarding movements), définis par une réduction de l'étendue de mouvement ainsi que de la vitesse. Selon le modèle neurophysiologique d'adaptation à la douleur [“pain-adaptation model” (Lund *et al.* 1991)], ces mouvements de protection, expliqués par une co-contraction des muscles agonistes et antagonistes peuvent être considérés comme une adaptation pour réduire la charge sur la région blessée et mènent conséquemment à des performances physiques inférieures à la normale. Deux hypothèses sont proposées. Le modèle

biomécanique de stabilité lombaire [(Panjabi 2003)] et le modèle de peur-évitement [(Vlaeyen and Linton 2000)], qui suggèrent que ces mouvements de protection et les pauvres performances physiques qui en résultent seraient le résultat des peurs associées à la douleur. Ces modèles théoriques ne seraient pas nécessairement exclusifs : la co-contraction des muscles entourant la colonne vertébrale permettrait d'augmenter la stabilité lombaire et de réduire les chargements nets sur la colonne vertébrale. Des facteurs psychologiques, tels le stress et les traits de personnalité ainsi que la menace d'une douleur imminente pourraient aussi reproduire cette co-contraction (7, 15).

### **3.2. Le cercle vicieux**

Une blessure ou un événement inconnu engendre une douleur, la réaction face à cette douleur va varier d'un individu à l'autre car elle dépend de nombreux facteurs personnels. A ce moment la peur du mouvement peut être absente, présente ou se manifester plus tard. Des études ont souligné les causes multidimensionnelles et identifié les facteurs de risque favorisant le développement de rachialgies et également leur transformation d'un épisode douloureux aigu en douleur chronique récurrente (2, 14).

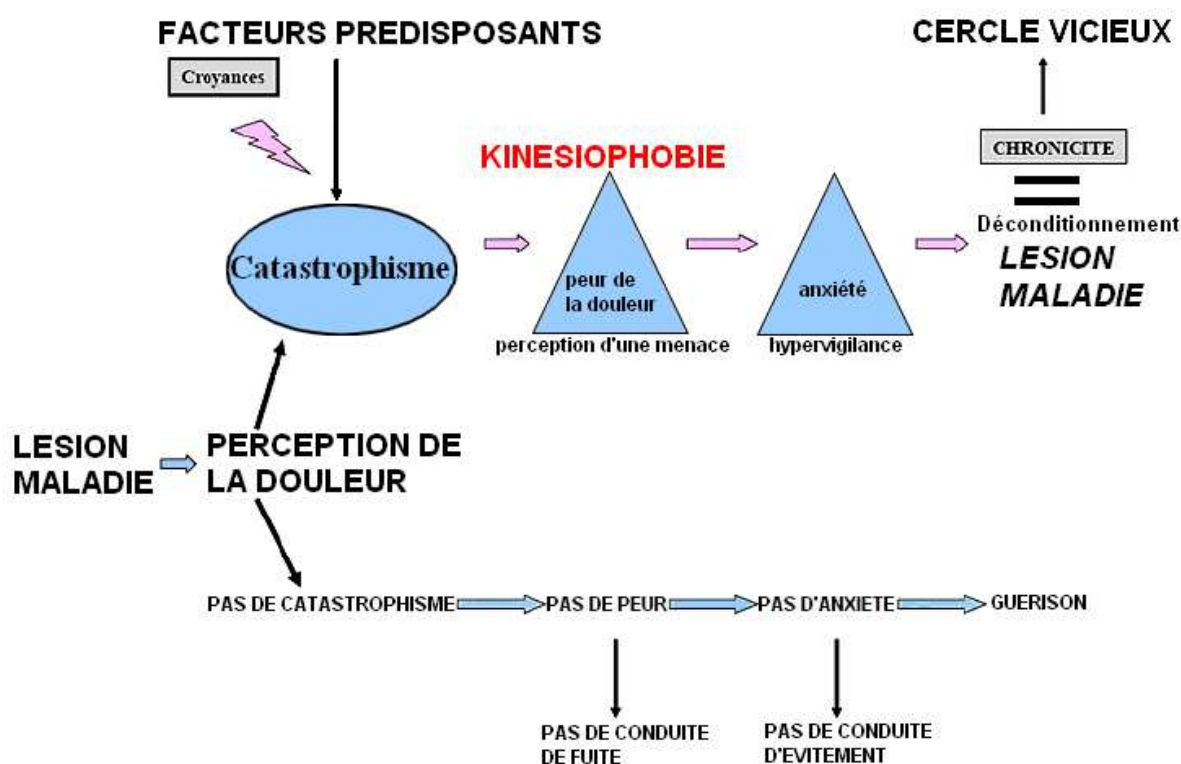
La pérennisation du handicap chez le lombalgique chronique a attiré la surveillance des facteurs psychologiques et sociaux (détresse, croyance anormale vis-à-vis de la douleur, peur du mouvement, dépression, inquiétude, hypervigilance, catastrophisme, ...), ceux-ci seraient d'une plus grande influence que les facteurs physiques et mécaniques dans l'installation des désavantages fonctionnels (3, 16). L'intensité de la douleur représente moins

de 10 % de la variance du handicap alors que 35 % est liée aux facteurs psychosociaux (17). Dans un contexte chronique, la peur de la douleur n'est pas considérée comme une simple phobie. Vlaeyen et Linton sont convaincus de l'importance des craintes et de l'évitement, expliquant l'incapacité et la transition de la phase aiguë à la phase chronique (2,14). La peur peut même prédire les épisodes de douleur et d'invalidité dans l'avenir (8) et être plus invalidante que la douleur elle-même (18, 19).

Dans le modèle de Vlaeyen (1995), la lombalgie entraîne un catastrophisme lui-même responsable de la peur du mouvement et donc d'un comportement d'évitement : le principe de la peur-évitement. Au centre de ce modèle, la peur et l'affectif sont une dimension importante de la douleur avec deux réponses possibles face à elle : la confrontation ou l'évitement (12). Lorsque le sentiment de peur se manifeste, il tend à rendre l'individu hypervigilant vis-à-vis des mouvements et des actions susceptibles de reproduire la douleur. La baisse du niveau d'activité peut déteindre sur l'humeur, et le comportement peut être affecté (20). Le cas d'un évitement conduit finalement à l'invalidité alimentant l'expérience de la douleur. Il en résulte un cercle vicieux (21) et une chronicisation majorant un comportement kinésiophobe (22). Tel est exposé le schéma classique, mais quel phénomène peut se prétendre être l'origine ? La chronicisation peut mener à la kinésiophobie comme l'inverse est possible. Trouver la cause et la conséquence n'est pas l'intérêt des démarches de bilan. C'est bien la relation qu'elles entretiennent l'une avec l'autre qui nous importe.

La douleur chronique, le conditionnement douloureux et l'anticipation douloureuse sont la voie vers le déconditionnement physique et la kinésiophobie (23). Une association

significative entre l'incapacité et la kinésiophobie (9) entraîne au fil du temps une augmentation du handicap (6, 11, 24). La peur du mouvement est décrite comme une dimension pertinente pour expliquer le maintien de la douleur chronique (11, 22) et des études montrent que le score de la TSK est une variable principale pouvant expliquer la détresse, le handicap et leur persistance. (Figure 1)



**Figure 1** : chronicisation de la douleur conduisant au cercle vicieux.

En France, la restauration fonctionnelle du rachis, pratiquée notamment dans les services de médecine physique et de réadaptation, se limite fréquemment pour les lombalgiques chroniques à un programme multidisciplinaire plus ou moins intensif. Certes les mesures conseillées par les soignants ne prônent plus le repos mais ces dernières délaissent

souvent la phase d'accompagnement physique, ergonomique et social (encore en 2004, seuls 36 % des rhumatologues recommandent à leurs patients de maintenir un maximum d'activité tolérable) (25). Elles peuvent laisser place à un handicap persistant, sans agissement sur l'ensemble de la chaîne de chronicisation. Cependant le déconditionnement causé indirectement par la crainte et un phénomène de plus en plus pris en compte dans le cadre de la rééducation des douleurs chroniques. Les axes les plus empruntés pour sortir du cercle sont les suivants : l'éducation thérapeutique, la désensibilisation progressive face aux mouvements et une reprise d'activités. Le but recherché est que le patient reprenne confiance en ses capacités pour au final, sortir du cercle.

### **3.3. L'intérêt de l'évaluation**

Le syndrome douloureux chronique est une maladie à part entière mettant en difficulté les capacités d'adaptation des patients. En dehors du fait même de la douleur, il existe dans les syndromes douloureux chroniques une cohorte de facteurs secondaires qui perpétuent la douleur et altèrent considérablement la qualité de vie des patients : troubles du sommeil, troubles de l'appétit, troubles anxieux, ...

Deux axes dominants d'analyse de la lombalgie se dégagent. Le premier est l'analyse des contraintes biomécaniques dans les activités en tant que facteurs de risque. Le second, la prise en compte des contraintes de nature psychosociale et de leur rôle propre dans la genèse des lombalgies. Nous avons vu qu'il existe des preuves que la persistance de la douleur ne s'explique pas complètement par des résultats cliniques mais qu'elle dépend autant des aspects cognitifs, affectifs, comportementaux et sociaux (11, 12, 22). De plus, la prédominance de la



douleur chronique tend à être sensiblement plus haute dans les échantillons présentant une peur ou des désordres dépressifs (19).

Les textes de recommandations de l'ANAES concernant l'évaluation et le suivi de la douleur chronique, montrent que si elle est mieux objectivée, cela peut concourir à une meilleure prise en charge du patient par les différents professionnels de santé. L'évaluation de la douleur y est souvent réduite à la seule cotation de son intensité.

L'acceptation de la douleur et l'objectivation des actions pouvant être susceptibles de la provoquer est apparue comme facteur important déterminant la capacité des patients à recouvrer une attitude fonctionnelle normale. L'évaluation des craintes du patient lombalgique peut aller dans ce sens et participer à cette acceptation (6, 7).

Puisque la plupart des patients présentant une lombalgie chronique consultent en première intention des praticiens axés sur le plan somatique (médecins, rhumatologues, masseur-kinésithérapeutes, ...) plutôt que des cliniciens qualifiés sur le plan psychologique (psychologues ou psychiatres), il est important, pour permettre la guérison, d'identifier les critères psychosociaux dans le bilan clinique. Par la suite ils s'adressent à des praticiens ayant une approche plus complète où la douleur n'évolue pas sans le psychique. Les facteurs psychologiques ont le potentiel de contribuer à la douleur, à l'incapacité chez les patients lombalgiques chroniques et d'orienter le traitement pluridisciplinaire des praticiens (7, 13, 24).

Ces évaluations sont également un moyen de communication sur le thème de la kinésiophobie entre le thérapeute et le patient. La qualité de relation amenée par ces évaluations est un élément important du traitement dans la reprise du mouvement (23, 24).

Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, les tentatives d'aborder directement les données psychologiques ou comportementales, par un médecin psychiatre ou un psychologue par exemple, peuvent se trouver confrontées à un déni catégorique. Le questionnaire fourni par le masseur-kinésithérapeute paraît représenter un chemin moins frontal et bénéficie d'un accueil moins fermé de la part du sujet qui le complète.

De manière plus pragmatique, dans le cadre de la masso-kinésithérapie, la circonstance d'une limitation de mobilité prolongée du patient représente un obstacle car elle peut être responsable de raideur, d'atrophie musculaire et de troubles moteurs. Ces conséquences participent largement au déconditionnement physique, psychologique et social du fait que les facteurs psychosociaux chez les lombalgiques chroniques ont comme conséquence une baisse des mouvements volontaires, une coactivation accrue de muscles du tronc et une charge vertébrale plus élevée (14). La peur du mouvement est également corrélée à une diminution sensible de la flexion lombaire (24).

Dans le cas d'un syndrome douloureux chronique, l'examen clinique est assez pauvre. Nous pouvons retrouver des points douloureux, une limitation modérée de la mobilité lombaire, une disharmonie lors du redressement. La musculature lombaire peut être contractée mais non douloureuse et il n'existe pas de signes d'atteinte radiculaire. Il est donc intéressant de compléter nos bilans initiaux et ceux qui suivront.

Il est important d'identifier, d'évaluer et d'intervenir auprès de variables cognitives et psychologiques telle que la peur du mouvement, pour faire face aux stratégies d'évitement, à la tendance au catastrophisme. Nous cherchons activement à éviter que celles-ci puissent, de

manière significative, modifier la réponse musculaire, agir sur l'incapacité ou majorer la chronicité. Cette évaluation est susceptible d'orienter la rééducation, par la reprise de la « confiance en soi » pour certains mouvements douloureux par exemple.

## 4. RECHERCHE DOCUMENTAIRE

### 4.1. Moteurs de recherche

- PubMed, EMconsulte, PEDro, Hopale INDEX, GOOGLE.

### 4.2. Mots clés

- **Chronic low back pain (CLBP)** (5811 résultats sur PubMed, 3067 résultats sur Emconsulte, 705 résultats sur PEDRO, 16 résultats sur Hopale INDEX)
- **lombalgie chronique** (0 résultat sur PubMed, 2949 résultats sur EMconsulte , 8 résultats sur PEDRO, 9 résultats sur Hopale INDEX)
- **kinesiophobia** (195 résultats sur PubMed, 28 résultats sur EMconsulte, 13 résultats sur PEDRO, 2 résultats sur Hopale INDEX)
- **kinésiophobie** (0 résultat sur PubMed, 2 résultats sur EMconsulte, 0 résultat sur PEDRO, 1 résultat sur Hopale INDEX)
- **Tampa Scale of Kinesiophobia** (146 résultats sur PubMed, 19 résultats sur EMconsulte, 8 résultats sur PEDRO, 0 résultat sur Hopale INDEX).

### **4.3. Critères**

**Choix de la période :** 10 ans, 2002-2012.

**Choix de la langue :** anglais, français, allemand.

La recherche bibliographique a débuté en août 2011, en tapant les mots clés TSK et kinésiophobie, associés ou seuls dans les bases de recherche sus-nommées. De nombreux articles sont sortis de la recherche sur l'échelle étudiée TSK, mais la grande majorité ne faisait que citer son utilisation et non son étude. Nous avons vu plusieurs axes se dessiner : la grande utilisation de l'échelle dans les pays anglo-saxons, son couplage au syndrome douloureux lombaire chronique et l'intérêt porté sur les concepts psychosociaux dans la persistance des douleurs.

## **5. MATERIEL ET METHODE**

**Genre :** mémoire d'enquête.

**Matériel :** 3 éléments du dossier

- Version traduite de la TSK : TSK-CF (Annexe I)
- Note explicative (Annexe II)
- Questionnaire critique de l'échelle (Annexe III)

**Population :** 18 MK libéraux ou salariés.

**Patients :** 33 patients. Les critères d'inclusion sont : la présentation d'une lombalgie chronique selon la HAS, des patients âgés d'au moins 18 ans et la connaissance et la lecture de la langue française (pour la compréhension de l'échelle).

**Méthode :** La population consultée est composée de MK libéraux ou exerçant dans le secteur public. Nous choisissons de faire évaluer une version traduite de la TSK. Nous élaborons un questionnaire critique de l'échelle, concis et le moins chronophage possible afin analyser l'intérêt et la praticité de la TSK (annexe I).

Le dossier fourni est composé de : la note explicative du protocole à suivre ; de 2 échelles TSK à compléter chacune par deux patients différents, considérés comme lombalgiques chroniques selon la HAS ; le questionnaire à remplir par le MK ; une enveloppe affranchie en cas de retour du dossier par courrier postal.

Les étapes sont les suivantes :

- Nous fournissons le dossier à chaque MK.
- Les TSK sont remplies par les deux patients et analysées par le MK.
- Le questionnaire est renseigné par le MK.
- Le MK choisit de remettre le dossier complété en main propre ou de le retourner à l'aide de l'enveloppe affranchie.

## 6. RESULTATS

Sur les 18 praticiens ayant répondu : 12 sont des femmes, 6 sont des hommes ; 14 travaillent en cabinet libéral, 4 sont salariés (figure 2).

QUESTION	OUI	NON	NON REPONDU	
1	9	9	0	
2	1	17	0	
3	8	10	0	
4.1	9	9	0	
4.2	9	6	3	
QUESTION	< 5 minutes	5 à 10 minutes	> 10 minutes	NR
5.1	7	8	3	0
5.2	7	7	1	3
QUESTION	Remplissage raisonnable		Remplissage trop long	
6	15		3	
QUESTION	OUI	NON	NR	
7	9	8	1	
8	10	8	0	
9	11	7	0	
10	9	8	1	
QUESTION	COMMENTAIRES			
11	Annexe IV			

**Figure 2** : résultats des questionnaires. Population : 18 MK.

### 6.1. Les connaissances initiales

- 9/18 MK connaissaient la notion de kinésiophobie, 1/18 connaissaient la TSK.

## 6.2. La praticité de l'échelle

- **8/18** l'estiment facilement interprétable.

## 6.3. Le remplissage par les patients

- Selon les MK, l'échelle est facilement comprise par **50 %** des patients.
- La TSK est remplie dans un temps compris entre 5 et 10 minutes pour **45,5 %** des patients, en moins de 5 minutes pour **42,4 %** et en plus de 10 minutes pour **12,1 %** des cas.
- **3/18 MK** trouvent ce temps de remplissage trop long.

## 6.4. Les intérêts

- **9/18 MK** voient un intérêt de la TSK dans la prise en charge masso-kinésithérapique de leurs patients. **1 MK** ne s'est pas prononcé sur cette question.
- **9/18 MK** pensent que cette échelle doit être abordée lors de l'enseignement sur la lombalgie chronique. **1 MK** ne s'est pas prononcé.

## 6.5. La TSK modifiée

- **10/18 MK** estiment qu'une modification de certaines questions est nécessaire.

– **Les questions 1, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16** à modifier pour les MK :

**Question 1** : «Très vague, quel exercice ? Quel rythme ? Quelle force ?».

**Question 1, 6, 11** : «Ces questions poussent au catastrophisme.».

**Question 6** : «Le terme accident n'est pas adapté à toutes les situations», «La lombalgie chronique ne fait pas toujours suite à un accident. Préférer quelque chose comme : cette douleur permanente a fragilisé mon corps pour le reste de ma vie.», «Ne pas parler d'accident», «La notion d'accident n'est pas nécessairement présente.», «Le terme accident n'est pas adapté.», «Mon accident. Ce terme est violent, il fait peur aux patients.».

**Question 8** : «Préférer : si un mouvement aggrave ma douleur, cela signifie que c'est dangereux.», «Préférer : si un mouvement augmente ma douleur, cela ne veut pas dire qu'il est dangereux.», «Avec une formulation négative de la question, le choix des réponses n'est pas évident.».

**Question 10** : «Préférer : en étant attentif à ma gestuelle, je peux éviter d'augmenter la douleur.», «Préférer : en faisant attention à mes gestes, ma douleur diminuera.».

**Question 12** : «Préférer : je me sentirai mieux si je faisais plus d'activités physiques malgré ma douleur.».

**Question 13** : «Si j'ai mal, je dois arrêter mes exercices pour éviter d'aggraver mes problèmes.».

**Question 14** : «Physiquement actif. Cette expression est trop vague.».

**Question 15** : «Éviter le terme les autres.», «Trop imprécis.», «Cela pourrait aggraver mon problème.».

**Question 16** : «Éviter le terme choses.».



- **11/18 MK** voudraient par la suite utiliser une version modifiée de l'échelle.

## **6.6. Les commentaires**

Consultation des commentaires en annexe IV.

## **7. DISCUSSION**

### **7.1. Critique de l'étude**

Sur les 56 MK sollicités au départ, 5 ont refusé de participer à cette étude lors de notre rencontre, 33 n'ont pas renvoyé le dossier de réponse. Sur les 18 réponses, 15 MK ont fourni chacun deux échelles comme il était souhaité dans la note explicative fournie avec les documents nécessaires, les 3 autres n'en n'ont renvoyé qu'une seule. Nous ne pouvons considérer que les résultats sont représentatifs du fait du petit échantillonnage. De l'avis de la profession, le nombre de réponses obtenues ne suffit pas pour réaliser une représentation statistique, mais donne une tendance qui peut être critiquée et développée. Les MK n'ont utilisé que 2 fois au maximum la TSK, ne leur laissant parfois pas le temps de se familiariser avec l'outil d'évaluation. Le questionnaire demande un certain degré d'aptitude verbale de la part du patient, avec une connaissance de la langue française et la compréhension à sa lecture. L'usage exclusif de l'auto-évaluation fait partie des limites de tels questionnaires (11).

## **7.2. Critique de la notice explicative**

Il y a des éléments manquants dans la notice explicative fournie au MK. La TSK peut être remplie par toute personne majeure ayant un âge supérieur ou égal à 18ans. Elle doit pouvoir lire et comprendre la langue française pour y répondre.

Nous demandons aux MK de faire remplir l'échelle par 2 patients afin de se familiariser avec l'interprétation et de pouvoir renseigner le questionnaire de manière plus complète, sans pour autant nécessiter un protocole trop chronophage.

Notre adresse postale est indiquée sur le mail envoyé au MK ou sur l'enveloppe affranchie fournie avec le dossier mais n'est pas écrite sur la notice.

L'intérêt de scorer les 2 sections distinctes n'a pas été évoqué dans la note car l'échelle n'est utilisée qu'une fois avec chaque patient. Cette recherche de discordance est trop chronophage pour une simple étude. Elle ne présente que peu d'intérêt pour le MK testant la TSK sur un patient lombalgique chronique sans indices avant-coureurs de kinésiophobie et choisi au hasard.

La TSK peut également être divisée en 4 sous-échelles permettant de préciser le bilan. Ces sous-échelles présentent un intérêt important lorsqu'elles sont utilisées pour préciser dans quel domaine la peur du mouvement s'exprime le plus. Là encore cette précision n'est pas évoquée dans la note.

### **7.3. Critique du questionnaire destiné aux MK**

Le questionnaire comprend 11 questions, dont 2 questions ouvertes et 9 questions fermées (à choix multiples). Il a été élaboré afin qu'il corresponde à un temps de renseignement limité, cependant 4 MK, ayant refusé de participer à notre étude, ont considéré ce remplissage trop contraignant.

Concernant la question 8, il est demandé de corriger les questions que les MK considèrent comme inadaptées. Nous observons qu'ils font plutôt des remarques sur les questions plutôt que de réelles corrections. Les commentaires de la question 11 sont rares. Il y a parfois absence de réponse à une ou plusieurs questions (voir résultats).

### **7.4. Analyse des résultats**

Si la kinésiophobie était connue par la moitié des MK interrogés, un seul des 18 praticiens a entendu parler de la TSK. Ceci montrant une méconnaissance relativement importante du phénomène.

Le temps de remplissage de l'échelle par les patients est considéré comme raisonnable pour la grande majorité, en revanche c'est son interprétation qui semble poser problème puisque seulement 8 MK sur 18 ont facilement assimilé les renseignements fournis.

Les MK sont partagés sur la considération à apporter aux résultats de la TSK, ils sont la moitié à voir un intérêt apporté par l'échelle dans le cadre de leur rééducation. Ils sont une

majorité à envisager l'utilisation d'une version modifiée par la suite. Aborder l'échelle ne leur semble pas être une priorité concernant l'enseignement de la lombalgie dans les instituts de formation.

### **7.5. Analyse des commentaires**

Plusieurs commentaires ont été faits par les MK : le manque de clarté de la TSK, les similitudes entre certaines questions, la longueur du questionnaire et son manque de praticité. Le calcul du score peut être fastidieux. Certains parlent de l'effet péjoratif d'un tel questionnaire sur le patient. Les possibilités de choix des réponses ne satisfont pas tous les MK. Le caractère très ciblé de l'échelle les pousse à dire qu'il est trop précis pour être utilisé à chaque situation. D'autres voient une vraie utilité dans la finalité de ce questionnaire (Annexe IV).

### **7.6. Utilité de la TSK**

Il peut ne pas être nécessaire pour le praticien de recueillir des informations détaillées concernant tous les facteurs psychosociaux connus qui contribuent à la lombalgie chronique. D'ailleurs nous noterons qu'il est suggéré dans plusieurs études que les associations entre les mesures psychologiques sont généralement corrélées. Par exemple, le questionnaire Dallas qui couvre de manière beaucoup plus globale ces mesures pourrait être suffisant. Dans le même ordre d'idées, lors de l'interrogatoire classique, il est courant de constater que le patient lombalgique lui-même a supprimé nombre d'activités qu'il considère comme possibles générateurs de douleurs. Il est possible de s'en rendre compte sans questionnaire.

### **7.7. Une utilisation adaptée et personnalisée des paramètres psychosociaux**

Le handicap réalisé par la lombalgie chronique est important et son retentissement psycho-socio-comportemental est parfois majeur. Mais l'utilisation d'examens et de thérapies complémentaires ne doit pas être systématiques compte tenu du peu de risques fonctionnels majeurs, des chances d'améliorations spontanées, et face au danger de majoration des symptômes pouvant être provoqués par ce type de questionnaires. En revanche, une utilisation adaptée et personnalisée apporte une richesse diagnostique que les bilans classiques ne sont pas en mesure de fournir, particulièrement dans le cadre d'une prise en charge qui ne serait pas multidisciplinaire.

Nous rappelons que les données subjectives, ou concernant parfois le plan inconscient, restent difficiles à manier pour le praticien (26). Plus précisément, il est délicat de déterminer dans quelle mesure un épisode dépressif est la cause ou la conséquence d'une lombalgie. Mais la TSK, sans se substituer à une évaluation psychologique, peut être un outil intéressant pour le MK. Elle peut orienter sa rééducation et aider le patient à sortir du cercle vicieux de la chronicité. La peur est une émotion difficile à maîtriser, les outils pouvant la verbaliser sont un avantage par son apport de critères. Le patient, se sentant mieux compris, facilite le développement de la confiance soignant-soigné et donc la mise en place d'une rééducation efficace et adaptée.

### **7.8. D'autres possibilités**

Au cours de nos recherches nous découvrons l'existence d'autres versions de la TSK.

Qu'elles soient spécifiques (à la population en général : la TSK-G ou à la fatigue : TSK-F) (2, 18) ou raccourcies (TSK-11 ou TSK-6, comportant respectivement 11 et 6 items au lieu de 17) elles représentent une adaptation de la version originale de la TSK (8). D'autres questionnaires ont fait l'objet de comparaisons avec la TSK comme le questionnaire d'acceptation de la douleur chronique (CPAQ) (6) ou le questionnaire des peurs-évitements et croyances (FABQ) (27). En fonction des articles, ces questionnaires sont parfois plus cohérents avec les patients des populations étudiées. Il serait intéressant de tester ces autres versions et ces autres questionnaires avec les MK français.

Il serait également possible de proposer notre propre traduction et/ou notre propre présentation de la TSK. En réalisant des phrases simplifiées, plus courtes, des propositions de réponses plus fermées (en oui-non par exemple) et un tableau plus ergonomique nous pourrions aller vers une amélioration en nous aidant des commentaires recueillis auprès des MK.

## **8. CONCLUSION.**

Nous nous sommes attachés à comprendre l'absence d'utilisation d'un outil validé et développé dans le but d'aider à la pratique la profession par le biais d'une pathologie fréquemment rencontrée.

Du fait d'une traduction trop confuse, d'un manque de praticité de l'échelle et d'une interprétation trop chronophage, les MK interrogés n'ont pas tous été séduits par la démarche d'évaluation de la kinésiophobie par la TSK puisqu'ils n'y trouvent pas un intérêt dans leur

démarche de rééducation. Ce n'est pas un manque d'intérêt par rapport à l'aspect psychosocial du bilan du lombalgique chronique qui a freiné la démarche mais bien sa mise en application. Elle a, en partie, éveillé une curiosité vis-à-vis d'une persistance douloureuse trop souvent présente et d'une recherche de démarches thérapeutiques plus complètes, centrées sur l'individu.

Lors des recherches entreprises, nous faisons la découverte de nombreux outils de bilan à disposition de notre profession. Comme la TSK, ils pâtissent de leur nature trop peu généraliste, axant sur un aspect très précis des caractéristiques du patient. Ils limitent donc leur utilité dans la majorité des cas (24). Ces instruments bénéficient d'une place légitime au sein de la recherche dans physiothérapie encore trop peu développée en France.

En plus des versions raccourcies déjà existantes, des démarches d'adaptation et/ou de simplification de l'échelle permettraient de faciliter son utilisation. Une autre solution peut être d'intégrer certaines des questions de la TSK qui nous paraissent les plus pertinentes avec d'autres questionnaires concernant d'autres critères que la kinésiophobie. Son usage pourrait également être ajusté au patient, au contexte avec, par exemple, un remplissage de l'échelle dans le cadre d'un dialogue avec le MK. Des solutions envisageables afin d'incorporer de manière plus courante des démarches de bilan intégrant le modèle psychosocial.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. **HAUTE AUTORITE DE SANTE / SERVICE D'EVALUATION DES PRATIQUES /** Audit clinique ciblé appliqué à la prise en charge kinésithérapique de la lombalgie chronique. 2007.
2. **R. M. A. HOUBEN, M. LEEUW, J. W. S. VLAEYEN, L. GOUBERT and H. S. J. PICALET** - Fear of Movement/Injury in the General Population : Factor Structure and Psychometric Properties of an Adapted Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. 2005.
3. **THOMAS E.N., PERS Y.M., MERCIER G., CAMBIERE J.P., FRASSON N., STER F., HERISSON C., BLOTMAN F.** - Importance des peurs et croyances, du catastrophisme et de la kinésiophobie chez le lombalgie chronique en rééducation. 2009.
4. **FAYAD F., LEFEVRE-COLAU M.M., POIRAUDEAU S., et al.** Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain : Common prognostic factors. *Ann Readapt Med Phys* 2004.
5. **VERON O., TCHERNIATINSKY E., FAYAD F., et al.** - Chronic low back pain and functional restoring program : Applicability of the patient acceptable symptom state. *Ann Readapt Med Phys*. 2008.
6. **WICKSELL R.K., OLSSON G.L., MELIN L.** - The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) - further validation including a confirmatory factor analysis and a comparison with the Tampa Scale of Kinesiophobia. 2008.
7. **LUNDBERG M., STYF J.** - Kinesiophobia among physiological overusers with musculoskeletal pain. 2007.
8. **TROST Z., FRANCE C.R., THOMAS J.S.** - Examination of the photograph series of daily activities (PHODA) scale in chronic low back pain patients with high and low kinesiophobia. 2009.
9. **ROELOFS J., PETERS M.L., MC CRACKEN L., VLAEYEN J.W.S.** - The pain vigilance and awareness questionnaire (PVAQ): further psychometric evaluation in fibromyalgia and other chronic pain syndromes. 2003.
10. **J. ROELOFS, G. VAN BREUKELLEN, J. SLUITER, MH. FRINGS-DRESEN, M. GOOSSENS, P. THIBAUT, K. BOERSMA, JWS. VLAEYEN.** - Norming of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and various countries. 2011.
11. **WICKSELL R.K., LEKANDER M., SORJONEN K., OLSSON G.L.** - The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – Statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability. 2010.



12. **SWINKELS-MEEWISSE E.J., SWINKELS R.A., VERBEEK A.L., VLAEYEN J.W., OOSTENDORP R.A.** - Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. 2003.
13. **NORRIS C., MATTHEWS M.** - The role of an integrated back stability program in patients with chronic low back pain. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2008.
14. **RAMPRASAD M., SHENOY D.S., SANDHU J.S., SANKARA N.** - The influence of kinesiophobia on trunk muscle voluntary responses with pre-programmed reactions during perturbation in patients with chronic low back pain. 2010.
15. **LARIVIERE C., SULLIVAN M.J., FUNG J., MECHELI H., Butler H., VADEBONCOEUR R.** IRSST - Lombalgie chronique - La relation entre les facteurs psychologiques associés à la douleur et certaines mesures neuromusculaires de déficiences lombaires. 2010.
16. **GENET F., LAPEYRE E., SCHNITZLER A.** - Psychobehavioural assessment for chronic low back pain. *Ann Readapt Med Phys*. 2006.
17. **POIRAUDEAU S., RANNOU F., REVEL M.** - Lombalgies communes : handicaps et techniques d'évaluation, incidences socio-économiques. 2004.
18. **SILVERA A., HAENEY M., VIJAYADURAI P., WILKS D., PATTRICK M., MAIN C.J.** - The role of fear of physical movement and activity in chronic fatigue syndrome. 2002.
19. **CARLETON R.N., ABRAMS M.P., ASMUNDSON G.J., ANTONY M.M., MC CABE R.E.** - Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. 2009.
20. **INSTITUT DE KINESIOLOGIE DU QUEBEC.** Bulletin de kinésiologie. Juin 2005. <<http://www.yvanc.com/Download/bulletin%20IKQ%201-02.pdf>>.
21. **HUIJNEN I.P., VERBUNT J.A., ROELOFS J., GOOSSENS M., PETERS M.** - The disabling role of fluctuations in physical activity in patients with chronic low back pain. 2009.
22. **HASENBRING M.I., HALLNER D., RUSU A.C.** - Fear-avoidance- and endurance-related responses to pain: Development and validation of the Avoidance-Endurance Questionnaire (AEQ). 2009.
23. **VERBUNT J.A., VLAEYEN J.W., VAN DE HEIJDEN G.J., HEUTS P.H., PONS K., KNOTTNERUS J.A.** Disuse and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypotheses on contributing mechanisms. 2003.
24. **MURPHY D.R., HURWITZ E.L.** - The usefulness of clinical measures of psychologic factors in patients with spinal pain. 2011.

25. **POIRAUDEAU S., RANNOU F., Le HENANFF A., et al.** - Outcome of subacute low back pain: Influence of patients' and rheumatologists' characteristics. *Rheumatology*. 2006.
26. **VALAT J.P.** - Factors involved in progression to chronicity of mechanical low back pain. *Joint Bone Spine* 2005.
27. **NGUYEN C., POIRAUDEAU S., REVEL M., PAPELARD A.** - Chronic low back pain: Risk factors for chronicity. 2009.

# **ANNEXES**

## ANNEXE I : TSK-CF

### Evaluation de l'indice de kinésiophobie

#### ÉCHELLE TAMPA (TSK-CF)

(Kori et al., 1990, traduite par GRISART & MASQUELIER, Cliniques Universitaires Saint-Luc, 1200 Bruxelles)

Même à cette époque de haute technologie, il ne faut pas négliger une des plus importantes sources d'information à votre sujet : il s'agit de vos sentiments ou de vos intuitions à propos de ce qui arrive à votre corps.

Répondez aux questions suivantes en utilisant l'échelle de droite. Répondez vraiment en fonction de votre impression et pas en fonction de ce que les autres pensent que vous devriez croire. Il ne s'agit pas d'un test de connaissance médicale. Nous voulons savoir comment vous voyez les choses.

	Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encrer le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.	Fortement en désaccord	Légerement en désaccord	Légerement en accord	Fortement en accord
1.	J'ai peur qu'en faisant de l'exercice, cela ne me blesse.	1	2	3	4
2.	Si je vais au-delà de mes limites pour dépasser la douleur, elle pourrait augmenter.	1	2	3	4
3.	Mon corps me dit que quelque chose ne va pas et que cela constitue un danger pour lui.	1	2	3	4
4.	Ma douleur serait probablement diminuée si je faisais de l'exercice. *	1	2	3	4
5.	Les gens ne prennent pas mon état de santé suffisamment au sérieux.	1	2	3	4
6.	Mon accident a fragilisé mon corps pour le reste de ma vie.	1	2	3	4
7.	La douleur signifie qu'il y a toujours une lésion.	1	2	3	4
8.	Ce n'est pas parce que quelque chose aggrave ma douleur que cela signifie que c'est dangereux *	1	2	3	4
9.	J'ai peur de me faire mal ou de me blesser par mégarde.	1	2	3	4
10.	En étant attentif à ne faire que des gestes adéquats, je peux éviter d'augmenter la douleur.	1	2	3	4
11.	Le maintien d'une telle douleur signifie que j'ai probablement quelque chose de grave.	1	2	3	4
12.	Malgré ma douleur, je serais mieux si j'avais plus d'activités physiques. *	1	2	3	4
13.	La douleur me fait savoir quand je dois arrêter mes exercices afin de ne pas entraîner des dommages corporels.	1	2	3	4
14.	Ce n'est pas vraiment très bon pour une personne dans un état comme le mien d'être physiquement active.	1	2	3	4
15.	Je ne peux pas tout faire comme les autres, sinon cela pourrait causer des lésions dans mon organisme.	1	2	3	4
16.	Même si certaines choses entraînent une douleur, je ne pense pas qu'elles soient réellement dangereuses. *	1	2	3	4
17.	Personne ne devrait faire de l'exercice lorsqu'il(elle) a mal.	1	2	3	4

## ANNEXE II : NOTE EXPLICATIVE

### **Note explicative aux MK, dans le cadre d'un mémoire d'enquête de fin d'études :**

#### **« Critique de l'échelle validée TSK, évaluant la kinésiophobie chez le lombalgique chronique »**

La TSK : Tampa Scale of Kinesophobia, échelle validée permettant d'évaluer le degré de kinésiophobie (la peur du mouvement) chez le lombalgique chronique.

Lombalgie chronique : selon l'HAS. La lombalgie chronique est définie par 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. Elle peut être dite commune ou symptomatique.

Les patients qui rempliront l'échelle devront répondre à ces critères et être majeurs (âge > 18 ans).

Population du mémoire : les masseur-kinésithérapeutes répondant au questionnaire d'évaluation de la TSK après avoir utilisé l'échelle avec leurs patients.

#### **Étapes du protocole :**

1. Faire remplir l'échelle TSK (version patient, fournie sans consignes de comptage) par 2 patients lombalgiques chroniques sans leur donner de limite de temps, ni les aider à la compréhension des questions.
2. Scorer chaque fiche patient : additionner le chiffre de chaque question, inverser le score pour les questions avec un \* (4,8,12 et 16) : 1 devient 4, 2 devient 3, 3 devient 2 et 4 devient 1. Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important (40/68 est considéré comme une kinésiophobie significative).
3. Répondre au questionnaire qui permettra de mettre en lumière les points forts et les points faibles de l'échelle.

4. A rendre : les TSK remplies par les patients et le questionnaire d'évaluation de l'échelle complété par vos soins.

En vous remerciant de votre collaboration dans ce travail de fin d'études.

Cordialement,

Chloé WUTTKE, élève de 3ème année à l'IFMK de Nancy.

Pour toute question :

- mail : [chloe.wuttke@gmail.com](mailto:chloe.wuttke@gmail.com)
- mobile : 06-73-49-41-58

## ANNEXE III : LE QUESTIONNAIRE

### Questionnaire : utilisation de la TSK-CF.

Nom\_Prénom : .....

Lieu d'exercice (cabinet, centre, ...) : .....

Adresse mail : .....

Après avoir fait remplir l'échelle TSK par vos patients, veuillez compléter le questionnaire ci-dessous en entourant la réponse qui vous convient et en remplissant les espaces dédiés à vos commentaires personnels (concerne les questions 8 et 11).

**1. Concernant la kinésiophobie, connaissiez-vous cette notion avant d'avoir été sollicité(e) pour ce mémoire ?**

oui

non

**Concernant, l'échelle TSK (Tampa Scale of Kinesiophobia) validée :**

**2. Connaissiez-vous cette échelle avant d'avoir été sollicité(e) ?**

oui

non

**3. Est-elle pratique à interpréter ?**

oui

non

**4. Est-elle facilement compréhensible par les patients ?**

**4.1. Patient n°1 :**

oui

non

**4.2. Patient n°2 :**

oui

non

**5. Combien de temps vos patients ont-ils mis à la renseigner ?**

**5.1. Patient n°1 :**

moins de 5 minutes

de 5 à 10 minutes

plus de 10 minutes

**5.2. Patient n°2 :**

moins de 5 minutes

de 5 à 10 minutes

plus de 10 minutes

**6. Estimez-vous le temps de remplissage :**

- raisonnable
- trop long

**7. Estimez-vous qu'elle présente un intérêt dans la prise en charge masso-kinésithérapique de vos patients ?**

- oui
- non

**8. Estimez-vous que certaines questions devraient être modifiées ?**

- oui
- non

**Si oui, lesquelles ? Et comment ?**

**Questions modifiées, de 1 à 17 :**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....
12. ....
13. ....
14. ....
15. ....
16. ....
17. ....

**9. Aimeriez-vous avoir la possibilité par la suite d'utiliser une version modifiée de l'échelle TSK ?**

- oui
- non

**10. Pensez-vous que cette échelle doive être incluse dans l'enseignement sur la lombalgie chronique ?**

- oui
- non

**11. Commentaires éventuels :**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....



## ANNEXE IV : LES COMMENTAIRES

### 1. Le manque de clarté des questions

«C'est le libellé de la plupart des questions qui posent problème : manque de clarté.»

«La tournure des phrases semble confuse.».

«Questions trop fermées, orientées, besoin de préciser. Certaines tournures de phrases sont trop complexes, certaines réponses sont faites au hasard.».

«Mauvaise structure des phrases.»., «Mauvaise traduction.»., «Confusion des patients face à la longueur des phrases et à la présentation du questionnaire.».

«Il faut parfois relire plusieurs fois la phrase et être bien concentré pour la comprendre. Le français utilisé n'est pas courant mais plutôt soutenu, ce qui est délicat pour certains patients.».

«L'échelle est difficilement compréhensible par certains patients tant par ces consignes que par les intitulés de l'échelle.».

### 2. Des similitudes

«Certaines questions se ressemblent trop».

«Certaines questions semblent signifier la même chose (ex : 8 et 16).».

### 3. La longueur du questionnaire

«Réduire éventuellement le nombre de questions.».

#### **4. L'utilité**

«Bon moyen d'évaluation de la kinésiophobie.»

«Cette échelle peut être utile pour des patients qui ont du mal à verbaliser leurs douleurs et leurs ressentis. Une bonne écoute et un questionnaire du patient doivent permettre une bonne prise en charge. Lors de traitements de lombalgie, nous n'avons pas toujours la réponse et les solutions adéquates.»

«Vous avez théoriquement soulevé un problème important dans notre activité quotidienne. Je pense que je vais réutiliser certaines questions dans mon interrogatoire de première séance.»

#### **5. Le manque de praticité et d'ergonomie**

«Le calcul du score est fastidieux.»

«Ergonomie de la grille à revoir.»

«Le questionnaire est trop axé sur un critère psychologique, cela prendrait trop de temps de remplir une échelle pour chaque aspect et pour chaque patient.»

«Je pense que l'on pourrait évaluer la peur beaucoup plus rapidement, en dialoguant par exemple. Je pense que cette échelle ne ferait que diminuer le dialogue entre le patient et le praticien. Rien ne vaut un bilan oral.»

#### **6. Un possible effet péjoratif**

«Je pense que ce questionnaire ne peut qu'augmenter l'anxiété des patients, qui est déjà assez importante.»

«Les patients se sentent interrogés et ont du mal à livrer leurs propres impressions.»

«Les patients ne voient pas l'intérêt : manque de motivation.».

«Je ne pense pas qu'une telle grille soit adéquate pour les patients qui souffrent et qui souhaitent une réponse à leur douleur et non pas être mis face à une grille.».

«Tout n'est pas forcément dû à l'accident en cours. Cela peut être aussi lié à un stress émotionnel ou traumatique très antérieur (de l'enfance) voir psychologique. Cette échelle est trop simplifiée et va mettre une étiquette au patient.».

#### **7. Un manque de clarté dans les réponses.**

«Le choix des réponses proposé n'est pas suffisamment explicite pour les patients.».

«Des réponses oui ; peut-être ; non, auraient été plus simples.».

«Les 4 propositions de réponses possibles ont perturbé les patients. Une échelle en chiffres serait peut-être plus facile pour eux à interpréter.».

«Les 4 choix de réponse ne sont pas explicites, les patients doivent réfléchir à 2 fois, au risque de se perdre dans les possibilités.».

#### **8. Reproductibilité temporelle.**

«Quelle est l'influence de la douleur au moment T du remplissage ? Le score d'un même patient serait-il le même d'un jour à l'autre ? A différents moments de la journée ? ».