

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

CAROLINE SAMBOURG

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2005

**EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE
DES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES CHEZ
39 LOMBALGIQUES CHRONIQUES REBELLES AVANT,
A LA SORTIE ET 6 MOIS APRES LE PASSAGE AU CENTRE
DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR DU CHU DE NANTES**

Président :

Madame le Docteur A. Alliot

Membres du Jury :

Madame le Docteur N. Grimaud

Monsieur le Professeur G. Potel

Monsieur le Docteur P. Lévêque

Liste des abréviations :

- **AAH** : Allocation d'Aide aux Handicapés

- **AINS** : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
- **ALD** : Affection de Longue Durée
- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- **ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- **AVK** : Anti-Vitaminiques K
- **CETD** : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CSP** : Catégorie Socio-Professionnelle
- **IPP** : Invalidité Permanente Partielle
- **IRS** : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine
- **OMS** : Organisation Mondiale pour la Santé
- **TENS** : Stimulation Electrique Transcutanée
- **TH** : Travailleur Handicapé

Liste des tableaux :

CAROLINE SAMBOURG.....1

I. DÉFINITION.....	11
II. FACTEURS DE RISQUE DE PASSAGE À LA CHRONICITÉ	12
III. CONSÉQUENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES LOMBALGIES	14
IV. LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES DANS LA PRISE EN CHARGE DU LOMBALGIQUE CHRONIQUE.....	15
V. LES PRINCIPAUX MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR.....	18
I. TYPE D'ÉTUDE.....	28
II. PATIENTS, MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ANTÉRIEURES.....	29
III. NATURE ET SPÉCIFICITÉ DE LA PRISE EN CHARGE PLURI-DISCIPLINAIRE.....	30
I. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.....	41
CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS À L'ENTRÉE.....	43
II. RÉSULTATS SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES.....	44
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.....	48
RESTAURATION DE LA FONCTION.....	49
ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE.....	50
RÉINSERTION PROFESSIONNELLE.....	51
III. COMPARAISON DE LA PRISE EN CHARGE	52

COMPARAISON DE LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE.....	52
I. CARACTÉRISTIQUES DE LA COHORTE.....	54
II. QUE PEUT-ON TIRER DE CETTE ÉTUDE ?.....	54
III. TRAVAIL PSYCHOLOGIQUE.....	80

Liste des graphiques :

GRAPHIQUE 1 : RÉPARTITION PAR SEXE.....	41
GRAPHIQUE 2 : RÉPARTITION PAR ÂGE.....	42
GRAPHIQUE 3 : RÉPARTITION PAR CSP.....	42

GRAPHIQUE 4 : RÉPARTITION DES ACTIFS PAR TRANCHES D'ÂGE.....	43
GRAPHIQUE 5 : VUE GÉNÉRALE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE.....	44
GRAPHIQUE 6 : EVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ANTALGIQUES PAR PALIERS.....	45
GRAPHIQUE 7 : EVOLUTION DE LA CONSOMMATION PAR CLASSES MÉDICAMENTEUSES.....	46
GRAPHIQUE 8 : RÉPARTITION DES TECHNIQUES NON MÉDICAMENTEUSES.....	46
GRAPHIQUE 9 :.....	47
EVOLUTION DE LA MISE EN ŒUVRE DES TECHNIQUES NON MÉDICAMENTEUSES.....	47
GRAPHIQUE 10 : PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE.....	47
GRAPHIQUE 11 : RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE.....	50
GRAPHIQUE 12 : PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE....	51
GRAPHIQUE 13 : PRISE EN CHARGE SOCIO PROFESSIONNELLE.....	52

INTRODUCTION

Les douleurs chroniques font partie intégrante des problèmes de Santé publique actuels ; en effet, leurs conséquences sont multiples : retentissement sur la qualité de vie, sur la capacité fonctionnelle et également sur la réinsertion socioprofessionnelle. A ceci, il ne faut pas oublier de prendre en compte les coûts directs et indirects que cela engendre.

En France, plus de six millions de consultations annuelles concernent les lombalgies communes, les syndromes douloureux représentent le premier motif de consultation et d'appel des médecins.

Depuis quelques années, les pouvoirs publics en ont pris conscience et ont élaboré des textes réglementaires relatifs à l'organisation des soins et de la prise en charge de la douleur, ainsi qu'à l'identification de structures de lutte contre la douleur rebelle (1998). On y retrouve trois niveaux de soins : consultation pluridisciplinaire (niveau I), unité pluridisciplinaire (niveau II) et le centre de d'évaluation et de traitement de la douleur (niveau III).

La lombalgie chronique dite « commune » est caractérisée par une douleur au niveau de la région lombaire évoluant depuis plus de trois de mois avec possibilité d'irradiation à la fesse, à la crête iliaque voire à la cuisse. Il faut cependant éliminer certaines étiologies pour la déterminer : notamment les causes infectieuses, tumorales, inflammatoires, etc...

Il est vrai que les lombalgiques chroniques représentent un petit pourcentage de la population lombalgique (10%). Mais cette minorité de patients souffrant de chronicité et d'invalidité représente l'essentiel du poids socio-économique (Gepner 1994, Linton 1998, Valat 1997, Maniadakis 2000). En effet, une enquête canadienne (Rossignol 1988) a montré que 7,4% seulement des malades lombalgiques avaient un arrêt de travail supérieur à 6 mois mais que cela représentait 66% des journées perdues et 76% des coûts d'indemnisation. De plus, la durée de l'arrêt de travail conditionne la probabilité de reprise qui est de 40% après 6 mois d'arrêt et de 10% seulement après deux ans (Spitzer 1987). C'est pour cette raison que les traitements doivent rapidement être mis en œuvre (médicaux, chirurgicaux et rééducatifs).

Le lombalgique chronique se tourne vers le centre d'évaluation et de traitement de la douleur après avoir souvent eu recours à des méthodes médicamenteuses, non médicamenteuses, voire parfois parallèles l'ayant mis en situation d'échec.

L'échec de la prise en charge de première intention justifie de faire appel à une stratégie pluridisciplinaire, comprenant notamment un abord psychologique (Jensen 1998, Crombez 1999) et professionnel (Charlot 1998, Fautrel 1998). Les centres d'évaluation et de traitement de la douleur permettent de traiter au niveau médical, réadaptatif, psychologique et socioprofessionnel ; cette pluridisciplinarité semblant nécessaire à l'appréhension de la douleur du lombalgique.

C'est dans le but d'améliorer la prise en charge des lombalgies chroniques que l'ANAES a publié en décembre 2000 des recommandations à ce sujet ; elles portent sur quatre axes : la prise en charge de la douleur (médicamenteuse et non médicamenteuse), la restauration de la fonction, l'accompagnement psychologique et un contact avec le médecin du

travail afin d'aider à la réinsertion professionnelle. Cette stratégie thérapeutique a pour but d'améliorer la qualité de vie du patient, de l'aider à mieux vivre et mieux gérer sa douleur et de lui permettre de se réinsérer dans la société. Ces recommandations sont aussi bien valables en ambulatoire qu'à l'hôpital.

Nous avons effectué une enquête rétrospective, portant sur 39 patients lombalgiques chroniques rebelles de passage au centre d'évaluation et de traitement de la douleur au C.H.U. de Nantes de Février 2001 à Juin 2002, sur la mise en œuvre des recommandations ANAES. Ont-elles été appliquées en ambulatoire avant l'admission au centre, ont-elles été respectées pendant le séjour et surtout ont-elles été maintenues à six mois ?

PARTIE I LA LOMBALGIE CHRONIQUE

I. Définition

Une lombalgie est définie comme « une irradiation lombo-sacrée médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation à la fesse, à la crête iliaque voire à la cuisse mais ne dépassant pas le genou ». La prédominance de la douleur restant toutefois au niveau de la région lombo-sacrée.

La lombalgie chronique dite « commune » est caractérisée par une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette durée semblant être un compromis acceptable ; en effet, la plupart des lombalgies se résolvent en 60 jours.

On exclut de cette définition les lombalgies secondaires (dites symptomatiques) à un traumatisme, un phénomène inflammatoire, tumoral ou infectieux (Duquesnoy 1994).

II. Facteurs de risque de passage à la chronicité

La mise en évidence des facteurs prédictifs de l'évolution chronique d'une affection lombaire est une nécessité impérative si l'on veut réduire le poids de l'invalidité lombalgique.

Les facteurs prédisposant aux lombalgies sont assez bien étudiés contrairement aux facteurs prédictifs de la chronicité compte tenu des difficultés méthodologiques (Valat 1997 , Fayad 2004).

Parmi ces facteurs de risque se trouvent :

- Les **facteurs personnels** tels que :
 - Le sexe masculin (mis à part dans certaines études récentes),
 - L'âge, en particulier au-delà de 45 ans.

- Les **facteurs professionnels**, ceux-ci sont d'une importance majeure, ils concernent les travaux pénibles (sollicitant trop le rachis), une faible qualification professionnelle, une inadaptation physique aux contraintes professionnelles ainsi que l'insatisfaction au travail,...

- Les **facteurs médico-légaux**, en particulier les litiges avec des organismes sociaux ou un tiers retrouvés assez fréquemment.

- Les **facteurs socio-économiques** représentés par un faible niveau éducatif, des difficultés linguistiques, un bas niveau de ressources et le statut familial...
- Les **facteurs psychologiques** comme la tendance dépressive, le profil d'hypochondriaque (sensation d'être toujours malade) sont également mis en cause.

Les facteurs liés à la maladie sont rarement incriminés par rapport aux données démographiques, professionnelles et psychosociales.

En effet, il n'y a pas de parallélisme entre la sévérité des lésions anatomiques et la chronicité.

L'importance croissante de l'invalidité lombalgique, son poids socio-économique majeur justifient la poursuite de larges études prospectives afin de mieux connaître les facteurs prédictifs.

Dans une enquête préliminaire réalisée par le Centre de Traitement de la Douleur (Nizard 2003), les résultats étaient les suivants:

- **Facteurs psychologiques:** 18 patients (39%) présentaient une dépression avérée à l'entrée confirmée par le psychiatre de l'équipe, 21 (45%) un état anxieux et 35 (76%) des troubles du sommeil, pour lesquels 15 prenaient des benzodiazépines et 14 des antidépresseurs.

- **Facteurs professionnels:** des travaux manuels et/ou professionnels pénibles ont été retrouvés chez 18 patients (39%).
- **Facteurs médico-légaux:** retrouvés chez 7 patients (soit 29% des patients en âge de travailler) dont 5 accidents du travail, 1 reconnaissance en Maladie Professionnelle, et 1 litige avec un employeur.

III. Conséquences socio-économiques des lombalgies

L'incidence spontanée de la lombalgie dans la population générale est, en France comme à l'étranger de 10%. En 1994, 13% des accidents du travail étaient dus à la survenue d'une lombalgie avec une durée moyenne de 33 jours d'arrêt et une perte de plus de 3 600 000 journées de travail. Les coûts indirects des lombalgies (arrêts de travail, perte de production...) représente 5 à 10 fois les coûts directs, c'est-à-dire les dépenses engendrées par les consultations, les examens thérapeutiques...

Une enquête canadienne (Rossignol 1988) a démontré que seulement 7.4% des lombalgiques avaient un arrêt de travail supérieur à 6 mois mais que cela représentaient 68% des journées perdues et 76% des coûts d'indemnisation.

De plus, la durée de l'arrêt de travail conditionne la probabilité de reprise : évaluée à 40% après 6 mois d'arrêt et à 10% après 2 ans (Spitzer 1987).

IV. Les recommandations de l'ANAES dans la prise en charge du lombalgique chronique

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a publié en 2000 un texte relatif au diagnostic, à la prise en charge et au suivi des lombalgies chroniques (annexe 1). Cette démarche est applicable aussi bien en médecine de ville qu'hospitalière, elle est définie selon 4 grands axes :

- la **prise en charge de la douleur** incluant les traitements médicamenteux ainsi que la chirurgie (rares indications).
- la **restauration de la fonction** soit l'exercice physique qui peut être réalisé seul, avec un kinésithérapeute ou au sein d'un centre de traitement de la douleur.
- l'**accompagnement psychologique** consistant à traiter une éventuelle anxiété et/ou dépression et à mettre en place une thérapie comportementale permettant une meilleure appréhension de la douleur et de son intensité.

- la **réinsertion professionnelle** permise grâce au médecin du travail.

Concernant les recommandations, l'ANAES a défini 3 grades permettant d'évaluer leurs exactitudes :

- Grade A : preuve scientifique établie,
- Grade B : présomption scientifique,
- Grade C : études de niveau moindre.

***prise en charge de la douleur :**

- **Traitements médicamenteux :**

- les *Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens* (AINS) peuvent être prescrits à visée antalgique (à dose d'anti-inflammatoire) chez un patient ayant une lombalgie chronique, le traitement doit être de courte durée (grade C).
- les *Antalgiques de niveau II* réduisent la douleur du lombalgique (grade B). Ils peuvent être proposés après échec des Antalgiques de niveau I.
- les *Antalgiques de niveau III* sont envisagés au cas par cas tout en respectant les contre-indications (grade C). Ils sont introduits après échec des antalgiques de niveau I et II et exclusion d'un contexte dépressif. La durée est limitée et l'arrêt progressif.
- les *Myorelaxants*, seul le tétrazépam a prouvé son action antalgique dans la lombalgie chronique rebelle (grade B).

- les *Anti-dépresseurs tricycliques* ont un effet modeste sur la lombalgie (grade C) alors que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont sans effet. Ces médicaments font partie des co-analgésiques regroupant les anti-épileptiques, les anxiolytiques et les hypnotiques .

A noter que le paracétamol peut être proposé mais son efficacité antalgique dans le traitement de la lombalgie chronique n'a pas été évaluée, de même pour l'acide acétylsalicylique (aspirine) dont l'intérêt est réduit compte tenu de sa toxicité digestive.

En ce qui concerne le traitement local, les infiltrations intra-articulaires de corticoïdes sembleraient avoir un effet antalgique (grade C).

Le principal objectif du traitement est de permettre au patient de contrôler, gérer sa douleur, d'améliorer sa fonction et de favoriser sa réinsertion professionnelle le plus rapidement possible en agissant en collaboration avec le médecin du travail.

- **Traitement non médicamenteux :**

- le *repos au lit* n'est pas recommandé,
- la *stimulation électrique transcutanée* (TENS) montre une efficacité antalgique durant la période d'application (grade C),
- l'*acupuncture* et la *balnéothérapie* ont un effet à court terme (grade C),
- l'*exercice physique* est recommandé surtout chez des personnes motivées et observantes car cela est efficace dans le traitement antalgique et

fonctionnel par rapport à l'absence de traitement ou à un placebo (grade B).

- les *prises en charge pluridisciplinaires*, les *écoles du dos* et le *thermalisme* peuvent être proposés (grade B).
- la *thérapie comportementale* est efficace sur l'intensité et le comportement vis-à-vis de la douleur (grade C).

En conclusion, l'ANAES recommande d'adapter le suivi à chaque patient en fonction des objectifs fixés, il s'agit d'éviter une médicalisation excessive et d'assurer un accompagnement thérapeutique destiné à reconforter le patient .

V. Les principaux médicaments utilisés dans la lutte contre la douleur

a - Les analgésiques :

L' O.M.S (Organisation Mondiale pour la Santé) a défini trois paliers d'antalgiques.

Cette méthode des trois paliers d'analgésiques a été élaborée pour encourager l'utilisation séquentielle des médicaments en vue d'obtenir un soulagement efficace de la douleur. Le premier palier repose sur les analgésiques non opioïdes tels que l'*aspirine*, le *paracétamol* ou les *AINS*.

Si la douleur n'est pas soulagée, on ajoute alors un opioïde indiqué dans les douleurs bénignes à modérées comme la *codéine*. Lorsque l'association de ces deux types de médicaments ne produit pas une analgésie efficace, on substitue l'opioïde par un autre indiqué pour les douleurs modérées à importantes à savoir la *morphine* ou un de ses dérivés.

Remarque : Au centre, les patients reçoivent des AINS par voie intraveineuse (kétoprofène 200 mg/j pendant 48 h et relais per os pendant 15 jours), en association avec des antalgiques de palier I (propacétamol 2g \times 3 pendant 48 heures avec relais par paracétamol per os 3g/j) et de palier II (tramadol à libération prolongée 100 à 200 mg/j), lorsqu'il n'existe pas de contre-indication à l'utilisation d'un de ces médicaments.

1 - Les antalgiques de niveau I, ou antalgiques non opioïdes :

****le paracétamol :***

EFFERALGAN®, DOLIPRANE®, DAFALGAN®

C'est la molécule proposée en première intention dans les lombalgies à raison de 4g/24h en 4 prises espacées de 6 heures.

A l'hôpital, le paracétamol peut être utilisé sous la forme d'une prodrogue : le proparacétamol PRODAFALGAN® (1g libère 0.5g de paracétamol).

Il fait partie des antalgiques périphériques, cependant il n'existe pas d'études attestant de son efficacité dans le traitement des lombalgies chroniques (accord professionnel).

****l'aspirine ou acide acétylsalicylique :***

ASPEGIC®, ASPIRINE UPSA®

Elle peut être proposée comme traitement à visée antalgique mais aucune étude n'a prouvée l'efficacité de l'aspirine dans cette indication. De plus, du fait de sa toxicité digestive, c'est une molécule qui doit être utilisée pendant une courte période et avec certaines précautions (accord professionnel). [contre-indiqué en cas d'antécédents d'ulcères, de prises d'AVK...]

Elle est prescrite à raison de 2g par prise sans dépasser 6g/24h en 3 ou 4 prises.

Cette molécule a des propriétés antalgique, anti-inflammatoire, uricosurique (à forte dose), antipyrétique et également antiagrégant plaquettaire. Ces propriétés varient selon les doses administrées d'où une certaine vigilance dans sa prescription.

*** Les AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens) :**

Dans cette classe, on retrouve plusieurs molécules :

- l'ibuprofène ADVIL®, NUROFEN®

Utilisé comme antalgique à raison de 200 à 400mg par prise en 3 prises quotidiennes et comme anti-inflammatoire au-delà de 1200mg/24h.

- le kétoprofène KETUM®, TOPREC®, BIPROFENID®

Utilisé comme antalgique de 25 à 75mg/24h et comme anti-inflammatoire au-delà de 150mg/24h.

- le diclofénac VOLTARENE®, ARTOTEC®

Molécule administrée à raison de 75 à 150mg/24h en 2 à 3 prises.

- le célécoxib CELEBREX®

Sa dose maximum est de 200 à 400mg/24h en 1 ou 2 prises.

- le piroxicam BREXIN®

Sa dose maximum est de 40mg/24h.

De nombreuses molécules font partie des AINS, leurs mécanismes d'action sont similaires. Ils agissent tous en inhibant la cyclo-oxygénase 1 ou 2 :

- le groupe des acides arylcarboxyliques (ibuprofène, kétoprofène, naproxène) agit en inhibant la synthèse des prostaglandines.
- le diclofénac agit sur la cyclo-oxygénase 1 et 2 (Cox-1 et Cox-2) en l'inhibant.
- les coxibs (rofécoxib, célécoxib) agissent sélectivement sur la Cox-2 et ne possèdent aucun effet antiagrégant plaquettaire.
- les oxicams (piroxicam, méloxicam) agissent sur la Cox-1 et ox-2.

Les AINS peuvent être prescrits aussi bien à visée antalgique qu'anti-inflammatoire (l'effet antalgique à doses antalgiques n'ayant pas été évalué). Les AINS peuvent être prescrits dans les lombalgies chroniques (grade C) mais leur utilisation doit rester de courte durée car ces médicaments provoquent un certain nombre d'effets indésirables (nausées, gastralgies...) et sont contre-indiqués en cas d'antécédents d'ulcères ou d'hémorragies digestives.

Les infiltrations de glucocorticoïdes sont indiquées après échec du traitement associant antalgiques et AINS. Elles ont un effet symptomatique possible à court terme dans la pathologie mécanique rachidienne. Les contre indications sont :

l'infection localisée ou systémique, l'hypocoagulabilité, l'allergie (rare),

(Rozenberg 1998).

2 - Les antalgiques de niveau II ou antalgiques opioïdes faibles :

Leur action résulte de l'association d'un dérivé morphinique faible et d'un antalgique de palier I (le paracétamol).

****la codéine :***

On la retrouve associée au paracétamol dans EFFERALGAN CODEINE®, KLIPAL®, CODOLIPRANE®

****le dextropropoxyphène :***

Il est associé au paracétamol dans le DIANTALVIC® et le PROPOFAN®.

Le DIANTALVIC® est administré à raison de 1 à 2 cp 3 fois par jour, les comprimés sont dosés à 30 mg de dextropropoxyphène et 400 mg de paracétamol .

****le tramadol :***

Il peut être utilisé seul TOPALGIC® ou en association avec le paracétamol ZALDIAR®.

Le tramadol peut être donné à des doses n'excédant pas 400mg/24h (TOPALGIC®).

Les antalgiques de niveau II sont proposés dans les lombalgies chroniques après échec des antalgiques I, ils réduisent la douleur mais ne sont pas dénués d'effets indésirables dus à leur parenté avec la morphine : nausées, vertiges, somnolence, constipation...(grade B)

3 - Les antalgiques de niveau III ou antalgiques opioïdes forts :

****la morphine :***

SKENAN LP®, SEVREDOL®, ACTISKENAN®

C'est un analgésique de référence (agoniste opioïde pur des récepteurs μ) qui a un effet antalgique dose-dépendant sans plafonnement de l'effet antalgique (Perrot 1998). Cependant, c'est également une molécule entraînant de nombreux effets indésirables : dépression respiratoire, constipation, nausées, somnolence, vertiges, troubles dysphoriques et dépendance physique et psychique apparaissant après 1 à 2 semaines de traitement (aboutissant à un syndrome de sevrage à l'arrêt).

La dose initiale est de 1mg/kg/24h, en cas de soulagement insuffisant, il y a lieu d'augmenter la posologie de 50%. Une dose stable est atteinte lorsque le rapport efficacité/tolérance est jugé optimal et lorsque les objectifs thérapeutiques fixés initialement avec le patient ont été atteints.

La dose d'entretien n'est pas une dose définitive et le médecin doit réévaluer régulièrement tous les paramètres (douleur, fonction, tolérance). Il est possible de diminuer la dose de morphine en cas d'amélioration, mais il ne doit pas y avoir d'arrêt brutal.

****le fentanyl :***

DUROGESIC® (25, 50, 75, 100 μ g/h)

Il s'agit d'un dérivé de la morphine présenté sous forme de dispositif transdermique (« patch ») permettant une délivrance systémique continue durant 72 heures. En cas d'efficacité

insuffisante, on augmente les doses par paliers de 25µg/h tous les 3 jours jusqu'à détermination de la dose optimale.

Il n'y a pas d'effet indésirable mis à part une possible intolérance à l'adhésif, c'est pourquoi le DUROGESIC® peut être une alternative en cas d'intolérance à la morphine ou d'impossibilité d'administration par voie orale ou injectable.

Ces médicaments sont soumis à la règle des 7 (morphine injectable) ou 28 jours car ils font partie des stupéfiants.

Face à la demande croissante de soulagement des patients, la prescription des morphiniques doit répondre à des règles précises et s'intégrer dans un cadre thérapeutique global ; la morphine ne pouvant résumer à elle seule la prise en charge de la douleur, en particulier chronique. (Perrot 1998 ; Breckenridge 2003).

b - Le tétrazépam :

MYOLASTAN®

C'est le seul myorelaxant dont l'effet antalgique a fait l'objet d'une étude (grade C).

Il s'agit d'une benzodiazépine comportant toutes les propriétés de ces molécules :

- action sédatrice
- action anxiolytique
- action anticonvulsivante
- action myorelaxante

mais dont l'effet myorelaxant est plus important .

Le MYOLASTAN® est administré de façon progressive, tout d'abord 25mg le soir puis éventuellement jusqu'à 100mg/jour.

Ses effets indésirables sont ceux que l'on retrouve chez cette classe de médicaments à savoir : somnolence, hypotonie, sensations ébrieuses... pouvant aller jusqu'à la dépendance physique et psychique en cas d'administration prolongée.

c - Les coanalgésiques :

On regroupe sous ce terme plusieurs classes médicamenteuses : les antidépresseurs, les antiépileptiques, les anxiolytiques et les hypnotiques.

1 - Les antidépresseurs :

Il existe plusieurs familles d'antidépresseurs parmi eux les tricycliques (dont les imipraminiques) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS).

****les imipraminiques :***

amitriptyline LAROXYL®, clomipramine ANAFRANIL® sont les plus fréquemment rencontrés dans cette famille.

Ils peuvent être prescrits dans le cadre de douleurs rebelles à des doses inférieures à la dose antidépressive. (10 à 150 mg/j dose atteinte par paliers de 10 à 25mg).

***les IRS :**

fluoxétine PROZAC®, paroxétine DEROXAT®...

Les antidépresseurs tricycliques ont un effet antalgique modeste sur les lombalgies (grade C) tandis que les IRS n'en ont aucun. Il faut donc évaluer le rapport bénéfice/risque dans le cadre de l'utilisation d'antidépresseurs chez un lombalgique en dehors du contexte de dépression.

Ces molécules ne sont pas dénuées d'effets indésirables : somnolence, constipation, anxiété, hypotension orthostatique...

2 - Les antiépileptiques :

le clonazépam RIVOTRIL®, la gabapentine NEURONTIN®

Ce sont les deux molécules que l'on retrouve le plus souvent, l'ANAES ne détermine aucun grade de recommandation.

Elles provoquent des effets de somnolence, nausées, difficulté de concentration...

3 - Les anxiolytiques :

bromazépam LEXOMIL®, prazépam LYSANXIA®, alprazolam XANAX®...

Ce sont des tranquillisants qui n'ont aucune efficacité sur les lombalgies mais permettent de traiter l'anxiété, l'insomnie liée à l'intensité de la douleur.

Ils induisent une somnolence, une hypotonie, difficulté de concentration...

4 - Les hypnotiques :

zolpidem STILNOX®, zopiclone IMOVANE®, lormétazépam NOCTAMIDE®...

Ils permettent de favoriser l'endormissement dans le cadre d'insomnie.

Dans le cadre des lombalgies chroniques, on utilise les antalgiques afin de lutter contre la douleur mais les co-antalgiques sont également nécessaires pour pallier aux inconvénients d'un symptôme douloureux (insomnie, anxiété...)

PARTIE II PATIENTS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d' une enquête rétrospective descriptive portant sur la mise en œuvre des recommandations ANAES et leur maintien à moyen terme (6 mois) chez 39 lombalgiques chroniques de passage au centre de traitement de la douleur du CHU de Nantes de février 2001 à juin 2002 .

Les critères d'inclusion :

- lombalgie chronique datant de plus de 6 mois, associée ou non à une radiculalgie, sans distinction d'âge.

- Caractère rebelle des lombalgies malgré les différents traitements entrepris.

II. Patients, modalités de prise en charge antérieures

Il faut préciser que l'on a respecté l'anonymat des 39 patients rentrant dans cette étude.

1 - Prise en charge médicale :

Nous avons analysé la nature des traitements médicamenteux antérieurs ainsi que leur coprescription éventuelle .

- Les antalgiques classés suivant les 3 paliers de l'OMS (palier I : paracétamol, palier II : codéine, tramadol, palier III : morphine)
- Les AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens)
- Les traitements coanalgésiques, seuls ou en association : antidépresseurs, anxiolytiques, myorelaxants...

2 - Prise en charge fonctionnelle :

Rééducation antérieure (ambulatoire ou en centre de rééducation : Maubreuil...), port d'un corset.

3 - Prise en charge psychologique :

Les différentes expériences psychothérapeutiques antérieures et leur nature ont été notées.

4 - Prise en charge socioprofessionnelle antérieure :

Il s'agit de savoir si le patient :

- a fait une demande de reclassement professionnel ou obtenu un statut de travailleur handicapé par le biais de la COTOREP,
- a obtenu un statut d'invalidité permanente partielle (IPP),
- a été reconnu en maladie professionnelle du fait de sa lombalgie chronique,
- a fait l'objet d'une prise en charge à 100%.

III. Nature et spécificité de la prise en charge pluri-disciplinaire

En France, depuis 1998, la pluridisciplinarité est une condition impérative d'identification et de reconnaissance par les tutelles des structures de lutte contre la douleur, celles-ci sont classées selon 3 niveaux de prise en charge :

- **niveau I** : consultations pluridisciplinaires comportant obligatoirement un neurologue ou neurochirurgien, un médecin de la douleur et un psychiatre.
- **niveau II** : unité pluridisciplinaire avec lits d'hospitalisation et plateau technique.
- **niveau III** : centre d'évaluation et de traitement de la douleur qui associe les niveaux précédents, l'enseignement et la recherche sur la douleur.

En France , il y a 27 centres de traitement et d'évaluation de la douleur (2002).

Le CETD du CHU de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle non cancéreuse de niveau III comportant 7 lits d'hospitalisation, un plateau technique où peuvent être réalisés des gestes techniques algologiques et un bloc opératoire (neurochirurgie).

a - Activité du centre :

En 2001, le Centre de Traitement de la Douleur de Nantes a assuré la prise en charge hebdomadaire de 30 patients en moyenne en consultation et de 7 à 9 patients en hospitalisation de semaine, soit environ 1400 consultations et hospitalisations.

b - Accessibilité au centre et conditions de prise en charge :

L' admission des patients se fait après un processus de sélection (annexe 2) qui consiste à

évaluer leur demande, leurs objectifs et leurs motivations.

Du fait de l'importance croissante de la demande, les délais pour la prise en charge sont relativement longs (4 mois en moyenne sauf cas particuliers « urgences ressenties »).

A la suite des consultations, un staff pluridisciplinaire décide du suivi de ces patients :

- soit ils sont orientés vers une prise en charge ambulatoire lorsqu'un avis diagnostique ou thérapeutique est requis ou lorsqu'il s'agit d'un cas relativement bénin,

- soit la personne est prise en charge en milieu hospitalier lorsqu'il s'agit d'une douleur à caractère chronique rebelle, d'une complexité des douleurs et du handicap et d'un retentissement socioprofessionnel psychologique et familial avec échec thérapeutique.

Les objectifs de prise en charge personnalisés sont négociés avec le patient avant son admission (annexe 3).

Il s'agit d'une sorte de contrat « moral ».

Le patient reçoit un livret d'accueil (annexe 4) contenant toutes les informations concernant le centre, les modalités de prise en charge et le rôle de chaque intervenant ; il est invité à visiter le centre et à faire connaissance avec l'équipe soignante. Préalablement, une étude de motivation et de compréhension des objectifs de prise en charge est réalisée par la

psychologue du centre et le cadre infirmier.

c - Abord pluridisciplinaire du douloureux chronique :

(Deardoff 1991 ; Maruta 1998)

Le centre propose aux patients une confrontation diagnostique plurielle et une prise en charge médicale, fonctionnelle, psychologique, sociale et professionnelle. Une fois admis, le patient sera hospitalisé au moins cinq jours et au mieux deux semaines consécutives en hôpital de semaine. La première semaine est consacrée à la mise en œuvre du traitement médicamenteux et non médicamenteux (TENS, manipulations, infiltrations, ...) et à l'étude des retentissements tandis que la deuxième semaine est axée sur l'adaptation et la réflexion sur la réinsertion socioprofessionnelle de la personne.

Toutes les données concernant le patient hospitalisé sont annotées sur un dossier unique par les différents intervenants (annexe 5) cela leur permet d'être informé en temps réel des propositions thérapeutiques de chacun. Le patient s'engage personnellement en signant un contrat thérapeutique (annexe 6).

Les CETD font partie du plan de lutte contre la douleur élaboré par Bernard Kouchner se déroulant en deux phases : 1998-2000 et 2002-2005 (annexe 7) et font le maximum pour mettre en œuvre correctement les recommandations de l'ANAES. Ils sont encore peu connus du public mais leur liste est disponible désormais sur le site : www.sante.gouv.fr (annexe 8).

***les acteurs de la pluridisciplinarité :**

L'équipe est composée :

- D'un **praticien hospitalier** :

Algologue et rhumatologue, celui-ci est responsable de l'unité. Il examine les patients en consultation puis les prend en charge en hospitalisation lors de 3 visites hebdomadaires et une pluridisciplinaire.

Deux staffs ont lieu par semaine, l'un avec neurochirurgien, psychiatre et médecin du travail et l'autre avec l'équipe soignante et médico-sociale ; cela a pour but de coordonner l'action de l'équipe.

- D'un **neurochirurgien** :

Spécialiste des affections rachidiennes, il se prononce sur une indication opératoire et effectue les gestes algologiques spécifiques lorsqu'ils sont nécessaires (cathéters épiduraux, stimulateurs intra-médullaires, chirurgie antalgique...)

- D'un **médecin thérapeute manuel et acupuncteur** :

Il adapte et/ou associe ces techniques non médicamenteuses en tenant compte des traitements antérieurs et de la personnalité du patient.

Il pratique notamment des manipulations vertébrales (mouvement forcé portant les éléments articulaires au-delà de leur jeu physiologique habituel sans dépasser les limites anatomiques) [Vautravers 1998 ; Blotman 1994] ou encore l'acupuncture.

La manipulation d'une aiguille au niveau d'un point d'acupuncture permet d'augmenter le seuil de la douleur d'où un soulagement pour le malade (Han, 2004). Les techniques doivent être bien maîtrisées car elles peuvent produire un effet placebo ou thérapeutique selon le patient (Blotman 1994) et permettent également d'obtenir une certaine détente musculaire.

- D'un **psychiatre** :

Il intervient pour porter un diagnostic psychiatrique éventuel (dépression, anxiété, état psychotique...). Il évalue le retentissement psychologique de la douleur, il peut mettre en route un traitement psychotrope et/ou une approche en psychothérapie.

- D'un **médecin de pathologie professionnelle** :

Il est assisté d'un interne et effectue le bilan des exercices professionnels antérieurs, des ressources actuelles et des possibilités d'adaptation ou de reconversion professionnelle.

- D'un **médecin conseil de la sécurité sociale** :

Il intervient pour conseiller les travailleurs salariés sur l'obtention ou la réévaluation d'un taux d'invalidité, aplanir un éventuel contentieux avec la sécurité sociale ou proposer des aides sociales complémentaires.

- De **deux kinésithérapeutes** :

Ils sont à mi-temps et mettent en route des techniques antalgiques et correctives adaptées.

- D'une **psychologue** :

Elle est à mi-temps et est formée à la prise en charge des patients douloureux ainsi qu'aux thérapies dites systémiques : hypnose et thérapie brève.

- D'une **assistante sociale** :

Elle intervient avec le médecin conseil. Les problèmes sociaux lui sont présentés : recherches d'aides éventuelles en cas de ressources limitées, exonération du ticket modérateur, demande de prise en charge en affection de longue durée (ALD).

- D'une **prise en charge infirmière** :

Elles prennent en compte la douleur physique et psychologique du patient et assurent la coordination et le suivi des soins.

- **L'externe en pharmacie :**

Il évalue les traitements antérieurs, explique le traitement mis en place et les éventuels effets indésirables ainsi que les moyens d'y remédier.

L'*équipe soignante* est recrutée pour sa motivation et reçoit des formations régulières sur l'évaluation et la prise en charge du douloureux chronique.

Une *secrétaire hospitalière* s'occupe d'accueillir et de conseiller les patients et organise les prises en charge.

d - Nature de la prise en charge :

1 - Médicale :

Les traitements habituellement mis en place en milieu hospitalier pour les lombalgies chroniques ont été proposés, tenant compte des symptômes allégués, de la nature de l'atteinte disco-vertébrale, de la notion de chirurgie rachidienne antérieure ainsi que des expériences thérapeutiques antérieures. Les intervenants ont eu recours aux antalgiques et aux anti-

inflammatoires, le cas échéant aux perfusions, aux co-analgésiques et aux infiltrations radioguidées (péridurales, foraminales et articulaires postérieures).

2 - Fonctionnelle :

(Frost 1998 ; Mannion 1999):

Les patients bénéficient d'une masso-kinésithérapie associant selon le cas des techniques antalgiques, de la physiothérapie, un réentraînement à l'effort et des techniques correctives et éducatives, à raison d'une à deux séances par jour. Un corset lombaire en coutil est prescrit pendant une période initiale d'au moins 6 semaines chez les patients n'en ayant pas encore bénéficié ou ayant mal supporté le port d'un corset plâtré ou thermo-moulé.

En ce qui concerne le reconditionnement à l'effort du lombalgique, la prise en charge pluridisciplinaire est lourde mais efficace en terme de reprise d'activité. L'originalité est la progression par contrat qui permet de mieux maîtriser la composante psychologique du déconditionnement (Poiraudeau 1998)

Des électro-stimulations transcutanées (TENS) sont proposées chez tous les patients, et particulièrement encouragées lorsqu'il s'agit de douleurs neurogènes dominantes. Une information claire sur la localisation des électrodes et les modalités pratiques du traitement est donnée en vue de la poursuite du traitement à domicile en cas d'efficacité.

3 - Psychologique :

Des entretiens psychologiques individuels sont proposés deux à trois fois par semaine. Le soutien psychologique est associé au travail d'objectifs pragmatiques progressifs. L'entretien avec le psychiatre a lieu en deuxième semaine généralement.

La douleur chronique est un comportement « appris », « conditionné » ainsi la thérapie comportementale permet d'accroître les capacités de contrôle face à la douleur et au stress en associant un reconditionnement physique avec un renforcement des motivations et des capacités adaptatives du malade face à la douleur (Ozguler 1998).

4 - La thérapie manuelle et l'acupuncture :

Elles sont proposées deux fois par semaine. Ces techniques alternatives complémentaires des techniques plus classiques permettent d'élargir l'éventail des propositions thérapeutiques et de ce fait améliorent la prise en charge globale du lombalgique.

5 - Prise en charge infirmière :

Les effectifs attribués au centre permettent aux soignants d'accorder aux patients un temps pour l'écoute, l'évaluation de la douleur et son retentissement chez le patient et sa famille.

6 - L'abord professionnel et médico-social :

Il est réalisé en deuxième semaine. Lorsqu'un geste algologique ou chirurgical spécifique est envisagé, le neurochirurgien est contacté, et la décision de recourir au geste est prise lors du staff pluridisciplinaire comprenant l'avis du psychiatre.

IV. Analyse des données

Pour répondre aux objectifs, des méthodes univariées ont été employées. Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne, écart type, minimum, maximum, médiane, premier et troisième quartiles.

Les variables quantitatives sont comparées par des tests paramétriques (Student) si les conditions nécessaires sont réunies, sinon par des tests non paramétriques (Wilcoxon).

Les variables qualitatives sont présentées par effectif et pourcentage. Les comparaisons entre variables qualitatives utilisent le test du Chi 2 si les conditions nécessaires sont réunies, sinon on utilise des tests exacts de Fischer.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel S Plus 2000.

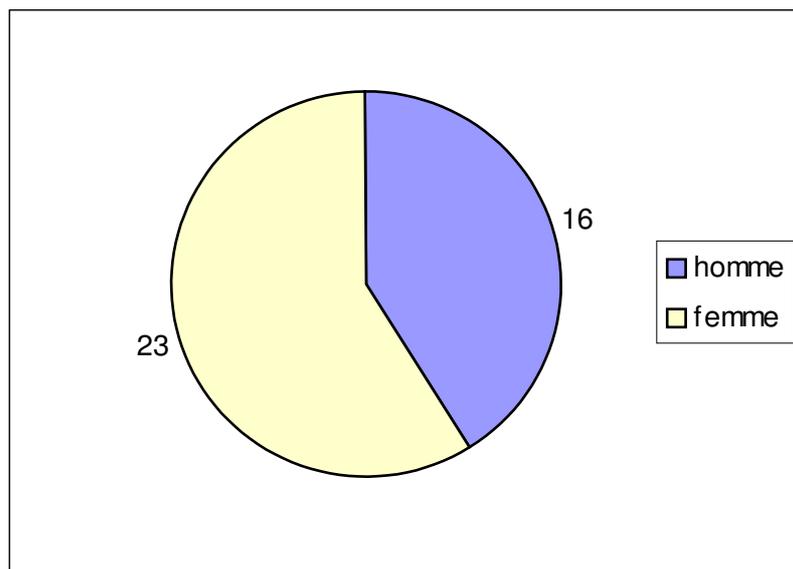
PARTIE III RESULTATS



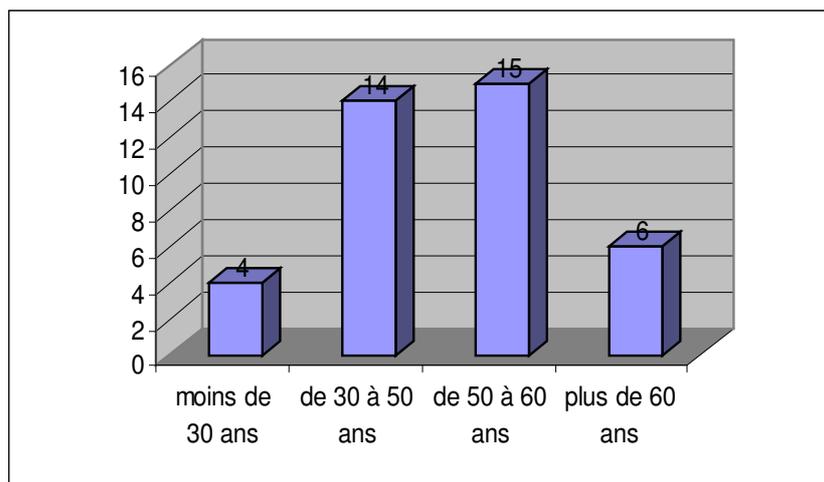
I. Caractéristiques socio-démographiques

a - Présentation de l'échantillon :

1 - Par sexe :

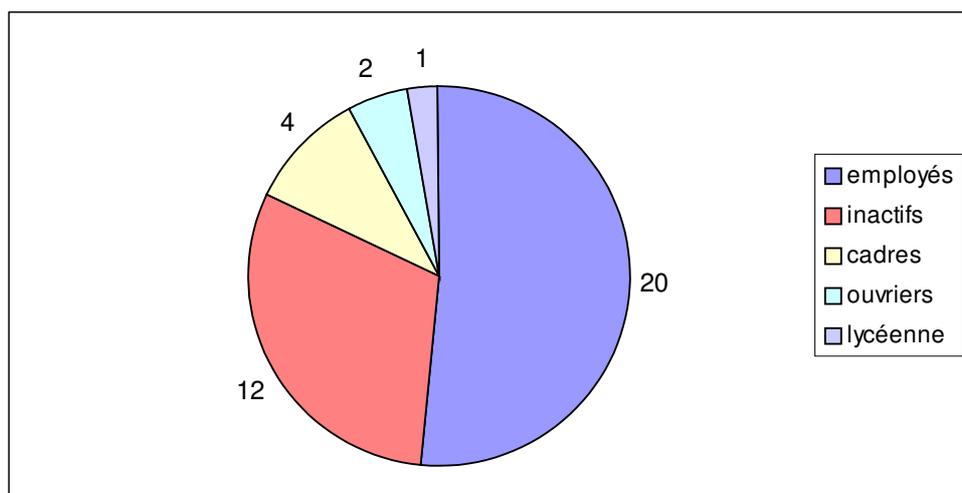


2 - Par âge :



Graphique 2 : Répartition par âge

3 - Par catégories socio-professionnelles :



Graphique 3 : Répartition par CSP



Graphique 4 : Répartition des actifs par tranches d'âge

b - Caractéristiques des patients à l'entrée :

Tableau I

Caractéristiques des patients à l'entrée

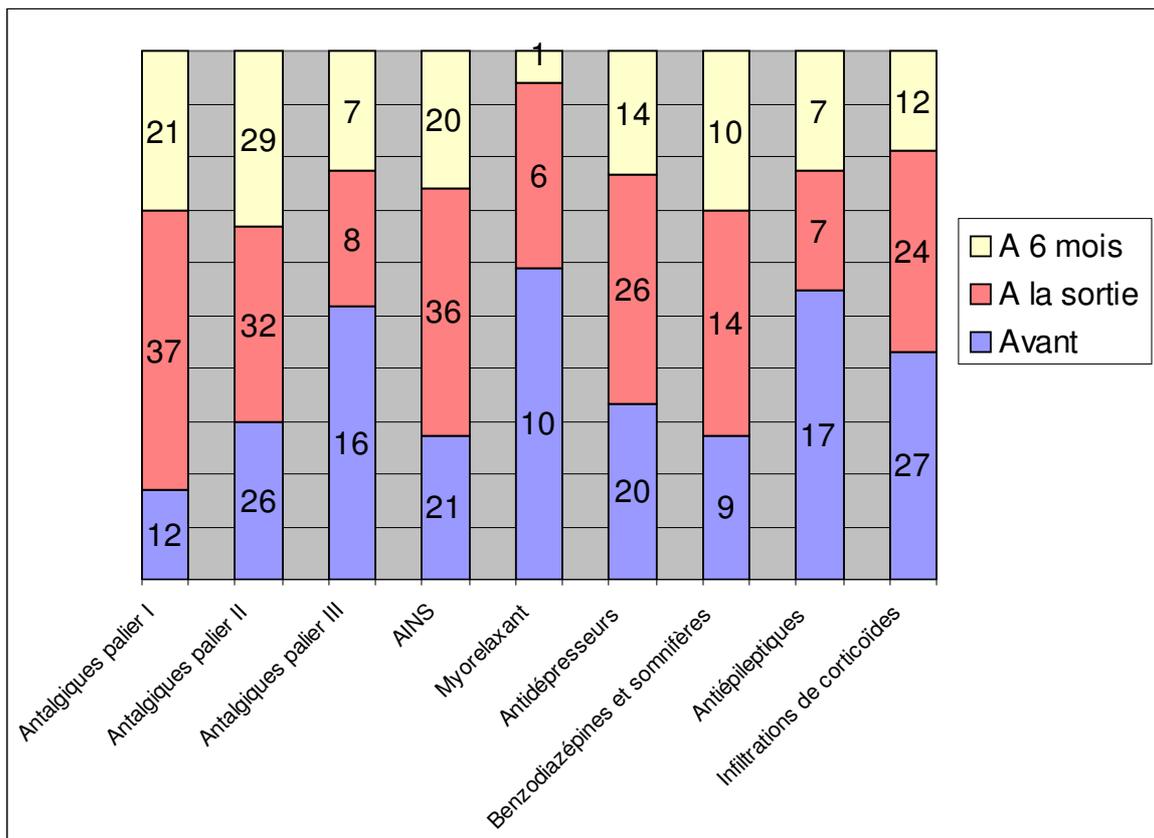
Femmes	N=23	59%
Hommes	N=16	41%
Age	46.6 (moyenne)	13.6 (écart type)
Durée des douleurs (mois)	192.3 (moyenne)	126.4 (écart type)
Durée d'évolution chronique (mois)	100.9 (moyenne)	116.6 (écart type)
Patients opérés du rachis	N=24	61%

Patients en âge de travailler	N=27	69%
Patients en arrêt de travail	N=9	33% des patients en âge de travailler
Durée d'arrêt de travail (mois)	24.9 (moyenne)	14.7 (écart type)

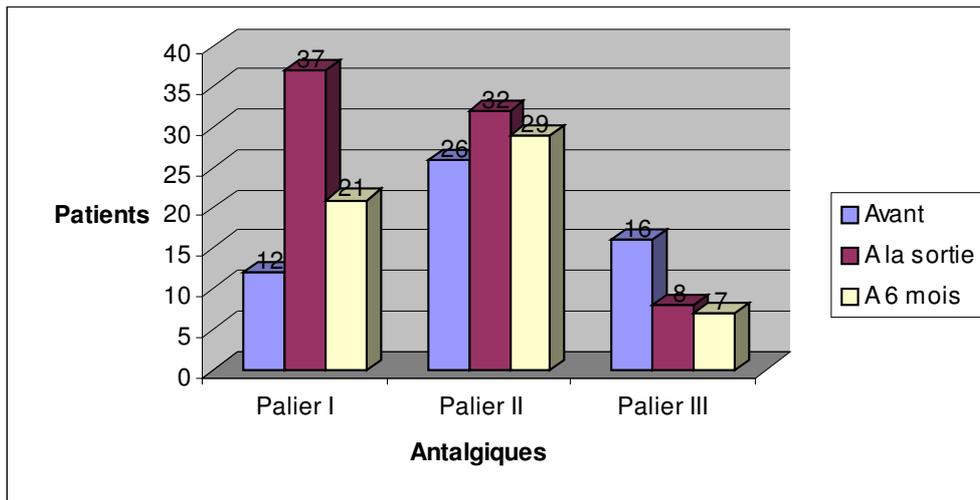
II. Résultats selon les recommandations de l'ANAES

a - Prise en charge de la douleur :

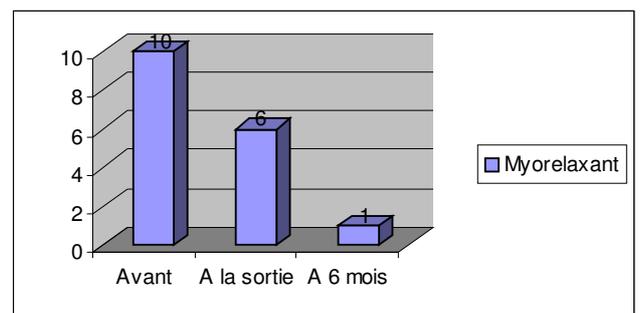
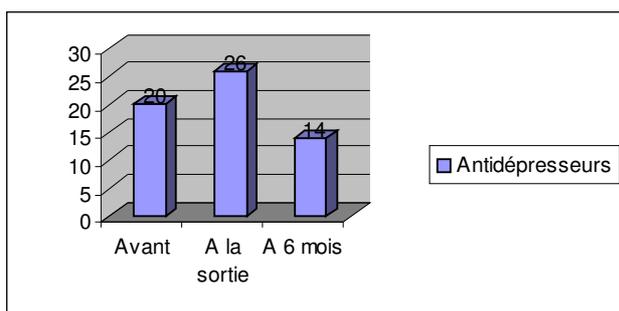
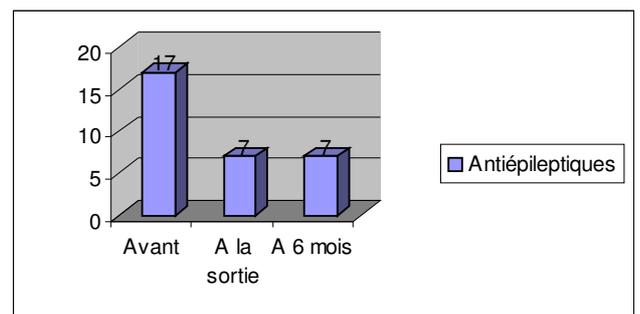
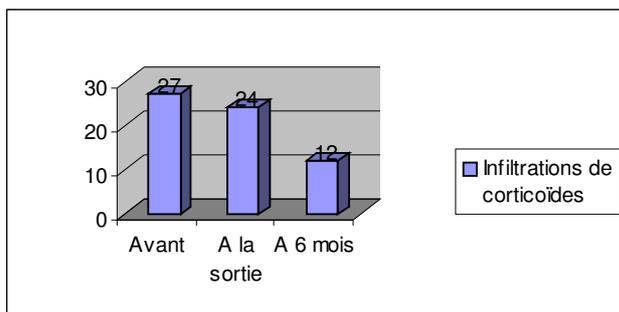
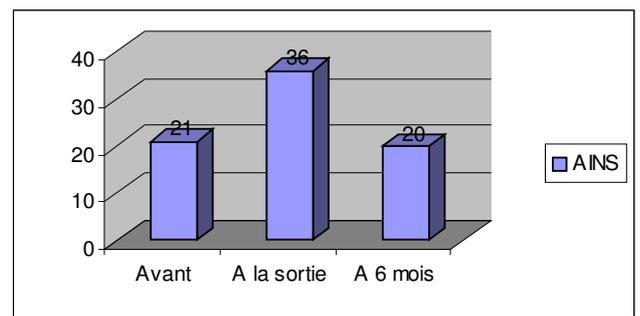
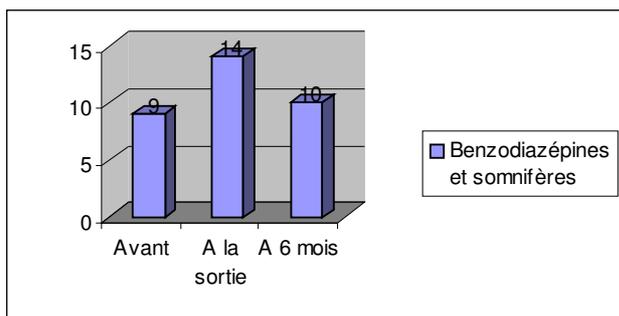
1 - Médicamenteuse :



Graphique 5 : Vue générale de la prise en charge médicamenteuse



Graphique 6 : Evolution de la consommation d'antalgiques par paliers
 Avant la prise en charge au CETD, une seule personne n'avait reçu que des antalgiques de palier I. 9 patients (23%) avaient bénéficié de l'association d'antalgiques I et II contre 16 personnes à 6 mois.

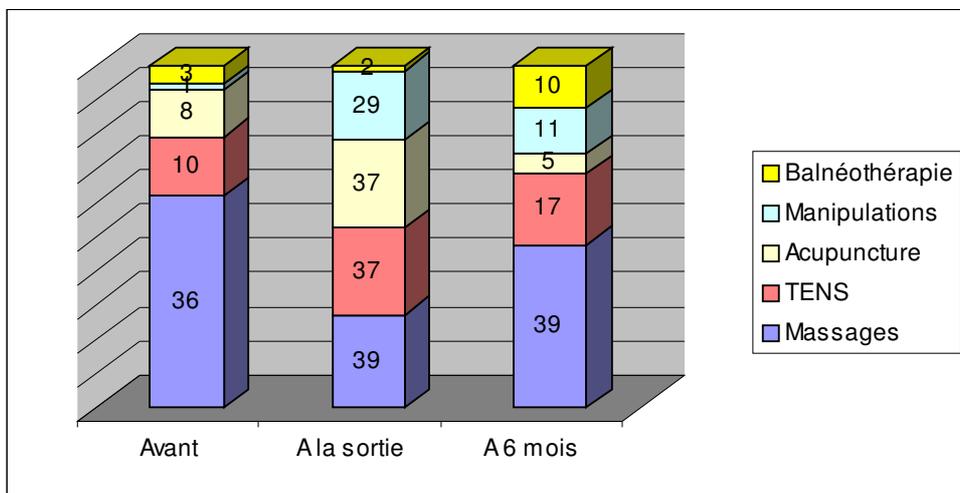


Graphique 7 : Evolution de la consommation par classes médicamenteuses

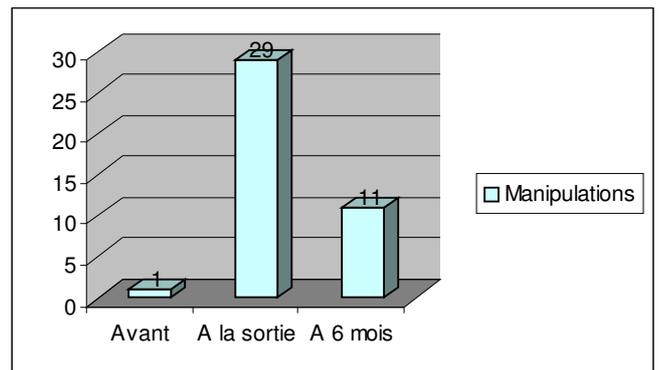
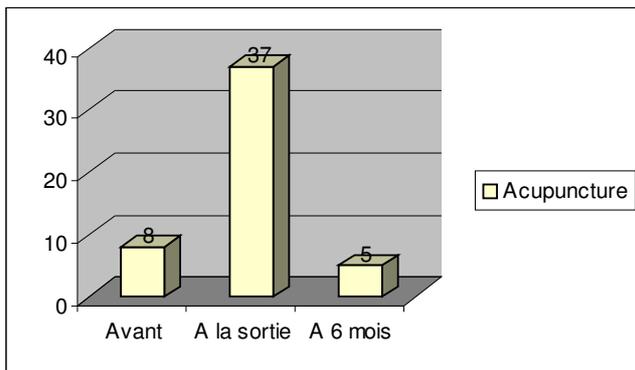
Les résultats des infiltrations sont favorables à court terme (60 à 80% de succès) mais ne se maintiennent pas à moyen terme (Rozenberg 1998) et se dégradent rapidement à long terme (Blotman 1994). D'où la diminution observée des infiltrations après 6 mois.

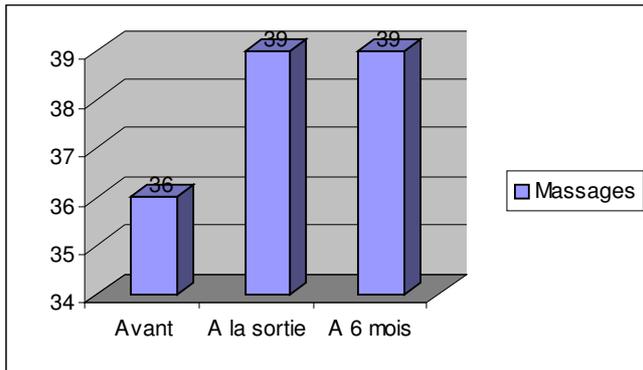
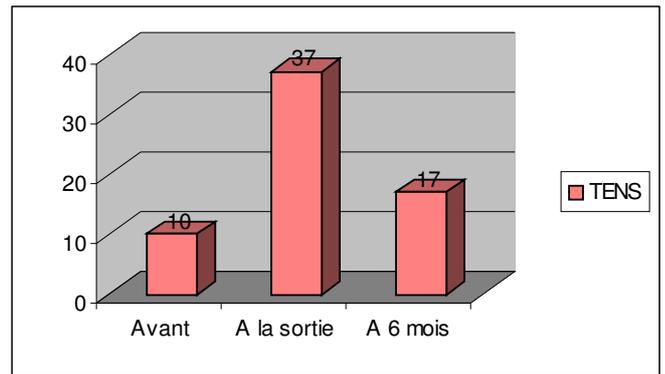
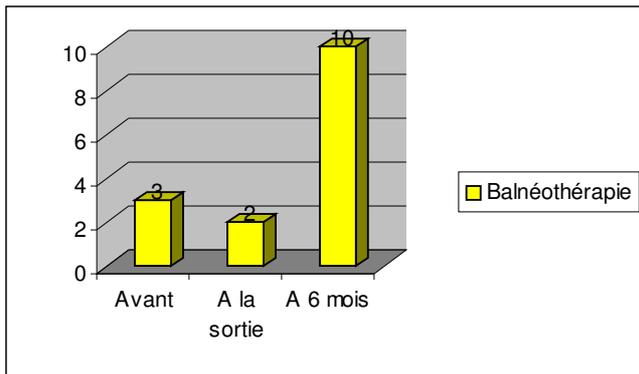
Des traitements co-analgésiques avaient été prescrits chez 29 patients (74%) soit seul ou en association. A 6 mois, 22 personnes (56%) avaient un traitement co-analgésique dont 14 des antidépresseurs (tricycliques 6 fois et IRS 9 fois) , 9 des anxiolytiques et 7 des antiépileptiques.

2 - Non médicamenteuse :



Graphique 8 : Répartition des techniques non médicamenteuses





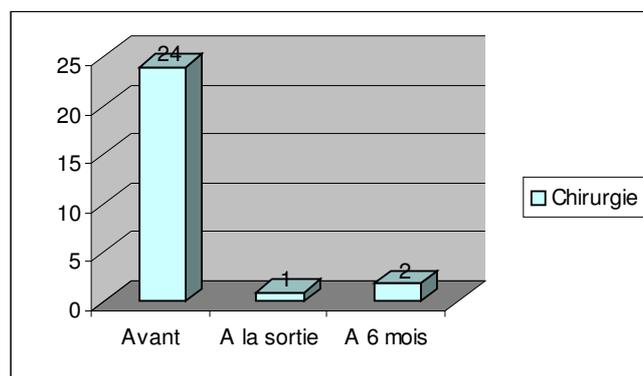
Graphique 9 :

Evolution de la mise en œuvre des techniques non médicamenteuses

Des essais contrôlés ont montré que les manipulations étaient dans certains cas d'une efficacité supérieure aux autres techniques habituellement prescrites et que les résultats étaient satisfaisants dans 60 à 100% des cas (Blotman 1994).

En ce qui concerne la balnéothérapie, de bons résultats ont été rapportés pour cette technique dans certaines études mais les indications du thermalisme dans la lombalgie doivent être mieux préciser et codifier (Blotman 1994).

3 - Chirurgie :



Graphique 10 : Prise en charge chirurgicale

Avant l'hospitalisation, 24 patients avaient été opérés du rachis (dont 5 patients au moins deux fois).

Tableau II

Prise en charge de la douleur.

		Avant	A la sortie du centre	A 6 mois	p-value (Avt-6 mois)	
Prise en charge médicamenteuse	Antalgiques	Antalgiques palier I	12 (31%)	37 (95%)	21 (54%)	0.039*
		Antalgiques palier II	26 (67%)	32 (82%)	29 (74%)	0.456
		Antalgiques palier III	16 (41%)	8 (21%)	7 (18%)	0.025*
	AINS		21 (54%)	36 (92%)	20 (51%)	0.820
	Myorelaxant		10 (26%)	6 (15%)	1 (3%)	0.003*
	Antidépresseurs		20 (51%)	26 (67%)	14 (36%)	0.171
	Benzodiazépines et somnifères		9 (23%)	14 (36%)	10 (26%)	0.792
	Antiépileptiques		17 (44%)	7 (18%)	7 (18%)	0.014*
	Infiltrations de corticoïdes		27 (69%)	24 (62%)	12 (31%)	0.0007**

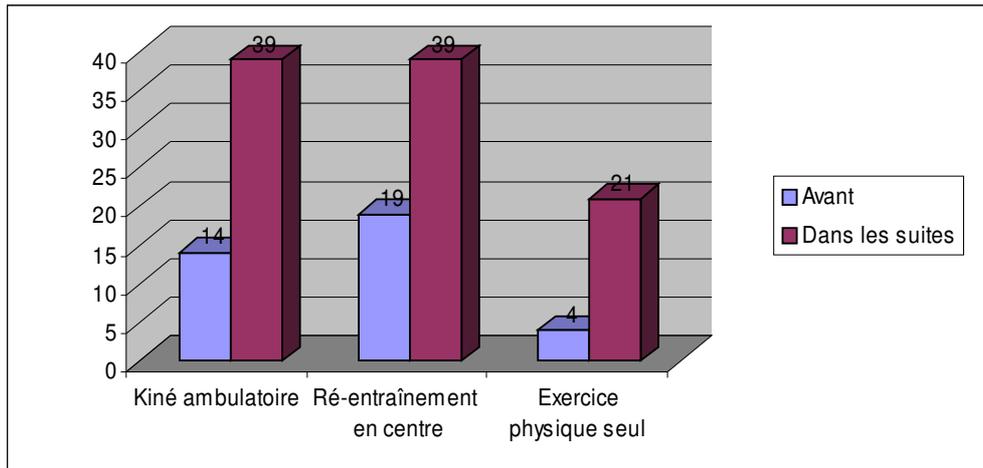
Prise en charge non médicamenteuse	Massages	36 (92%)	39 (100%)	39 (100%)	0.240
	TENS	10 (26%)	37 (95%)	17 (44%)	0.096
	Acupuncture	8 (21%)	37 (95%)	5 (13%)	0.362
	Manipulations	1 (3%)	29 (74%)	11 (28%)	0.002*
	Balnéothérapie	3 (8%)	2 (5%)	10 (26%)	0.033*
Chirurgie		24 (62%)	1 (3%)	2 (5%)	< 0.0001**

b - Abord fonctionnel :

Tableau III

Restauration de la fonction

	Avant	Dans les suites de l'hospitalisation	p-value
Kiné ambulatoire	14 (36%)	39 (100%)	< 0.0001**
Ré-entraînement en centre	19 (49%)	39 (100%)	< 0.0001**
Exercice physique seul	4 (10%)	21 (54%)	< 0.0001**



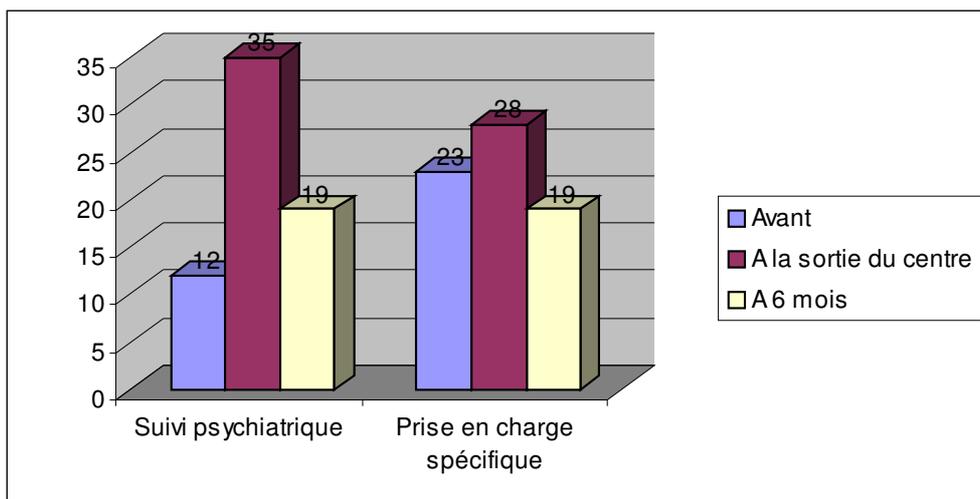
Graphique 11 : Rééducation fonctionnelle

c - Abord psychologique :

Tableau IV

Accompagnement psychologique

	Avant	A la sortie du centre	A 6 mois	p-value (Avt-6 mois)
Suivi psychiatrique	12 (31%)	35 (90%)	19 (49%)	0.105
Prise en charge spécifique	23 (59%)	28 (72%)	19 (49%)	0.364
Psychothérapie	12 (31%)	35 (90%)	19 (49%)	0.105



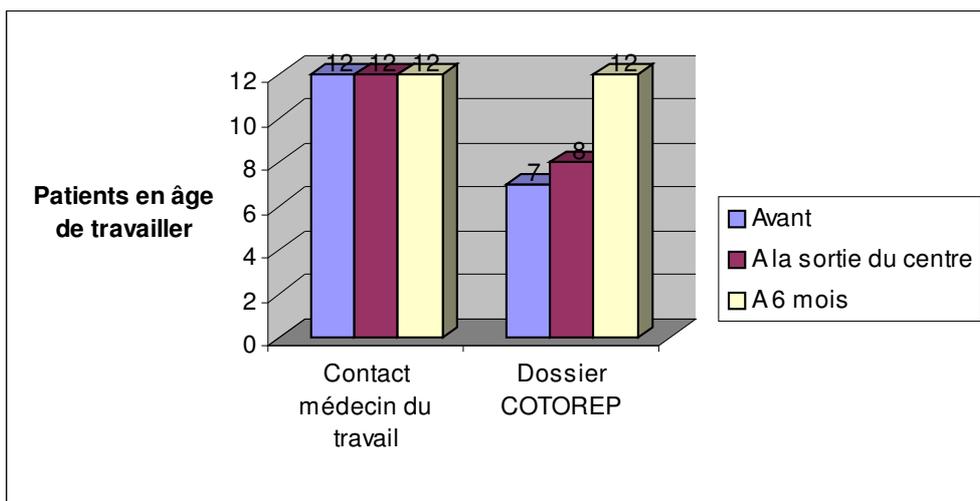
Graphique 12 : Prise en charge psychologique

d - Abord socio-professionnel :

Tableau V

Réinsertion professionnelle

	Avant	A la sortie du centre	A 6 mois	p-value (Avt-6 mois)
Contact médecin du travail	12 (44% des personnes en age de travailler)	12 (44%)	12 (44%)	1
Dossier COTOREP	7 (26% idem)	8 (30%)	12 (44%)	0.187



Graphique 13 : Prise en charge socio professionnelle

III. Comparaison de la prise en charge

Nous avons repris dans des graphiques les principaux points des quatre axes de l'ANAES afin d'observer les changements dans la prise en charge du patient avant son passage au centre et à 6 mois.

Nous avons comparé le pourcentage de patients ayant bénéficié des axes des recommandations ANAES.

A savoir combien d'axes ont été remplis avant, pendant et après le centre de traitement de la douleur.

Tableau VI

Comparaison de la prise en charge pluridisciplinaire.

		6 mois	p-value entre avant et 6 mois

	Avant	Sortie		
1 axe rempli	5 (12.8%)	0 (0%)	1 (2.6%)	0.1084
2 axes remplis	9 (23.1%)	6 (15.4%)	11 (28.2%)	0.604
3 axes remplis	18 (46.2%)	13 (33.3%)	19 (48.7%)	0.8206
4 axes remplis	7 (17.9%)	20 (51.3%)	8 (20.5%)	0.7739

PARTIE IV DISCUSSION

I. Caractéristiques de la cohorte

- Nous avons inclus l'ensemble des patients lombalgiques quel que soit leur âge, en identifiant quand même le sous-groupe des 27 personnes en âge de travailler. La moyenne d'âge étant de 46.6 ± 13.6 ans, on retrouve dans cette population, 23 femmes et 16 hommes.

Il est vrai que les études retrouvées dans la littérature rapportent des résultats concernant des populations plus jeunes (de 18 à 57 ans) et de ce fait plus motivées pour une réadaptation socioprofessionnelle.

- Il faut donc souligner qu'il s'agit ici de lombalgiques chroniques REBELLES, avec une durée des lombalgies étant en moyenne de 192.3 ± 126 mois et la durée d'évolution chronique de 100.9 ± 116.1 mois.

II. Que peut-on tirer de cette étude ?

Dans cette enquête, nous avons inclus 39 lombalgiques rebelles hospitalisés au centre de traitement de la douleur de Nantes sur une période de 16 mois. Parmi les patients rentrant

dans cette étude, 31 (soit 79%) ont bénéficié d'une prise en charge de deux fois cinq jours, 6 personnes sont restées cinq jours et 2 ne sont venues que trois jours.

a - Considérations méthodologiques :

Dans cette étude, nous n'avons pas eu recours à un groupe contrôle. En effet, il s'agit de lombalgiques chroniques rebelles (les douleurs évoluant en moyenne depuis plus de 8 ans) pour lesquelles les traitements standards ont été mis en œuvre et ont déjà échoué. De plus, pour la population en arrêt de travail, la durée d'inactivité était supérieure à 2 ans. Il est donc évident, que pour des raisons éthiques, on ne peut recourir à un groupe contrôle.

Différentes études ont déjà été publiées, comparant l'efficacité des centres de traitement de la douleur entre groupes traités et non traités (Deardoff 1991) et entre les centres de traitement de la douleur et la prise en charge en médecine générale (Becker 2000) et comprenant une cohorte plus importante.

b - Médicaments générateurs de dépendance :

1 - Les benzodiazépines et les hypnotiques :

Toutes les molécules regroupées dans ces deux classes médicamenteuses induisent de nombreux effets indésirables dont le plus important reste la somnolence. Elles entraînent également une dépendance psychique et physique rendant très difficile le sevrage.

Les Français sont les plus grands consommateurs de psychotropes, d'où la nécessité d'en minimiser la prescription et/ou de réduire la posologie.

Dans notre enquête, 4 personnes prenaient des somnifères avant inclusion et 1 seule en consommait encore à 6 mois.

Dans la classe des benzodiazépines, on retrouve le tétrazépam, molécule dont l'effet myorelaxant est prépondérant. Sur les 9 personnes qui en avaient avant le passage au centre, il n'y en avait plus qu'une pour laquelle la molécule avait été prescrite à 6 mois.

Ce résultat est positif d'autant plus que la distinction douleur-contracture reste difficile et qu'il n'y a pas de réponse nette à la question de l'efficacité réelle des décontracturants (Blotman 1994).

2 - Les antalgiques de palier III :

Ces médicaments, en particulier la morphine, sont responsables d'un panel d'effets indésirables : somnolence, vertiges, constipation, nausées, dépendance physique et psychique.

Dans une étude randomisée, réalisée par Moulin (Moulin 1996), sur l'utilisation de la morphine dans les douleurs chroniques non cancéreuses, il a inclus 46 patients avec des douleurs chroniques de plus de 6 mois, ne répondant ni à la codéine, ni aux anti-dépresseurs, et ni aux anti-inflammatoires. Il a utilisé de la morphine à libération prolongée (30 à 120 mg/jour) contre un placebo actif induisant des effets anti-cholinergiques pendant une durée de 9 semaines.

Cette étude a montré une action antalgique de la morphine mais qui n'a pas été suivie par une amélioration de la qualité de vie (Perrot 1998).

L'utilisation des antalgiques de niveau III fait l'objet de recommandations dans les douleurs non cancéreuses (Perrot 1999).

Cependant, il faut être vigilant avant de considérer qu'une douleur résiste aux antalgiques habituels, nécessitant le passage aux antalgiques majeurs.

Règle de passage d'un palier (X) au palier supérieur (Y)

[Revue Pharma 2005]

- v Si la douleur résiste à la dose maximale du palier (X) pendant 48 heures
- v Après vérification de :
 - la bonne observance du traitement,
 - la prescription de co-antalgiques,
 - l'absence de douleur neuropathique

Flor (1992) a rapporté dans une étude que près de 50% des douloureux chroniques prennent des morphiniques avant leur admission au centre de traitement de la douleur.

Dans notre étude, 16 patients (41%) prenaient des antalgiques de palier III avant leur hospitalisation. Après le passage au centre, 7 patients en avaient encore (18%), 10 personnes se sont sevrées et une a initié le traitement.

c - Démarche en vue d'une reprise d'activité :

Lors du contact avec le médecin du travail, il y a constitution d'un dossier COTOREP qui peut aboutir à un reclassement professionnel à un poste adapté (TH) ou éventuellement à une allocation (AAH). Avant inclusion, parmi les 27 personnes en âge de travailler compris dans cette étude, 9 personnes étaient en arrêt de travail (durée en moyenne de 25.7 ± 14.8 mois), 2 travaillaient déjà à un poste de TH et 2 patients recevaient une AAH.

Il est admis que plus un sujet lombalgique est longtemps en arrêt de travail, plus il a de peine à reprendre toute forme d'activité, moins il a de chance qu'un traitement l'aide, et plus il risque de ne jamais retrouver une activité professionnelle. En outre, les chances de retour au travail après un arrêt de plus de deux ans sont presque nulles (Fayad 2004).

On considère qu'après six mois d'arrêt d'activité professionnelle, la probabilité de reprise du travail est d'environ 50%, qu'après un an elle est de 25% et qu'après deux ans elle est à peu près nulle (Poirauveau 1998). Dans notre étude, une personne a repris le travail (sa durée d'inactivité était de 31,04 mois) et une personne a commencé une formation.

Il faut noter également que dans notre enquête, 7 nouvelles personnes avaient contacté le médecin du travail et que cela avait abouti à l'acceptation de cinq nouveaux dossiers COTOREP (au total 12 dont 5 TH et 2 AAH) et 2 étaient en cours de traitement.

d - Rééducation fonctionnelle :

Le réentraînement à l'effort proposé par un kinésithérapeute libéral ou dans les cas les plus sévères en centre de rééducation, doit être couplé à la pratique d'une auto rééducation régulière par le patient, seul gage du maintien des résultats (Lanoiselée 2003).

Avant le passage au CETD, une rééducation avait été proposée chez 24 patients (61%) dont 19 fois en centre spécialisé (graphique 11). Un corset avait déjà été porté par 14 personnes (36%). Toutes les personnes ont eu une prise en charge kinésithérapique avec massage et réentraînement à l'effort lors de l'hospitalisation et un corset a été prescrit chez 20 patients (51%).

On retrouve qu'à six mois, le taux de reprise de travail est plus élevé chez des malades ayant reçu initialement de simples explications et des conseils de mobilisations prudentes de leur rachis (70%) que ceux qui avaient été pris en charge de façon conventionnelle (40%) (Valat 1997). D'autant plus que le repos n'est pas recommandé dans la prise en charge des lombalgies chroniques.

Dans notre étude, on a remarqué qu'effectivement tous les patients avaient eu un réentraînement à l'effort (en centre de rééducation ou au CETD ou en ambulatoire) et que 21 personnes (54%) faisaient un exercice physique régulier dans les suites de leur hospitalisation (p-value avant / à 6 mois < à 0,0001).

Remarque : Parmi les 21 lombalgiques ayant repris une activité physique, on retrouve 19 actifs et 2 inactifs.

e - Composante psychologique :

D'après le graphique 12, 20 personnes (51%) avaient une dépression avérée confirmée à l'entrée par le psychiatre , 9 (23%) présentaient un état anxieux et 3 (23%) des troubles du sommeil. Seulement 12 personnes (31%) avaient déjà bénéficié d'une aide psychologique ou psychothérapique antérieure.

En effet, l'anxiété et la dépression sont des facteurs aggravants de la lombalgie chronique et

doivent être correctement traitées et pour cela des consultations régulières avec un spécialiste (psychologue ou psychiatre) sont recommandées. Celui-ci peut mettre en place une approche comportementale visant à améliorer les capacités adaptatives face à sa douleur (Ozguler 1998).

Effectivement, dans notre enquête, nous avons pu observer que pour les 34 personnes pour lesquelles un suivi psychiatrique avait été conseillé lors du passage au centre, 19 patients soit 49% avaient effectué cette démarche.

f - Insuffisance de mise en œuvre des recommandations ANAES :

Les recommandations ANAES, relatives au traitement de la douleur chez le lombalgique chronique, publiées en décembre 2000 sont dans cette étude insuffisamment appliquées.

En effet, avant inclusion, seules 12 personnes (31%) avaient bénéficié d'une prise en charge psychologique, 14 (36%) de kinésithérapie ambulatoire, 19 (49%) de réentraînement à l'effort en centre et 12 (44%) avaient pris contact avec le médecin du travail en vue d'une réinsertion socioprofessionnelle.

****Pourquoi cette insuffisance ?***

La prise en charge du lombalgique chronique, selon les recommandations ANAES, nécessite une action pluridisciplinaire. On remarque que 2 des 4 axes sont souvent délaissés : l'abord psychologique et l'abord socioprofessionnel.

En effet, en médecine de ville, cela nécessite une collaboration et une organisation entre différents secteurs : médecin généraliste / spécialiste, secteur privé / public...

Il est vrai que, du fait que ces recommandations soient particulièrement innovantes peut découler une certaine difficulté à les mettre en place. Mais il faut souligner également que

certaines professionnels de santé ne sont pas particulièrement désireux de prendre en charge la lombalgie (la part psychologique dans la lombalgie n'étant pas à négliger car elle rentre en compte dans le comportement du malade face à la douleur. C'est un comportement « appris », « conditionné » qui peut perdurer au delà de la persistance de la cause nociceptive initiale d'où l'importance de la thérapie comportementale) (Ozguler 1998).

Quant à la médecine du travail, elle est peu mobilisée, peut être pour des raisons de coordination, mais également par manque de demande du patient qui doit faire preuve de motivation pour se réinsérer (dans notre étude, l'arrêt de travail est en moyenne de plus de 2 ans).

D'après le tableau 6, on remarque que lors du passage au CETD, plus de la moitié des patients ont bénéficié d'une prise en charge totale des 4 axes de l'ANAES. En comparaison de la prise en charge antérieure, on a effectivement noté une évolution à 6 mois. Celle-ci, étant modeste, aurait pu s'aggraver sans le passage au CETD.

CONCLUSION

Nous avons voulu analyser la mise en œuvre des recommandations ANAES chez trente-neuf lombalgiques chroniques avant, pendant l'hospitalisation au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur et à six mois à travers une étude rétrospective.

Nous avons pu détailler ainsi les modalités de prise en charge pluridisciplinaire des lombalgiques chroniques rebelles ; cette étude nous a permis de mieux connaître les CETD et les acteurs de la pluridisciplinarité, et également d'évaluer la mise en œuvre des

recommandations ANAES (en ville et à l'hôpital) même si cette enquête comporte des limites méthodologiques.

La prise en charge des lombalgiques a été améliorée grâce au passage au CETD et les recommandations ANAES ont été maintenues à 6 mois. Cependant, il en ressort une insuffisance dans leurs applications en ambulatoire.

Dans l'optique d'améliorer la mise en œuvre des recommandations, notamment en ville, un essai randomisé est actuellement en cours de réalisation afin de comparer la prise en charge des lombalgiques par une filière hospitalière séquentielle et par une filière conventionnelle **optimisée** (Nizard et coll. 2004).

Cette étude permet également de favoriser la mise en œuvre de ces recommandations dans la deuxième filière, ce qui aboutira à l'évaluation de la faisabilité (analyse descriptive des modalités de soins, observance des recommandations) et de son impact (efficacité sur la reprise du travail). Les professionnels de santé font donc partie intégrante de cette stratégie pour lesquels ont été développés notamment des actions d'information, l'utilisation de rappel de conduite à tenir ...

Cette amélioration concerne également les CETD, pas encore assez connus du grand public, ils s'inscrivent dans le plan de lutte contre la douleur 2002/2005. Un recensement des structures dédiées à la prise en charge des douleurs chroniques rebelles a été réalisé en 2002 auprès des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). On a observé une progression ; par rapport à 2001, on est passé de 23 centres de prise en charge à 27, de 41 unités à 55 et de 32 consultations à 87. (Quotidien du Pharmacien 2004). Les délais d'attente pour l'accès à ces centres sont relativement longs d'où le recours à cette solution en « dernier ressort », les centres font d'ailleurs l'objet d'une recherche à ce sujet (Becker 2000).

Les critères d'hospitalisation et de suivi ambulatoire n'ont pas fait l'objet d'un consensus en

France, pourtant ils conditionnent en partie la qualité des résultats. La procédure de pré-admission des patients dans les centres de traitement de la douleur est nécessaire pour exclure notamment les patients pour lesquels une stratégie pluridisciplinaire est inutile, car n'ayant pas encore fait appel aux stratégies adaptées de première et deuxième intention (en milieu hospitalier), ainsi que les personnes dont les objectifs et la motivation ne sont pas encore clairement définis (Nizard et coll. 2004).

Le pharmacien a également un rôle à jouer dans cette démarche, « nous comptons beaucoup sur les professionnels de ville pour faire passer des messages essentiels sur les traitements de la douleur » a souligné un des concepteurs du plan de lutte anti-douleur. (Quotidien du pharmacien 2004). En particulier dans la délivrance des morphiniques, il est essentiel de tenir informé le patient du risque de tolérance (augmentation des doses pour produire l'effet thérapeutique), de dépendance voire d'assuétude (comportement compulsif vis à vis d'une drogue).

Le pharmacien est un acteur clef dans la prise en charge du lombalgique chronique par ses connaissances pharmacologiques, sa qualité d'écoute et les diverses informations qu'il peut fournir (existence des centres de traitement de la douleur).

Il a également sa place au sein des réseaux de soins et constitue un membre actif à part entière dans la lutte contre la douleur chronique.

La lombalgie chronique est un problème de santé publique nécessitant une prise en charge précoce et la coordination des actions de tous les professionnels de santé concernés.

Il est indispensable que s'établisse une coopération intradisciplinaire mais aussi interdisciplinaire (rhumatologues, chirurgiens, rééducateurs, gestionnaires de la santé) pour que l'on puisse créer des outils qui soient véritablement utiles (Dropsy 1994).

[Empty rectangular box]

ANNEXES

[Empty rectangular box]

ANNEXES :

Annexe 1 : Recommandations de l'ANAES de décembre 2000

Annexe 2 : Modalités pratiques de pré-admission au Centre de traitement de la douleur

Annexe 3 : Objectifs de prise en charge des douleurs chroniques

Annexe 4 : Livret d'accueil

Annexe 5 : Dossier unique du patient douloureux chronique

Annexe 6 : Contrat thérapeutique

Annexe 7 : Plan Quadriennal de Lutte contre la Douleur (2002/2005)

Annexe 8 : Les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle

ANNEXE 1

**RECOMMANDATIONS DE
L'ANAES DE DÉCEMBRE 2000**

ANNEXE 2

**MODALITÉS PRATIQUES DE PRÉ-ADMISSION
AU CENTRE DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR**

ANNEXE 3

OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE DES DOULEURS CHRONIQUES

ANNEXE 4

LIVRET D'ACCUEIL

ANNEXE 5

DOSSIER UNIQUE DU PATIENT

DOULOUREUX CHRONIQUE

Diagnostic principal :

Diagnostics associés :

HISTOIRE DE LA MALADIE

ANTECEDENTS CONTRIBUTIFS :

- Médicaux

- Chirurgicaux

- Psychiatriques

- Allergiques

- Familiaux

TRAITEMENTS ANTERIEURS ET ACTUELS

I - TRAITEMENT ANTERIEURS

1. Médicaux (doses)	Durée	Efficacité (TB, B, M, Ehec)	Tolérance (Signaler Effets Indésirables)
1.1. Médicaments - -			
1.2. Infiltrations - -			

-			
2. Traitements fonctionnels	Méthodes	Efficacité	Tolérance
2.1. Kiné ambulatoire			
2.2. Centres de Rééducation			
2.3. Corset(s)			
2.4. TENS			
2.5. Autres			

	Durée	Efficacité (TB, B, M, Ehec)	Commentaires Tolérance
3. Abords psychologiques			
4. Structures de Lutte contre la Douleur			
5. Abords professionnels			

II - TRAITEMENT A L'ENTREE

◆ POSITION ASSISE

◆ POSITION DEBOUT

◆ SOULEVEMENT

◆ CONDUITE AUTOMOBILE

◆ TEMPS D'INACTIVITE DIURNE (en heures)

◆ ORTHESES, FAUTEUIL ROULANT

◆ ACTIVITES PREFEREES/ABANDONNEES :

◆ DEROUILLAGE MATINAL (heures)

RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE INITIAL

I - RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE INITIAL :

I.1. ELEMENTS CLINIQUES

I.2. ELEMENTS ANXIEUX

I.3. ELEMENTS DEPRESSIFS

I.4. TROUBLES DU SOMMEIL

- EVA Sommeil (sur 10) :

I.5. RETENTISSEMENT SEXUEL

I.6. CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE AU CENTRE DE LA DOULEUR

TRAITEMENTS MEDICAUX EN HOSPITALISATION

TRAITEMENTS (Voie)	DUREE	EFFICACITE	TOLERANCE
1. Médicaux			
-2. Infiltratifs			
-			

ABORD FONCTIONNEL

	RESULTATS : Efficacité, Tolérance
I. KINESITHERAPIE : Protocoles	
II. TENS : Protocoles	
III. ORTHESES et CONTENTIONS	
IV. Avis MEDECIN REEDUCATION :	

ACUPUNCTURE ET THERAPIE MANUELLE Dr. Y. MEAS

**THERAPUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES Et ACTIVITES
EXTRAPROFESSIONNELLES
Dr. J. ARTAGNAN**

ABORD SOCIO-FAMILIAL Rédacteur : Equipe Soignante

I - FAMILIAL

1. Ascendants - fratrie

-Couple - Descendants

II - SOCIAL (Relations amicales et sociales)

-ABORD MEDICO-SOCIAL

Médecin Conseil et Assistante Sociale ABORD PSYCHOLOGIQUE C. CHIFFOLEAU
--

I - DEMANDE ET MOTIVATION

II - OBJECTIFS DE SOINS NEGOCIES :

II.1. Baisse des prises médicamenteuses

II.2. Fonctionnels :

II.3. Sociaux

II.4. Professionnels

III. TRAVAIL PSYCHOLOGIQUE

CONSULTATIONS PSYCHIATRE I Préciser : Dates, Noms du Psychiatre

CONSULTATIONS PSYCHIATRE II Préciser : Dates, Noms du Psychiatre
--

ABORD PROFESSIONNEL I

ABORD PROFESSIONNEL (II)
Consultation de Pathologie Professionnelle (Pr. GERAUT)

EVOLUTION LORS DE L'HOSPITALISATION

DATES	EVALUATION	PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

EVALUATION A LA SORTIE DU CENTRE (I)

I - DOULEUR

- E.V.A. sur 10

- Composante nocturne

- Autres caractéristiques

II - RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

E.V.A. sur 10

Périmètre de marche (en mètres)

Temps d'inactivité (en heures)

DALLAS (à remplir en document séparé)

III - ETAT PSYCHOLOGIQUE

Symptômes anxieux

symptômes dépressifs

EVA sommeil sur 10

Entourage socio-familial

IV - TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

EVALUATION A LA SORTIE DU CENTRE (II)
--

V - ABORD PROFESSIONNEL

V.1. Démarches professionnelles :

Dossier COTOREP

V.2. Reprise d'activité professionnelle

- Adaptations Quantitatives (temps partiel)

-Adaptations Qualitatives

VI - AMELIORATION

% Amélioration estimé par le patient :

% Amélioration estimé par le médecin :

VII – DIVERS

EVALUATION à 6 MOIS (I)

I - DOULEUR

E.V.A. sur 10

Composante nocturne

Autres caractéristiques

II - RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

E.V.A. sur 10

Périmètre de marche (en mètres)

Temps d'inactivité (en heures)

DALLAS (à remplir en document séparé)

III - ETAT PSYCHOLOGIQUE

Symptômes anxieux

symptômes dépressifs

EVA sommeil sur 10

Entourage socio-familial

IV - TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

EVALUATION à 6 MOIS (II)

V - ABORD PROFESSIONNEL

V.1. Démarches professionnelles

Dossier COTOREP

V.2. Reprise d'activité professionnelle

- Adaptations quantitatives (temps partiel)

- Adaptations qualitatives

VI - AMELIORATION

% Amélioration estimé par le patient :

% Amélioration estimé par le médecin :

VII - DIVERS

EVALUATION à 12 MOIS (I)

I - DOULEUR

E.V.A. sur 10

Composante nocturne

Autres caractéristiques

II - RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

E.V.A. sur 10

Périmètre de marche (en mètres)

Temps d'inactivité (en heures)

DALLAS (à remplir en document séparé)

III - ETAT PSYCHOLOGIQUE

Symptômes anxieux

symptômes dépressifs

EVA sommeil sur 10

Entourage socio-familial

IV - TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

EVALUATION à 12 MOIS (II)

V - ABORD PROFESSIONNEL

V.1. Démarches professionnelles :

Dossier COTOREP

V.2. Reprise d'activité professionnelle :

- Adaptations quantitatives (temps partiel)

- Adaptations qualitatives

VI - AMELIORATION

% Amélioration estimé par le patient :

% Amélioration estimé par le médecin :

VII – DIVERS

ANNEXE 6

CONTRAT THERAPEUTIQUE

ANNEXE 7

PLAN QUADRIENNAL DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (2002/2005)

Le plan quadriennal de lutte contre la douleur 2002/2005

Un travail dans la continuité et trois nouvelles priorités :

Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur, notamment de la douleur chronique rebelle (lombalgie, céphalées chroniques, douleur cancéreuse...)

- Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie
- Mieux prendre en charge la douleur de l'enfant
- Reconnaître et traiter la migraine

Cinq objectifs

- **Associer les usagers par une meilleure information :**
 - ✓ Le contrat d'engagement douleur remplace le carnet douleur
- **Améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées :**
 - ✓ Renforcement des structures (une consultation dans les départements et un centre dans les régions qui en sont dépourvues), création de postes de praticiens hospitaliers
- **Améliorer l'information et la formations des personnels de santé :**
 - ✓ Elaboration de documents
- **Amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur :**
 - ✓ Guide méthodologique (1^{er} semestre 2002)
- **Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée :**
 - ✓ Formations et créations de 125 postes d'infirmiers référents douleur

ANNEXE 8

LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE REBELLE

Les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle

La douleur chronique rebelle est une douleur qui d'une part persiste plusieurs semaines, mois ou années, et d'autre part est rebelle aux traitements antalgiques usuels, nécessitant une prise en charge spécifique tant au niveau de son évaluation que de son traitement.

Le malade douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur des règles d'organisation et des principes thérapeutiques fixés dans la circulaire DGS/DH n°3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques. Il s'agit :

- D'assurer une approche pluridisciplinaire pour appréhender les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une combinaison de techniques thérapeutiques,
- De décider d'une thérapie adaptée après bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial,
- D'obtenir la confiance du malade, sa coopération avec l'équipe soignante, son adhésion au traitement et, en cas d'insuccès partiel ou total, lui apprendre à vivre avec sa douleur,
- De prendre en compte l'environnement familial, culturel et social du malade,
- De pratiquer régulièrement une évaluation rétrospective du travail accompli par l'équipe, de participer à la recherche et à l'enseignement.

Dans ce cadre, les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle interviennent lorsque les douleurs deviennent invalidantes et rebelles aux antalgiques usuels, persistent dans le temps, représentent pour le patient l'essentiel de sa maladie et s'accompagnent de retentissement psychologique lié au caractère chronique.

Ces structures s'inscrivent dans le cadre d'une pratique pluridisciplinaire, s'attachant à définir une stratégie thérapeutique adaptée, prenant en charge globalement le patient et son entourage. Elles contribuent à la diffusion de la "culture" douleur dans les pratiques de soins.

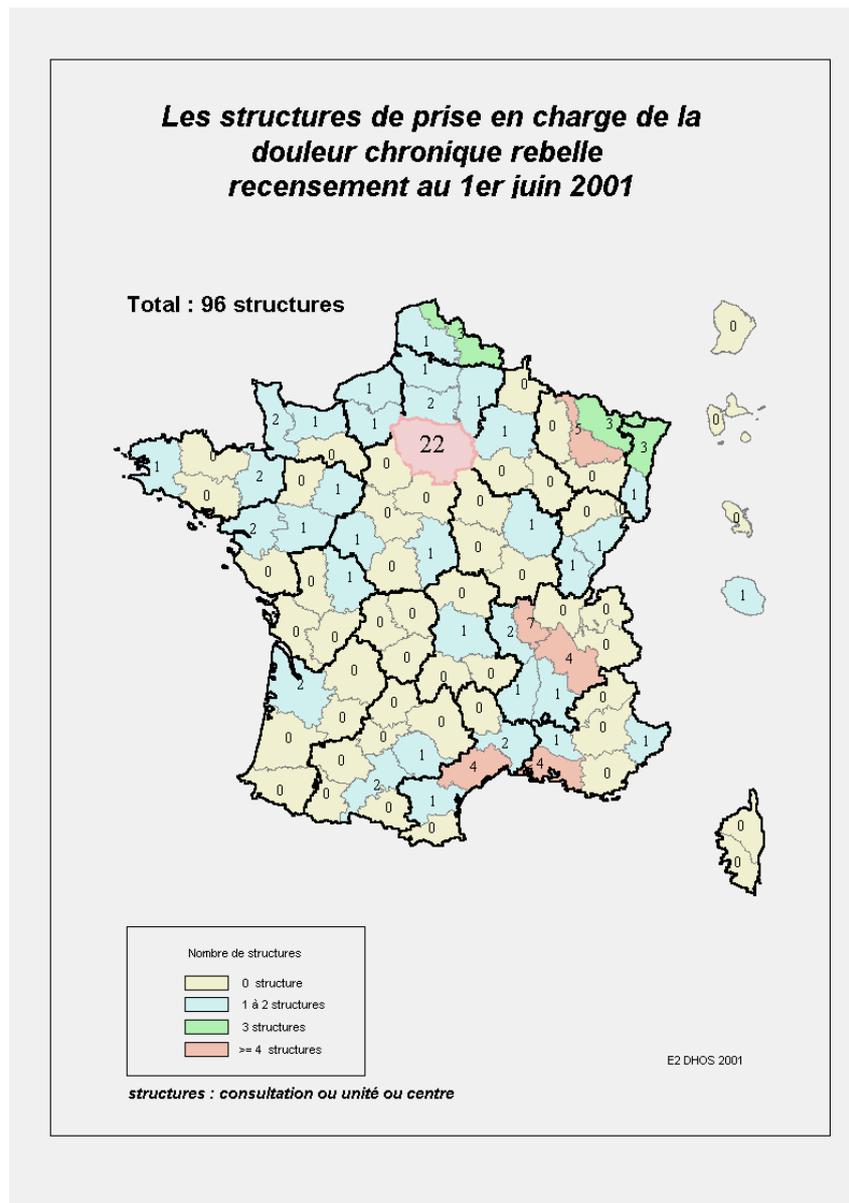
Trois types de structures de prise en charge de la douleur chronique sont distingués :

- les consultations pluridisciplinaires qui représentent l'entité de base et le maillon essentiel de l'approche globale du patient douloureux,
- les unités pluridisciplinaires qui permettent l'instauration de traitement nécessitant un plateau technique et des lits ou place d'hospitalisation,
- les centres qui ont pour mission l'enseignement et la recherche portant sur des thématiques douleur.

Dans le cadre du plan triennal de lutte contre la douleur initié par Monsieur Bernard Kouchner en 1998, et afin de mieux informer les usagers et les professionnels de santé sur l'existence de ces structures, les agences

régionales de l'hospitalisation ont été chargées d'en dresser la liste. Les conditions à remplir pour être identifiée officiellement comme "structure de prise en charge de la douleur chronique" sont précisées dans le guide d'analyse qui accompagne la circulaire DGS/DH du 4 février 1998.

A ce jour, 96 structures ont été recensées : 32 consultations, 41 unités et 23 centres pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)** : Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Décembre 2000.
2. **Becker N., Sjøgren P., Bech P., Olsen A.K., Eriksen J.** : Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. Pain 2000; 84, 203-211.

3. **Blotman F.; Treves R., Bonnwarth B., Bossy J., Duplan B., Ghozlan R., Goupille P., Lassalle B., Revel M., Vautravers P.:** Le traitement des lombalgies chroniques. Rev.Rhum.1994; 61, 51S-64S.
4. **Bouhassira D. :** Nouvelles perspectives médicamenteuses dans le traitement de la douleur. Rev.Rhum.1998; 65, 105S-106S.
5. **Breckenridge J. and David Clark J.:** Patients characteristics associated with opioïd versus Nonsteroidal anti-inflammatory Drug management of chronic low back pain. The journal of pain 2003; 6, 344-350.
6. **Charlot J., Rozenberg S., Bourgeois P.:** Facteurs de risques professionnels psychosociaux et lombalgie. Rev.Rhum.1998; 65, 11S-14S.
7. **Chiapuzzi A.,** Thèse : "Efficacité de la prise en charge à 12 mois de 46 lombalgiques rebelles par un centre de traitement de la douleur" Nantes, 2002.
8. **Crombez G., Vlaeyen J.W., Heuts P.H., Lysens R. :** Pain-related fear is more disabling than pain itself : evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability . Pain 1999 ; 80, 329-339.
9. **Deardoff WW., Rubin HS., and Scott DW.:** Comprehensive multidisciplinary treatment of chronic pain: a follow-up study of treated and non-treated groups. Pain 1991; 45, 35-43.
10. **Dorosz P.,** Guide pratique du médicament, Ed. Mabine, Paris, Edition 2004.
11. **Dropsy R., Marty M. :** Indices de qualité de vie pour l'évaluation des lombalgies. Rev. Rhum.1994; 61, 44S-47S.
12. **Duquesnoy B., Allaert F.A., Verdoncq B. :** Retentissement psychosocial et professionnel de la lombalgie chronique . Rev.Rhum.1998 ; 65, 37-45.
13. **Duquesnoy B., Defontaine M.C., Grardel B., Maigne J.Y., Simonin J.L., Thevenon A., Vignon E. :** Définition de la lombalgie chronique. Rev.Rhum.1994; 61, 9S-10S.
14. **Fautrel B., de Sauverzac C., Rozenberg S., Bourgeois P. :** Facteurs de risques professionnels d'origine biomécanique et physiologique et lombalgies. Rev .Rhum.1998; 65, 7S-10S.
15. **Fayad F., Lefevre- Colau M.M., Poiraudeau S., Fermanian J., Rannou F., Wlodyka Demaille S., Benyahya R., Revel M. :** Chronicité, récurrence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. Annales de réadaptation et de médecine physique.2004 ; 47, 179-189.
16. **Frost H., Lamb S.E., Kleber Mofett J.A., Fairbank JCT., Moser J.S. :** A fitness programme for patients with chronic low back pain : 2 year follow-up of a randomised controlled trial. Pain 1998; 75, 273-279.

17. **Gepner P., Charlot J., Avouac B., Pierron D., Pireault J., Scherding F., Rosenberg S., Rossignol M., Dubray R., Romeix E., Blin P., Boulongne D.** : Lomalgies : Aspects socio-économiques, épidémiologiques et médico-légaux. Rev.Rhum.1994; 61, 5S-7S.
18. **Han J.S.** : Acupuncture and endorphins. Neurosciences Letters 2004 ; 361, 258-261.
19. **Hérisson Ch., Avouac B., Simon L.**: Les médicaments antalgiques. 1992.
20. **Hicks G.S., Duddleston D.N., Russel L.D., Holman H.E., Shepherd J.M., BCA** : Low back pain. AmJ Med Sci.2002; 324, 207-211.
21. **Jensen I.B., Bodin L.**: Multimodal cognitive-behavioural treatment for workers with chronic spinal pain: a matched cohort study with an 18 month follow-up. Pain 1998; 76, 35-44.
22. **Lanoiselée J., Nizard J., Meas Y., Lajat Y.** : Rôle du médecin de médecine physique et réadaptation dans un Centre d'Evaluation et de traitement de la douleur. Doul. et Analg. 2003; 3, 151-154.
23. **Le quotidien du pharmacien** : Formation thérapeutique: les lomalgies . N° 2204. Mars 2004.
24. **Le quotidien du pharmacien** : Dossier vaincre la douleur. N° 2220. Avril 2004.
25. **Linton S.J.** : The socioeconomic impact of chronic back pain : is anyone benefiting ? Pain 1998;75, 163-168.
26. **Maniadakis N. and Gray A.**: The economic burden of back pain in the UK. Pain 2000; 84, 95-103.
27. **Mannion A.F., Munterer M., Taimela S., Dvorak J.**: A randomised clinical trial of three active therapies for chronic low back pain. Spine 1999; 24, 2435-48.
28. **Maruta T., Malinchoc M., Offord K.P., Colligan R.C.**: Status of patients with chronic back pain 13 years after treatment in a pain management center. Pain 1998; 74, 199-204.
29. **Meas Y., Nizard J., Rouxville Y., Lajat Y.**: Place de l'acupuncteur et du thérapeute manuel dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques. Doul. et Analg. 2003; 3, 155-159.
30. **Moulin D.E., Iezzi A., Amireh R. et al.**: Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain. Lancet 1996; 347, 143-147.
31. **Nizard J., Lajat Y., Lanoiselée J.M., Paul L., Lebreton L., Berthelot J.M., Glemarec J., Maugars Y., Nguyen J.M., Lombrail P., Robin B., Bocher R., Vanelle J.M., Chatelier F., Géraud C., Potel G.** : Essai randomisé comparant l'efficacité relative, sur la prise en charge du lombalgique chronique, d'une filière de soins séquentielle au centre de traitement de la douleur puis au centre de rééducation et d'une filière conventionnelle optimisée en référence aux recommandations de l'

ANAES. Programme de recherche 2004.

32. **Nizard J., Lombrail P., Potel G., Meas Y., Lanoiselée J.M., Robin B., Nguyen J.M., Lajat Y.**: Evaluation de l'efficacité de la prise en charge à un an de 46 lombalgiques chroniques rebelles par un centre de traitement de la douleur. *Doul. et Analg.* 2003; 3, 187-196.
33. **Ozguler A., Morel Fatio M., Boureau F.** : Approche comportementale du lombalgique chronique. *Rev.Rhum.* 1998; 65, 101S-102S.
34. **Perrot S.** : Morphine en rhumatologie : du fondamental à la pratique. *Rev.Rhum.* 1998; 65, 97S-98S.
35. **Perrot S., Bertin P., Bannwarth B., Javier R.M., Glowinski J., Labars M., Treves R.** : Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses : les recommandations de Limoges. *Rev.Rhum.* 1999; 66, 651-657.
36. **Poiraudeau S., Revel M.** : Reconditionnement à l'effort du lombalgique. *Rev.Rhum.* 1998; 65, 180S-181S.
37. **Revue Pharma** : Les antalgiques au service des maux. N° 3, Mai 2005.
38. **Rossignol M., Suissa S., Abenheim L.** : Working disability due to occupational back pain : three year follow-up of 2300 compensated workers in Quebec. *J. Occup. Med.* 1988; 30, 502-5.
39. **Rozenberg S.** : Infiltrations du rachis lombaire : indications, résultats, risques. *Rev.Rhum.* 1998; 65, 178S-179S.
40. **Spitzer W.D., Leblanc F.E., and Dupuis M.**: Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders. *Spine* 1987; 12, S4-S55.
41. **Valat J.P., Goupille P., Védère V.** : Lombalgies : facteurs de risque exposant à la chronicité. *Rev.Rhum.* 1997; 64, 203-208.
42. **Vautravers P.** : Manipulations vertébrales chez le lombalgique. *Rev.Rhum.* 1998; 65, 182S-183S.
43. **Vidal**, dictionnaire, OVP Editions du Vidal 2004, Paris.

Adresses électroniques :

- www.anaes.fr
- Les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle: www.sante.gouv.fr

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS): www.who.int/fr.
- Plan de Lutte Quadriennal contre la douleur (2002/2005) : www.sante.gouv.fr

UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE

Année de la Soutenance
2005

Nom – Prénom : SAMBOURG Caroline

Titre de la Thèse : Evaluation de la mise en œuvre des recommandations de l'ANAES chez 39 lombalgiques chroniques rebelles avant, à la sortie et 6 mois après le passage au centre de traitement de la douleur du CHU de Nantes

Résumé de la Thèse :

La lombalgie chronique fait partie des problèmes de santé publique actuels concernant une minorité de patients mais engendrant des coûts directs et indirects importants.

L'ANAES a publié en Décembre 2000 des recommandations relatives à la prise en charge du lombalgique chronique et basées sur 4 axes : la prise en charge de la douleur, la restauration de la fonction, l'accompagnement psychologique et la réinsertion socioprofessionnelle.

Dans une étude regroupant 39 lombalgiques chroniques rebelles hospitalisés au CETD du CHU de Nantes de Février 2001 à Juin 2002, nous avons évalué la mise en œuvre des recommandations ANAES avant, pendant le centre et à 6 mois.

MOTS CLES : Lombalgie chronique – Douleur – Centre de Traitement de la Douleur –
Recommandations de l'ANAES

JURY :

PRESIDENT : ALLIOT Anne, Docteur en Pharmacie, Maître de conférence en Parasitologie

ASSESEURS : GRIMAUD Nicole, Docteur en Pharmacie, Maître de conférence en Pharmacologie

POTEL Gilles, Professeur en Médecine, Maître de conférence en Thérapeutique

LEVEQUE Patrick, Docteur en Pharmacie, 88 rue du Lieutenant de Monti,
44400 REZE

Adresse de l'auteur : 48, rue Blanchet – 44400 REZE