

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N°...81..

THESE
pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en MEDECINE DU TRAVAIL

Par

Anne-Laure BIGO ép. COMTE
Née le 20 Juin 1981 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Octobre 2010

**Efficacité à 24 mois d'une filière de soins originale : Centre de
Traitement de la Douleur - Centre de Rééducation Fonctionnelle,
sur la qualité de vie et le retour au travail de 33 lombalgiques
chroniques rebelles en arrêt de travail depuis plus de 6 mois.**

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christian GERAUT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Julien NIZARD

Monsieur le Professeur LOMBRAIL

Monsieur le Professeur N'GUYEN

Madame le Docteur CHATELIER

Sommaire

Sommaire	2
Introduction.....	3
1 Facteurs de passage à la chronicité des lombalgiques : un enjeu de santé publique.....	7
1.1 Facteurs de risque de survenue de la lombalgie chronique.....	7
1.2 Facteurs de risque prédictifs de récurrence et de chronicité des lombalgiques.....	12
1.3 Facteurs pronostiques de retour au travail chez le lombalgique chronique.....	16
1.4 Détection précoce des lombalgiques susceptibles d'évoluer vers la chronicité.....	17
1.5 Peurs et croyances vis-à-vis du lombalgique chronique.....	18
2 Patients et méthodes	21
2.1 Population étudiée	21
2.2 Méthodes.....	22
3 Résultats.....	42
3.1 Natures des cas pris en charge	42
3.2 Efficacité à 12 et 24 mois de la prise en charge en filière pluridisciplinaire CETD-CRF	50
4 Discussion	62
4.1 Considérations méthodologiques	62
4.2 Efficacité de la filière CETD – CRF sur le retour et le maintien au travail de lombalgiques chroniques en arrêt de travail prolongé.....	64
4.3 Perspectives	66
5 Conclusions.....	69
Références.....	70
ANNEXES	77

Introduction

La lombalgie est d'une très grande fréquence dans la population générale : on estime que seulement 2 personnes sur 10 passeront leur existence sans douleur rachidienne. Dans le rapport de la DGS en 2003, 70 % des français déclaraient souffrir ou avoir souffert de lombalgies au cours de leur vie. [74]

De plus, les TMS, et parmi lesquels la lombalgie, représentent l'une des questions les plus préoccupantes en santé au travail. En effet, 34% des travailleurs européens déclarent souffrir de problèmes de dos. [35]

Ces pathologies ont été reconnues comme problème majeur de santé publique en 2000 par l'OMS. [35] C'est la 3ème cause de handicap chronique chez les moins de 45 ans.

Mais si les lombalgies sont très fréquentes, seulement 5% des personnes atteintes vont souffrir de façon chronique. Cependant, cette minorité de patients représente 85% du coût total des lombalgies tant en jours de travail perdu qu'en terme de compensation. [70]

Cet état des lieux n'est pas spécifique à la France et touche aussi bien les autres pays européens que les pays Nord- Américains et cette situation risque de se majorer avec le vieillissement de la population. [35]

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 mais ne dépasse qu'exceptionnellement le genou [3]. La lombalgie est dite commune quand elle exclut toute affection lombaire secondaire à une atteinte infectieuse, inflammatoire, tumorale ou traumatique.

Il existe à l'heure actuelle deux approches physiopathologiques des rachialgies à l'étude : celle d'un syndrome douloureux musculo-squelettique et celle d'une susceptibilité génétique associée aux facteurs environnementaux. Pour explorer cette dernière piste de réflexion, une étude épidémiologique nordique a été réalisée chez plus de 15 000 danois jumeaux en 2009. Cette étude a retrouvé une corrélation génétique entre les différents génotypes et leurs conséquences, sans distinction quant aux différentes régions vertébrales. Ces résultats sont en

faveur de l'existence d'une base génétique commune à un grand nombre de rachialgie, dont la lombalgie. [37]

Cette pathologie, le plus souvent bénigne, peut être paradoxalement responsable d'un lourd handicap socioprofessionnel.

Le retentissement de la lombalgie chronique sur la qualité de vie, l'incapacité fonctionnelle, la réinsertion socioprofessionnelle ainsi que les coûts, et pour le patient et pour la collectivité, en font un vrai problème de santé publique. [50]

La prise en charge des lombalgies chroniques fait appel, en première intention, aux traitements « conventionnels » médicaux, chirurgicaux et rééducatifs. Ceux-ci méritent d'être rapidement mis en œuvre par les professionnels de santé. En effet, on sait que la durée d'arrêt de travail conditionne la probabilité de retour au travail : après 6 mois d'arrêt de travail, la probabilité de reprise est de 40% ; après 12 mois, elle chute à 20% et après 24 mois elle n'est plus que de 10%. [3]

L'échec d'une prise en charge de première attention légitime l'utilisation d'un abord pluridisciplinaire. Cette prise en charge globale prend en compte la douleur du patient (en lui apprenant à mieux la gérer au quotidien), le retentissement fonctionnel (restauration de la fonction), le retentissement psychologique accompagnement adapté au patient et à son histoire de vie, travail sur les croyances et les comportements douloureux inappropriés) et le retentissement professionnel (aide à la réinsertion).

Cette prise en charge pluridisciplinaire mérite cependant d'être adaptée au niveau de handicap du patient: en 1998, DUQUESNOY [21] a décrit 3 groupes de lombalgiques chroniques dont les caractéristiques sont les suivantes :

- *le groupe 1*: questionnaire de Dallas de la qualité de vie du lombalgique [54] inférieur ou égal à 36, âge inférieur à 40 ans, intensité de la douleur inférieure à 35 mm/100, qualité de vie supérieure ou égale à 70 mm/100, aucune prise de somnifères, fonction musculaire bonne, tests isocinétiques supérieurs à 60 secondes..

- *le groupe 3* : Dallas supérieur ou égal à 69, intensité douleur supérieure ou égale à 45 mm, qualité de vie inférieure à 15 mm, prise de somnifères fréquente, fonction musculaire mauvaise et tests isocinétiques inférieurs ou égaux à 30 secondes.

- *le groupe 2* étant le groupe intermédiaire.

Pour les patients des groupes 1 et 2, une prise en charge rééducative de première intention donne de bons résultats ; pour ceux du groupe 3, une prise en charge plus globale est le plus souvent nécessaire, faute de quoi la prise en charge risque d'échouer.

Malgré sa fréquence et son coût, les différents traitements de la lombalgie chronique restent insuffisamment standardisés : une prévention individualisée ainsi qu'une stratégie de prise en charge adaptée représentent les éléments clés du traitement moderne de cette pathologie. Le retour au travail doit faire partie intégrante du projet thérapeutique pour le patient, et un critère de jugement déterminant des travaux de recherche sur la lombalgie chronique.

La littérature rapporte des résultats intéressants, en termes de qualité de vie et de retour au travail, de la prise en charge des lombalgiques chroniques par un Centre de Rééducation Fonctionnelle [4, 18, 45, 49, 67] OU un Centre de Traitement de la Douleur [7, 48] intervenant séparément. Mais ces résultats se dégradent rapidement lorsque l'arrêt de travail des patients se prolonge: après 12 mois, moins de 20% des patients reprennent leur emploi, et moins de 10% après 24 mois, ce qui entraîne un coût majeur pour le patient, sa famille, et la société.

Compte tenu de l'importance du handicap de ces patients, et des coûts majeurs de santé engendrés, nous nous sommes demandés si une prise en charge en filière de soins originale, jamais publiée, associant Centre de Traitement de la Douleur puis Centre de Rééducation Fonctionnelle, pourrait obtenir de meilleurs résultats sur le devenir des patients lombalgiques chroniques rebelles, particulièrement en termes de reprise du travail.

En 2003, notre équipe [62], a montré l'efficacité à 12 mois de la prise en charge par notre Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur seul, chez 46 lombalgiques chroniques rebelles hospitalisés, tous âges confondus.

Puis, nous avons montré pour la première fois l'efficacité de cette filière originale Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur – Centre de Rééducation Fonctionnelle, sur la qualité de vie à 12 mois de 21 lombalgiques chroniques rebelles. [63] Sur les 10 patients en arrêt de travail de plus de 6 mois, nous avons obtenu des résultats encourageants en termes de reprise de travail (4 avaient repris le travail à un an).

Avec cette étude, nous avons souhaité confirmer ces résultats sur une population plus importante et homogène de 33 patients lombalgiques chroniques, en arrêt de travail depuis

plus de 6 mois, et suivis sur une durée plus longue, de 24 mois. Nous nous sommes également intéressés au maintien au travail à 24 mois, donnée très rarement retrouvée dans la littérature.

Dans un premier temps, nous exposerons les facteurs de risque actualisés de passage et d'entretien de la chronicité des lombalgiques.

Puis, nous décrirons les caractéristiques de notre population de 33 lombalgiques chroniques rebelles, en âge de travailler et en arrêt de travail de plus de 6 mois mais moins de 24 mois, hospitalisés au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de 2002 à 2008 et ayant tous bénéficié d'une prise en charge en Centre de Rééducation par la suite.

Dans un deuxième temps, nous rapporterons nos résultats en termes d'efficacité à long terme (24 mois) de cette filière de soins, encore jamais reportée dans la littérature, sur le retour à l'emploi et l'amélioration de la qualité de vie (douleur, fonction, état psychique et thérapeutiques dépendogènes) de ces patients.

1 Facteurs de passage à la chronicité des lombalgies : un enjeu de santé publique

En raison de la fréquence, du coût et du retentissement des lombalgies, de nombreuses études se sont attachées à déterminer les facteurs de risque de survenue, de récurrence et de chronicité de cette symptomatologie dans la population générale afin de pouvoir trouver des solutions médicales et économiques permettant de diminuer le retentissement socioéconomique de cette pathologie.

Une des difficultés d'analyse des facteurs de risques de la lombalgie est que celle-ci est d'origine multifactorielle.

1.1 Facteurs de risque de survenue de la lombalgie chronique

Ces facteurs de risque de la lombalgie sont multiples et intriqués, à la fois professionnels et extraprofessionnels.

Les facteurs prédisposant aux lombalgies sont assez bien étudiés contrairement aux facteurs prédictifs de la chronicité compte tenu des difficultés méthodologiques.

Trois principaux facteurs sont retrouvés : le statut psychologique, l'intensité de l'activité physique au travail et enfin le stress psychosocial. [70]

a) Statut psychologique

Beaucoup d'études transversales retrouvent une association entre les facteurs psychologiques et l'apparition d'une lombalgie. Il s'agit de facteurs tels que l'anxiété, la dépression, les symptômes de somatisation, le stress des responsabilités, le stress psychologique au travail.

La relation entre stress et pathologie lombaire est connue depuis la fin du XIX^e siècle avec les lombalgies des voyageurs des trains anglais, effrayés par les risques de ces voyages (railway spine).

Waddell et al [86], dans une revue de synthèse, montrent que les facteurs psychosociaux sont des facteurs de risque pour l'incidence (début) de la lombalgie, et cela avec un fort niveau de preuve scientifique, mais que cependant le poids global de ce facteur est faible.

Néanmoins, pour Pieter et al, une relation a été mise en évidence entre l'évolution à long terme et le soutien des collègues et/ou des supérieurs. [66]

Une importante étude prospective a été réalisée pendant 33 ans sur des patients du Royaume-Uni, nés en 1958. [73]

L'objectif était d'identifier des facteurs de risque de lombalgie apparaissant dans leur 33^{ème} année de vie. Les patients inclus étaient ceux n'ayant pas eu de symptomatologie lombaire à 23 ans et qui avaient présenté un premier épisode l'année précédant leur 33^{ème} anniversaire. Les facteurs de risque étudiés étaient variés : facteurs ergonomiques, psychosociaux et psychologiques, consommation de tabac, niveau d'éducation et classe sociale.

Ce suivi multivarié a été réalisé à 5 reprises (à l'âge de 7ans, 11 ans, 16 ans, 23 ans et 33 ans). L'analyse des résultats a permis de montrer que le critère principal, expliquant une lombalgie à 33 ans, était l'existence d'un stress psychosocial à 23 ans. Les autres facteurs de risques significatifs relevés dans cette étude sont le sexe féminin et la consommation de tabac. Les contraintes ergonomiques telles que le port de charges lourdes au travail n'atteint pas le seuil significatif statistique.

b) Facteurs professionnels physiques

Une demande physique importante au travail (port de charges lourdes, efforts de soulèvement, travaux réalisés le tronc en flexion, les mouvements répétés en rotation et l'exposition aux vibrations) est un facteur de risque pour l'incidence (début) de la lombalgie et cela avec un fort niveau de preuve scientifique. [1]

De plus, la manutention manuelle concerne un grand nombre de salarié puisque dans l'enquête SUMER (Surveillance MEDicale des Risques) réalisée en 2003 sur plus de 50 000 salariés, 40% des salariés déclarent manipuler des charges lourdes pendant leur travail.

Sans anticiper sur les démarches de prévention qui peuvent être mises en œuvre dans différents milieux de travail afin de réduire l'exposition des salariés à ces facteurs de risque professionnel, nous pouvons rappeler qu'il existe des normes et des textes réglementaires relatifs aux Valeur Limite d'Exposition Professionnelle (VLEP).

Pour le port de charges lourdes par exemple, l'article R. 231-72 du Code du Travail précise: «Lorsque le recours à la manutention manuelle est inévitable, et que les aides mécaniques ne peuvent pas être mises en œuvre, un travailleur ne peut être admis à porter d'une façon habituelle des charges supérieures à 55 kg, qu'à condition d'y avoir été reconnu apte par le médecin du travail, sans que ces charges puissent être supérieures à 105 kg».

Il existe de plus une norme (norme FX-109, homologuée en Décembre 2009) qui définit une valeur « acceptable » de 15 kg et une valeur « sous condition » de 25 kg, à la fois pour les hommes et les femmes de 18 à 65 ans. Le tonnage journalier, par salarié, est limité à 10 tonnes.

Cependant, les manutentions manuelles comportent des tâches extrêmement variées, difficiles à modéliser.

D'autres auteurs trouvent une relation entre l'exposition aux vibrations au corps entier, en association avec d'autres facteurs comme la station assise prolongée, le soulèvement de charge et la position penchée, et l'incidence de la lombalgie. [7, 55]

Pour les vibrations, il existe aussi des textes réglementaires. L'article R. 231-119.- I du code du travail fixe « La valeur limite d'exposition journalière rapportée à une période de référence de 8 heures à 1,15 m/s² pour les vibrations transmises à l'ensemble du corps.».

De plus, il est mentionné dans l'article R. 231-124.- I du code du travail que le médecin du travail exercera une surveillance médicale renforcée pour les travailleurs exposés à un niveau de vibrations mécaniques supérieures aux valeurs fixées dans l'article R. 231-119.- II du code du travail (soit 0,5 m/s² sur 8 heures pour les vibrations transmises à l'ensemble du corps) et qu'il y aura dès ce niveau d'exposition déclenchement d'une action de prévention.

Manutention manuelle et exposition aux vibrations sont les 2 agents d'exposition retrouvés dans les tableaux de maladies professionnelles : (cf. *annexe 4*)

- Tableaux n° 98 du régime général et 57bis du régime agricole (Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes),

- Tableaux n°97 du régime général et 57 du régime agricole (Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier).

Malgré cela, différentes études internationales montrent que la fréquence des lombalgies est plus élevée dans certaines professions et branches d'activité :

- Le BTP (travail physiquement pénible, manutention manuelle dans des positions inconfortables..),
- Les métiers du transport professionnel,
- Aides-soignantes et infirmières,
- Mécaniciens automobiles, personnels de nettoyage et de service, les coiffeurs.

En résumé, la lombalgie touche plus les actifs que les inactifs, les « cols bleus » que les « cols blancs ».

Cependant, il est souvent difficile, dans une population donnée, de quantifier le rôle propre d'un facteur.

c) Les risques psychosociaux

Par risques psychosociaux, nous entendons :

- Demande psychologiques (quantité de travail à accomplir, exigences mentales et contraintes de temps lié au travail),
- Autonomie décisionnelle (possibilité de prendre des décisions pour réaliser le travail demandé en incluant la possibilité d'être créatif),
- Soutien social (ensemble des relations sociales avec les collègues et l'encadrement),
- Reconnaissance (récompenses, en terme de rémunérations, estime, respect du travail, sécurité de l'emploi, ou encore opportunités de carrière, du fait des efforts déployés pour réaliser le travail).

Peu d'études de bonne qualité méthodologique ont évalué la relation entre les facteurs psychosociaux et l'incidence de la lombalgie.

Davies et al., [17] dans une revue de la littérature, ne retrouvent que trois études sur 66 ayant des qualités méthodologiques suffisantes.

Ces trois études montrent que les patients ayant une profession auto-évaluée comme étant monotone ou une insatisfaction au travail ont plus de risque de lombalgie que les autres. [32, 40, 56, 79]

L'enquête ESTEV (enquête « santé travail et vieillissement » réalisée entre 1990 et 1995 sur un échantillon de plus de 21 000 salariés) montre que ce facteur de risque est fortement lié aux douleurs lombaires.

La prévalence de la lombalgie dans la population générale montre qu'un grand nombre de métier est concerné et que les facteurs de risque sont présents, à des degrés divers, dans la majorité des situations de travail.

d) Facteurs de risque personnels

Enfin, il existe des facteurs de risque personnels tels que :

- l'âge, en particulier au-delà de 45 ans (comme démontré dans l'enquête ESTEV),
- l'indice de masse corporelle supérieur à 29 kg/m²,
- les antécédents familiaux,
- le tabac (augmentation de la pression intradiscale, trouble de la circulation sanguine de la périphérie du disque),
- le manque d'entraînement physique,
- le port de chaussure à talons hauts,
- les mauvaises postures,
- la grossesse et la prise de pilule anticonceptionnelle (augmentation de la sécrétion d'hormone entraînant un relâchement des tissus musculaires de la région pelvienne et aux alentours de la colonne vertébral).

1.2 Facteurs de risque prédictifs de récurrence et de chronicité des lombalgies

L'analyse de la littérature montre que la mise en évidence de ces facteurs de risque a été étudiée dans trois situations cliniques :

- étude des facteurs prédictifs de récurrence de la lombalgie chez des sujets ayant un antécédent de lombalgie ;
- étude des facteurs prédictifs de chronicité chez des sujets lombalgiques ;
- étude des facteurs prédictifs de non-retour au travail chez des sujets en arrêt de travail.

Hayden et collaborateurs ont fait le point sur dix-sept revues de littérature publiées sur ce sujet entre les années 2000 et 2006 rapportant une synthèse de 162 études. A partir de 36 facteurs de risque recensés, neuf ressortent comme étant associés à un plus mauvais pronostic (clinique ou occupationnel) de façon prédominante. De ces neuf facteurs, deux seulement appartiennent au domaine de la pathologie lombaire, soit la sciatique et l'incapacité fonctionnelle liée à la lombalgie. [38]

Parmi l'ensemble des facteurs de risque identifiés, on constate que certains facteurs sont communs aux trois situations cliniques répertoriées, ce qui leur confère un poids d'évidence scientifique plus important (cf. **tableau n°1** page 15).

Trois facteurs de risque communs, aux 3 situations cliniques, sont retrouvés avec un fort niveau de preuve scientifique : [2, 16, 55, 83]

- Le principal facteur de risque retrouvé est l'antécédent de lombalgie, incluant la notion de sévérité, la douleur, la durée de la lombalgie, la sévérité de l'incapacité fonctionnelle, la sciatique, l'antécédent d'arrêt de travail lié à la lombalgie et l'antécédent de chirurgie lombaire.
- Le deuxième facteur de risque retrouvé est l'insatisfaction au travail, auto-évaluée par le patient. Huit études prospectives de cohorte réalisées, avec un total de 7 346 patients, montrent que l'absence de satisfaction au travail est un facteur de risque de récurrence et de chronicité.

- Enfin, le mauvais état général de santé est le troisième facteur de risque.

Trois autres facteurs de risque sont également retrouvés dans les trois situations mais avec un niveau de preuve scientifique moins évident. Il s'agit des facteurs de risque socioprofessionnels incluant le statut professionnel, le salaire, le contact social et la notion d'indemnisation, des facteurs psychologiques incluant le statut psychologique global et la dépression, et enfin l'intensité de l'activité physique au travail (la mauvaise posture au travail, le soulèvement de charges). [2, 40, 66, 81]

Ainsi, il a été démontré l'association significative des lombalgies à un travail monotone, à la peur de commettre des erreurs et à la contrainte de temps. D'autres études ont établi une association positive entre les symptômes habituels du stress au travail (nervosité, troubles du sommeil, anxiété) et les douleurs rachidiennes. [40, 81, 84]

Enfin, les litiges médico-légaux sont trouvés de manière presque constante dans les différentes études des facteurs de chronicité. Plusieurs études spécifiquement consacrées à ce facteur ont montré que les durées d'arrêt de travail étaient beaucoup plus importantes dans les épisodes pris en charge au titre « accident du travail » que dans les autres, et ce indépendamment du sexe, de l'âge, de la sévérité des accidents. [84]

Pour certains auteurs, dont Croft et al., dans une étude sur les facteurs de risque de récurrence chez 4500 anglo-saxons), le statut psychologique pourrait expliquer à lui seul 16% des rechutes. [15]

Pour d'autres, les caractères psychocomportementaux de la souffrance sont prépondérants : ils seraient même plus incapacitants que la douleur. [33] Ce sont les fameuses « peurs et croyances » du douloureux chronique dont nous parlerons plus tard.

La pratique quotidienne montre aussi que, chez certains patients, la persistance de la lombalgie est liée de façon quasi exclusive à la recherche d'une reconnaissance sociale du handicap ou de bénéfices financiers, réalisant alors un véritable « syndrome du revenu paradoxal » [59] : les indemnités lors d'un arrêt de travail, souvent proches du salaire initial, peuvent le dépasser quand des assurances viennent couvrir certains remboursements.

Ainsi la chronicité de la lombalgie ne dépend pas uniquement des caractéristiques de la maladie en elle-même. Les données psychologiques, sociales et professionnelles ont aussi leur rôle dans la chronicisation de cette pathologie.

Tableau 1 : D'après S Poiradeau et al. Encyclopédie médico-chirurgicale 15-840-C-10 (2004).

Synthèse des facteurs de risque de récurrence, chronicité ou non retour au travail en fonction de leur niveau de preuve scientifique		
Récurrence	Chronicité	Non retour au travail
ATCD de lombalgie (durée, arrêt de travail)***	ATCD de lombalgie*** ATCD de chirurgie lombaire** Sévérité de la douleur** Sciatique*** Durée de la lombalgie*** Sévérité de l'incapacité fonctionnelle***	ATCD de lombalgie Sciatique*** Sévérité de la douleur** Sévérité de l'incapacité fonctionnelle***
Insatisfaction au travail***	Insatisfaction au travail***	Insatisfaction au travail***
Mauvais état de santé général**	Mauvais état de santé général**	Mauvais état de santé général**
Inadéquation des revenus sociaux**		Inadéquation du salaire***
Facteurs socioprofessionnels (statut, salaire, contact, reconnaissance)**	Facteurs socioprofessionnels (statut, salaire, contact, indemnisation)**	
Statut psychologique global** Dépression**	Statut psychologique global** Dépression**	Type de personnalité**
Mauvaise posture au travail** Soulever des charges (durée et poids)**	Mauvaise posture au travail** Durée du lifting**	Charge élevée de travail**
Contexte social non satisfaisant**	Contexte social non satisfaisant**	
Autres douleurs musculosquelettiques**	Autres douleurs musculosquelettiques** Age*** Sexe féminin** Avis global du médecin** Copying**	Age*** Sexe féminin** Absence de phénomènes de centralisation** Contexte juridique**
*** Fort niveau de preuve scientifique, ** Niveau intermédiaire de preuve, * Faible niveau de preuve scientifique		

Quelques facteurs de risque sont communs à deux situations cliniques :

- le contexte social non satisfaisant et la présence d'autres troubles musculosquelettiques pour la récurrence et la chronicité.
- l'âge et le sexe féminin pour la chronicité et le non retour au travail.

Certains facteurs de risque sont retrouvés de façon isolée. Il s'agit, pour la chronicité, de l'avis global du médecin, de la capacité du patient à « faire avec »; et de l'absence de phénomène de centralisation et du contexte juridique pour le non-retour au travail.

Ainsi, même si le poids des facteurs professionnels est une constante à prendre en compte, l'importance des facteurs psychosociaux et environnementaux semble majeure pour expliquer la récurrence et la chronicité. Il semblerait, par ailleurs, que le bas niveau intellectuel soit un facteur de risque de récurrence. [61]

Il n'y a pas, à ce jour, suffisamment de preuves scientifiques permettant de conclure que des facteurs de risques tels que l'intoxication tabagique et œnologique [19], les anomalies anatomiques du rachis comme les spondylolisthésis [6], la maladie de Scheuermann, les scolioses, les hypermobilités segmentaires, les rétrécissements du canal lombaire soient sources de lombalgies ou d'évolution vers la chronicité. [27]

Concernant le sport, le principal facteur de risque démontré est la pratique intensive d'un seul sport chez un sujet jeune. Les sports dont la responsabilité est démontrée sont la gymnastique, l'haltérophilie, le football, la lutte et certaines disciplines de l'athlétisme. [34]

Cependant, la relation entre sport et lombalgie chronique reste sujette à controverse.

Par conséquent, une prise en compte initiale de ces facteurs de risque (caractéristiques médicales, contexte psychosocial et données professionnelles) pourrait permettre de minimiser l'évolution vers la chronicité ou la récurrence.

Néanmoins, ces différents paramètres n'ont qu'une capacité limitée de prédiction de l'incapacité prolongée pour les patients pris individuellement. Leur utilité est à un autre niveau, comme lors de la rédaction des guides de pratique clinique ou de l'organisation des soins. [38]

1.3 Facteurs pronostiques de retour au travail chez le lombalgique chronique

De nombreux facteurs prédictifs de retour au travail ont été évoqués. Parmi ces facteurs, trois semblent associés à un retour au travail du patient et à son maintien dans son activité professionnelle. Ces facteurs sont décrits comme « objectifs de retour au travail, intention de retour au travail, et attente quant au retour au travail ». Ces trois facteurs sont, en fait, intimement liés et correspondent à ce que les auteurs anglo-saxons regroupent sous le terme d' « attachement du patient à son travail et à son employeur avant l'arrêt de travail ». [39, 69]

D'autres facteurs prédictifs sont fréquemment retrouvés dans la littérature : âge du patient, intensité et durée d'évolution de la douleur, antécédent personnel de lombalgie, capacités fonctionnelles restantes, existence d'un syndrome dépressif, vécu négatif de la maladie et état de santé du patient.

Il ne faut pas pour autant oublier le vécu du travail (insatisfaction, inadéquation du salaire, charge élevée du travail), la réalité de l'entreprise et le bas niveau intellectuel. [4, 47, 85]

De plus, il est établi que le principal critère prédictif est sans doute l'existence de troubles émotionnels (anxiété, dépression, troubles du sommeil...). [60, 85] Ceci peut être mis en parallèle avec les facteurs de risque de récurrence et de chronicité vus plus tôt.

Néanmoins, la recherche de facteurs prédictifs du retour à l'emploi est difficile, car les limites méthodologiques affaiblissent la puissance, et, surtout, parce que les facteurs en cause sont très nombreux, non indépendants et qu'aucun n'est, à lui seul, déterminant. [39]

Une fois la chronicité présente, le travail en réseau est incontournable avec une bonne coordination du monde médical (médecin rééducateur, médecin traitant, médecin du travail, médecin conseil...) avec le monde de l'entreprise. [4, 64]

Est souvent proposée, en effet, une mise en commun des enseignements de la réadaptation, quelle que soit la nature du programme, et le retour progressif en entreprise. Un excellent exemple de cette prise en charge en réseau est celui réalisé à Angers, via le programme *Lombaction*. Celui-ci montre que, chez 88 lombalgiques, le retour et le maintien au travail est

majoritairement obtenu soit par l'amélioration clinique, soit par un aménagement du poste de travail. [42]

1.4 Détection précoce des lombalgies susceptibles d'évoluer vers la chronicité

Peut-on détecter précocement les patients risquant de passer à la chronicité ? Plusieurs indices ont été proposés pour identifier de façon précoce les malades souffrant de lombalgies susceptibles d'évoluer de façon chronique.

Deyo et Diehl ont proposé un questionnaire en trois items cotés 0 ou 1 : antécédents de rachialgies, nombre d'années de scolarisation, sensation d'être toujours malade. Le score total était significativement corrélé au pronostic, en particulier à l'absentéisme professionnel. [20]

Rossignol a construit un questionnaire en trois items : limitation des activités professionnelles, limitation des activités quotidiennes au domicile, antécédents d'indemnisation pour un problème rachidien. Il était prédictif d'une incapacité totale au travail. [83, 84]

La reconnaissance précoce de ces malades à risque est importante. Elle doit conduire à une prise en charge thérapeutique plus rapide et plus complète car on sait que l'invalidité lombalgique se détermine plus tôt qu'on ne l'a cru pendant longtemps. Le cap « critique » se situe durant le deuxième mois d'évolution, et un patient qui n'est pas notablement amélioré après six à huit semaines d'évolution a de grandes chances d'évoluer vers la chronicité et ses chances de réinsertion au travail, même adapté, diminuent rapidement avec le temps d'arrêt.

1.5 Peurs et croyances vis-à-vis du lombalgie chronique

Bien que les connaissances médicales dans le domaine de la lombalgie soient importantes au regard des publications nombreuses à ce sujet, la lombalgie n'est pas considérée comme une maladie bénigne. Sa chronicisation reste un problème médical et de santé publique important. De manière globale, l'idée reste ancrée que le dos est une structure à protéger, à économiser et à soustraire d'une libre utilisation comme notamment la pratique du sport.

Cependant, l'atteinte lésionnelle dans la lombalgie commune est comparable à celle d'une entorse ; c'est-à-dire transitoire. Il est vrai que inflammation et cicatrisation peuvent être à l'origine de douleur, de raideur rachidienne et donc, de répercussion sur les capacités fonctionnelles. Cependant, il a été démontré que la récupération pouvait être totale et que le retour au travail pouvait se faire sans restriction.

Par contre, nous savons, à l'heure actuelle, que les patients douloureux chroniques développent un système de croyances spécifiques autour de leur douleur. Dans une étude de Tison et al. en 2009, sur les croyances chez 46 douloureux chroniques, il a été établi que ces derniers avaient des scores statistiquement plus élevés que les non douloureux sur les croyances de catastrophisme, de handicap et de mystère autour de la douleur. La prise en compte de ces croyances spécifiques sur la douleur permettrait de mettre à jour des processus cognitifs qui maintiennent l'état douloureux, et aide ainsi à mieux comprendre les émotions et les comportements qui en découlent. [80]

Concernant les capacités fonctionnelles, on en vient à se demander si l'apprentissage de principes de verrouillage, appris au sujet sain en prévention primaire, ne serait pas préjudiciable tant ils contrastent avec la liberté de mouvement des lombalgiques chroniques traités par méthode actives (réentraînement à l'effort) et réinsérés au travail. La question se pose également quant à la participation de ces principes vis-à-vis de l'entretien de ces croyances.

De plus, il est faux de croire que la lombalgie ne concerne que l'axe rachidien, le secteur sous-pelvien et la force musculaire prennent une part active, aussi bien en ce qui concerne les amplitudes (flexion et extension), que les attitudes posturales et la gestuelle. Par conséquent, une période excessive de repos, lors d'un épisode aigu, peut retentir sur l'ensemble de ces capacités physiques naturelles.

Par ailleurs, le tronc étant un maillon avec les membres supérieurs et le système cardiovasculaire, ce retentissement peut concerner aussi ces appareils.

Même si ce versant physique n'est pas la seule et unique explication à cette pathologie complexe qu'est la lombalgie chronique, il est à prendre en compte lors de la prise en charge globale de ces patients.

L'importance des peurs, croyances et conduites d'évitement concernant à la fois les activités physiques et les activités professionnelles est un facteur prédictif de passage à la chronicité de la lombalgie et de difficultés de retour à l'emploi après un programme de restauration fonctionnelle du rachis. [69, 77, 78]

Et ce, d'autant qu'il a été démontré que les programmes de restauration fonctionnelle, dans leur forme actuelle en France, ne permettent pas de diminuer les peurs et croyances des lombalgiques chroniques concernant l'activité professionnelle. L'ajout systématique de procédures de reprises de travail facilitées à ces programmes pourrait peut-être augmenter leur efficacité. [10]

Le Fear Avoidance and Belief Questionnaire (FABQ) est un autoquestionnaire développé pour mesurer les peurs et les croyances des lombalgiques concernant leur rachis lombaire. Deux sous-scores peuvent être calculés, les peurs et croyances concernant les activités physiques en général, et les peurs et les croyances concernant les activités professionnelles.

Si le premier score s'améliore de façon significative après un programme de restauration fonctionnelle, il n'en est pas de même du second, les patients restant généralement convaincus du rôle nocif des activités professionnelles pour leurs lombalgies. Les scores de peurs et de croyances concernant les activités professionnelles sont prédictifs de la reprise du travail. [71]

Une des solutions simple à mettre en place pour lutter contre ces peurs et croyances, est l'information et l'éducation du patient.

Le mode de fonctionnement en réseau apporte de la cohérence dans la prise en charge et le traitement du patient. Celui-ci se sent en confiance et sécurisé dans un milieu où tous les

thérapeutes utilisent un discours commun. Cet « espace confiance » qui l'entoure est une des clefs de la réussite de sa prise en charge. [31]

Le praticien et l'ensemble du réseau de soin du patient se doivent de partager ce discours consensuel pour ne pas induire d'interprétations inexactes de la douleur chez le patient et pour promouvoir précocement des messages de réassurance au patient.

A l'heure d'Internet et des moyens de communication moderne, une étude publiée en Juillet 2010 a étudié l'effet d'un site Web interactif (painACTION–Back Pain) chez 209 lombalgiques chroniques.

Cette étude originale a permis de mettre en évidence des améliorations significatives tant sur le plan clinique (diminution de la douleur, amélioration de la fonction) que psychologique (réduction de l'anxiété, des items dépressifs et du stress ; amélioration des capacités de coping...) ou sur l'autogestion de la douleur ou encore sur le soutien social. [9]

L'éducation du patient doit être claire et efficace. En effet, ce dernier se doit de bien comprendre les mécanismes mis en jeu dans sa pathologie et les conséquences fonctionnelles qui en découlent ; ceci afin de permettre un bon investissement du malade à sa prise en charge active, gage de meilleurs résultats. [53]

Cependant, encore actuellement et malgré les recommandations nationales et internationales, cette orientation, dont les effets bénéfiques sont démontrés, reste tardive. [5]

2 Patients et méthodes

2.1 Population étudiée

Nous avons inclus, dans cette étude, 33 patients, lombalgiques chroniques rebelles, hospitalisés au Centre d’Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes de 2002 à 2009.

Parmi cet échantillon, il y a 16 femmes (soit 48,48%) et 17 hommes (soit 51,52%).

L’âge moyen était de 41,52 ans (de 24 à 54 ans).

- Critères d’inclusion et d’exclusion

Ont été inclus dans cette étude, les patients présentant les caractéristiques suivantes :

- Âge supérieur à 18 ans, et inférieur à 55 ans.
- Lombalgies chroniques (sans irradiation radiculaire, ou ne descendant pas en dessous du genou), en arrêt de travail depuis plus de 6 mois et moins de 24 mois.
- Caractère rebelle des lombalgies, malgré les différents traitements entrepris.
- Origine des patients : patients hospitalisés au Centre de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes (structure douleur de niveau 3, à recrutement interrégional), et adressés initialement par le réseau de ville (médecins généralistes et spécialistes), et hospitalier (Centre de Rééducation Fonctionnelle, Service de Rhumatologie, de Chirurgie Orthopédique, de Neurochirurgie du CHU de Nantes).

Ont été exclus :

- Les patients non en âge de travailler (moins de 18 ans ou plus de 55 ans) ainsi que les inactifs (tels que les femmes au foyer..).
- Les patients présentant des lombalgies chroniques d’étiologie secondaire (affections néoplasiques, inflammatoire ou traumatiques).
- Les patients ayant bénéficié d’une chirurgie récente (moins de 6 mois) ou nécessitant une prise en charge chirurgicale en urgence.

2.2 Méthodes

a) Type d'étude

Ceci est une étude rétrospective, descriptive, ouverte et non comparative, portant sur l'ensemble des patients souffrant de lombalgie chronique commune rebelle, ayant été hospitalisé au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes de 2002 à 2008, puis ayant bénéficié d'une prise en charge rééducative en centre spécialisé.

b) Nature de la prise en en charge proposée

L'approche multidisciplinaire de la douleur lombaire consiste en un cadre de soins diagnostique et thérapeutique permettant d'une part la prise en compte des douleurs lombaires du patient et d'autre part la lutte contre la déprogrammation générale du patient induite par la douleur.

Une telle prise en charge doit tenir une large place dans l'approche des lombalgies chroniques rebelles, comme l'a encore rappelé récemment l'American Pain Society. [14]

La prise en compte de la symptomatologie du patient doit concerner les différentes dimensions de la douleur lombaire chronique (les dimensions physiques et fonctionnelles, les champs psychologiques et la dimension socioéconomique).

La reprogrammation du patient souffrant de douleurs lombaires doit comporter plusieurs aspects, en fonction des attentes, besoins et objectifs du sujet. [22]

- Au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD)

Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle non cancéreuse de niveau III.

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, classées en 3 niveaux de prise en charge :

- Niveau I, consultations (comportant obligatoirement un neurologue ou neurochirurgien, un algologue et un psychiatre),
- Niveau II, Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, avec lits d'hospitalisation et plateau technique,
- Niveau III, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, qui associe, aux structures des niveaux précédents, des activités d'enseignement et de recherches sur la douleur.

Le CETD hospitalier nantais est donc la seule structure de niveau III à l'échelon régional. Elle associe :

- Des consultations pluridisciplinaires de la douleur,
- 1 Unité d'hospitalisation de semaine de 7 lits où interviennent 4 médecins algologues,
- 1 Equipe Mobile Douleur,
- Un plateau technique avec un bloc opératoire où peuvent être réalisés des gestes algologiques,
- Une activité de recherche et d'enseignement de la douleur.

Interviennent dans la structure :

- Des médecins : neurochirurgiens, algologues dont un praticien rhumatologue algologue, thérapeute manuel et algologue, médecin rééducateur, psychiatres,
- Un cadre de santé infirmier,
- Une kinésithérapeute à temps plein sur la douleur,
- Une équipe infirmière, formée et motivée,
- Deux psychologues,
- D'autres soignants : un médecin du travail, un médecin conseil de la Sécurité Sociale, une assistante Sociale, une diététicienne,
- Un secrétariat universitaire, et un secrétariat hospitalier.

➤ **Conditions d'admission**

Les patients sont adressés au CETD par un médecin (libéral ou hospitalier, généraliste ou spécialiste).

Chaque patient bénéficie initialement de deux consultations (l'une avec le médecin algologue et l'autre avec un des psychologues du centre) ; ceci pour évaluer les attentes et demandes du patient.

Dans la suite de ces consultations préalables, se décide, en concertation avec le patient, une stratégie thérapeutique à adopter : prise en charge en ambulatoire lorsque le caractère du cas est bénin ou lorsqu'un seul avis diagnostic et/ou thérapeutique est sollicité ; prise en charge en milieu hospitalier dans le cas de douleurs chroniques rebelles, invalidantes avec fortes répercussions tant physiques que sociales, psychologiques, professionnelles ou familiales.

Dans tous les cas, l'adhésion et la motivation du patient sont indispensables et étudiées lors de ces consultations ; les objectifs sont, quant à eux, définis conjointement.

Les patients reçoivent alors un document expliquant les modalités de cette prise en charge en milieu hospitalier ainsi que les fonctions des différents intervenants.

Dans la suite de ce travail, nous en parlerons plus que de la prise en charge globale en milieu hospitalier.

➤ **Prise en charge pluridisciplinaire**

Les centres de traitement des douleurs chroniques ont une organisation et un fonctionnement multidisciplinaires, ce qui est indispensable pour intégrer l'ensemble des facteurs somatiques et psychosociaux et appliquer des thérapeutiques multimodales, combinant techniques médicales, réadaptatives et psychocomportementales. [51, 87]

L'unité de lieu et de temps représente un élément essentiel d'efficacité.

Les différents intervenants lors de cette hospitalisation sont tous formés sur l'évaluation et la prise en charge des patients douloureux chroniques. Cette prise en charge est à la fois médicale, fonctionnelle, psychologique et socioprofessionnelle.

Elle a lieu lors d'une hospitalisation de 2 semaines de 5 jours, le plus souvent consécutives mais parfois distantes de quelques semaines dans certains cas. Entre les deux semaines, le patient retourne à domicile. Cet ajournement de la deuxième semaine est pris lors d'un staff associant les différents acteurs médicaux et paramédicaux.

La première semaine est consacrée à la mise en œuvre des différentes thérapeutiques tant médicamenteuses que physiques ou psychologiques; la deuxième semaine à l'adaptation des thérapeutiques ainsi qu'à une réflexion sur la réinsertion socioprofessionnelle.

Une fois par semaine a lieu un staff pluridisciplinaire où participent les médecins (algologues, psychiatre, interne) mais aussi les psychologues, l'assistante sociale, la diététicienne, la kinésithérapeute, les infirmières et les aides-soignantes du service. Les décisions sur les stratégies de prise en charge sont décidées pendant ces réunions de concertation où intervient l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux.

Toutes les données collectées sur les patients avant, pendant et après l'hospitalisation sont regroupées dans un dossier médical pluridisciplinaire unique permettant à l'ensemble des soignants de le consulter et d'être informé en temps réel des voies de réflexions de chacun.

- Abord médical

Lors des 3 visites du médecin algologue, aidé d'un interne, une stratégie médicamenteuse est mise en place.

Le médecin algologue réalise également une visite pluridisciplinaire avec un médecin rééducateur ; il anime de plus le staff pluridisciplinaire auquel l'ensemble des soignants participe afin de coordonner l'action de l'équipe autour du patient.

En fonction des symptômes, de la nature de l'atteinte et des différents traitements antérieurs ou actuels, l'abord médicamenteux fait appel à différentes molécules :

- Les antalgiques de palier I et II essentiellement (les antalgiques de palier III de l'OMS, c'est-à-dire les morphiniques, n'ayant pas leur place dans la douleur chronique non cancéreuse si ce n'est dans quelques rares cas avec toujours une durée de prescription limitée [19]),

- Les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) peuvent être prescrit à visée antalgique de façon limitée dans le temps. Leur efficacité dans les lombalgies chroniques a été démontrée (soulagement à court terme de la symptomatologie) [65],
- Les co-analgésiques tels que les antidépresseurs tricycliques ou les antiépileptiques, [13]
- Les myorelaxants peuvent être intéressants dans la gestion de la douleur chronique avec cependant des effets secondaires qui nécessitent donc une utilisation précautionneuse de ces thérapeutiques (sédation, accoutumance...). [82]

Tous ces traitements médicamenteux peuvent être instaurés per os ou en intraveineux selon les patients et leurs antécédents.

L'objectif du traitement médicamenteux est de permettre sinon l'indolence, un niveau de douleur compatible avec une activité maintenue. [75] Les divers médicaments cités peuvent être utilisés seuls ou en association, en évitant la prescription au long cours de myorelaxants du groupe des benzodiazépines et des morphiniques responsables de dépendance.

Des infiltrations radioguidées peuvent être également réalisées (péridurales, articulaires postérieures et foraminales) comme traitement symptomatique. [75]

L'avis d'un neurochirurgien peut être demandé pour une indication chirurgicale. Il effectue les gestes algologiques nécessaires (cathéter intra péridural, stimulateur intra médullaire, chirurgie antalgique) après décision collégiale lors du staff pluridisciplinaire.

- Abord fonctionnel

De façon hebdomadaire, le médecin, thérapeute manuel et acupuncteur, propose des techniques au patient en fonction de ses désirs et de ses antécédents en la matière.

L'acupuncture a montré un effet bénéfique dans la prise en charge globale du lombalgique chronique. [29, 11]

Le médecin rééducateur intervient lors de la visite hebdomadaire pluridisciplinaire pour évaluer, conjointement avec l'équipe soignante et le patient, de la nécessité d'une prise en charge rééducative en centre.

La kinésithérapeute du centre intervient de façon quasi quotidienne auprès des patients pour réaliser des séances individuelles ou en groupe. Celles-ci peuvent associer des techniques antalgiques, de la physiothérapie (thermothérapie, cryothérapie, massages [28, 30], des exercices de réentraînement à l'effort ainsi que des techniques éducatives. [12]

De plus, une heure en début d'après-midi est réservée à la marche pour l'ensemble du groupe des patients.

Un corset couil baleiné est prescrit et réalisé pendant l'hospitalisation chez les lombalgiques dont le repos soulage leurs douleurs ; il pourra être porté pendant une durée de 6 semaines de façon intermittente (marche prolongée, trajets en voitures ou même pendant certaines activités professionnelles). Son efficacité, en complément des autres prises en charges notamment fonctionnelles, thérapeutiques et psychologique, a été démontrée. [23]

Il est proposé à l'ensemble des patients une stimulation électrique transcutanée (T.E.N.S) avec information claire sur le mode d'utilisation pour une poursuite du traitement à domicile optimale. Le T.E.N.S. délivre des impulsions électriques au niveau cutané aux nerfs sous-jacents, via des électrodes placées sur la peau à proximité de la zone douloureuse. [43]

- Abord psychologique

Deux psychologues, formés à la prise en charge des douloureux chroniques interviennent au centre. Ils sont amenés à rencontrer de manière individuelle les patients deux à trois fois par semaine ; ils animent également un groupe de parole hebdomadaire. Ils peuvent être également à même de proposer d'autres techniques telles que les thérapies stratégiques, avec réalisation d'objectifs clairs et pratiques.

Un psychiatre intervient à la demande de l'équipe pour rencontrer certains patients, le plus souvent en deuxième semaine, afin d'évaluer les répercussions psychologiques (syndrome anxieux et/ou dépressif) de la douleur chronique chez le patient, mettre en route un traitement adapté si besoin et discuter avec le patient de piste de réflexion. Une prise en charge en

thérapie comportementale ou cognitivo-comportementale peut être par la suite proposée au patient ; celles-ci ont montré un effet bénéfique sur les altérations de l'humeur. [24, 12]

Les Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) permettent d'apporter un espace d'écoute pluriquotidien auprès des patients : elles réalisent des évaluations de la douleur ainsi que des répercussions sur leur vie quotidienne tant familiale, que sociale ou professionnelle.

- Abord socioprofessionnel

Un médecin du travail du service de Pathologie Professionnelle, assisté d'un interne, est amené à rencontrer le patient pour évaluer avec lui son curriculum laboris, ses ressources actuelles, les possibilités d'adaptation à la fois qualitative et/ou quantitative de son poste de travail et les éventuelles voies de reconversions professionnelles. Le patient est le plus fréquemment vu pendant son hospitalisation.

Le médecin conseil de la Sécurité Sociale peut intervenir sur demande auprès des patients pour les conseiller sur l'invalidité ou sur leurs droits ; il peut les aider en cas de contentieux avec la Sécurité Sociale.

L'assistante sociale intervient également pour informer les patients sur les différentes aides auxquelles ils peuvent avoir droit ; elle les aide à constituer leur dossier MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée, ex-COTOREP), à contacter divers partenaires sociaux ou des organismes de réinsertion.

- Au Centre de Rééducation Fonctionnelle

Il est maintenant admis que le repos strict au lit n'a aucun effet thérapeutique dans la prise en charge des lombalgies aussi bien au stade aigu qu'au stade chronique.

Le maintien d'une activité physique permet une récupération plus rapide, une diminution des arrêts de travail et limite le passage à la chronicité. [67]

➤ Objectifs

Malgré la diversité des programmes de rééducation physique, la composante principale est toujours le réentraînement physique avec reprise progressive des activités physiques.

L'objectif des programmes de restauration fonctionnelle ou de reconditionnement à l'effort étant de corriger les composantes physique et fonctionnelle, psychique et sociale, les critères d'efficacité, sélectionnés par les thérapeutes proposant ce type de prise en charge, découlent de ces objectifs. Cependant, la capacité à reprendre des activités professionnelles et à maintenir ces activités reste, dans la plupart des études, le critère principal d'efficacité. [67, 70]

Ces programmes reposent sur la notion de déconditionnement à l'effort chez le lombalgique chronique, syndrome qui ne serait pas seulement l'expression de la douleur mais aussi celui d'une insuffisance ou d'une inhibition de la musculature abdomino-lombaire, de la crainte de voir apparaître un nouvel épisode douloureux, au cours d'un effort ou d'un exercice (kinésiophobie). Ceci abouti à un cercle vicieux d'inactivité duquel le patient ne peut plus sortir. Le principe est de faire réaliser une activité physique contrôlée conduisant à la reprise des efforts.

Les programmes de groupe, proposés dans des structures plus lourdes, et notamment le reconditionnement à l'effort proposé aux lombalgiques chroniques lourdement handicapés, facilitent une reprise des activités socioprofessionnelles et entraînent une amélioration des capacités musculaires et de la forme physique générale. [18, 67, 68]

Ces programmes multidisciplinaires s'adressent à de petits groupes de patients (entre quatre et huit) et comprennent une prise en charge physique et ergonomique intensive, un soutien psychosocial et, pour certains d'entre eux, une action ergonomique et/ou sociale sur le lieu du travail.

Un rétablissement progressif est réalisé avec réalisation l'objectifs clairement définis par le patient et le praticien. La principale originalité de la méthode est cette progression par contrat: la douleur n'est pas ici considérée comme le facteur limitant du programme et chaque série d'exercices doit être menée à son terme, indépendamment de la douleur.

Ce type de programme doit prendre également en compte les aptitudes cardio-respiratoires et musculaires à l'effort.

➤ **Nature de la prise en charge**

Ce réentraînement à l'effort se déroule sur une période de 3 semaines, avec 5 à 6 heures d'exercices par jour, soit en hospitalisation complète soit en hôpital de jour, selon les patients, leur état clinique et leur situation géographique.

Les principales différences entre les programmes tiennent surtout aux techniques de renforcement musculaire : pour certains, isotonique (la force développée par les muscles est constante dans le mouvement ; la musculation isotonique se pratique au mieux dans des salles équipées d'appareils de musculation) et isométrique (les muscles se contractent sans mobiliser le segment vertébral correspondant ; l'absence de mouvement évite en théorie de léser la colonne) ou isocinétique (la vitesse de contraction est constante ; la résistance est auto adaptée au patient) pour d'autres.

L'isocinétisme est la méthode de choix, qui permet une mesure de la performance et de sa progression. Il s'agit de remuscler, avec le même entraînement que l'on demanderait à un athlète. La musculation doit s'accompagner d'un reconditionnement cardio-vasculaire (course à pied, pédalage...), d'un travail d'ergonomie du geste et d'un soutien psychologique, de façon à redonner aux patients un moral « gagnant ».

Les exercices comprennent toujours des étirements, du renforcement musculaire et le travail des capacités aérobies.

Pour chaque exercice, l'intensité du travail et le nombre de répétitions sont déterminés en fonction des tests réalisés au début du programme et à la fin de chaque semaine, lors du bilan avec le médecin rééducateur, et ceux-ci augmentent progressivement tout au long du programme.

➤ **Le programme**

Le programme comporte des exercices de kinésithérapie, un travail avec l'ergothérapeute, un travail en balnéothérapie.

- En kinésithérapie

Il conjugue le travail de la flexibilité, du renforcement musculaire, de l'endurance : ceux-ci sont priorisés, selon le bilan de départ réalisé par le médecin rééducateur, et réévalués régulièrement.

La prise en charge en kinésithérapie comporte également des séances de relaxation.

De plus, les patients réalisent des exercices faisant travailler la proprioception lombopelvienne : c'est-à-dire qu'ils font travailler leur équilibre vertébral dans des positions instables afin de développer des automatismes d'activité réflexe postural. [46]

Ces exercices font appel aux propriétés de vigilance et d'ajustement multidirectionnel de la musculature. [72]

- En ergothérapie

Les ergothérapeutes procèdent à une information sur la prise en charge des lombalgies auprès des patients via différents moyens (remise d'un document écrit, planches anatomiques ou démonstrations sur squelette...).

Les lombalgiques réalisent et réapprennent une gestuelle, que ce soit pour les activités de la vie quotidienne que pour celles de la vie professionnelle.

Les patients effectuent également un travail de réentraînement à l'effort auprès des ergothérapeutes.

- En balnéothérapie

Elle conjugue l'effet portant de l'immersion dans l'eau, qui se manifeste, lorsque celle-ci a lieu au moins jusqu'aux épaules, aux effets de confort et de sédation apportés par la chaleur. [44]

Il n'y a pas de programme spécifique d'exercice.

Elle permet de débiter plus tôt la rééducation, même chez les patients très douloureux.

- Le stretching

C'est une modalité de plus en plus souvent incluse dans le traitement des lombalgies. Le principe est de mettre en tension progressivement des groupes musculaires supposés rétractés ou trop courts, notamment les muscles spinaux lombaires, les extenseurs et les fléchisseurs de hanches.

➤ **Les synthèses**

Une synthèse a lieu au départ de la prise en charge pour établir les objectifs de la rééducation. Puis, des synthèses sont réalisées de façon hebdomadaires et avec l'ensemble de l'équipe, pour suivre l'évolution du lombalgique et adapter, si besoin, le programme, et avec le patient pour faire le point régulièrement avec lui.

Une synthèse a lieu à la fin de la prise en charge pour encourager le malade à mettre en place une auto-rééducation avec poursuite d'activités physiques choisies par ce dernier et maintien des techniques antalgiques et d'un accompagnement psychologique éventuel.

➤ Spécificités du lombalgique chronique

Une étude qualitative réalisée en 2009 chez des lombalgiques chroniques a montré que le programme de restauration fonctionnelle a été perçu comme positif, efficace et applicable. Malgré les premières barrières décrites (médicalisation des soins médicaux, résistance secondaire au travail, période d'attente), le programme de rééducation fonctionnelle a permis de modifier les objectifs du patient (autogestion de la douleur, amélioration de la fonction, retour au travail). Les principaux points positifs décrits par les patients sont la pluridisciplinarité, la communication et l'information, les exercices sur mesure. [7]

Dans la majorité des essais publiés sur le reconditionnement à l'effort, un effet favorable est rapporté [26, 2]. Il s'agit d'un retour au travail plus rapide [40, 41], d'une amélioration de la mobilité de la force musculaire [26, 2] à 3, 6 mois et 1 an, d'une amélioration de la douleur à court terme, d'une amélioration subjective des capacités physiques du patient à 1 an, de l'évaluation des capacités cardio-vasculaires à 1 an. [18, 52]

Les méthodes de traitement physique et fonctionnel du lombalgique s'orientent aujourd'hui plus vers des techniques visant à une prise en charge globale que vers des méthodes à dominante purement biomécanique.

Les programmes associant renforcement musculaire et étirement musculaire, en prise en charge individuelle, ont démontré leur efficacité à court, moyen et long termes.

Les programmes de groupe, proposés dans des structures plus lourdes, et notamment le reconditionnement à l'effort proposé aux lombalgiques chroniques lourdement handicapés, semblent permettre plus facilement une reprise des activités socioprofessionnelles et entraînent une amélioration des capacités musculaires et de la forme physique générale. [72]

Nous pouvons de plus rajouter que la mise en relation du praticien rééducateur avec le médecin du travail permet une amélioration des résultats d'une telle prise en charge qui se mesure par le retour au travail. [76]

c) Choix des critères de jugement

Le critère principal de ce travail est le retour et le maintien dans l'emploi ; en effet, le retour au travail et/ou le maintien dans l'emploi sont des critères majeurs d'efficacité de la prise en charge des lombalgies chroniques, tant du point de vue du patient que de celui de la société.

Les critères secondaires que nous avons étudiés sont les indices de qualité de vie suivants :

- La douleur, par l'étude de l'échelle visuelle analogique, EVA, sur 10.
- La fonction, en étudiant l'EVA fonction sur 10, le périmètre de marche en mètres.
- Les critères psychologiques, en étudiant l'HAD (Hospital Anxiety and Depression).
- Les répercussions de la douleur dans la vie quotidienne en analysant différentes EVA concernant aussi bien les activités générales, l'humeur et la capacité à marcher, que le travail habituel (y compris les travaux à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques), les relations avec les autres, ainsi que le goût de vivre et le sommeil.

Par ailleurs, nous avons étudié la prise de médicaments générateurs de dépendance (notamment les morphiniques forts, de palier III de l'OMS, les benzodiazépines et les somnifères) qui rendent difficiles toute réadaptation professionnelle.

Ces variables étudiées sont celles le plus souvent retenues dans la littérature, pour l'étude de la qualité de vie :

- qualité de vie générique type SF 12 (cf. *annexe n°5*),
- du douloureux chronique type questionnaire de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (cf. *annexe 6*),
- qualité de vie spécifique du lombalgique type Dallas (cf. *annexe 1*). [26, 58]

- Retour au travail

L'abord socioprofessionnel des douloureux chroniques constitue un des aspects prioritaires de leur prise en charge globale. [10]

Pour les patients en âge de travailler, la reprise du travail (*return to work*), et le maintien dans l'emploi (*job retention*) sont des critères majeurs d'efficacité de la prise en charge des lombalgies chroniques, tant du point de vue du patient que de celui de la société.

C'est une intervention largement validée à l'heure actuelle dans la littérature.

Très peu de travaux ont évalué les interventions professionnelles sur le devenir des lombalgies chroniques. La problématique de cette approche vient essentiellement des recommandations à effectuer pour protéger le salarié et lui éviter, si possible, des récurrences.

Les données disponibles montrent cependant que des interventions efficaces existent, qu'il s'agisse d'exercices physiques ou d'interventions plus globales sur l'ensemble de l'environnement professionnel.

L'intérêt porté par la hiérarchie aux conditions de travail paraît être un point important. [50]

Il existe différents moyens d'interventions :

- les adaptations quantitatives :
 - Temps partiel thérapeutique,
 - Aménagement d'horaires,
- les adaptations qualitatives :
 - Aménagement du poste de travail (non port de charges lourdes, utilisation d'aides techniques par exemples),
 - Changement de poste de travail,
 - Reclassement professionnel.

Ces différentes adaptations peuvent être assistées par certaines démarches en vue d'une reprise du travail ; comme l'appui de la MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée) via des aides aussi bien aux entreprises qu'aux salariés. En effet, par la MDPH, les patients peuvent bénéficier d'une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) pouvant déboucher sur des contributions (humaines, financières...) aux entreprises,

dans l'optique d'une adaptation de poste, ou aux salariés, pour favoriser une reconversion professionnelle.

A l'heure actuelle aucune étude n'a montré la prédominance, en terme d'efficacité, de ces interventions sur le lieu de travail. [54, 64] Ainsi, les différentes études évaluant l'efficacité des formations "gestes et postures" sont décevantes : dans le cadre de la prévention secondaire, seul 4% des salariés se souviennent d'avoir eu une formation gestes et postures à 2 ans (étude non publiée du CHSCT de l'Assistance Publique).

De plus, il est retrouvé que ces interventions positives sont très spécifiques d'une population et d'un environnement professionnel donnés, ce qui laisse penser que le « sur-mesure » est seul efficace. [50]

Cependant, une étude de 2006 sur le reclassement professionnel en Moselle par le médecin MDPH du département, a montré une certaine efficacité de cette méthode quand elle ne prend pas en compte les peurs « lombalgies-travail » du salarié. La voie du maintien dans l'emploi via l'aménagement de poste semble donc être la voie à préconiser. [25, 42]

La création de GuideLines, ou guides de décisions, pour obtenir une homogénéité de décision, en laissant une certaine liberté à chaque médecin dans son pouvoir décisionnel, est rendue d'autant plus difficile que chaque pays a une législation sociale et du travail spécifique.

Ceci est rendu d'autant plus ardu que, comme nous avons pu le voir, les critères de non-retour au travail sont difficilement mesurables de part leur nombre et leur dépendance les uns vis-à-vis des autres. [39]

Néanmoins, l'association du médecin du travail au réseau de soins prenant en charge le lombalgique chronique est utile ; cette alliance des différents praticiens intervenants permet au patient d'avoir une meilleure connaissance de sa pathologie et de son suivi, et de favoriser ainsi une réinsertion socioprofessionnelle dans les meilleures conditions.

Nous prendrons ici en compte :

- Le niveau d'étude (BEPC, CAP-BEP, Bac, études supérieures),
- La catégorie socioprofessionnelle, en utilisant le premier niveau de la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles de l'INSEE de 2003 (PCS-2003) (cf. *annexe 7*) ; la taille de notre échantillon ne nous permettant pas d'utiliser les autres niveaux plus détaillés de cette PCS-2003.

- L'ancienneté dans l'entreprise, en année,
- La taille de l'entreprise (moins de 10 salariés, entre 10 et 50 salariés et plus de 50 employés),
- La durée de l'arrêt de travail, en mois,
- La reconnaissance éventuelle en AT/MP,
- L'invalidité éventuelle auprès de la Sécurité Sociale, quand les capacités restantes sont réduites,
- Les démarches entreprises en vue d'une reprise du travail (Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé, Réorientation, Formations Professionnalisantes ou Allocation Adulte Handicapée de la MDPH).

A 12 et 24 mois, nous nous attacherons plus particulièrement à rechercher, en plus des paramètres déjà cités :

- le retour au travail en identifiant le poste et l'entreprise, pour en reconnaître un éventuel changement.
- les démarches entreprises (adaptations quantitatives ou qualitatives évoquées plus haut).

- La douleur

Selon l'association internationale de l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain [IASP]), la douleur peut être décrite à la fois comme une sensation physique désagréable et une expérience émotionnelle associées soit à une lésion tissulaire, soit à une possibilité de lésion tissulaire, ou décrite comme consécutive à une telle lésion. Cette définition fait ressortir les composantes sensorielles (nociceptives) et affectives de la douleur. [81]

Cette dimension est systématiquement évaluée dans la littérature sur les Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. Le plus souvent, elle l'est via l'Echelle Visuelle Analogique (EVA sur 10), car standardisée, reproductible, unidimensionnelle et pouvant être mesurée fréquemment. C'est ce critère que nous avons retenu dans travail.

- Les critères physiques

L'évaluation de la dimension fonctionnelle est certainement un facteur majeur à prendre en considération pour évaluer un patient lombalgique. Les échelles disponibles sont nombreuses et leurs propriétés métrologiques ont été démontrées. Les critères d'évaluation des dimensions physiques et fonctionnelles doivent être couplés aux autres critères prenant en considération les dimensions psychologiques, sociales et économiques.

Pour évaluer globalement la forme physique, nous avons étudié ici l'EVA fonction (sur 10) et le Périmètre de Marche (PM) en mètres de par leurs caractères fiables et reproductibles.

- Les critères psychologiques

Les facteurs psychologiques sont les plus difficiles à étudier chez le lombalgique chronique. Pour autant, comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce travail, ces facteurs, subjectifs sont indispensables à prendre en compte dans la genèse ou la pérennisation des symptômes. Il est admis que toute douleur chronique s'accompagne inmanquablement de modifications relationnelles du sujet avec son environnement mais aussi de modifications de la perception que ce sujet a de lui même.

Parmi les critères psychologiques, plusieurs composantes peuvent être explorées : la dépression, l'anxiété, la personnalité, l'estime de soi, le « copying » (stratégies d'adaptation développées par le patient face à la douleur, celles-ci pouvant être utilisées pour montrer l'intérêt d'un renforcement positif des stratégies liées à un contrôle actif), les peurs et les croyances concernant le rachis lombaire. Dans la plupart des études, des tests abrégés sont utilisés qu'il s'agisse d'auto- ou d'hétéroquestionnaires. [71]

Le HAD, semble bien adapté aux lombalgiques [71] (cf. *annexe 1*)

Nous avons ici utilisé l'HAD (Hospital Anxiety and Depression), échelle permettant de mesurer à la fois la dépression et l'anxiété. [71] (cf. *annexe 2*)

Les critères de définition de l'existence d'un syndrome anxieux et/ou dépressif sont des scores anxiété et/ou dépression supérieurs ou égaux à 9 sur 21.

Nous avons également étudié l'EVA sommeil, étant donné que les troubles du sommeil, dans cette population de douloureux chroniques, sont fréquents et peuvent avoir à long terme des répercussions sur le moral et la qualité de vie.

- Les indices de répercussion de la douleur dans la vie quotidienne

Dans les programmes de rééducation utilisant des indices de qualité de vie, il est noté une amélioration significative de ces indices en fin de programme et à court terme. Les résultats sont plus contrastés à plus long terme et ce d'autant que les patients sont en accident de travail et en attente d'une compensation financière. [71]

De nombreux indices fonctionnels ont été développés, validés et sont utilisés pour évaluer le retentissement des lombalgies chroniques. La capacité à reprendre des activités, professionnelles ou non, et à maintenir ces activités peut être le critère principal d'efficacité. Ce choix paraît logique puisque l'objectif principal de la prise en charge est la réinsertion professionnelle des lombalgies chroniques. [71]

Dans ce travail, nous avons utilisé le Questionnaire Concis sur Les Douleurs (QCD), qui est une évaluation multidimensionnelle du retentissement de la douleur sur le comportement.

Cet auto-questionnaire a été retenu comme critère de base pour l'évaluation et le suivi des douloureux chroniques dans les recommandations de l'ANAES de 1999 (cf. *annexe 6*). Cette échelle étudie les répercussions de la douleur dans la vie quotidienne en mesurant différentes EVA.

Nous avons retenus les critères suivants dans ce QCD:

- EVA des activités générales,
- EVA de l'humeur,
- EVA capacité à marcher,
- EVA travail habituel (y compris les travaux à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques),
- EVA relation avec les autres,
- EVA goût de vivre,
- EVA sommeil.

- Consommation médicamenteuse et médicale

La quantification de la consommation médicamenteuse et médicale est un critère largement utilisé dans les études anglo-saxonnes, qui montrent, pour la plupart d'entre elles, une diminution de la consommation d'antalgiques et de traitements dépendogènes. [71]

En effet, il a été largement démontré que les traitements médicamenteux générateurs de dépendance et/ou altérant la vigilance et/ou les fonctions supérieures rendent difficiles toute réadaptation socioprofessionnelle chez le douloureux chronique, notamment chez le lombalgique.

La rationalisation des thérapeutiques (diminution des doses ou l'arrêt de ces traitements) est un objectif à moyen terme de la prise en charge, et doit être maintenu dans la durée (éducation du patient), en particulier pour :

- les morphiniques forts, de palier III de l'OMS
- les benzodiazépines
- et les somnifères.

Ce sont donc ces trois classes de thérapeutiques que nous étudierons dans ce travail.

d) Analyse statistique

Nous avons procédé à l'analyse descriptive et évaluative des données.

Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne, leur écart-type (=DS pour déviation standard), leur minimum et leur maximum. Les variables qualitatives sont représentées par effectif et pourcentage.

Des comparaisons entre les 2 sous-groupes ont été effectuées sur les paramètres initiaux pour s'assurer de leur homogénéité ; des tests du Chi-2 ou de Fischer pour les variables qualitatives et des tests de Wilcoxon pour les variables quantitatives ont été réalisés. Des comparaisons entre les 2 sous-groupes (un sous-groupe dont l'arrêt de travail est compris entre 6 et 12 mois, et un sous-groupe en arrêt depuis plus de 12 mois) et les 3 différentes périodes (temps initial, à 12 mois et à 24 mois) ont été effectuées pour les EVA, le périmètre de marche (PM) et pour l'HAD. L'interaction entre la période et le sous-groupe a été analysée pour connaître l'évolution des paramètres testés en fonction du sous-groupe.

Ont été procédés à des analyses descriptives pour l'étude du retour et du maintien au travail. Le nombre de patients ayant repris le travail a été décrit par sous-groupe et par période (à 12 mois, à 24 mois). Une même analyse a été réalisée pour les patients ayant repris une activité professionnelle à 12 mois et l'ayant maintenu à 24 mois.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Des modèles de régression logistique ont été réalisés pour rechercher les facteurs prédictifs du retour à l'emploi (retour à 12 ou 24 mois). Dans un premier temps, des modèles univariés ont été réalisés pour chaque facteur prédictif potentiel. Les variables dont la p-value étaient supérieures à 0.25 ont été conservées. Dans un second temps, un modèle multivarié a été construit à partir des variables retenues à l'étape précédente et selon une stratégie de sélection ascendante (on ajoute une à une les variables les plus significatives et le modèle final est obtenu lorsque l'ajout d'une variable supplémentaire n'apporte pas plus d'information).

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide du logiciel informatique SAS (r) version 9.1.3.

3 Résultats

3.1 Natures des cas pris en charge

a) Caractéristiques sociodémographiques

Un échantillon de 33 patients lombalgiques chroniques rebelles, hospitalisés au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes de 2002 à 2008 a été inclus dans ce travail.

Au sein de cette population, nous avons pu différencier 2 sous-groupes :

- les patients en arrêt de travail compris entre 6 et 12 mois ; ce qui représente 20 malades, (appelés, dans la suite de notre travail, groupe 6-12M)
- les patients en arrêt de travail de plus de 12 mois ; ce qui représentent 13 malades (appelés groupe 12-24M).

Parmi cet échantillon, il y a 16 femmes (soit 48,48%) et 17 hommes (soit 51,52%), âgés de 41,52 ans en moyenne (24 à 54 ans). Sur le plan personnel, 19 patients (soit 57,58%) sont en couple dont 17 (51,52 %) sont mariés et 2 (6,06 %) vivent maritalement ; 6 lombalgiques (18,18%) sont divorcés et 8 (24,24%) sont célibataires.

Ces résultats sont résumés dans le **tableau n°2**, page 48.

b) Modalités de prise en charge pluridisciplinaire

Le recours à la filière de soin, dont le point de départ est le CETD, se fait dans la majorité des cas par le médecin généraliste (51,52% soit 17 patients sur 33).

Les médecins hospitaliers sont les deuxièmes adressant des patients (24,24% soit 8 sur 33 lombalgiques).

Les médecins de rééducation sont à l'origine de l'orientation dans cette filière de 21,21% des malades (soit 7 sur les 33 au total).

c) Facteurs de chronicité chez les lombalgiques

Ceux-ci sont résumés dans le **tableau n°2**, page 48.

- Diagnostic lésionnel

Sur cet échantillon, 24 malades (72,73 % de l'échantillon) n'ont jamais bénéficié de geste chirurgical rachidien. 24 patients (72,73 %) ont bénéficié, dans les 12 mois précédents leur prise en charge au centre anti-douleur, d'une imagerie (TDM ou IRM) pour exclure toute étiologie secondaire.

- Facteurs médico-légaux

Comme nous l'avons vu précédemment, il est décrit dans la littérature l'effet négatif d'une reconnaissance en AT/MP (Accident du Travail/ Maladie Professionnelle) pour ces patients lombalgiques chroniques.

Dans notre échantillon, cette reconnaissance en AT/MP, par la Sécurité Sociale, concerne 10 lombalgiques de l'échantillon (soit 30,3%). Dans la grande majorité des cas, ceux-ci sont pris en charge au titre de l'accident du travail (8 patients sur 33 soit 24,24%) ; et 2 seulement bénéficient d'une prise en charge au titre de la maladie professionnelle (soit 6,06 %).

- Facteurs professionnels

La durée moyenne d'arrêt de travail est de 12,36 mois $\pm$ 6,40 (minimum 6 mois et maximum 23 mois). Dans l'échantillon, 20 patients inclus dans ce travail avaient un arrêt de travail compris entre 6 et 12 mois (soit 60,61%) et 13 étaient en arrêt depuis plus de 12 mois (soit 39,39%).

Aucun patient ne bénéficie d'une invalidité par la Sécurité Sociale.

Concernant leur niveau d'étude, dans l'échantillon total :

- 7 ont le niveau BEPC (soit 21,21%),
- 16 ont le niveau BEP-CAP (soit 48,48%) qui se répartissent ainsi : 5 de niveau BEP (soit 15,15% de l'échantillon) et 11 de niveau CAP (soit 33,33%),
- 1 seul a le niveau Bac (soit 3,03%),
- 5 ont le niveau études supérieures (soit 15,15%),
- Et pour 4 d'entre eux, cette donnée manque.

Au sujet de leur poste de travail, selon la CSP-2003 :

- 2 patients relèvent de la CSP n°3 (Cadres et Professions Intellectuelles Supérieures) soit 6,06%,
- 2 lombalgiques relèvent de la CSP n°4 (Professions Intermédiaires) soit 6,06%,
- 13 relèvent de la CSP n°5 (Employés) soit 39,39%,
- 15 relèvent de la CSP n°6 (Ouvriers) soit 45,45%,
- 1 est non renseigné.

La lombalgie chronique touche donc plus les « manuels » que les cols blancs comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail. Notre échantillon présente donc les mêmes caractéristiques socioprofessionnelles que les populations des études sur les lombalgies chroniques.

A propos de leur ancienneté au poste de travail, les douloureux de cette étude occupent leur fonction depuis 9,96 ans en moyenne $\pm$ 9,07, les extrêmes allant de 4 mois à 30 ans.

Nous avons ensuite étudié la taille de leur entreprise dont la répartition est la suivante :

- 7 patients travaillent dans une TPE (Très Petite Entreprise) de moins de 10 salariés (soit 26,93%),
- 4 travaillent dans une entreprise dont l'effectif est compris entre 10 et 50 (soit 15,38%),
- 14 travaillent dans une entreprise de 50 à 100 salariés (soit 53,85%),
- 1 travaille dans une entreprise de plus de 100 salariés (soit 3,85%),
- 7 données sont manquantes.

Sur le plan professionnel, 12 douloureux, lors de leur entrée au centre anti-douleur, bénéficient d'une RQTH (Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé) (36, 36%) dont 1 qui a déjà bénéficié d'une formation via la MDPH.

Tableau n°2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée (N=33).

	Population totale (N=33)	Groupe 6-12M (n1=20)	Groupe 12-24M (n2=13)	P- value
Age, ans	41,52 ± 9,69	42,15 ± 9 ,02	40,54 ±8,41	0,45
Sexe, nombre d'hommes	17 (51,52%)	9 (45%)	8 (61,54%)	0,35
Catégorie socioprofessionnelles, nombre de sujets				0,93
Cadres (CSP n°3)	2 (6,25%)	1 (5,26%)	1 (7,69%)	
Professions intermédiaires (CSP n°4)	2 (6,25%)	1 (5,26%)	1 (7,69%)	
Employés (CSP n°5)	13 (40,63%)	7 (36,84%)	6 (46,15%)	
Ouvriers (CSP n°6)	15 (46,88%)	10 (52,63%)	5 (38,46%)	
Niveau étude				0,80
BEPC-CAP-BEP	23 (79,31%)	13 (81,25%)	10(76,92%)	
Bac	1 (3,45%)	1 (6,25%)	0	
Etude supérieures	5 (17,24%)	2 (12,50%)	3 (23,08%)	
AT/MP, nombre de sujets				0,33
AT	8 (24,24%)	3 (15%)	5 (38,46%)	
MP	2 (6,06%)	1 (5%)	1 (7,69%)	
Durée arrêt de travail, en mois	12,36 ± 6,40			
Imagerie < 12 mois, % de sujets	24 (72,73%)	13 (65%)	11 (84,62%)	0,26
Chirurgie, % de sujet	24 (72,73%)	18 (90%)	6 (46,15%)	0,014
Taille de l'entreprise, en nombre de sujets				0,06
< 50 salariés	11 (42,31%)	4 (26,67%)	7 (63,64%)	
> 50 salariés	15 (57,69%)	11 (73,33%)	4 (36,36%)	
Ancienneté au poste, en années	9,96 ± 9,07	10,22 ± 9,86	9,56 ± 8,26	0,88
MDPH, dossiers faits (RQTH), nombre de sujets	12 (36,36%)	6 (30%)	6 (46,15%)	0,47
Invalidité reconnue	0	0	0	

Les valeurs indiquées dans le tableau représentent les moyennes, ± DS, sauf autres indications.

Les caractéristiques sociodémographiques des populations des deux groupes sont identiques, puisque la p-value est non significative pour l'ensemble des données observées hormis l'antécédent de chirurgie.

- Indices de qualité de vie

Ces données seront détaillées dans le **tableau n°3**, page 51.

➤ La douleur

A l'entrée dans la filière, la moyenne des EVA douleur des patients est de $6,39 \pm 2,12$.

➤ Sévérité de l'atteinte fonctionnelle

Initialement, les patients déclarent avoir un périmètre de marche moyen de 2236 mètres $\pm$ 1554 (allant de 100 à 5000 mètres).

L'EVA fonction est alors de 6,27/10 en moyenne $\pm$ 1,97.

➤ Statut psychologique

Le questionnaire HAD, à t=0 de notre étude, est en moyenne de :

- 10,63/21 pour les items anxieux $\pm$ 4,74,
- 9,13/21 pour les items dépressifs $\pm$ 5,05.

La population de notre étude présente donc des caractéristiques de syndrome anxiodépressif.

L'EVA sommeil est de 5,94/10 en moyenne $\pm$ 3,08.

➤ Répercussion de la douleur dans la vie quotidienne

Initialement, les indices moyens de qualités de vie sont les suivants :

- EVA des activités générales : $6,78/10 \pm 2,28$,
- EVA de l'humeur : $4,78/10 \pm 2,76$,
- EVA capacité à marcher : $6,16/10 \pm 2,52$,
- EVA travail habituel (y compris les à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques) : $7,19/10 \pm 2,38$,
- EVA relation avec les autres : $4,41/10 \pm 3,25$,
- EVA goût de vivre : $4,75/10 \pm 3,14$.

➤ Consommation de traitements dépendogènes

Quant à la consommation de médicaments générateurs de dépendance, 7 patients déclarent en prendre (soit 22,58%), réparti comme suit :

- 2 prenaient des benzodiazépines (soit 6,45%),
- 1 prenait des hypnotiques et des benzodiazépines (soit 3,23%),
- 4 prenaient des morphiniques de palier III et des benzodiazépines (soit 12,90%).

Tableau n°3 : Caractéristiques médicales de la population étudiée à l'entrée dans la filière.

	Population totale (N=33)	Groupe 6-12M (n1=20)	Groupe 12-24M (n2=13)	P- value
EVA douleur	6,39 ± 2 ,12	6,20 ± 2,44	6,69 ± 1,55	0,85
PM, en mètre	2236 ± 1554	2355 ± 1583	2054 ± 1553	0,73
EVA fonction	6,27 ± 1,97	6,15 ± 1,60	6,46 ± 2,50	0,46
HAD				
Item anxieux / 21	10,63 ± 4,74	10,83 ± 4,51	10,33 ± 5,25	0,67
Item dépressif sur / 21	9,13 ± 5,05	8,61 ± 4,34	9,92 ± 6,08	0,66
EVA sommeil	5,94 ± 3,08	5,50 ± 3,10	6,62 ± 3,04	0,30
EVA activités générales	6,78 ± 2,28	6,45 ± 2,35	7,33 ± 2 ,15	0,29
EVA humeur	4,78 ± 2,76	4,60 ± 2,26	5,08 ± 3,53	0,95
EVA capacité à marcher	6,16 ± 2,52	6,35 ± 2,41	5,83 ± 2,76	0,83
EVA travail habituel	7,19 ± 2,38	6,80 ± 2,55	7,83 ± 1,99	0,24
EVA relation avec les autres	4,41 ± 3,25	3,85 ± 3,20	5,33 ± 3,26	0,29
EVA goût de vivre	4,75 ± 3,14	4,65 ± 2,92	4,92 ± 3,60	0,82
<i>Traitement dépendogène, nombre de sujets</i>	7 (22,58%)	2 (10%)	5 (45,45%)	0,07

Les valeurs indiquées dans le tableau représentent les moyennes, ± DS.

Ce tableau permet de se rendre compte que les 2 sous-groupes sont homogènes; aussi bien sur le plan médical, après étude des différentes EVA, PM et prises de médicaments générateurs de dépendance, que sur le plan sociodémographique, comme vu plus haut.

3.2 Efficacité à 12 et 24 mois de la prise en charge en filière pluridisciplinaire CETD-CRF

Nous allons nous attacher à évaluer l'efficacité de cette filière, en stratifiant toujours nos résultats selon les deux sous-groupes définis au départ, le sous-groupe 6-12M (n1=20) et le sous-groupe 12-24M (n2=13).

- Retour et maintien au travail

➤ Résultats

Dans l'échantillon total, la reprise du travail à 12 ou 24 mois (ou la recherche d'un emploi) concerne 22 patients sur 32 (1 donnée manquante) soit 68,75% :

- 14 dans le groupe 6-12M (soit 70%),
- 8 dans le groupe 12-24M (soit 61,54%).

Si on ne parle que de reprise du travail effective (en excluant les patients à la recherche d'un emploi), la reprise concerne alors 16 patients sur 32 (soit 50%).

Tableau n°4 : Nombre de patients ayant repris une activité professionnelle à 12 et 24 mois.

	A 12 Mois		A 24 Mois	
	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe
	6-12M	12-24M	6-12M	12-24M
Non	11	8	6	6
Oui (AP, AE)	-	-	2	2
Oui (AP,ME)	1	1	1	1
Oui (MP,ME)	8	1	7	1
Recherche d'emploi	-	3	2	2
<i>Données manquantes</i>			2	1

AP, AE= Autre Poste, Autre Entreprise ; AP, ME= Autre Poste, Même Entreprise ;

MP, ME = Même Poste, Même Entreprise.

A 12 mois, il y a 14 patients (42%) ayant repris une activité professionnelle ou à la recherche d'emploi ; ils se décomposent comme suit :

- 9/20 dans le groupe 6-12M soit 45%, tous ayant repris une activité professionnelle,
- 5/13 dans le groupe 12-24M, soit 38,5%, dont 2 ayant repris et 3 en recherche d'emploi.

Tableau n°5 : Reprise du travail à 24 mois dans le groupe 6-12M, 2 données manquantes.

		Retour emploi à 24 mois		
Retour emploi à 12 mois		Non	Oui	Recherche d'emploi
	Non	5	3	2
	Oui	1	7	0
	Recherche emploi	0	0	0

Tableau n°6 : Reprise du travail à 24 mois dans le groupe 12-24M, une donnée manquante.

		Retour emploi à 24 mois		
Retour emploi à 12 mois		Non	Oui	Recherche emploi
	Non	5	1	2
	Oui	0	2	0
	Recherche emploi	1	1	0

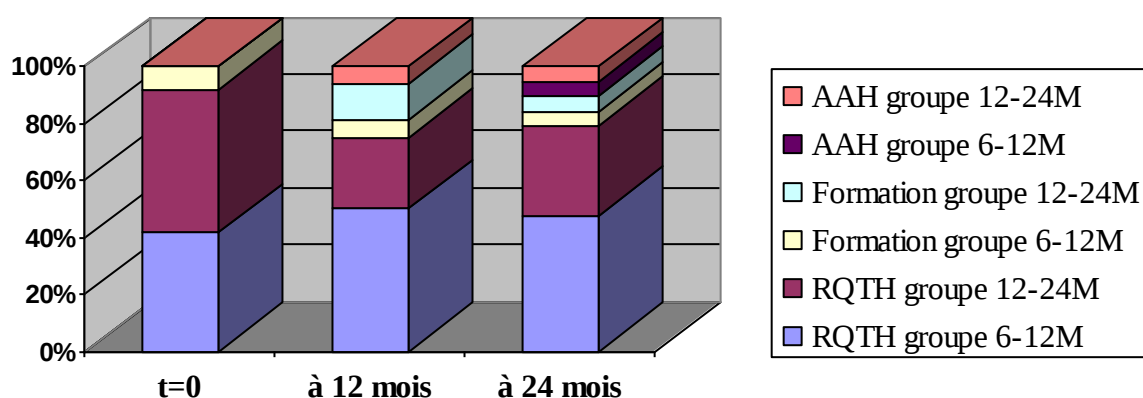
Concernant la reprise du travail à 24 mois, pour les patients n'ayant pas repris à 12 mois :

- 5 sur 10 ont repris dans le groupe 6-12M (soit 50%), dont 2 sont en recherche d'emploi,
- 3 sur 8 ont repris dans le groupe 12-24M (soit 37,5%), dont 2 sont en recherche l'emploi.

Ces résultats encourageants semblent se maintenir puisque 7 patients sur 8 (1 donnée manquante) dans le groupe 6-12M et les 2 lombalgiques du groupe 12-24M ont maintenu une activité professionnelle à 24 mois.

➤ Démarches entreprises en vue du retour au travail

Nous avons étudié, pour cela, le nombre de dossiers MDPH réalisés (RQTH, formation, AAH...).



Histogramme n° 1 : Dossiers MDPH à 12 et 24 mois.

Nous nous apercevons que le taux de RQTH reste quasiment identique tout au long de l'étude, que la formation reste trop peu utilisée et que le nombre de bénéficiaires de l'AAH s'accroît avec le temps.

L'efficacité de ces démarches en terme de retour au travail ne peut être montrée.

Nous n'avons pu, par ailleurs, étudier les adaptations qualitatives et/ou quantitatives réalisées au poste de travail, compte tenu du trop grand nombre de données manquantes.

➤ Facteurs prédictifs de retour au travail

Nous avons également essayé de retrouver des facteurs prédictifs de retour au travail à 12 ou 24 mois par régression logistique.

Après analyse statistique, nous avons pu mettre en évidence deux paramètres prédictifs du retour au travail : l'EVA activité générale et l'EVA humeur.

Tableau n°7 : Variables prédictives de retour au travail à 12 ou 24 mois.

Variables	OR	IC	p-value
EVA activité générale	0,28	[0,11 ; 0,72]	0,0077
EVA humeur	39,91	[2,07 ; 770,78]	0,0147

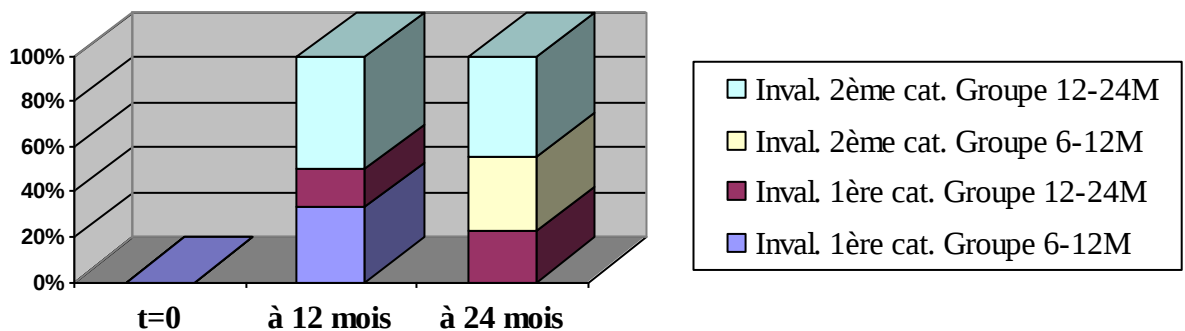
Toutes les autres variables étudiées (sexe, âge, niveau d'étude, catégories socioprofessionnelles, statut civil, AT/MP, durée d'arrêt de travail, prise de traitements dépendogènes, taille de l'entreprise, ancienneté au poste de travail, HAD, MDPH, les différentes EVA ou encore le périmètre de marche) ne remplissent pas les critères de cette régression logistique.

Néanmoins, ces 2 variables sont à prendre avec précaution compte tenu du faible effectif.

➤ Invalidité

Nous nous sommes également intéressés aux demandes d'invalidité faites par les patients.

Histogramme n° 2 : Nombre de nouvelles demandes d'invalidité.



Nous pouvons remarquer que le nombre d'invalidités augmente avec le temps, surtout pour l'invalidité de 2^{ème} catégorie, et avec la durée d'arrêt de travail, toute invalidité confondue.

- Indices de qualité de vie

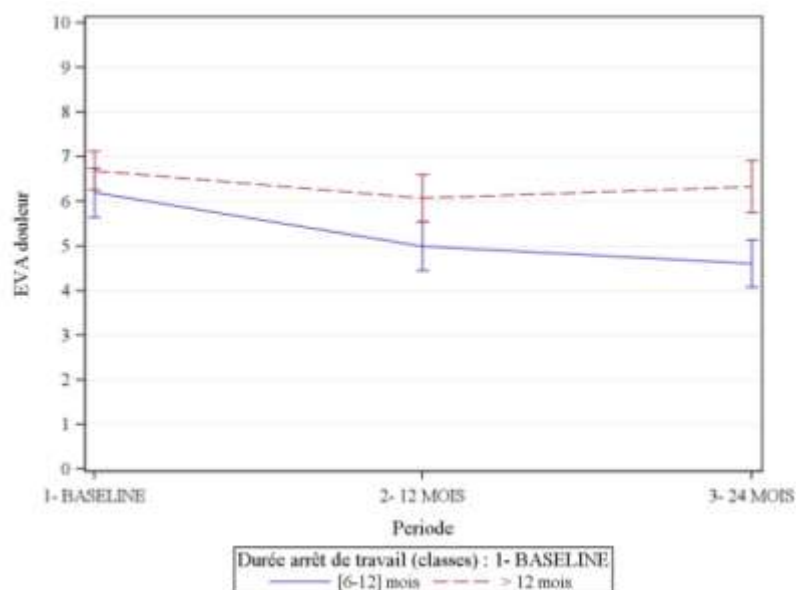
Nous allons comparer les différents critères de jugement que nous avons retenus. La valeur initiale, lors de l'entrée dans la filière de soin, est appelée « Baseline ».

Les diagrammes auront, en ordonnées les valeurs moyennes $\pm$ DS, et en abscisse, le temps, avec les 3 périodes (au temps initial, à 12 mois et à 24 mois).

Tous les résultats statistiques sont résumés dans le **tableau n°8**, page 61.

En ce qui concerne les 2 sous-groupes, il n'existe aucune différence significative entre eux, aux 3 temps distincts et pour tous les paramètres de qualité de vie; les deux populations évoluent dans le même sens. (cf. **tableau n°9**, page 62).

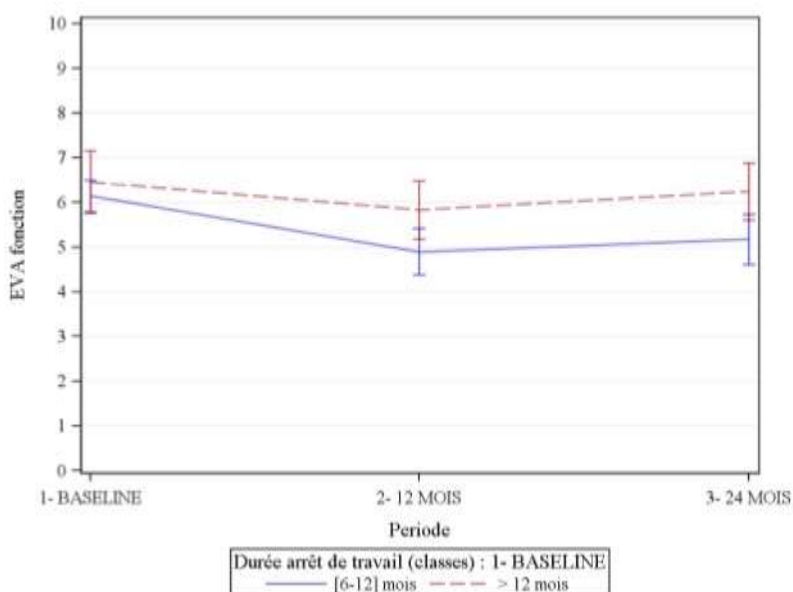
L'EVA douleur est significativement plus faible à 12 mois et à 24 mois par rapport à t=0 (la différence est de 0,97 dans le premier cas et de 1,07 dans le second). (cf. **courbe n°1** ci-après)



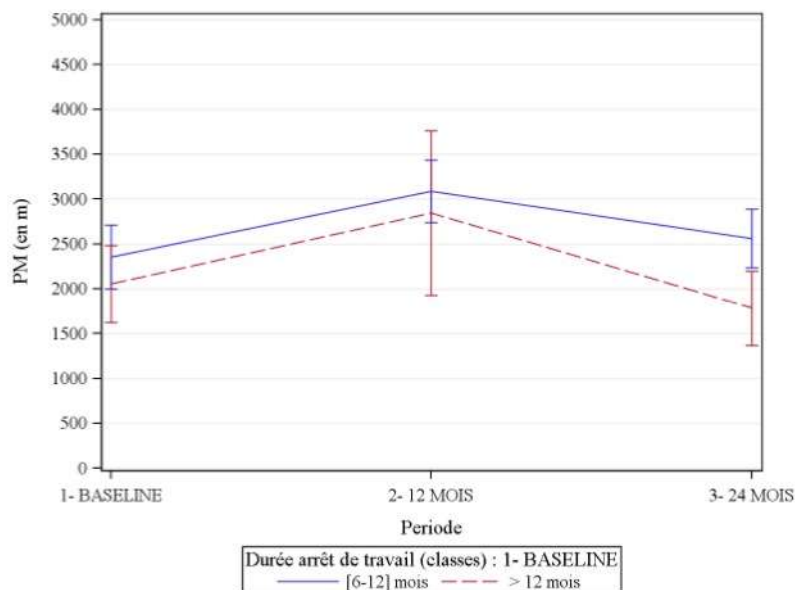
Courbe n°1 : Evolution de l'EVA douleur des sous-groupes en fonction du temps.

L'EVA fonction est significativement plus faible uniquement à 12 mois par rapport à la valeur à t=0, la différence est de 1.06 point en moyenne. (cf **courbe n°2** ci-après)

L'étude du périmètre de marche vient confirmer cette évolution de la fonction, puisqu'il y a une augmentation du PM à 12 mois (2995 m en moyenne) par rapport au temps initial (2236 m en moyenne). (cf. **courbe n°3** page suivante)



Courbe n°2 : Evolution de l'EVA fonction des sous-groupes en fonction du temps.

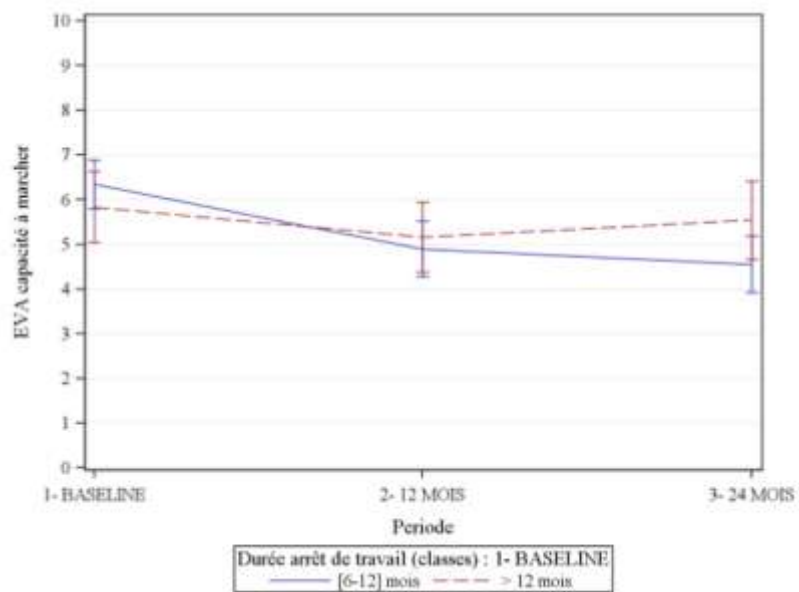


Courbe n°3 : Evolution du PM des sous-groupes en fonction du temps.

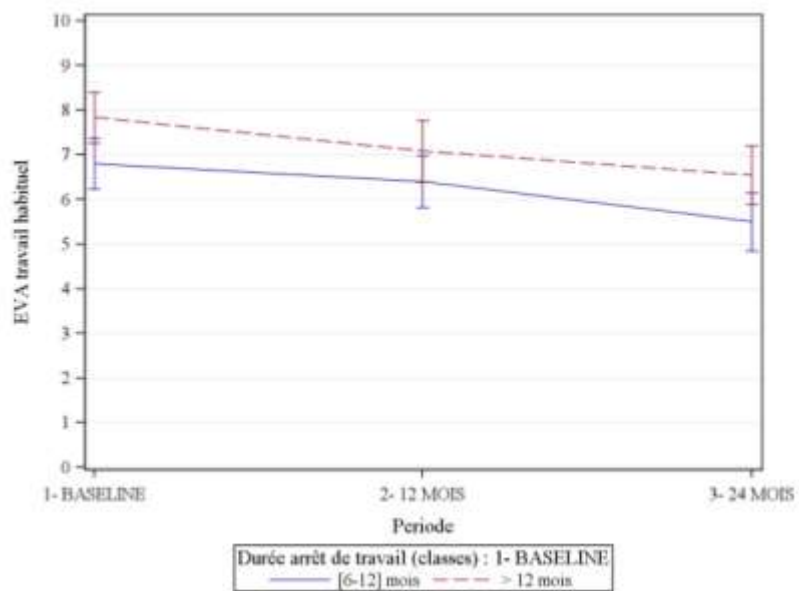
Il n'y a pas de différences significatives entre les scores HAD à 12 mois et initiaux. Plus de la moitié des données étant manquantes à 24 mois, ce paramètre n'a pu être étudié.

Concernant les indices de répercussion de la douleur dans la vie quotidienne, les résultats sont les suivants :

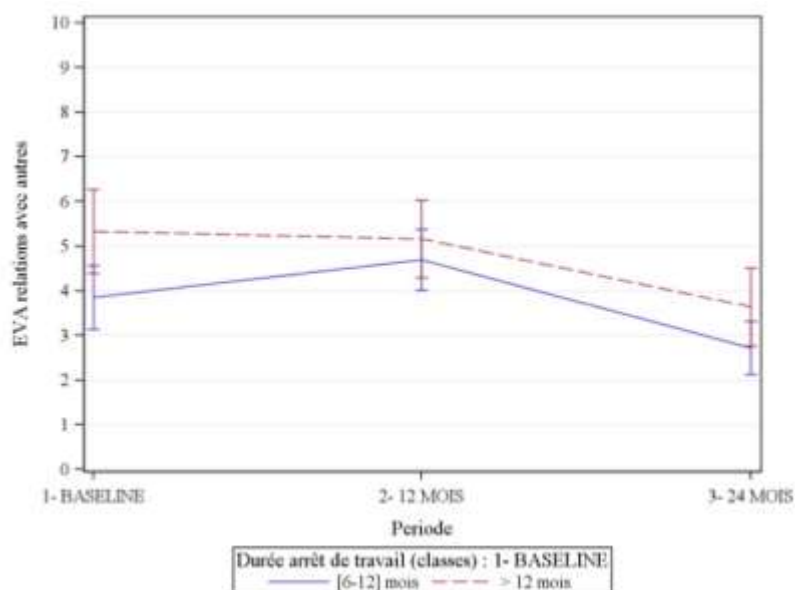
- Aucune différence significative des EVA activité générale, humeur, sommeil ;
- Diminution significative de l'EVA capacité à marcher à 12 mois par rapport au temps initial (différence de 1.16 en moyenne), (cf **courbe n°4** page 59) ;
- L'EVA travail habituel est significativement plus faible à 24 mois par rapport à la valeur à t=0, la différence est en moyenne de 1.13 point ; (cf. **courbe n°5** page 59) ;
- L'EVA relations avec les autres est significativement plus faible à 24 mois par rapport à la valeur à l'entrée dans la filière, (différence de 1.11 en moyenne) et par rapport à la valeur à 12 mois (de 1.58 point en moyenne), (cf. **courbe n°6** page 60) ;
- L'EVA goût à vivre est significativement plus faible à 24 mois par rapport à la valeur Baseline (différence moyenne de 1.06) et par rapport à 12 mois (différence moyenne de 1.21), (cf. **courbe n°7** page 60).



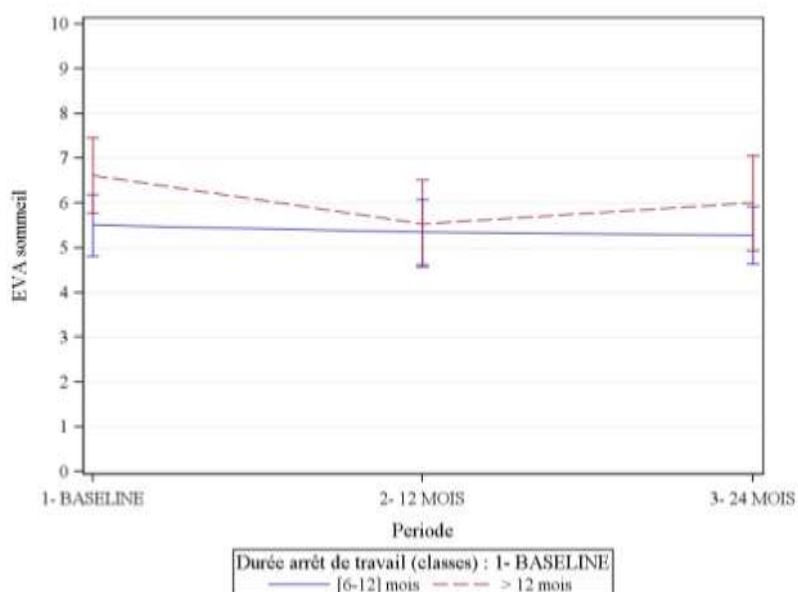
Courbe n°4 : Evolution de l’EVA capacité à marcher des 2 sous-groupes en fonction du temps.



Courbe n°5 : Evolution de l’EVA travail habituel des 2 sous-groupes en fonction du temps.



Courbe n°6 : Evolution de l'EVA relation avec les autres des 2 sous-groupes en fonction du temps.



Courbe n°7 : Evolution de l'EVA goût de vivre des 2 sous-groupes en fonction du temps.

Tableau n°8 : Evolution des différents indices de qualité de vie au cours du temps, page suivante.

	Estimate	Standard error	IC 95 %	p-value
Douleur				
12 MOIS - BASELINE	-0.97	0.39	[-1.76 ; -0.18]	0.0180
24 MOIS - BASELINE	-1.07	0.42	[-1.94 ; -0.20]	0.0172
24 MOIS - 12 MOIS	-0.10	0.37	[-0.86 ; 0.66]	0.7884
EVA fonction				
12 MOIS - BASELINE	-1.06	0.40	[-1.87 ; -0.24]	0.0131
24 MOIS - BASELINE	-0.55	0.40	[-1.36 ; 0.26]	0.1764
24 MOIS - 12 MOIS	0.50	0.36	[-0.23 ; 1.23]	0.1697
PM de marche				
12 MOIS - BASELINE	752.07	285.03	[170.74 ; 1333.39]	0.0129
24 MOIS - BASELINE	54.19	251.56	[-458.87 ; 567.24]	0.8309
24 MOIS - 12 MOIS	-697.88	383.40	[-1479.82 ; 84.06]	0.0784
HAD				
Hamilton ANXIETE				
12 MOIS - BASELINE	-0.78	4.07	[-2.39 ; 0.83]	0.3299
Hamilton DEPRESSION				
12 MOIS - BASELINE	-0.85	3.28	[-2.15 ; 0.45]	0.1886
EVA act. générale				
12 MOIS - BASELINE	-0.53	0.31	[-1.16 ; 0.10]	/
24 MOIS - BASELINE	-0.91	0.40	[-1.71 ; -0.10]	/
24 MOIS - 12 MOIS	-0.37	0.26	[-0.91 ; 0.16]	/
EVA humeur				
12 MOIS - BASELINE	0.19	0.42	[-0.68 ; 1.05]	/
24 MOIS - BASELINE	-0.41	0.41	[-1.24 ; 0.42]	/
24 MOIS - 12 MOIS	-0.60	0.35	[-1.32 ; 0.12]	/
EVA capacité à marcher				
12 MOIS - BASELINE	-1.16	0.42	[-2.01 ; -0.30]	0.0098
24 MOIS - BASELINE	-1.04	0.54	[-2.14 ; 0.06]	0.0623
24 MOIS - 12 MOIS	0.12	0.32	[-0.55 ; 0.78]	0.7231
EVA travail habituel				
12 MOIS - BASELINE	-0.53	0.39	[-1.32 ; 0.26]	0.1792
24 MOIS - BASELINE	-1.13	0.42	[-1.98 ; -0.28]	0.0106
24 MOIS - 12 MOIS	-0.60	0.35	[-1.31 ; 0.11]	0.0938
EVA relation avec les autres				
12 MOIS - BASELINE	0.47	0.49	[-0.53 ; 1.46]	0.3442
24 MOIS - BASELINE	-1.11	0.50	[-2.14 ; -0.08]	0.0358
24 MOIS - 12 MOIS	-1.58	0.43	[-2.46 ; -0.70]	0.0010
EVA sommeil				
12 MOIS - BASELINE	-0.52	0.38	[-1.29 ; 0.26]	/
24 MOIS - BASELINE	-0.29	0.49	[-1.29 ; 0.72]	/
24 MOIS - 12 MOIS	0.23	0.47	[-0.74 ; 1.19]	/
EVA goût de vivre				
12 MOIS - BASELINE	0.16	0.47	[-0.80 ; 1.11]	0.7402
24 MOIS - BASELINE	-1.06	0.45	[-1.98 ; -0.13]	0.0273
24 MOIS - 12 MOIS	-1.21	0.45	[-2.12 ; -0.30]	0.0108

Tableau n°9 : Comparaison des indices de qualité de vie des deux sous-groupes aux 3 périodes distinctes

	Estimate	Standard error	IC 95 %	p-value
Douleur	1.00	0.63	[-0.28 ; 2.29]	0.1222
EVA fonction	0.57	0.63	[-0.72 ; 1.85]	0.3754
PM	-486.55	475.51	[-1456.35 ; 483.25]	0.3141
EVA act. générale	0.95	0.70	[-0.47 ; 2.37]	0.1822
EVA humeur	0.58	0.80	[-1.06 ; 2.21]	0.4780
EVA capacité à marcher	0.04	0.80	[-1.60 ; 1.68]	0.9616
EVA travail habituel	0.95	0.77	[-0.63 ; 2.53]	0.2306
EVA relation avec les autres	0.89	0.93	[-1.01 ; 2.80]	0.3466
EVA sommeil	0.94	0.99	[-1.08 ; 2.96]	0.3487
EVA goût de vivre	0.11	1.00	[-1.94 ; 2.16]	0.9161

En conclusion, on peut noter l'absence de différence des sous-groupes au cours du temps ; les 2 échantillons restent homogènes aux différentes périodes étudiées.

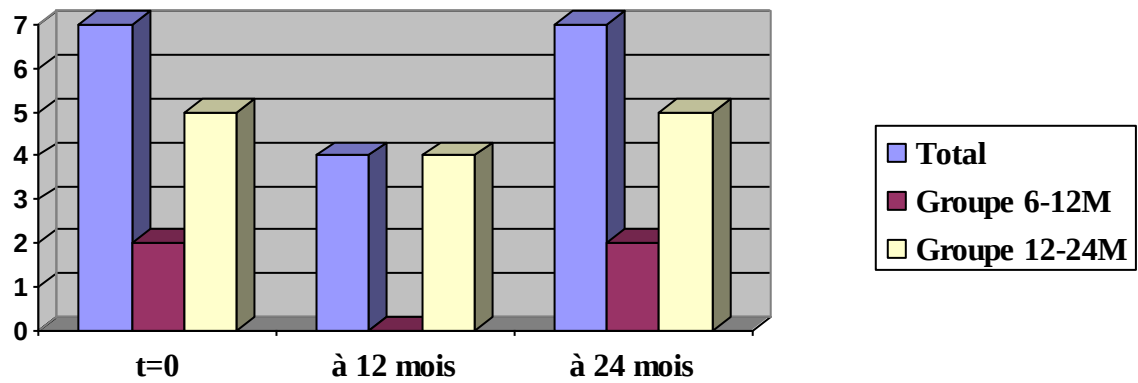
Statistiquement, seules quelques variables varient de façon significative au cours du temps :

- L'EVA douleur à 12 et 24 mois,
- L'EVA fonction à 12 mois,
- Le PM à 12 mois,
- L'EVA capacité à marcher à 12 mois,
- L'EVA travail habituel à 24 mois,
- L'EVA relation avec les autres à 24 mois,
- L'EVA goût de vivre à 24 mois.

Cependant, il est peut probable que ces différences soient cliniquement pertinentes.

Or, malgré ces faibles variations, une proportion non négligeable de patient reprend le travail avec certainement un rôle très important du travail psychologique et de la gestion de la douleur.

➤ **Prise de médicaments générateurs de dépendance**



Histogramme n° 3 : Prise de traitements dépendogènes

On peut voir que les deux sous-groupes évoluent dans le même sens, qu'il y a, dans un premier temps, une diminution de la prise de traitement dépendogène puis un accroissement dans un second temps.

4 Discussion

4.1 Considérations méthodologiques

a) Nature des cas et de la prise en charge

Nos patients lombalgiques chroniques rebelles sont comparables à ceux des autres études étudiant l'efficacité des Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur.

Néanmoins, nous ne pouvons comparer cet échantillon à ceux d'autres études sur cette filière originale puisque nous n'avons pas retrouvé d'études sur cette filière dans la littérature.

Sur les patients hospitalisés au CETD, nous n'avons retenu qu'une population homogène de lombalgiques chroniques rebelles en âge de travailler. La moyenne d'âge était comparable à celle retrouvée dans les études, ayant choisi de n'inclure que les patients en âge de travailler.

b) Type d'étude

Cette étude n'est pas randomisée et nous n'avons pas eu recours à un groupe contrôle.

Des considérations éthiques pourraient limiter le recours à ce groupe contrôle chez cette population de lombalgique chroniques rebelle, en échec thérapeutique, et étant en arrêt de travail prolongé (moyenne de 12,36 mois dans notre étude) au moment de leur inclusion.

Il existe bien évidemment un biais de recrutement, de par le caractère rebelle de la douleur.

Les lombalgiques de notre étude sont en situation d'échec et en arrêt de travail prolongé. Ce sont les « mauvais répondeurs » inclus dans ce travail ; avec donc un pronostic sombre quant à la problématique du retour au travail.

Cette étude préliminaire a pour but de démontrer l'efficacité, la plus-value de cette filière originale, non décrite jusqu'alors, à 12 et 24 mois, délai tout aussi original dans la littérature.

Notre échantillon ne comporte que 33 patients, ce qui limite sa portée.

c) Optimisation des critères de jugement

- Amélioration de la fonction

C'est un paramètre essentiel de la prise en charge des lombalgies chroniques rebelles d'autant que leurs croyances et leurs conduites d'évitement concernant les activités physiques sont importantes.

Les critères validés à l'heure actuelle sont les tests de Shirado et de Sorensen ainsi que la grille EIFFEL (version française validée du questionnaire de Roland et Morris) qui évalue le degré d'invalidité fonctionnelle.

Cependant, il ne faut pas faire de confusion : l'augmentation de la force musculaire n'est pas toujours corrélée à l'amélioration de la fonction.

Les périmètres choisis ici, périmètre de marche et EVA fonction, ne sont pas de bons marqueurs de l'amélioration de la fonction. En effet, le périmètre de marche est variable d'un moment à l'autre de la journée, subjectif et dépend des caractéristiques du terrain, ...

Pour une prochaine étude, utiliser les tests validés (Shirado, Sorensen et la grille EIFFEL) permettrait d'avoir une perception objective de ce paramètre.

- Amélioration de la qualité de vie

A l'heure actuelle dans la littérature concernant les centres de rééducation fonctionnelle, les critères utilisés sont le Quebec Back Pain (qui mesure les répercussions des douleurs lombaires dans la vie quotidienne ; cf. *annexe 3*), le questionnaire appréhension – évitement sur les peurs et croyances des lombalgies chroniques et le Dallas Pain Questionnaire. Ce dernier est un autoquestionnaire anglo-saxon, spécifique de la lombalgie, conçu pour évaluer le retentissement de la douleur lombaire dans la vie quotidienne. [57] Il aurait été informatif dans cette étude. L'originalité du Dallas par rapport à d'autres questionnaires d'incapacité spécifiques de la lombalgie, tient à une exploration élargie aux domaines des activités sociales, aux relations interpersonnelles et à l'état psychologique, dépassant ainsi le strict cadre des capacités physiques.

Ces items sont plus significatifs et plus reproductibles que les EVA étudiées ici, concernant les activités générales, l'humeur, la capacité à marcher, le travail habituel (à l'intérieur et à l'extérieur de la maison), les relations avec les autres, le goût de vivre.

- Retour au travail

Nous avons pu rechercher des facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail : qui sont l'EVA humeur et l'EVA activité générale. Néanmoins, ces conclusions sont à prendre avec prudence du fait du faible effectif de la population.

Toutefois, la population incluse, en situation d'échec, présente un handicap important.

Les mesures de reclassement n'ont pu être exploitées ici, compte-tenu du trop grand nombre de données manquantes. Il serait intéressant de s'y intéresser davantage ultérieurement pour en connaître l'impact.

4.2 Efficacité de la filière CETD – CRF sur le retour et le maintien au travail de lombalgiques chroniques en arrêt de travail prolongé

L'intérêt de cette prise en charge est majeur comme nous allons le voir.

Nous avons décrit et étudié l'efficacité d'une prise en charge séquentielle CETD - CRF, ce qui n'a jamais été exposé, à notre connaissance, dans la littérature ; ce qui fait de ce travail une étude originale. Les données, en terme de retour au travail que l'on peut retrouver, comme l'étude INSERM de 2001, concernent les lombalgiques chroniques de façon globale, et non une population comme celle que nous avons étudié : les lombalgiques chroniques, rebelles, en échec thérapeutique et en arrêt de travail prolongé.

C'est cette population, représentant 5% des lombalgiques, qui génère 85% des coûts de cette pathologie.

Dans ce travail, nous obtenons des résultats tout à fait encourageants avec un fort taux de retour à l'emploi (22 patients sur 32, toute population confondue, soit 68,75%).

- 14 patients du sous-groupe 6-12M, soit 70%, contre 40% dans l'étude INSERM de 2001,
- 8 patients du sous-groupe 12-24M, soit 61,54%, contre 20% dans l'étude de référence.

Nous pouvons également noter une amélioration significative par rapport aux chiffres de l'étude INSERM, alors que notre population présente des critères de sévérité de lombalgie chronique (EVA douleur importante, déconditionnement à l'effort, répercussion sur la qualité de vie, en échec thérapeutique et en arrêt de travail prolongé).

Il faut également noter le facteur pérenne dans le temps de ce retour à l'emploi : 9 lombalgiques sur 10 sont toujours en activité professionnelle 1 an après la reprise du travail.

Les conséquences médico-économiques d'une telle filière de soins sont importantes puisque, comme nous l'avons vu, 5% des lombalgiques sont à l'origine de 85% des coûts directs et indirects.

Par ailleurs, concernant les indices de qualité de vie, les résultats sont plus contrastés ; mais le retour au travail fait partie intégrante des marqueurs de qualité de vie. Il nous semble peu opportun de diminuer de 2 points l'EVA douleur d'un patient si celui-ci reste inactif.

En tout état de cause, on peut sentir une amélioration des croyances du patient vis-à-vis de la douleur chronique (reprise d'activité, gestion de la douleur, travail psychologique..)

Il serait donc intéressant d'exporter vers d'autres centres, cette filière de soin dont les premiers résultats, fruits de ce travail, semblent prometteurs.

4.3 Perspectives

- Lutte contre la chronicisation des lombalgies aiguës

Nous avons pu voir qu'une fois que la douleur chronique s'est installée, une prise en charge est possible mais n'est pas simple. Il est donc important de détecter au plus tôt les patients souffrant de lombalgies pour les orienter vers des filières de soins appropriées.

Il est tout aussi important, voir davantage, de détecter, parmi les lombalgiques à un stade précoce, ceux susceptibles d'évoluer vers la chronicité. En effet, ces derniers sont orientés tardivement vers des filières spécialisées, avec une perte de chance pour eux concernant les chances de réinsertion professionnelle. Il faudrait donc s'attacher à dépister précocement les lombalgiques par une étude des différents facteurs de risque de chronicité.

- Quels patients hospitaliser dans cette filière ?

Le retour au travail et le maintien dans le temps sont, dans la plupart des études, les critères principaux d'efficacité de prise en charge proposée aux patients lombalgiques chroniques rebelles. [69, 70, 71]

Actuellement, il n'existe pas de guidelines concernant l'orientation des patients selon la durée de leur arrêt de travail et/ou les répercussions de la douleur chronique dans leur vie quotidienne et/ou professionnelle. Des auteurs ont tentés de mettre en place un outil de classification des lombalgiques selon le degré de handicap. [21]

Il est donc possible d'identifier des sous-groupes dans cette population de lombalgiques chroniques, dont le but ultime est d'adapter au mieux le niveau de prise en charge des patients :

- *Groupe 1* dont les caractéristiques sont les suivantes : questionnaire de Dallas adapté inférieur ou égal à 36, âge inférieur à 40 ans, intensité douleur inférieure à 35 mm, qualité de vie supérieure ou égale à 70 mm, jamais de prise de somnifères, fonction musculaire bonne, tests isocinétiques supérieurs à 60 secondes.

- *Groupe 3* : Dallas supérieur ou égal à 69, intensité douleur supérieure ou égale à 45 mm, qualité de vie inférieure à 15 mm, prise fréquente de somnifères, fonction musculaire mauvaise et tests isocinétiques inférieurs ou égaux à 30 secondes.
- *Groupe 2* : groupe intermédiaire.

Les patients de notre étude relèvent, dans l'immense majorité des cas, du groupe 3, puisqu'ils sont déconditionnés à l'effort, avec une EVA douleur de 6,4/10 en moyenne à l'inclusion et prennent des traitements dépendogènes (dont les somnifères).

Nous avons pu comparer le taux de retour au travail et l'amélioration de la qualité de vie de cette population en la stratifiant (6-12 mois et 12-24 mois d'arrêt de travail) avec des résultats encourageants : 70% de reprise pour les patients en arrêt de travail compris entre 6 et 12 mois et 61,54% pour ceux dont l'arrêt de travail est compris entre 12 et 24 mois. A cela, il convient de mentionner le caractère pérenne du retour à l'emploi (9 patient sur 10 ayant repris à 12 mois sont toujours en activité à 24 mois).

- Ouverture sur des travaux ultérieurs

Cette étude vient préciser des études antérieures :

- Une étude ouverte sur la prise en charge des lombalgies chroniques au CETD seul [62],
- Puis étude ouverte sur l'efficacité à 12 mois de la filière CETD puis CRF chez 21 lombalgies chroniques dont seulement 10 en arrêt de travail de plus de 6 mois (avec 67% de reprise à 12 mois). [63]

Sur la dernière étude, concernant le retour au travail des patients, les résultats étaient peu contributifs de fait de la faiblesse de l'échantillon. Nous venons donc compléter ces données ; avec un taux de reprise qui se confirme après étude d'un échantillon plus important.

Il apparaît maintenant de déterminer si ce programme est lui-même responsable des effets bénéfiques observés. Pour se faire, une étude randomisée est nécessaire (CETD – CRF versus CRF seul) ; c'est le PHRC (Projet Hospitalier de Recherche Clinique) qui est en cours actuellement.

Toutefois, nous suggérons d'améliorer la portée de ce travail en optimisant certains critères de jugement comme cités plus haut:

- Pour les critères d'évaluation fonctionnels : réalisation des tests de Shirado et Sorensen et de l'auto-questionnaire d'EIFFEL,
- Pour les critères de qualité de vie : le questionnaire de Dallas,
- Pour le retour et le maintien au travail : mesures de reclassement (adaptations quantitatives, qualitatives, MDPH..).

5 Conclusions

Cette étude rétrospective, descriptive, de type « avant/après », sans groupe témoin a permis d'évaluer à 12 puis à 24 mois, en terme de retour au travail et de qualité de vie, une population homogène de lombalgiques chroniques rebelles, en âge de travailler en arrêt de travail depuis plus de 6 mois.

Cette filière séquentielle, CETD – CRF permet d'obtenir des résultats très favorables, bien supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature, sur la reprise à 12 mois et le maintien du travail à 24 mois, plus encore que sur des indices de qualité de vie (diminution de la douleur, amélioration de la fonction et des paramètres psychologiques). De tels résultats justifient, selon nous, le coût relativement élevé d'une telle filière hospitalière, et s'inscrivent dans la réflexion générale sur l'adaptation de la prise en charge devant être envisagée en fonction du handicap du patient et du degré de désinsertion socioprofessionnelle.

L'amélioration de l'intensité de la douleur, qui reste un facteur subjectif, n'apparaît plus comme un critère déterminant de la prise en charge des patients douloureux chroniques, particulièrement des lombalgiques: la prise en charge actuelle des patients douloureux chroniques est centrée sur une meilleure gestion des douleurs, de leur retentissement, et l'amélioration de critères objectifs, comme les performances physiques, la rationalisation des traitements médicamenteux, une optimisation des thérapeutiques non médicamenteuses, ainsi qu'une amélioration du statut social et professionnel, et particulièrement la reprise du travail chez les patients en arrêt.

Ces résultats très encourageants méritent d'être confirmés par une étude contrôlée, randomisée: c'est l'objet d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) conduit par notre équipe, comparant l'efficacité de cette filière originale Centre de Traitement de la Douleur- Centre de Rééducation Fonctionnelle avec une prise en charge ambulatoire optimisée selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, et une prise en charge en Centre de Rééducation seul.

Références

- [1] Adams MA, Mannion AF, Dolan P, Personal risk factors for first-time low back pain. Spine 1999; 24: 2497-2505.
- [2] Alaranta H, H,Rytökoski U, Rissanen A and al., Intensive physical and psychosocial training programm for patients with chronic low back pain.A controlled clinical trial. Spine 1994; 19: 1339-49.
- [3] Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique, Service des recommandations et références professionnelles, Agence National d’Accréditation et d’Evaluation en Santé ; www.anaes.fr, Décembre 2000.
- [4] L. Bontoux and al., Return to work of 87 severely impaired low back pain patients two years after a program of intensive functional restoration, Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 52 (2009) 17–29.
- [5] C. Bouton, F. Huez, P. Rucay et al., Parcours de soins primaires des lombalgiques chroniques avant prise en charge multidisciplinaire en restauration fonctionnelle : étude rétrospective de 72 patients, Annales de réadaptation et de médecine physique 51 (2008) 650–662.
- [6] Brooks BK and al, Lumbar spine spondylolysis in adult population: using computed tomography to evaluate the possibility of adult onset lumbar spondylosis as a cause of back pain, Skeletal Radiology 2009.
- [7] Buijs PC, Lambeek LC, Koppenrade V, and al.; Can workers with chronic back pain shift from pain elimination to function restore at work? Qualitative evaluation of an innovative work related multidisciplinary programme ; J Back Musculoskelet Rehabil. 2009;22(2):65-73.
- [8] E Chiauzzi, LA Pujol, B Mollie, and al.; PainACTION-BackPain : A self-management website for peaple with chronic back pain; Pain Medecine 2010; 11 (7): 1044-58.
- [9] K. Chaory et al., Impact de programmes de restauration fonctionnelle sur les peurs, croyances et conduites d’évitement du lombalgique chronique, Annales de réadaptation et de médecine physique 47 (2004) 93–97.
- [10] F Chatelier, J Nizard, C Geraut, Y Lajat, Pourquoi et comment intégrer le Médecin du Travail à l’équipe du Centre de Traitement de la Douleur, Douleur et Analgésie A. 2003, vol.6,n°3,pp.77-181.

- [11] JF Chenot, A Becker, C Leonhardt and al., Determinants for receiving acupuncture for LBP and associated treatments: a prospective cohort study; BMC Health Services Research 2006, 6:149.
- [12] R Chou and L Hoyt Huffman, Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline, Ann Intern Med. 2007;147:492-504.
- [13] R Chou and L Hoyt Huffman, Medications for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline, Ann Intern Med. 2007; 147: 505-514.
- [14] R Chou and al, Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain. An evidence-based Clinical Practice Guideline from the American Pain Society; Spine 2009; 34: 1066-1077.
- [15] Croft PR, Papageorgiou AC, Ferry S, and al.; Psychologic distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population; Spine. 1995 Dec 15;20(24):2731-7.
- [16] L. da Cunha Menezes Costa, N. Henschke, C. G Maher, and al., Prognosis of chronic low back pain: design of an inception cohort study ;BMC Musculoskeletal Disorders 2007, 8:11.
- [17] Davies KG and Heaney CA. The relationship between psychosocial work characteristics and low back pain: underlying methodological issues. Clin Biomech 2000; 15: 389-406.
- [18] Demoulin C, Grosdent S, Capron L, and al.; Effectiveness of a semi-intensive multidisciplinary outpatient rehabilitation program in chronic low back pain; Joint Bone Spine. 2010 Jan; 77(1):58-63.
- [19] Deshpande A, , Furlan AD, Mailis-Gagnon A, and al., Opioids for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD004959.
- [20] Deyo RA and Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain, J Rheumatol 1988;15:1557–64.
- [21] B. Duquesnoy et coll.: Classement des lombalgiques chroniques selon l'échelle de Dallas et un questionnaire semi quantitatif ; Rev Rhum ; 11 : 749, 1998.
- [22] B. Duquesnoy, et al.; Recommandations de la Section rachis de la Société française de rhumatologie sur l'approche multidisciplinaire de la douleur lombaire ; Rev Rhum [Ed Fr] 2001 ; 68 : 192-4.

- [23] van Duijvenbode I, Jellema P, van Poppel M, and al., Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD001823.
- [24] Eccleston C, Williams ACDC and Morley S; Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews ; Février 2009, n° 2.
- [25] Faivre D, Becker P, Stoffel V, and al., Chronic low-back pains and professional reclassification in the Moselle department, Prat Organ Soins 2006;37(3):197-204.
- [26] Frost H, Klaber Moffett JA, Moser JS, and al., Randomised controlled trial for evaluation of fitness programme for patients with chronic low back pain. Br Med J 1995; 310:151-4.
- [27] Frymoyer JW. Back pain and sciatica. N Engl J Med 1988; 318: 291-300.
- [28] Furlan AD, Imamura M, Dryden T, and al., Massage for low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews; Juillet 2008, n°4.
- [29] AD Furlan, Maurits W van Tulder, Dan Cherkin, and al., Acupuncture and dry-needling for low back pain; The Cochrane Database of Systematic Reviews, October 2008.
- [30] AD Furlan, Imamura M, Dryden T, and al., Massage for low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4.
- [31] S. Gagnon, G. Lensel-Corbeil, B. Duquesnoy, Approche multicentrique de la prise en charge pluridisciplinaire des lombalgiques chroniques : expérience du Réseau Nord-Pas-de-Calais du Dos (Renodos), Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 52 (2009) 3–16.
- [32] Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG ; The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. Spine 1995; 20: 2702-2709.
- [33] F. Genêt, E. Lapeyre, A. Schnitzler, et al.; Psychobehavioural assessment for chronic low back pain, Annales de réadaptation et de médecine physique 49 (2006) 226–233.
- [34] P Le Goff, Le sport parmi les facteurs de risque de la lombalgie, Revue du Rhumatisme 74 (2007) 573–580.
- [35] C. Ha et Y. Roquelaure : Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle en France. Où en est-on aujourd'hui ?, BEH thématique 5-6, 9 Février 2010.
- [36] Haldorsen EM, Kronholm K, Skouen JS, and al., Predictors for outcome of a multi-modal cognitive behavioural treatment program for low back pain patients-a 12-month follow-up study; Eur J Pain. 1998; 2(4):293-307.

- [37] J Hartigsen and al., Heritability of spinal pain and consequences of spinal pain; A comprehensive genetic epidemiologic analysis using a population-based sample of 115,328 twins ages 20-71 years, *Arthritis Care and Research* 2009; 61(10): 1343-51.
- [38] Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, Bombardier C, Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results: guidance for future prognosis reviews, *J Clin Epidemiol.* 2009 Aug;62(8):781-796.
- [39] M Heymans, Anema JR, van Buuren S, and al., Return to work in a cohort of low back pain patients: development and validation of a clinical prediction rule; *J Occup Rehabil.* 2009 Jun; 19(2):155-65.
- [40] P Keeley, F Creed, B Tomenson, and al.; Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain; *Pain* 135 (2008) 142–150.
- [41] Kellett KM, Kellett DA and Nordholm LA., Effects of exercise program on sick leave due to back pain. *Phys.Ther.* 1991; 71:283-93.
- [42] M. Kergresse, G. Roche-Leboucher, A. François, et al. ; Réseau de prise en charge de la lombalgie chronique, *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, Vol 71, n°2 ; 95-101.
- [43] A Khadilkar, D Oluwafemi Odebiyi, L Brosseau and al.; Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain; *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, February 2010.
- [44] Konrad K, Tatrai T, Hunka A, and al., Controlled trial of balneotherapy in treatment of low back pain. *Ann Rheum Dis.* 1992; 51:820-2.
- [45] Kool J, Bachmann S, Oesch P, and al., Function-centered rehabilitation increases work days in patients with nonacute nonspecific low back pain: 1-year results from a randomized controlled trial; *Arch Phys Med Rehabil.* 2007 Sep; 88(9):1089-94.
- [46] Koumantakis G. Watson P. Trunk, Muscle stabilization training plus general exercise versus general exercise only: randomized controlled trial of patients with recurrent low back pain. *Physical Therapy.* 2005 ; 85. p 209-25.
- [47] W Kuijer, Brouwer S, Preuper HR, and al.; Work status and chronic low back pain: exploring the International Classification of Functioning, Disability and Health; *Disabil Rehabil.* 2006 Mar 30;28(6):379-88.
- [48] Lambeek LC, Anema JR, van Royen BJ, and al., Multidisciplinary outpatient care program for patients with chronic low back pain: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study, *BMC Public Health.* 2007 Sep 20; 7:254.

- [49] Lambeek LC, Van Mechelen W, Knol DL, and al., Integrated care for chronic back pain: a randomized controlled trial evaluating a systems approach to reduce disability in working and private life; WDPI 2010.
- [50] A. Leclerc et al.: Les lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? Une expertise collective de l'INSERM, Société d'Etude et de Traitement de la Douleur, INSERM U88, HNSM, Paris, Juin 2001.
- [51] E. Legrand, M. Audran ; Étude critique de l'approche multidisciplinaire des lombalgies ; Rev Rhum [Ed Fr] 2001 ; 68 : 131-4.
- [52] Lindström I, Ohlund C, Eek C, and al., Mobility, strength, and fitness after a graded activity program for patients with subacute low back pain. Spine 1992; 17:641-9.
- [53] G.J. MacFarlane and al., Managing low back pain presenting to primary care: Where do we go from here? ; Pain 122 (2006) 219–222.
- [54] Mairiaux P, Schrijvers G, delaruelle D, and al., Implementation of a RTW low back pain workers in Belgium : assessment of workplace intervention component; WDPI 2010.
- [55] Manchikanti L. Epidemiology of low back pain. Pain Physician 2000; 3: 167-192.
- [56] Marras WS. Occupational low back disorder causation and control. Ergonomics 2000; 43: 880-902.
- [57] M Marty, Blotman F, Avouac B, and al., Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients, Rev Rhum Engl Ed 1998 May;65(5):363.
- [58] M Marty, Définition et évaluation des dimensions physiques et fonctionnelles des lombalgies, Rev Rhum 2001 ; 68 : 135-40.
- [59] Masson C, Le Syndrome du revenu paradoxal ; Synoviale 1995;39: 1–5.
- [60] M Melloh, Elfering A, Egli Presland C, and al., Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments; Int Orthop. 2009 Apr; 33(2):301-13. Epub 2009 Jan 8.
- [61] Menezes Costa de L and al., Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study; British Medical J, 2009; 339 (7725): b3829.
- [62] J Nizard, P Lombrail, G Potel and al., Evaluation de la prise en charge de lombalgies rebelles par un centre de traitement de la douleur, Douleur et Analg. 3, 187-196, 2003.

- [63] J. Nizard, A. Lepeintre, J. Glemarec and al., Efficacy at 12 months of an original care pathway: multidisciplinary pain center followed by a rehabilitation center management, on the quality of life and return to work of 21 refractory low back pain patients; Poster PM 459, 13th World Congress on Pain, Montreal, Canada, August 30th, 2010.
- [64] SH van Oostrom, Driessen MT, de Vet HCW, and al., Workplace interventions for preventing work disability, Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD006955.
- [65] P Roelofs, R Deyo, B Koes, and al.; Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain; The Cochrane Database of Systematic Reviews, March 2010.
- [66] H Pieter and al., Prognostic factors for perceived recovery or functional improvement in non-specific low back pain: secondary analyses of three randomized clinical trials; Eur Spine J, Dec 2009, DOI 10 1007.
- [67]. Poiraudau S, Revel M. La rééducation des lombalgies chroniques. Rev Rhum 2000; 67: 700-6.
- [68] S. Poiraudau et al., Évaluation analytique des moyens thérapeutiques dans la lombalgie : prise en charge physique et fonctionnelle, Rev Rhum [Ed Fr] 2001 ; 68 : 154-9.
- [69] S. Poiraudau, Implication des acteurs médicaux et non médicaux du monde du travail dans la prise en charge du lombalgique chronique : un élément primordial pour la reprise des activités professionnelles ?, Annales de réadaptation et de médecine physique ; 47 (2004) 573–574.
- [70] S. Poiraudau et al. : Lombalgies, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 15-840-C-10, 2004.
- [71] S. Poiraudau, F. Rannou et M. Revel, Lombalgies communes : handicaps et techniques d'évaluation, incidences socioéconomiques ; EMC-Rhumatologie Orthopédie 1 (2004) 320–327.
- [72] S. Poiraudau, La rééducation des lombalgies chroniques, www.medecinephysique.net.
- [73] Power C, Frank J, Hertzman C, and al., Predictors of low back pain onset in a prospective British study. Am J Public Health 2001; 91: 1671-1678.
- [74] Rapport DGS/ GTND, 1er Juillet 2003.
- [75] S Rozenberg, Le traitement médicamenteux de la lombalgie commune, Rev Rhum 2001 ; 68 : 150-3.

- [76] Schaafsma F, Schonstein E, Whelan KM, and al., Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews, Mars 2010, n°1.
- [77] H. Susanand al., Pain Catastrophizing and Kinesiophobia: Predictors of Chronic Low Back Pain, *Am J Epidemiol* 3 2002;156:1028–1034.
- [78] E. Thomas, YM. Pers, JP. Cambiere, et al., Importance des peurs et croyances, de la kinésiophobie et du catastrophisme chez le lombalgique chronique en centre de rééducation ; *Annales de réadaptation et de médecine physique* 51 (2008) 513–520.
- [79] Thorbjornsson CO, Alfredsson L, Fredriksson K, and al., Psychosocial and physical risk factors associated with low back pain: a 24-year follow-up among women and men in a broad range of occupations. *Occup Environ Med* 1998; 55: 84-90.
- [80] P Tison, et al., Croyances dans la douleur chronique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (2009), doi:10.1016.
- [81] M Truchon et al., Les déterminants psychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies, Une recension systématique des écrits, Rapport de l'IRSST Septembre 2000.
- [82] van Tulder MW, Touray T, Furlan AD and al., Muscle relaxants for non-specific lowback pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD004252.
- [83] JP Valat, P Goupille, S Rozenberg, et al., et les membres de la section rachis de la Société française de rhumatologie, Indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies aiguës. Élaboration par l'étude d'une cohorte de 2 487 patients, *Rev Rhum [Ed Fr]* 2000 ; 67 : 528-35.
- [84] Valat JP and al., Factors involved in progression to chronicity of mechanical low back pain; *Joint Bone Spine* 72 (2005) 373–375.
- [85] KE Vowles, Gross RT, Sorrell JT, and al., Predicting work status following interdisciplinary treatment for chronic pain, *Eur J Pain*. 2004 Aug;8(4):351-8.
- [86] Waddell G and Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med* 2001; 51: 124-135.
- [87] L Euller-Ziegler and Gérard Ziegler ; Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire ? Définition, cadre de soins, problématique ; *Rev Rhum [Ed Fr]* 2001 ; 68 : 126-30.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de Dallas

Nom :

Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

Date :

A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses.

Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?



2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?



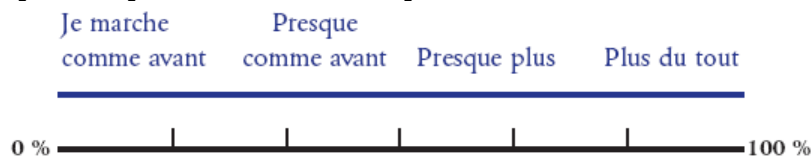
3. La possibilité de soulever quelque chose:

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?



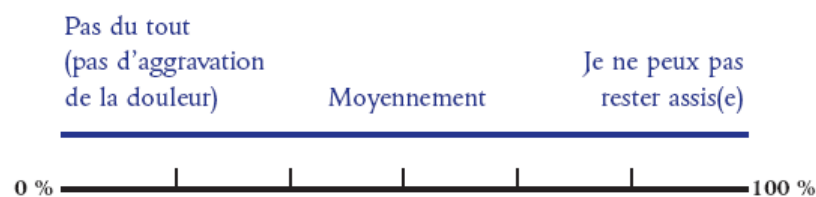
4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?



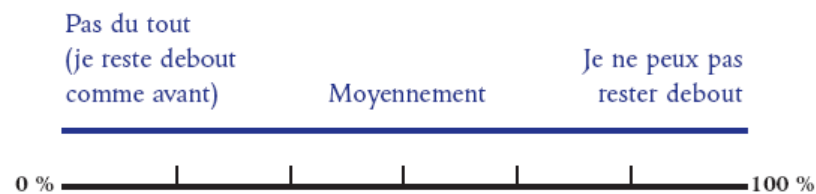
5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?



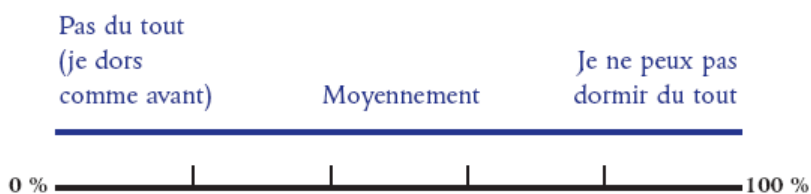
6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?



7. Le sommeil :

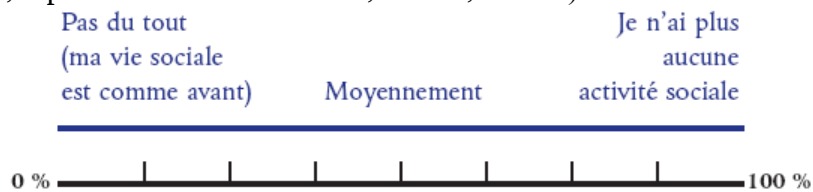
Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?



Total x 3 = ____ % de répercussion sur les activités quotidiennes

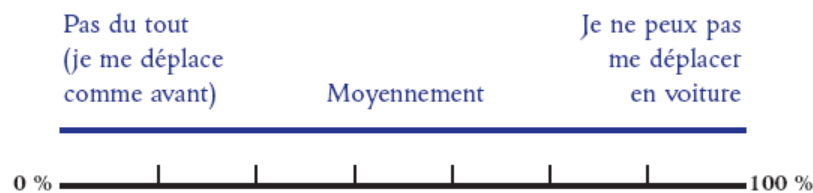
8. La vie sociale

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danses, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc.....) ?



9. Les déplacements en voiture:

Dans quelle mesure la douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?



10. Les activités professionnelles

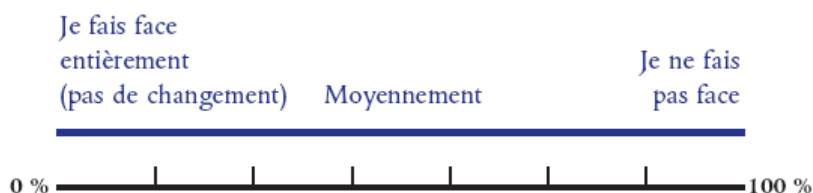
Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?



Total x 5 = ____ % de répercussion sur le rapport activités professionnelles / loisirs

11. L'anxiété /Le moral:

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?



12. La maîtrise de soi :

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?



13. La dépression

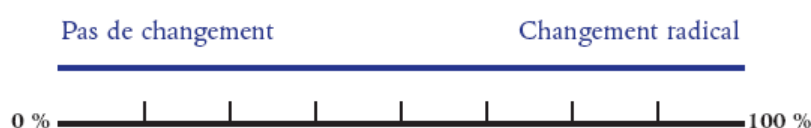
Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?



Total x 5 = ____ % de répercussion sur le rapport anxiété / dépression

14. Les relations avec les autres

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?



15. Le soutien dans la vie de tous les jours

Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc..) ?



16. Les réactions défavorables des proches

Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?



Total x 5 = ____ % de répercussion sur la sociabilité

Protocole :

Cette échelle est divisée en quatre parties indépendantes : activités quotidiennes, activités professionnelles et de loisirs, anxiété / dépression, sociabilité.

Le score de chaque question comporte plusieurs niveaux, cotés de 0 à 5 :

case 1 = 0 point, case 2 = 1 point, case 3 = 2 points...

Pour chacune des 4 parties du Dallas, le pourcentage est obtenu en sommant le score de chaque question et en le multipliant par le coefficient qui lui correspond.

Exemple : (question 1 = 2) + (question 2 = 0) + (question 3 = 2) + (question 4 = 5) + (question 5 = 0) + (question 6 = 2) + (question 7 = 4) = 15 x 3 = 45% de répercussion des lombalgies sur les activités quotidiennes.

Lorsqu'un patient ne coche pas la case mais le trait séparant deux cases, la valeur supérieure est retenue.

Annexe 2 : Echelle du retentissement émotionnel (Hospital anxiety and depression – HAD)

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Je me sens tendu ou énervé :

- 3 la plupart du temps
- 2 souvent
- 1 de temps en temps
- 0 jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- 0 oui, tout autant
- 1 pas autant
- 2 un peu seulement
- 3 presque plus

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3 oui, très nettement
- 2 oui, mais ce n'est pas grave
- 1 un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0 pas du tout

Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- 0 autant que par le passé
- 1 plus autant qu'avant
- 2 vraiment moins qu'avant
- 3 plus du tout

Je me fais du souci :

- 3 très souvent
- 2 assez souvent
- 1 occasionnellement
- 0 très occasionnellement

Je suis de bonne humeur :

- 3 jamais
- 2 rarement
- 1 assez souvent
- 0 la plupart du temps

Je peux rester tranquillement assis a` ne rien faire et me sentir décontracté :

- 0 oui, quoi qu'il arrive
- 1 oui, en général
- 2 rarement
- 3 jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3 presque toujours
- 2 très souvent
- 1 parfois
- 0 jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0 jamais
- 1 parfois
- 2 assez souvent
- 3 très souvent

Je ne m'intéresse plus a` mon apparence :

- 3 plus du tout
- 2 je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1 il se peut que je n'y fasse plus attention
- 0 j'y prête autant d'attention que par le passé

J'ai la bougeotte et n'arrive pas a` tenir en place :

- 3 oui, c'est tout a` fait le cas
- 2 un peu
- 1 pas tellement
- 0 pas du tout

Je me réjouis d'avance à` l'idée de faire certaines choses

- 0 autant qu'auparavant
- 1 un peu moins qu'avant
- 2 bien moins qu'avant
- 3 presque jamais

J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3 vraiment très souvent
- 2 assez souvent
- 1 pas très souvent
- 0 jamais

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision

- 0 souvent
- 1 parfois
- 2 rarement
- 3 très rarement

Analyse des résultats et cotations :

Anxiété : faire la somme des scores aux questions : 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Dépression : faire la somme des scores aux questions : 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Interprétation des scores :

Score anxiété > 11 : état anxieux

Score dépression > 11 : état dépressif

Annexe 3 : Quebec Back Pain

Evaluation de l'Incapacité Fonctionnelle QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE

Référence : Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, et al. The Quebec Back Pain Disability Scale. Spine 1995;20:341-352

Pour chaque question il y a 6 niveaux de réponse, cotés de 0 à 5

Le pourcentage de déficience est obtenu en totalisant les scores des 20 questions

Version française canadienne validée

Ce questionnaire porte sur la façon dont votre douleur au dos affecte votre vie de tous les jours. Les personnes souffrant de maux de dos trouvent parfois difficile d'entreprendre certaines activités quotidiennes. Nous aimerions savoir si vous éprouvez de la difficulté à accomplir les tâches énumérées ci-dessous en raison de votre douleur au dos. Veuillez encrer le chiffre de l'échelle de 0 à 5 qui correspond le mieux à chacune des activités (sans exception).

Éprouvez-vous de la difficulté aujourd'hui à accomplir les activités suivantes en raison de votre douleur au dos ?

	Aucune difficulté	Très peu difficile	Un peu difficile	Difficile	Très difficile	Incapable
1. Sortir du lit	0	1	2	3	4	5
2. Dormir toute la nuit	0	1	2	3	4	5
3. Vous retourner dans le lit	0	1	2	3	4	5
4. Vous promener en voiture	0	1	2	3	4	5
5. Rester debout durant 20 à 30 minutes	0	1	2	3	4	5
6. Rester assis sur une chaise durant plusieurs heures	0	1	2	3	4	5
7. Monter un seul étage à pied	0	1	2	3	4	5
8. Faire plusieurs coins de rue à pied (300 à 400 m)	0	1	2	3	4	5
9. Marcher plusieurs kilomètres	0	1	2	3	4	5
10. Atteindre des objets sur des tablettes assez élevées	0	1	2	3	4	5
11. Lancer une balle	0	1	2	3	4	5
12. Courir un coin de rue (à peu près 100 mètres)	0	1	2	3	4	5
13. Sortir des aliments du réfrigérateur	0	1	2	3	4	5
14. Faire votre lit	0	1	2	3	4	5
15. Mettre vos bas (collants)	0	1	2	3	4	5
16. Vous pencher pour laver la baignoire	0	1	2	3	4	5
17. Déplacer une chaise	0	1	2	3	4	5
18. Tirer ou pousser des portes lourdes	0	1	2	3	4	5
19. Transporter deux sacs d'épicerie	0	1	2	3	4	5
20. Soulever et transporter une grosse valise	0	1	2	3	4	5

Annexe 4 : Tableaux de maladie professionnelle

Régime général : Tableau n°97

Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier

Date de création : 16 février 1999
(décret du 15 février 1999)

Dernière mise à jour : -

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans).	Travaux exposant habituellement aux vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier : - par l'utilisation ou la conduite des engins et véhicules tout terrain : chargeuse, pelleteuse, chargeuse-pelleteuse, niveleuse, rouleau vibrant, camion tombereau, décapeuse, chariot élévateur, chargeuse sur pneus ou chenilleuse, buteur, tracteur agricole ou forestier ; - par l'utilisation ou la conduite des engins et matériels industriels : chariot automoteur à conducteur porté, portique, pont roulant, grue de chantier, crible, concasseur, broyeur ; - par la conduite de tracteur routier et de camion monobloc.

Régime général : Tableau n° 98

Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes

Date de création : 16 février 1999
(décret du 15 février 1999)

Dernière mise à jour : -

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans).	Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués : - dans le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ; - dans le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ; - dans les mines et carrières ; - dans le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ; - dans le déménagement, les garde-meubles ; - dans les abattoirs et les entreprises d'équarrissage ; - dans le chargement et le déchargement en cours de fabrication, dans la livraison, y compris pour le compte d'autrui, le stockage et la répartition des produits industriels et alimentaires, agricoles et forestiers ; - dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes ; - dans le cadre du brancardage et du transport des malades ; - dans les travaux funéraires.

Régime agricole : Tableau n° 57

Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier

Date de création : décret du 19 mars 1999

Dernière mise à jour : décret du 22 août 2008

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux exposant habituellement aux vibrations de basses et moyennes fréquences, transmises au corps entier : 1. Par l'utilisation ou la conduite : - de tracteurs ou machines agricoles, y compris les tondeuses autoportées, - de tracteurs ou engins forestiers, - d'engins de travaux agricoles ou publics, - de chariots automoteurs à conducteurs portés ; 2. Par l'utilisation de crible, concasseur, broyeur ; 3. Par la conduite de tracteurs routiers et de camions monoblocs ; 4. Par l'utilisation et la conduite des sulkys de courses et d'entraînement de trot, tractés par des chevaux

Régime agricole : Tableau n° 57BIS

Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle habituelle de charges lourdes

Date de création : 20 mars 1999
(décret du 19 mars 1999)

Dernière mise à jour : -

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués : - dans les exploitations agricoles et forestières, les scieries ; - dans les établissements de conchyliculture et de pisciculture ; - dans les entreprises de travaux agricoles, les entreprises de travaux paysagers ; - dans les entreprises artisanales rurales ; - dans les abattoirs et entreprises d'équarrissage ; - dans le chargement et le déchargement en cours de fabrication, dans la livraison, le stockage et la répartition des produits agricoles et industriels, alimentaires et forestiers.

Annexe n°5 : Test SF-12

Le test SF-12 est une version abrégée du «Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey» (SF-36) ne comportant que 12 questions sur les 36. Il permet de mesurer huit aspects de la qualité de vie: état de santé général et mental, fonctionnement physique et social, santé physique et «émotionnelle », douleur et vitalité.

Patient Initials _____ **Date of Birth:** ____/____/____ **Patkey:** _____

Surgeon Name: _____ **Date:** _____

Examination Period: _____ Preop (1) _____ 3 Year (4)

_____ Immediate Postop (2) _____ 5 Year (5)

_____ 1 Year (3) _____ Other (specify) (6): _____

This information will help your doctors keep track of how you feel and how well you are able to do your usual activities. Answer every question by placing a check mark on the line in front of the appropriate answer. It is not specific for arthritis. If you are unsure about how to answer a question, please give the best answer you can and make a written comment beside your answer.

1. In general, would you say your health is:

_____ Excellent (1)

_____ Very Good (2)

_____ Good (3)

_____ Fair (4)

_____ Poor (5)

The following two questions are about activities you might do during a typical day. Does YOUR HEALTH NOW LIMIT YOU in these activities? If so, how much?

2. MODERATE ACTIVITIES, such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf:

_____ Yes, Limited A Lot (1)

_____ Yes, Limited A Little (2)

_____ No, Not Limited At All (3)

3. Climbing SEVERAL flights of stairs:

_____ Yes, Limited A Lot (1)

_____ Yes, Limited A Little (2)

_____ No, Not Limited At All (3)

During the PAST 4 WEEKS have you had any of the following problems with your work or other regular activities AS A RESULT OF YOUR PHYSICAL HEALTH?

4. ACCOMPLISHED LESS than you would like:

_____ Yes (1)

_____ No (2)

5. Were limited in the KIND of work or other activities:

_____ Yes (1)

_____ No (2)

During the PAST 4 WEEKS, were you limited in the kind of work you do or other regular activities AS A
RESULT OF ANY EMOTIONAL PROBLEMS (such as feeling depressed or anxious)?

6. ACCOMPLISHED LESS than you would like:

_____ Yes (1)

_____ No (2)

7. Didn't do work or other activities as CAREFULLY as usual:

_____ Yes (1)

_____ No (2)

8. During the PAST 4 WEEKS, how much did PAIN interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?

_____ Not At All (1)

_____ A Little Bit (2)

_____ Moderately (3)

_____ Quite A Bit (4)

_____ Extremely (5)

The next three questions are about how you feel and how things have been DURING THE PAST 4 WEEKS. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling. How much of the time during the PAST 4 WEEKS –

9. Have you felt calm and peaceful?

_____ All of the Time (1)

_____ Most of the Time (2)

_____ A Good Bit of the Time (3)

_____ Some of the Time (4)

_____ A Little of the Time (5)

_____ None of the Time (6)

10. Did you have a lot of energy?

_____ All of the Time (1)

_____ Most of the Time (2)

_____ A Good Bit of the Time (3)

_____ Some of the Time (4)

_____ A Little of the Time (5)

_____ None of the Time (6)

11. Have you felt downhearted and blue?

_____ All of the Time (1)

_____ Most of the Time (2)

_____ A Good Bit of the Time (3)

_____ Some of the Time (4)

_____ A Little of the Time (5)

_____ None of the Time (6)

12. During the PAST 4 WEEKS, how much of the time has your PHYSICAL HEALTH OR EMOTIONAL PROBLEMS interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives, etc.)?

- ☐ All of the Time (1)
- ☐ Most of the Time (2)
- ☐ A Good Bit of the Time (3)
- ☐ Some of the Time (4)
- ☐ A Little of the Time (5)
- ☐ None of the Time (6)

Surgeon Signature _____

Date _____

SF-12® Health Survey © 1994, 2002 by Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All Rights Reserved
SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust

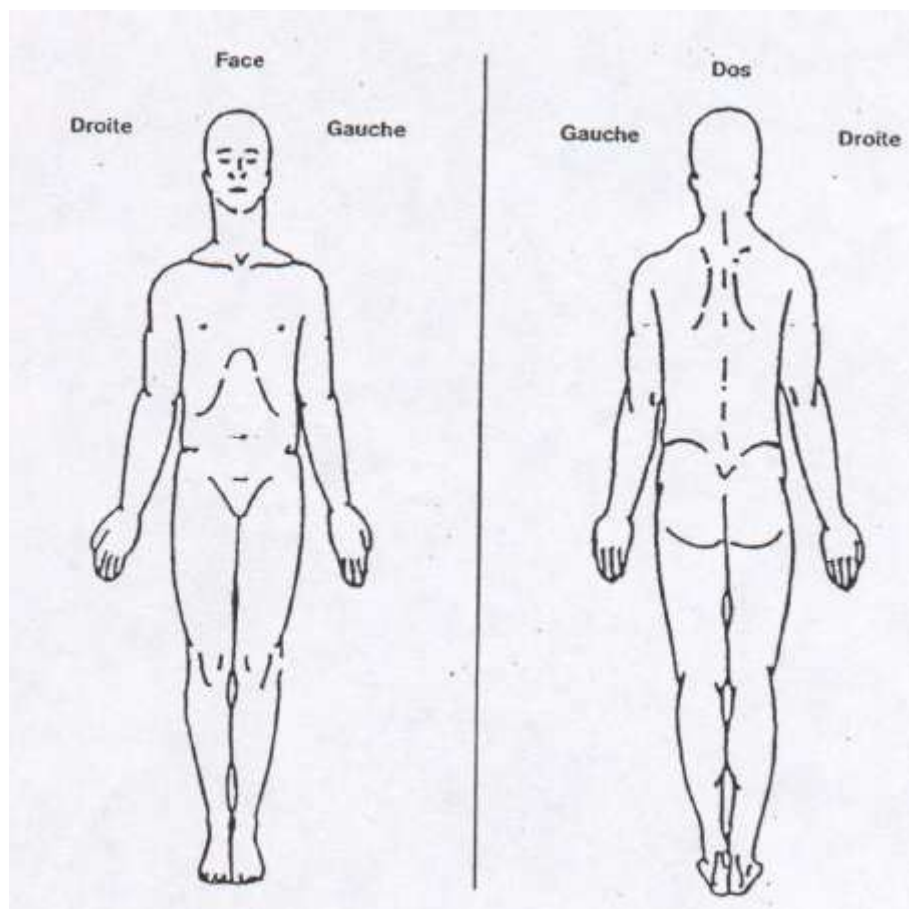
Annexe 6: Questionnaire de l'ANAES (1999)

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : **au cours des huit derniers jours** avez-vous ressenti **d'autres** douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

1. oui 2. non

Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci de votre participation.

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur								Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer		

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie la semaine dernière.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur								Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer		

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur								Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer		

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur								Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer		

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Aucune amélioration										Amélioration complète

9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

B) Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

C) Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

E) Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

F) Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

G) Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

Annexe 7 : Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles de l'INSEE (2003)

Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions Intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activité professionnelle

**EFFICACITE A 24 MOIS D'UNE FILIERE DE SOIN ORIGINALE :
CENTRE DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR - CENTRE DE REEDUCATION
FONCTIONNELLE, SUR LA QUALITE DE VIE ET LE RETOUR AU TRAVAIL
DE 33 LOMBALGIQUES CHRONIQUES REBELLES, EN ARRÊT DE TRAVAIL
DEPUIS PLUS DE 6 MOIS.**

RESUME

Objectifs : La prise en charge des lombalgiques chroniques rebelles en arrêt de travail prolongé est un enjeu de santé publique. Notre étude a évalué l'efficacité d'une filière de soins originale, hospitalière et séquentielle: Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du Centre Hospitalo-universitaire de Nantes (France)- Centre de Rééducation Fonctionnel (CRF), sur le devenir à 24 mois de 33 lombalgiques chroniques rebelles en âge de travailler et en arrêt de travail de plus de 6 mois.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective, descriptive, portant sur 33 lombalgiques chroniques rebelles aux thérapeutiques antérieures, dont 16 femmes, d'âge moyen 41,52 ans (DS= 9,69). La durée moyenne d'arrêt de travail est de 12,36 mois (DS= 6,40). Ces patients ont bénéficié dans un premier temps d'une prise en charge pluridisciplinaire de 2 fois 5 jours dans l'Unité d'hospitalisation du CETD, associant notamment éducation thérapeutique et rationalisation du traitement médicamenteux, infiltrations rachidiennes sous scopie si nécessaire; lutte contre la kinésiophobie, techniques complémentaires non médicamenteuses (électrostimulations trans-cutanées, thérapie manuelle, acupuncture), démarrage du réentraînement à l'effort, évaluation et prise en charge psychologique et réflexion socioprofessionnelle par un médecin du travail du CHU. Ils ont ensuite bénéficié d'un programme de réentraînement à l'effort de 3 semaines en CRF. Le critère de jugement principal de cette prise en charge est la reprise et le maintien de l'activité professionnelle ; les critères de jugement secondaires sont des critères de qualité de vie (amélioration de la douleur, de la fonction, du retentissement psychologique, des répercussions dans la vie quotidienne et diminution de la consommation de médicaments dépendogènes).

Résultats : Cette filière de soins hospitalière obtient des résultats très favorables sur le critère de jugement principal : 70% des patients ont repris le travail à 12 mois: dans le groupe 6-12 mois d'arrêt de travail et 61,5% dans le groupe 12-24 mois d'arrêt. Ces résultats sont pérennes puisque 90% des patients ayant repris, sont toujours en activité à 24 mois. Il s'y associe une amélioration des paramètres secondaires (douleur, fonction, qualité de vie) à 12 et 24 mois.

Conclusion : Cette étude montre l'efficacité à 12 et 24 mois, de cette filière de soins hospitalière séquentielle CETD - CRF, sur la reprise et le maintien au travail, ainsi que la qualité de vie de 33 lombalgiques chroniques rebelles en arrêt de travail prolongé de plus de 6 mois.

Ces résultats encourageants, nettement plus favorables que ceux retrouvés dans la littérature, méritent d'être confirmés par une étude contrôlée randomisée. C'est l'objet d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique, conduit par notre équipe, évaluant l'efficacité comparée de cette filière de soins hospitalière séquentielle CETD - CRF, et d'une prise en charge ambulatoire optimisée selon les Recommandations de la Haute Autorité de Santé, ainsi que d'une prise en charge en CRF seul.

MOTS-CLES

Lombalgie chronique ; Centre de traitement de la douleur ; Centre de rééducation fonctionnelle ;
Retour au travail.