Année 2021/2022 N°

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par
Ann Rose COOK
Née le 12 janvier 1992 à Kaluga (Russie)

TITRE

L'éducation thérapeutique des patients lombalgiques chroniques en médecine générale

---

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2022 devant un jury composé de :

Président du jury : Professeur François **MAILLOT**, Médecine Interne,
Faculté de médecine, Tours

Membres du Jury :
Docteur Anaïs **JACQUOT**, PH, Médecine Physique et de Réadaptation, CHU-Tours
Docteur Sophie **VIBET,** PH, Médecine de la douleur, CHU-Tours
Docteur Belkacem **OTSMANE,** CCA, Médecine Générale, Faculté de médecine, Tours
Docteur Boris **SAMKO,** MCA, Médecine générale, Faculté de médecine, Tours

Directeur de thèse : Dr Aymeric AMELOT, PH, Neurochirurgie, CHU-Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

****

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - *1966-1972*
Pr André GOUAZE (†) - *1972-1994*
Pr Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – G. BODY – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent .....Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....Pneumologie
MARRET Henri .....Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....Physiologie
REMERAND Francis.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....Génétique
VAILLANT Loïc.....Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....Anatomie
VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien .....Soins palliatifs
POTIER Alain .....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....Chirurgie infantile
BISSON Arnaud .....Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul .....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie

HOARAU Cyrille ..... Immunologie
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno ..... Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien ..... Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste ..... Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric ..... Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte ..... Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie ..... Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl ..... Bactériologie
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline ..... Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure ..... Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences
NICOGLOU Antonine ..... Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald ..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine ..... Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle ..... Médecine Générale
PAUTRAT Maxime ..... Médecine Générale
RUIZ Christophe ..... Médecine Générale
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie ..... Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille ..... Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie
DELORE Claire ..... Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier
Pour l'Ecole d'Orthoptie
BOULNOIS Sandrine ..... Orthoptiste
Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS :

Au Dr AMELOT Aymeric : qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci pour ta patience, ta disponibilité permanente, ta rigueur et ta confiance. Merci pour toutes tes instructions et ton ardeur à me faire progresser. Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté, je t'en suis sincèrement très reconnaissante.

Au Professeur MAILLOT François: qui m'a honoré d'accepter de présider mon jury de thèse. Merci pour ta disponibilité, tes enseignements, et ta confiance.

Au Dr JACQUOT Anaïs : pour me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie très sincèrement d'y apporter vos connaissances, vos expériences et votre temps. Recevez le témoignage de ma gratitude.

Au Dr VIBET Sophie : qui m'a fait l'honneur de faire partie des membres du Jury. Merci pour tes conseils, tes enseignements et d'avoir pris le temps de discuter avec moi. Tes remarques m'ont permis de voir mon travail sous un autre angle. Pour tout cela je te remercie.

Au Dr OSTMANE Belcacem : pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse, pour son soutien, le partage de ses connaissances et sa gentillesse.

Au Dr SAMKO Boris : qui m'honore de sa présence en tant que membre du Jury. Merci pour la confiance que tu m'as accordée dès le commencement de mon internat.

Je remercie toutes les personnes avec qui j'ai partagé mes études et notamment ces années de thèse.

A ma Famille, merci pour votre amour, votre soutien et de m'avoir supporté toutes ces années, je vous aime.

A mon Fils Henry, merci pour l'amour et la gentillesse que tu m'offres au quotidien, merci d'avoir fait de moi une mère très fière. Je t'aime de tout mon cœur.

Merci à Maria-Rita, amie et marraine d'Henry, pour ton énergie inépuisable, ton soutien et ton amitié qui nous est cher.

Aux Dupont-Horaux, merci de votre accueil, de votre gentillesse et pour tous ces fous rires. Merci Anne-Françoise d'avoir corrigé mon français.

A Nicolas, pour ton soutien, tes encouragements et ton amour. T'avoir à mes côtés me rend si heureuse. Je t'aime

Sommaire

I) INTRODUCTION 12
1- La lombalgie 12
2- Prévalence et incidence 12
3- Etiologies de la lombalgie chronique 13
4- Physiopathologie douloureuse de la discopathie dégénérative 14
5- Mécanismes de la chronicisation des douleurs 14
6- Les facteurs de risque de la lombalgie chronique 15
7- Le passage à la chronicité et ses conséquences. 15
8- Le syndrome du déconditionnement à l'effort 16
9- La prise en charge de la lombalgie chronique 17
a. Les traitements conservateurs 17
La rééducation 18
La thérapie cognitivo-comportementale TCC 18
Les autres traitements conservateurs : 18
Traitement du déconditionnement à l'effort. 18
Les traitements médicamenteux 19
b. Les traitements chirurgicaux 19
10- Répercussions socio-économiques : un enjeu de taille 20
11- Problématique de leur prise en charge par le MT 20
12- Présentation du travail 21
II) MATERIEL ET METHODES 23
1) Déclaration base de données CNIL 23
2) Réalisation de l'audit 23
3) Fonds pour la réalisation du Support 23
4) Réalisation du Support 23
5) Type d'étude 24
6) Déroulement de la consultation 24
7) Suivi des patients 24
8) Critères principale et secondaire d'efficacité 25
9) Nombre de patients inclus et périodes 25
10) Analyses statistiques 25
III) RESULTATS 26

1) Résultats de l'audit : 26
2) Edition du fascicule éducatif 27
3) Suivi et évolution des patients 30
Consultation initiale (table 2) 30
Consultations de suivi (table 3) 31
a. Critère principal 31
b. Critères secondaires (Evolution des scores fonctionnels) 31
c. ***Reprise du travail*** 31
d. ***Analyses Univariés*** 32
IV) DISCUSSION 33
1- Résultats principaux de notre étude 33
2- Ressentis des consultations lombalgiques par le MG 33
3- Ressentis par le patient 33
4- Réversibilité de la lombalgie chronique 34
5- Éducation du patient 35
6- La prise en charge multidisciplinaire 36
7- Les limites de l'étude 37
8- Prise en charge d'une lombalgie chronique en 2023 au cabinet 37
V) CONCLUSION 39
VI) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 40

RESUME

Introduction :

La lombalgie chronique est le 2e motif de consultation chez l'omnipraticien en France et se situe au 3e rang dans les demandes d'invalidité. Cette affection chronique, récurrente, a des répercussions variées et incapacitantes chez le patient qui a souvent un vécu complexe. Ces consultations sont souvent perçues comme itératives, longues et laborieuses.

Nous avons étudié l'effet d'un fascicule d'éducation thérapeutique sur la prise en charge au cabinet des patients souffrant de lombalgies chroniques.

Matériel et méthodes :

Dans un premier temps nous avons réalisé un audit auprès de médecins généralistes pour faire un état des lieux sur la prise en charge des lombalgies chroniques au cabinet de ville et des problèmes rencontrés. Puis, dans un 2e temps nous avons créé un fascicule éducatif, pour finalement l'appliquer au sein d'une prise en charge prospective de 25 patients dans la maison de santé pluridisciplinaire de Vendôme.

Résultats :

Lors de l'audit, une majorité des médecins généralistes (95,74 %) ont déclaré que les consultations étaient récurrentes. Plus de la moitié (68,09 %) ont rapporté qu'il était parfois difficile de prendre en charge les patients lombalgiques. De même, la coordination des soins et la disponibilité des collègues est décrite comme parfois 46,80 % ou souvent 38,30 % difficile. En conclusion à l'audit 93,62 % ont répondu qu'un fascicule simple d'éducation sur la prise en charge de lombalgies pourrait être une première réponse de gain thérapeutique.

A 1 mois, 18 patients (72%) avaient diminué leur consommation d'antalgiques. L'amélioration persistait à 3 et 6 mois avec le maintien d'une diminution de 72 % (p=0.002). L'EVA s'améliorait significativement de 55% (p=0.012) à 1 mois, 58% à 3 mois et de 71.3% (p=0.001) à 6 mois. En outre, les patients rapportaient en moyenne une diminution d'environ 5 points sur l'échelle de l'EVA. Concernant les scores fonctionnels : dès le premier mois l'ODI diminuait significativement à 15,5 (DS 10), l'amélioration se poursuit à 3 mois à 12,2 (DS 7,1) pour finir <10 au 6e mois (p= 0,001), ce qui représente une amélioration moyenne de 81 % sur l'ensemble de l'ODI. De même, pour L'EIFEL, nous avons observé une diminution moyenne de neuf points sur l'échelle, c'est à dire une amélioration moyenne de 69 % (p=0.04). Il n'y avait pas de reprise significative du travail à un mois (p=0,427), cependant, à 6 mois, 50 % avait repris le travail (p=0.08).

Conclusion :

L'Éducation du patient lombalgique au travers d'un support/fascicule thérapeutique a permis de diminuer significativement la consommation d'antalgiques et la perception douloureuses des patients, ainsi que leur incapacité.

Mots clés: Lombalgie chronique, éducation thérapeutique, rééducation, médecine générale.

ABSTRACT

THERAPEUTIC EDUCATION OF CHRONIC LOW BACK PAIN PATIENTS IN GENERAL PRACTICE

Introduction:

Low back pain is the second most common chief complaint in general practice and is third in line when it comes to disability claims. This chronic, recurrent condition has various incapacitating repercussions on the patient, who often has a complex experience of his symptoms. These consultations are often perceived as iterative, long and laborious.

We studied the effect of a therapeutic education leaflet on the office management of patients with chronic low back pain.

Materials & methods:

First of all, we carried out an audit amongst general practitioners to assess the management of chronic low back pain in general practices and the problems encountered. Then, in a second phase, we created an educational leaflet, and finally applied it to the prospective management of 25 patients in the multidisciplinary health centre of Vendôme.

Results:

During the audit, a majority of GPs (95.74%) reported that consultations were recurrent. More than half (68.09%) reported that it was sometimes difficult to manage patients with low back pain. Similarly, coordination of care and availability of colleagues was described as sometimes 46.80% or often 38.30% difficult. In conclusion to the audit 93.62% responded that a simple educational leaflet on the management of low back pain could be a first response in therapeutic improvement.

At 1 month, 18 patients (72%) had reduced their consumption of analgesics. The improvement persisted at 3 and 6 months with a maintained decrease of 72% (p=0.002). The VAS improved significantly by 55% (p=0.012) at 1 month, 58% at 3 months and 71.3% (p=0.001) at 6 months. In addition, patients reported an average decrease of about 5 points on the VAS scale. Concerning the functional scores: from the first month the ODI decreased significantly to 15.5 (SD 10), the improvement continued at 3 months to 12.2 (SD 7.1) to end up <10 at the 6th month (p= 0.001), which represents an average improvement of 81%. Similarly, for the EIFEL score, we observed a mean decrease of nine points on the scale, i.e. a mean improvement of 69% (p=0.04). There was no significant return to work at one month (p=0.427), however, at 6 months, 50% had returned to work (p=0.08).

Conclusion:

Low back pain patient education through a therapeutic leaflet has made it possible to significantly reduce the consumption of analgesics and the patient's perception of pain, as well as their disability.

Key words: Low back pain, therapeutic education, rehabilitation, general medicine.

I) INTRODUCTION

1- La lombalgie

La lombalgie est une douleur s'étendant sur l'ensemble du rachis lombaire (T12 -S1), aux crêtes iliaques irradiant parfois vers les fesses et la face postérieure des cuisses et ne dépassant qu'exceptionnellement les genoux. La plupart du temps la douleur reste prédominante en région « lombo-sacrée ou lombaire basse ».

Elle est dite aiguë ou communément appelé « Lumbago » lorsqu'elle dure moins de quatre semaines et subaiguë lorsqu'elle dure entre 4 et 6 semaines.

Le passage à la chronicité plus communément appelé « lombalgie chronique » est évoqué en présence d'une lombalgie qui évolue depuis plus de 12 semaines. Selon l'OMS la lombalgie chronique correspond à une "sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située au niveau du dos". [1, 2]

Selon l'Anaes et l'Inserm en 2000, la lombalgie chronique est définie par des douleurs siégeant dans la partie basse de la colonne vertébrale, non secondaire à une cause organique particulière, évoluant depuis plus de 12 semaines. Certains auteurs mélangent le symptôme médical et le retentissement social en définissant la lombalgie comme chronique au-delà de trois mois d'arrêt de travail. [3]

En effet, Il faut bien différencier la lombalgie dégénérative ou commune de la lombalgie non dégénérative anciennement dite symptomatique, spécifique ou secondaire qui est liée à une cause extra rachidienne d'étiologie identifiée : infectieuse, rhumatismale inflammatoire, traumatique, tumorale ou métabolique.[1,2,3]

On peut alors dire que la lombalgie chronique n'est pas une pathologie en tant que telle mais un symptôme douloureux découlant de divers mécanismes étiologiques. La part de détérioration anatomique ou de trouble fonctionnel dans la genèse du symptôme est toujours difficile à déterminer. En effet, la lombalgie dégénérative peut associer une ou plusieurs causes suivantes : discogénique, facettaire ou mixte, avec composante ligamentaire et musculaire découlant ou influençant un trouble régional global de la statique rachidienne. Sans oublier que pour certaines lombalgies, aucune lésion anatomique n'est retenue.[1,5]

2- Prévalence et incidence

La lombalgie représente le 2e motif de consultation chez l'omnipraticien et se situe au 3e rang dans les demandes d'invalidité[5].Selon l'observatoire de la médecine générale porté par la société française de médecine générale entre 1993 et 2012, chaque année un médecin généraliste voit 92 patients pour lombalgie qui consulte en moyenne une fois et demie pour ce problème.[4]

Selon l'HAS, au cours de notre vie, nous connaîtrons tous un épisode de lombalgie avec une prévalence estimée à 84 %. Par ailleurs, 90 % de ces lombalgies vont guérir sur un intervalle de 4 à 6 semaines c'est ce que l'on nomme un lumbago ou une lombalgie aiguë, 3 % vont évoluer vers des formes subaiguës (entre 4 et 6 semaines jusqu'à la fin du 3e mois) et entre 6 et 8 % vont évoluer vers une lombalgie chronique ou récidivante.[1]

Précédemment, 2 enquêtes françaises sur la population générale ont permis d'appréhender la prévalence des lombalgies chroniques : l'enquête décennale santé (EDS) 2002 – 2003 et l'enquête handicap incapacité dépendance (HID)[5]. L'enquête décennale santé réalisée en 1999 a recueilli des données via le questionnaire nordique de troubles musculosquelettiques auprès de l'ensemble des ménages résidant en France métropolitaine d'un âge compris entre 30 et 64 ans.[6] L'objectif était d'estimer la fréquence des lombalgies responsables d'une limitation fonctionnelle. C'est un

questionnaire utilisé pour rechercher la présence d'une pathologie ostéoarticulaire ainsi qu'une corrélation avec une profession et leur impact sur l'activité dans une population donnée[7] Selon leurs résultats, plus de 50% de la population avait déjà connu un épisode de lombalgie dans les 12 derniers mois. La prévalence est significativement supérieure chez les femmes (57,2 %) par rapport aux hommes (54,0 %). Aucune différence selon les classes d'âge n'a été rapportée. Il existe également une différence significative concernant le sexe pour les lombalgies évoluant depuis plus d'un mois sur les 12 derniers mois : 18,9 % pour les femmes versus 15,4 % pour les hommes et cette prévalence augmente avec l'âge. La classe d'âge la plus épargnée par les lombalgies est celle des 30–44 quel que soit le sexe. Concernant l'enquête HID, 7 à 8 % de la population française dans la tranche d'âge 30 – 64 ans souffre de lombalgies limitantes. Une fréquence significativement supérieure a été retrouvée chez les hommes (7,9 %) par rapport aux femmes (7,5 %). Il a été retrouvé que cette fréquence augmente avec l'âge chez les femmes. Les hommes la tranche d'âge 45 – 54 ans est moins touchée (5,3 %) que les tranches d'âge 30 – 44 ans (7,7 %) et 55 – 64 (12,3 %)[6].

L'évolution de la lombalgie serait en augmentation, une étude sur 15 années d'observation entre 1995 et 2009 a démontré une augmentation de 14 %. La prévalence de la lombalgie chronique est estimée à 29 % et son incidence comprise entre 60 et 90%[8]. Si l'évolution vers la chronicité est à 8% elle est tout de même l'origine de plus de 85 % des coûts qui pèsent lourdement sur le financement de la protection sociale et expose ces patients à un risque d'exclusion sociale et professionnelle. [9] Parmi les facteurs associés à l'incidence ou la prévalence des lombalgies, les antécédents personnels de lombalgie, la perception de la douleur et des contraintes physiques au travail comme les postures et les charges lourdes demeurent des éléments essentiels. Ces contraintes physiques sont non seulement significativement associées aux lombalgies mais de façon plus marquée encore avec les absences de travail pour lombalgies.[9,10,11,12,13]

3- Etiologies de la lombalgie chronique

Les lombalgies sont généralement d'origine multifactorielle. Il est admis que les contraintes physiques sont plutôt des facteurs de risque de lombalgie aiguë alors que les contraintes psychosociales participent au passage à la chronicité des lombalgies.[13,14,15]

Les muscles multifides sont des stabilisateurs segmentaires du rachis lors des mouvements d'extension, de latéroflexion et de rotation. Par leur localisation anatomique ils ont une action de distraction sur les complexes discovertébraux entre lesquels ils s'insèrent. L'impact des mécanismes de l'accumulation lipidique sur le métabolisme musculaire ne sont pas encore clairement identifiés. Cependant l'hypothèse est que ces dépôts graisseux ectopiques pourraient libérer des cytokines pro inflammatoires responsables d'une inflammation musculaire. L'infiltration graisseuse musculaire peut être responsable d'une diminution de la force musculaire surtout chez les patients âgés. [16]

L'atteinte musculaire observée dans la lombalgie chronique provient de plusieurs origines: structurelle par l'atrophie musculaire et peut-être l'infiltration graisseuse, fonctionnelle par des anomalies de tonus musculaire, de la force, de l'endurance et du recrutement moteur (hyperactivité des fléchisseurs, hypoactivité des extenseurs voire hyperactivité de repos des extenseurs). De même, une inhibition centrale liée aux dimensions affectives, émotionnelles, cognitives et comportementales du processus douloureux, participe à l'atteinte des fonctions musculaires[14,15,16]

L'imagerie par résonance magnétique est l'examen complémentaire de référence pour l'exploration des lombalgies chroniques communes. Elle permet d'éliminer la lombalgie symptomatique et de faire un bilan lésionnel rachidien. Parmi les changements dégénératifs de la colonne, il en existe un particulier qui est significativement associé aux lombalgies aspécifiques : la lésion de l'os sous-chondral (changement de type Modic). En effet, souvent nous pouvons observer à l'IRM un changement de signal représentatif d'une modification des plateaux vertébraux qui est associée à une dégénérescence discale du rachis lombaire. Ces changements décrits par Modic sont considérés

comme un processus dynamique qui peut changer et progresser.[18] Ils affectent le plus souvent les plateaux vertébraux L4-L5 et L5-S1. Le Modic 1 (hyposignal T1 et un hypersignal T2) représente des modifications fibrovasculaires de la moelle osseuse sous-chondrale telles que l'œdème et l'inflammation et fait référence aux changements dégénératifs aigus (poussée d'arthrose, progression de la discopathie), le patient peut présenter des douleurs invalidantes d'horaires inflammatoire, l'évolution est le plus souvent favorable, mais peut prendre plusieurs mois. Le Modic 2 (hypersignal T1 et T2) signifie une infiltration graisseuse au sein des plateaux vertébraux (remplacement de l'os par la moelle jaune grasse) et correspond plutôt à un stade de cicatrisation/ stabilisation de l'arthrose, le Modic 3 (hyposignal T1 et T2) est corrélé à une ostéosclérose c'est-à-dire une condensation de l'os sous-chondral. Cette inflammation discale explique l'efficacité des AINS sur les douleurs en phase aigüe (Modic 1). Une étude a observé que la prévalence de la DM est plus élevée chez les personnes ayant une LCC (43%) que chez celles asymptomatiques (6%). Parmi les trois DM, la DM1 est celle la plus fréquemment associée à une LCC. 17-21

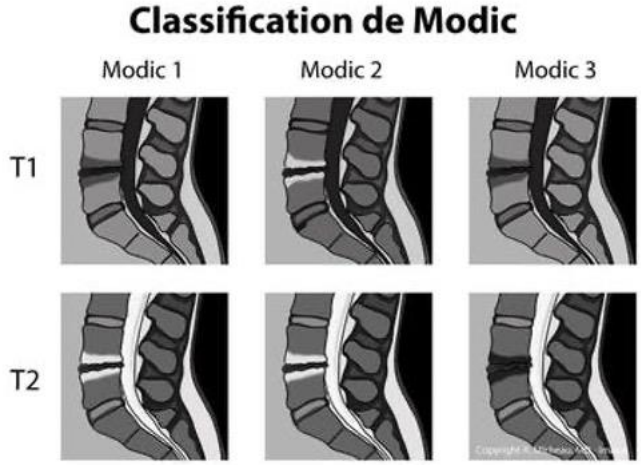


Figure 1 : la classification Modic

4- Physiopathologie douloureuse de la discopathie dégénérative

Cette douleur parfois si intense, naissante de cette discopathie est due aux récepteurs périphériques qui transmettent des informations nociceptives ou polymodaux à la corne postérieure de la moelle épinière. Les stimuli nociceptifs peuvent provenir de multiples structures (muscle, disque, ligament) et il en résulte des réactions musculaires mono ou poly synaptique (contracture, raidissement…). Les informations sont ensuite transmises au cortex sensitif via la voie spinothalamique et permet au patient de localiser sa douleur de façon discriminative, mais aussi de quantifier son intensité. Il existe par ailleurs une voix plus lente, intégrant la dimension émotionnelle et affectif du processus douloureux, les stimuli nociceptifs remontent vers le cortex limbique, le cortex frontal, le cortex insulaire et le cortex cingulaire antérieur. Cette dimension permet de comprendre la composante de kinésiophobie associée au processus douloureux.[14]

5- Mécanismes de la chronicisation des douleurs

La définition de douleur chronique selon l'international Association for the study of pain témoigne à la fois de la nature subjective de la douleur et de sa complexité c'est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion »[22] Lorsqu'elle devient chronique, la douleur ne joue plus son rôle de signal

d'alarme protecteur de l'organisme. Sa manifestation deviendra dominante et modifiera les comportements de l'individu qui la subit. La douleur chronique est en fait un syndrome multidimensionnelle cependant quelle que soit sa cause initiale, son siège ou son intensité, elle présente quelques caractéristiques communes: c'est une persistance ou récurrence de symptomatologie douloureuse qui dépasse le temps présumé en lien avec sa cause initiale; elle a une réponse insuffisante au traitement; et elle engendre une détérioration significative et progressive, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient, entraînant un retentissement significatif dans ses activités quotidiennes au domicile ou au travail[22-25]

6- Les facteurs de risque de la lombalgie chronique

Les facteurs de risque de la lombalgie chronique peuvent être liés au travail ou hors travail. Il peut y avoir des prédispositions personnelles, des pathologies intercurrentes, des prises de risques lors des activités professionnelles ou de loisir ou des risques psychosociaux de la vie quotidienne. [10,23]

Les facteurs de risque hors du travail sont influencés par la durée de l'arrêt donné pour lombalgies, des épisodes antérieurs, l'intensité de la douleur, le mode de la prise en charge, la gêne fonctionnelle, la baisse d'activité, et le tabac. [9]

Les facteurs de risque de passage à la chronicité sont plutôt de l'ordre psychosocial et sont fréquemment dénommés les « yellow flags » ou drapeaux jaunes[1].

Concernant le travail, les facteurs de risque psychosociaux à rechercher sont, l'insatisfaction du travailleur, s'il y a un travail physique dur, des facteurs de stress, des contraintes psychosociales, l'absence d'actions de prévention dans l'entreprise et absence de soutien, un salaire mensuel bas, des compensations attendues ou un conflit médico-légal. Par exemple, un travailleur sous pression excessive pour aller plus vite augmente ses contraintes psycho-émotionnelles et physiques, l'absence de pauses ne permet pas une récupération, le stress altère le contrôle proprioceptif : le muscle se contracte davantage et ne se relâche pas correctement, les structures sous tension sont bien moins bien irriguées et le stress contribue également à une altération de la capacité de défense anti inflammatoire.[1,9,10,23]

Les facteurs psychosociaux et psycho professionnels influencent grandement ces « drapeaux jaunes ». Il est très utile de réaliser une évaluation psychosociale approfondie lorsque celles-ci sont présentes. En effet la kinésiophobie et le catastrophisme constituent des facteurs importants de passage à la chronicité et à la résistance au traitement.[1,14,15]

7- Le passage à la chronicité et les conséquences liées à cette chronicité.

Ce qui est difficile en pratique clinique c'est de prédire la chronicité des lombalgies. Au fur et à mesure de l'évolution de la lombalgie on voit rapidement apparaître un déconditionnement à l'effort. Ce dernier entraîne une diminution des capacités physiques initiales. Cette désadaptation ne demande que plusieurs semaines d'inactivité.

Les conséquences d'un manque d'activité sont la réduction de la capacité aérobie et une atrophie des différentes fibres musculaires ainsi qu'une diminution de la musculature des parois antérieure et postérieure du tronc. A cette désadaptation physique, se surajoute une désocialisation progressive impactant également sur le moral des patients. En plus de l'arrêt de travail qui engendre une perte de l'identité professionnelle des patients arrêtent également leurs loisirs ce qui engendre un isolement social et un impact sur leur qualité de vie.[12]

Fayad et al., lors d'une revue de la littérature détaillée entre 1990 et 2003 ont analysé 61 articles et ont identifié trois facteurs de risque avec un fort niveau de preuve de la chronicisation de la lombalgie chronique : l'antécédent de la lombalgie (incluant sa sévérité, douleurs, durée, incapacité fonctionnelle, sciatique), l'arrêt de travail et les antécédents de chirurgie lombaire.[10]

Les facteurs principaux sont issus du domaine personnel et socioprofessionnel. Dans le domaine personnel les facteurs prédominants sont l'âge, l'état de santé générale perçus, le stress psychosocial et le "coping". Dans le domaine socioprofessionnel les relations interpersonnelles au travail, la charge physique de travail et la compensation pour l'accident du travail constituent des facteurs de mauvais pronostic. La valeur prédictive de ces variables est limitée quant à la survenue d'une incapacité prolongée à titre individuel. Cependant ils permettent d'appréhender le risque d'évolution vers la chronicité et le handicap et de comprendre l'importance d'une relation de confiance entre le médecin et le patient afin de limiter ce risque. [9,10]

8- Le syndrome du déconditionnement à l'effort

La lombalgie chronique génère des modifications complexes de l'appareil musculosquelettique, mais aussi au niveau neurologique tel que l'hypersensibilisation centrale et l'amplification de la douleur.

Sur le plan psychologique, il existe un défaut d'ajustement dans les dimensions sensitives et émotionnelles. De même, on retrouve souvent une distorsion cognitive négative qu'on appelle le catastrophisme. Celui-ci est souvent associé à une perception de préjudice conduisant à un évitement lié à la peur vis-à-vis des activités physiques, mais aussi à une restriction de la participation en société et une hypervigilance focalisée sur leur région lombaire, mais parfois aussi généralisée. L'évitement lié à la peur peut conduire à des croyances erronées concernant l'activité physique et une kinésiophobie. [14,15]

Le déconditionnement physique résulte de l'inactivité et de l'immobilisation partielle ou totale qui engendre une réduction de la capacité aérobie et une atrophie des différentes fibres musculaires ainsi qu'une diminution de la musculature des parois antérieure et postérieure du tronc.[16] Ainsi, nous pouvons comprendre que le déconditionnement à l'effort avec l'absence du soutien musculaire impacte le poids absorbé par les disques intervertébraux impactant également sur sa vascularisation. Le noyau pulpeux étant en son centre, si celui-ci est privé de nutriments, le disque intervertébral se dégénère et s'affine, créant alors le processus dégénératif osseux.[26] Celle-ci peut être secondaire de mauvais conseils apportés par l'entourage ou par le médecin et la Kinésiophobie, la crainte de réveiller ou d'exacerber la douleur.

La théorie de Fear avoidance Avoidance Beleifs qui est une attitude d'évitement par peur de créer une lésion ou de se faire du mal permet de comprendre l'évolution de certaines personnes lombalgique chronique vers l'incapacité, la perte d'emploi et l'isolement social. [15]

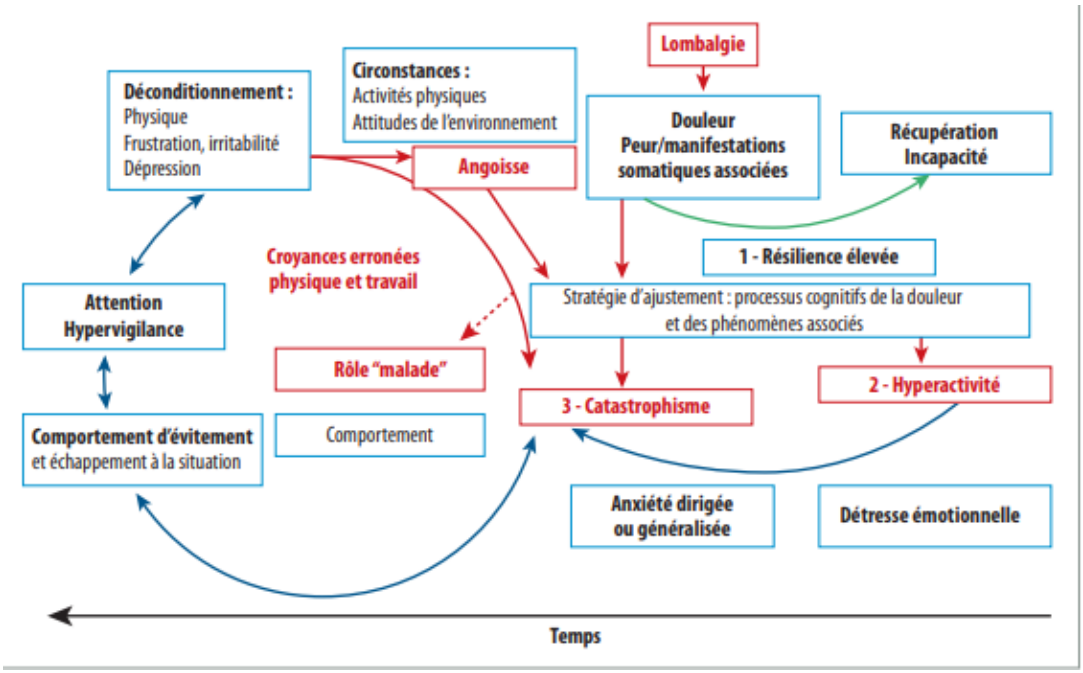


Figure 2 : modèle de la peur et de l'évitement lié à la peur au cours du processus douloureux

9- La prise en charge de la lombalgie chronique

Comme nous l'avons abordé précédemment, il est important de comprendre lorsqu'on parle des traitements de la lombalgie chronique que celle-ci n'est pas un problème physique isolé, mais s'associe avec des facteurs psychosociaux. La prise en charge doit donc être spécifique et globale afin de prévenir le risque d'échec de traitement. Pour le traitement symptomatique, il y a plusieurs paliers de traitement pour les lombalgies chroniques : conservateur, médicamenteux, réeuducative, prise en charge multidisciplinaire ou chirurgical. En absence de cause grave sous-jacente, la littérature recommande une prise en charge conservatrice et rééducative.

Lorsque le patient présente une désocialisation, une prise en charge multidisciplinaire est recommandée associant des séances d'éducation, des conseils, des exercices physiques intensifs et une prise en charge psychologique.

a. <u>Les traitements conservateurs.</u>

Le traitement conservateur de la lombalgie chronique inclut des programmes d'exercices physiques, des antalgiques de courte durée, des prises en charge comportementales et des interventions d'éducation du patient. En effet dans un premier temps, la prise en charge comportant plusieurs interventions telles que l'éducation, les programmes d'exercices, une approche comportementale et la relaxation sont plus efficaces qu'une prise en charge classique mono disciplinaire. L'éducation permet au patient de mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques de leur douleur, de favoriser un « coping » et de se sentir plus impliqués, de devenir acteur dans leur prise en charge. Étant donné la grande influence des composantes psycho-émotionnelles sur les relations à la douleur, sa lésion et l'incapacité engendrée, il est important de porter une attention particulière sur ses dernières. En effet en apaisant les souffrances psychologiques des patients nous intervenons sur la représentation qu'ils ont vis à vis de leur douleur. [27,28]

La rééducation

L'exercice physique et le traitement de choix des lombalgies chroniques et permet une évolution favorable de celui-ci. Les exercices thérapeutiques de renforcement musculaire et d'étirement doivent être appris par le patient est poursuivie à domicile après les séances de kinésithérapie, cela demande une participation active du patient. Il est recommandé que le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient en le réassurant, et en luttant contre leur peur et leurs croyances erronées ainsi que les sensibiliser sur les bienfaits de l'activité physique, ce qui rentre dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho sociale. Les massages ne sont pas recommandés isolément, car ils n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie et renforcent la dépendance du patient. Les ultrasons et les tractions lombaires ne sont pas recommandés. [3,27,28 ,29]

Chez les patients atteints de lombalgie chronique, il faut rechercher une désocialisation. Si le patient n'a pas de restriction dans sa participation sociale, une rééducation standard associant étirements, renforcement musculaire et éducation convient. Pour les patients ayant une désocialisation, une approche multidisciplinaire précoce peut être envisagée celle-ci a pour objectif de rassurer les patients et de prendre en charge les facteurs émotionnels associés à leur douleur et leur déconditionnement à l'effort.

Concernant les approches multidisciplinaires, il existe des écoles du dos et la restauration fonctionnelle du rachis. À l'école du dos, les patients apprennent l'anatomie du rachis et l'ergonomie musculaire dans l'objectif de les encourager à protéger leur structure rachidienne. Un axe est mis également sur leur évitement physique lié à leur peur et la construction cognitive complexe associée à leur douleur. Cependant, les patients ayant assisté à l'école du dos n'ont pas démontré d'amélioration supérieure comparée aux prises en charge rééducative traditionnelle si des activités physiques n'y sont pas associées. La restauration fonctionnelle du rachis comprend une prise en charge multidisciplinaire intensive réalisée en milieu hospitalier ou en centre de médecine physique et de réadaptation il a pour but de diminuer la douleur et la consommation d'antalgiques et de restaurer les activités physiques quotidiennes ainsi que l'amélioration de l'autogestion des patients. L'efficacité de ce mode de prise en charge dépend de la motivation et l'envie du changement de comportement des patients. [1,14,15,29,30]

La thérapie cognitivo-comportementale TCC

La TCC est surtout utilisée dans les pays anglo-saxons, mais est désormais intégrée dans la majorité des recommandations internationales sur la prise en charge de lombalgies chroniques. Cette approche prend en compte le modèle bio-psychosocial et intègre les composantes médicales, fonctionnelles, émotionnelles et socioprofessionnelles des patients en impliquant activement le patient dans la prise en charge. Ils s'intègrent dans les stratégies multidisciplinaires en associant un travail cognitif (pensées, croyances) sur les comportements (d'évitement et de repli). En effet en travaillant sur les aspects émotionnels de la douleur et de son retentissement de la vie quotidienne des patients les TCC ont montré tout leur intérêt sur la prise en charge de la douleur, le retour au travail et l'amélioration de l'humeur des sujets douloureux chroniques.[3,15,27,32]

Les autres traitements conservateurs :

Le niveau de preuve est faible pour les techniques suivantes massages, électrothérapie, thermothérapie, ultrasons, laser, TENS, hydrothérapie.[1,3]

Traitement du déconditionnement à l'effort.

Le principe du traitement du déconditionnement à l'effort réside dans une prise en charge multidisciplinaire associant une prise en charge médicale éducative, une prise en charge rééducative, un suivi psychologique et des techniques de relaxation. L'objectif est de remettre le patient en mouvement et d'optimiser ses chances à modifier son mode de vie et de l'autonomiser. Plus la douleur

est installée dans le temps plus la situation devient complexe. La douleur est une émotion, tout au moins, les systèmes d'intégration cérébrale les interprète en tant que telle. La subjectivité de la douleur est un élément à travailler par des séances de psychothérapie ou de TCC (et/ou séance d'hypnose, sophrologie) pour que le patient retrouve les émotions qui amplifie ses douleurs notamment celles qui aurait pu être « mise à la cave ». Il faut également qu'ils comprennent que ce n'est pas le corps médical qui va avoir toutes les réponses à l'origine des douleurs et qu'il y a travail a faire sur soi.

Les programmes intensifs de réadaptation multidisciplinaire avec restauration fonctionnelle réduisent davantage la douleur et améliorent la fonction chez les patients présentant des lombalgies chroniques à court terme. Ce programme multidisciplinaire améliore significativement les indices de qualité de vie et de capacité fonctionnelle. Cependant, à plus long terme, les résultats sont plus contrastés notamment lorsque la lombalgie chronique est d'origine professionnelle et que les patients sont en attente d'une compensation. Les programmes multidisciplinaires engendrent une diminution significative de la consommation tant en termes de consultations médicales que de médicaments antalgiques.[14,15,29]

Les traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux ont pour seul objectif de soulager la douleur et l'inflammation à court terme pour que les patients puissent reprendre une activité afin de renforcer les muscles du tronc et de se reconditionner à l'effort. On aura alors recours à une utilisation courte d'anti-inflammatoires non stéroïdiens pour une durée courte 5 à 7 jours et d'opioïdes faiblement dosés (palier II). Les opioïdes forts n'ont aucune indication, les myorelaxants non plus. Le paracétamol était recommandé auparavant dans le traitement de première ligne pour les lombalgies. Cependant depuis la mise en évidence d'une absence d'efficacité avec plus d'effet secondaire les nouvelles recommandations internationales vont contre son utilisation.[3,27] La recommandation HAS de 2019 stipule que même si le paracétamol n'a pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie, il peut être utile à visée symptomatique pour traiter la douleur. Il peut ensuite être envisagé au cas par cas les antidépresseurs tricycliques ou noradrénergique et serotinergiques. Les antiépileptiques ne sont pas recommandés. [1]

b. Les traitements chirurgicaux

Selon les recommandations de l'HAS en 2015 et la SFCR sur la lombalgie chronique dégénérative chez l'adulte et la chirurgie, il est recommandé une prise en charge conservatrice avant d'envisager une chirurgie chez cette population de patients lombalgiques. Une information est donnée au patient concernant les alternatives thérapeutiques disponibles ainsi que les risques de la chirurgie. Toutefois en cas d'échec de la prise en charge multidisciplinaire un avis chirurgical peut être envisagé au cas par cas.[1,3,27]

En effet, pour certains patients présentant des discopathies lombaires de stade Modic 1 ou 2 qui ont une composante psycho-émotionnelle faible, sans déconditionnement physique ni de désocialisation une chirurgie incluant la mise en place d'une prothèse discale, ou le remplacement du disque par arthrodèse permet d'améliorer leur symptomatologie.
Ces cas doivent être sélectionnés avec prudence lors de concertation pluridisciplinaires (MPR, neurochirurgiens, algologues).

Par ailleurs pour des cas bien particuliers, n'ayant pas répondu à une approche médicale conservatrice ou chirurgicale, on peut considérer la stimulation nerveuse électrique et la neuro réflexothérapie. Les effets secondaires de la chirurgie tels que l'infection du site opératoire, suggèrent qu'ils doivent être envisagée au cas par cas.[1,3,15,27]

10- Répercussions socio-économiques : un enjeu de taille

Le traitement et la prévention de la lombalgie représentent des enjeux majeurs de santé publique. Les méthodes utilisées dans la prise en charge de la lombalgie chronique sont différentes selon les pays. La proportion relative aux coûts directs et indirects varie également. La variabilité des coûts directs nous rend compte des spécificités de la prise en charge et de la consommation des soins d'un pays à l'autre.[27]

Les coûts directs se réfèrent aux consultations médicales, les frais d'hospitalisation, les traitements médicamenteux, la kinésithérapie, les frais de réadaptation et de matériel orthopédique. Les coûts indirects sont relatifs aux arrêts de travail et concernent la perte de productivité à court terme.

La lombalgie est à l'origine de 20 % des accidents du travail aujourd'hui. Elle est en augmentation car elle représentait 13 % des accidents de travail en 2005. La durée moyenne d'arrêt est de deux mois mais elle dure moins de deux semaines dans 50 % des cas. Même si l'évolution de la lombalgie est souvent rapidement favorable cette dernière peut engendrer une persistance de douleurs qui peuvent altérer la qualité de vie au travail et la chronicisation représente un risque majeur de désinsertion professionnelle. On observe que les arrêts pour lombalgies dans le cadre d'accident de travail sont plus longs que ceux qui ont survenus dans un autre contexte.

Selon Québec Task Force 1987, une fraction minoritaire des cas de lombalgies chroniques engendre la majeure partie des coûts. À l'époque, il avait été identifié, que 7,4 % des travailleurs absents de plus de cinq mois occasionnait 70 % des coûts. Plusieurs études ont renforcé cette hypothèse depuis. Williams et al. a identifié que, 20 % des cas absents de plus de quatre mois étaient à l'origine de 60 % des coûts. Luro et al. a trouvé un taux de 25 % de cas à l'origine de 75 % des coûts.

En France en 2003 le coût financier médical direct était évalué à 1,4 milliard d'euros avec des coûts indirects estimés entre 5 et 10 fois plus (8). Il semble stable car en 2017 le cout direct pour les entreprises via leurs cotisations accident de travail et maladies professionnelles est toujours à plus d'un milliard d'euros : 120 millions d'euros pour la prise en charge des soins, 580 millions d'euros pour les indemnités journalières, et 300 à 350 millions d'euros pour les séquelles.

Les études du Royaume-Uni montrent des résultats similaires avec un coût pour le NHS de plus d'un milliard de livres par an et le coût de santé direct de toutes les lombalgies a été estimé à 623 millions de livres et la perte de production liée aux lombalgies est évaluée à 3500 millions de livres par an.

Les incidences indirectes, qu'engendre un arrêt de travail, ont des conséquences sur les entreprises. En effet, il y a un coût de maintien du salaire et d'un remplacement, une désorganisation et une démotivation des équipes, une baisse de la productivité et une atteinte de l'image de l'entreprise.

Des campagnes d'action de prévention se mettent en place pour réduire les facteurs de risque liés à l'activité et d'améliorer les conditions de travail et de bien-être des salariés pour participer à l'amélioration de la performance des entreprises.[8,12,13,27]

11- Problématique de la prise en charge des lombalgies chroniques par le MT

En 2003 en France, 6 millions de consultations avaient pour motif une lombalgie, constituant ainsi la 3e cause de consultation de médecine générale avec 7 % des consultations totales en médecine.

La lombalgie chronique est souvent accompagnée d'un déconditionnement et d'une désocialisation progressive. La partie psycho-émotionnelle de ce syndrome douloureux chronique est importante. Les patients ressentent souvent une insatisfaction de la prise en charge médicale entrainant une demande insistante d'investigations diagnostics, de thérapies chirurgicales invasives en dépit d'un

discours souvent négatif sur leur efficacité. Les patients semblent souvent en difficulté de s'adapter à leur situation.

Cette affection chronique, récurrente avec un vécu complexe et des répercussions variées mais souvent incapacitantes, est le motif, de consultations souvent itératives, longues et laborieuses en médecine générale, sources d'inquiétudes pour les patients. Les facteurs psychosociaux deviennent une barrière croissante à la guérison d'autant plus que la durée depuis le début des symptômes augmente.

En effet un cercle vicieux s'installe chez les patients, les douleurs entrainent une diminution d'activité progressive, alimenté d'une crainte permanente de faire apparaître les douleurs, avec pour résultat une sédentarisation progressive, un isolement socioprofessionnel et une sous-estimation des capacités physiques et un déconditionnement global.

Ceci devient donc un enjeu pour les praticiens car il peut être difficile de motiver des patients douloureux à reprendre une activité physique même minime. La grande majorité du traitement de la lombalgie chronique reste l'éducation, car c'est la modification durable des habitudes de vie qui conditionne le résultat.

Une approche globale du patient sur les versants somatiques et organiques est alors essentielle, intégrant des entretiens motivationnels. Cette technique centrée sur le vécu du patient, sur le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique et socio-professionnelle), s'appuie sur une décision médicale partagée. En effet on adresse l'ambivalence des patients dans leur changement de comportement à travers une approche empathique ayant pour objectif l'engagement du patient (questions ouvertes, écoute réflective et questions ouvertes directionnelles).

Ensuite on peut y associer dans un second temps un traitement médical et une prise en charge multidisciplinaire. En effet les méthodes de réentrainement à l'effort effectué dans les centres de MPR ont démontré de bons résultats sur les patients résistant aux thérapeutiques et déconditionné. [14, 15,30-34]L'objectif est de débuter l'adhésion du patient en amont.

Il est important alors d'établir des objectifs avec le patient. En lui expliquant que parfois que la douleur ne disparaîtra pas totalement et qu'il faudra trouver des solutions d'adaptation et de réadaptation à l'effort. Des solutions non médicamenteuses et des exercices de relaxation sont des solutions à proposer au patient afin qu'il débute l'autonomisation de sa prise en charge.

Certaines études Anglaises et Américaines ont démontré l'efficacité d'un support éducatif (livret, application smart phone) sur l'amélioration et la diminution pour les patients de leurs lombalgies. Ces supports ont démontré une amélioration de la satisfaction du patient dans sa prise en charge. [38,39]

On s'est alors demandé si l'utilisation d'un support éducatif pourrait améliorer l'adhésion, la motivation et la douleur des patients atteints de lombalgies chroniques.

12- Présentation du travail

Dans une première partie, afin de mieux comprendre et caractériser les prises en charge des lombalgies par les praticiens en ville, nous avons réalisé un audit auprès de 50 MG. Cette enquête a été réalisée au moyen d'un sondage anonyme, en ligne, constitué d'une série de 10 questions.

Puis dans une deuxième étape, nous avons établi un fascicule thérapeutique et éducatif, sous présentation plastifiée (flyer) afin de le remettre aux patients. Le fascicule a été établi à partir d'une revue systématique de la littérature sur la lombalgie chronique permettant d'apporter des éléments éducatifs au patient. Des illustrations simples et imagées ont pour but de renforcer la compréhension.

Enfin, lors de la consultation au cabinet entre le MG et le patient, des explications lui sont tout d'abord apportées sur sa pathologie lombalgique avant de lui expliquer et de commenter avec lui le « flyer -support » thérapeutique. En effet, je prends un peu plus de temps lors des consultations pour lombalgies chroniques, dans l'objectif d'autonomiser le patient dans sa prise en charge, avec pour espoir de diminuer le nombre de consultations dans cette indication à terme. J'entreprends un entretien motivationnel avec le patient, on définit des objectifs, je lui questionne sur ses motivations et j'utilise

souvent un langage porté sur le changement d'habitude de vie. Si l'entretien motivationnel s'est bien déroulé cela permet d'améliorer l'alliance thérapeutique et l'observance du patient.

L'efficacité de ce support éducatif simple sera évaluée et renforcée à 1, 3 et 6 mois lors d'entretiens motivationnels au cabinet, grâce notamment à un carnet que le patient tiendra sur sa consommation d'antalgique.

II) MATERIEL ET METHODES

1) Déclaration base de données CNIL

Les données recueillies au cours de l'étude ont été enregistrées dans un fichier informatisé conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Le protocole se trouve dans le référentiel méthodologique MR003 chapitre adopté par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (n° 2225582 v0) en accord avec la politique des Hôpitaux Universitaires (CHRU Tours) impliqués dans ce projet. Conformément aux normes déontologiques du comité d'examen institutionnel de notre hôpital, de la commission de la protection des sujets humains et à la loi française, le consentement éclairé écrit n'a pas été nécessaire pour l'analyse des données démographiques, physiologiques et de résultats hospitaliers car cette étude observationnelle n'a pas modifié les données existantes.

2) Réalisation de l'audit

Cet audit avait pour but dans un premier temps de réaliser un état des lieux afin de mieux connaître et cerner la prise en charge des lombalgies chroniques au cabinet en ville et d'en dégager les problèmes que rencontraient les praticiens. Cette première phase avait également le but avoué de demander l'avis des MG quant à l'utilité d'un support éducatif et thérapeutique que l'on remettait au patient. Ce questionnaire a été réalisé via le site internet en ligne "Monkey Survey".

Une note explicative de notre étude, ainsi qu'un lien vers le sondage ont été publié sur les réseaux sociaux dédiés aux médecins : *Facebook* : groupes d'interne et de médecins généralistes, mailing liste des MG de la région Centre. Parmi les 50 médecins généralistes ayant répondu au sondage, 25 étaient installés dans la région Centre et 22 dans d'autres régions de la France.
Les questions posées étaient :

1. L'expérience et l'ancienneté des MG
2. Le pourcentage de consultations que représentaient les lombalgies
3. L'évolution de ces consultations au cours des dernières années
4. Le temps consacré à ces consultations
5. La récurrence de celles-ci
6. La difficulté ressentie par les praticiens vis-à-vis de ces patients
7. La difficulté à soulager ces patients et l'efficacité de la consultation
8. La coordination des soins et la disponibilité des collègues spécialistes
9. Leur avis sur la création d'un fascicule éducatif et thérapeutique.

3) Fonds pour la réalisation du Support

Après une recherche de subventions auprès de différents organismes privés ou publiques, l'édition, l'impression ainsi que la plastification des exemplaires du support thérapeutique remis aux patients ont été financés par un don de la société Johnson & Johnson (Figures 3a et3b).

4) Réalisation du Support

Une revue systématique de la littérature est réalisée en utilisant des bases de données suivant : pub Med, Cochran, Science direct. Les principaux mots-clés utilisés en anglais: low-back pain management, treatment, education, degenerative discopathy, low-back pain surgery, conservative treatment of low-back pain, low back pain physiotherapy, educational booklets and low back pain, prevalence, risk factors of low back pain, social cost, chronic pain. Le support est ensuite élaboré en fonction de cette revue systématisée, de nos connaissances actuelles sur la lombalgie chronique et sa prise en charge grâce à l'aide du Dr Anaïs Jacquot, médecin rééducatrice du CHU, spécialisée dans la prise en charge de la lombalgie chronique.

5) Type d'étude

Ce travail est une étude prospective d'une cohorte de 25 patients réalisée dans le MSP de Vendôme entre novembre 2021 et juillet 2022

6) Déroulement de la consultation

Des explications sont apportées à l'oral avec pour but l'autonomisation du patient dans sa prise en charge. L'importance du renforcement musculaire des muscles du tronc est soulignée en expliquant les rôles anatomiques de la colonne vertébrale, celle-ci n'étant pas fait pour porter le poids du corps. On conduit un entretien type motivationnel tout en établissant des objectifs avec les patients concernant leurs douleurs et l'amélioration de leur qualité de vie. Je le questionne sur ses motivations et ce qu'il attend de la consultation, j'utilise un langage porté sur le changement d'habitude de vie sans essayer de convaincre le patient, mais en essayant de lui faire exprimer ses volontés de changement.

L'utilité quotidienne des applications en plus des séances de kinésithérapie est expliquée aux patients. Je leur montre leur fonctionnement sur mon téléphone et suggère aux patients de choisir des exercices d'étirements et de renforcement musculaire et de créer leur propre série personnalisée parmi un panel d'exercices proposés. Le but est que ce soit agréable et non pas une contrainte, afin qu'il puisse maintenir une régularité des exercices physiques fractionnés adaptés.

Au dos du support éducatif, il est demandé au patient de tenir un carnet de bord sur des tableaux établis (Figure 3b) afin de répertorier : sa consommation en antalgiques, ses étirements et ses exercices de renforcement musculaire quotidiens, ses activités sportives, sa consommation de tabac, son poids et l'évolution de sa reprise de travail si elle a lieu. Le carnet reste un outil motivationnel pour renforcer l'adhésion du patient en visualisant directement ses progrès. Je lui demande en aucun cas de reporter l'intensité de ses douleurs (EVA) qui pourraient au contraire être un élément de démotivation. Je lui explique qu'il n'est pas nécessaire qu'il rapporte le carnet de bord à chaque consultation mais que l'objectif était une amélioration clinique.

La gêne fonctionnelle et son évolution sont appréhendées par les scores d'EIFEL et Oswestry (ODI). Le patient est vu à un mois, à trois et à six mois. La consommation en antalgiques, l'échelle numérique de la douleur (EVA), les scores, et la reprise du travail sont évalués à chaque consultation.

7) Suivi des patients

Les patients sont sélectionnés lors d'une première consultation s'ils présentent des lombalgies chroniques dégénératives (>12 semaines) sans antécédent de chirurgie rachidienne. Les critères recueillis lors de la première consultation sont leur identité civile, leur date de naissance, leur poids, le sexe, la taille, la profession, l'arrêt de travail, statut conjugal, activité physique, les antécédents, la consommation de tabac/alcool, la notion de dépression, la durée d'évolution de la lombalgie, la présence d'une sciatique, la pratique de kinésithérapie, la consommation d'antalgiques, l'exploration rachidienne par une imagerie, l'échelle numérique de la douleur lombaire des membres inférieurs, (EVA dos et EVA membre) les échelles d'OSWESTRY et d'EIFEL.
Lors des consultations de suivi à 1, 3 et 6 mois, l'évolution de la lombalgie est suivie par le recueil des échelles numériques des douleurs, des scores, de la consommation d'antalgiques et la reprise du travail.

Nous avons choisi 2 scores couramment utilisés et reconnus dans l'évaluation de la lombalgie chronique afin d'établir un suivi individuel et objectiver les bénéfices apportés par le fascicule et les entretiens motivationnels.

L'échelle d'OSWESTRY (ODI) évalue le niveau d'incapacité en rapport avec les douleurs. L'incapacité s'exprime en pourcentage. C'est un score fiable et sensible aux changements. Elle est très utilisée dans la littérature internationale. Un score entre 0 -20% est considéré comme une incapacité minimale ; entre 20-40% une incapacité modérée, sévère entre 40-60%, invalidante entre 60-80% et grabataire si elle est > 80 %

L'échelle d'EIFEL est un auto-questionnaire de 24 items qui mesure l'incapacité physique dans le domaine des activités physiques, l'habillage, des tâches domestiques. Il ne prend pas en compte la vie sociale et pertes professionnelles. C'est un score caractérisé par sa fiabilité et sa validité ainsi que sa sensibilité au changement.

8) Critères principale et secondaire d'efficacité

Le critère de jugement principal était l'évolution de la consommation d''antalgiques et l'amélioration de la douleur lors des différents follow-up. Les critères de jugement secondaires étaient les résultats des scores fonctionnels et la reprise du travail.

9) Nombre de patients inclus et périodes

Les patients ont été inclus lors de mon stage de 5e semestre en médecine générale en SAS-PAS dans la maison médicale universitaire de Vendôme. J'ai inclus initialement 28 patients atteints de lombalgies chroniques d'origine dégénérative : 26 ont été suivi jusqu'au bout, et trois ont été perdu de vue (ne sont pas présentés à la consultation de réévaluation à un mois).

La consultation de réévaluation à un mois et à trois mois avaient été réalisées en présentiel. Pour certains patients, le recueil des informations a été réalisé par téléconsultations pour le 3^{eme} et 6^{eme} mois n'étant plus sur le lieu de stage. La période de suivi s'est donc étendue de novembre 2021 à juillet 2022.

10) Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant STATA la version 11 (StataCorp, Texas, USA). Le sexe, la symptomatologie, la présence de sciatique, la consommation d'antalgiques, paliers d'antalgiques, AINS, l'arrêt de travail, une profession physique, la kinésithérapie, la composante émotionnelle, le statut conjugal étaient apparentés à des variables de catégories. L'âge, les scores d'évaluation EVA, ODI, EIFEL, IMC et la durée des lombalgies comme des variables continues. Les données statistiques présentées sont en moyennes ou médianes avec la déviation standard qui les caractérise pour les variables continues, et en pourcentage pour les variables de catégorie.

La normalité des variables continues a été testée par le test de Kolmogorov-Smirnov normality. L'égalité des variances par le F-test. Les associations entre les différents groupes de paramètres ou les groupes de patients ont été analysées par le test de Fisher. Le test du chi carré, pour la variance dans une population normale, a été réalisé pour étudier l'indépendance des paramètres. Le test exact de Fisher a été appliqué lorsque les échantillons étaient trop petits. Toutes les p-valeurs inférieures à 0,05 ont été considérées comme significatives.

III) RESULTATS

1) Résultats de l'audit :

La table 1 résume les questions posées aux médecins généralistes, ainsi que leurs réponses.

Questions	Réponses (%)	
Exercez-vous depuis :	< 5ans :	61.70% (29)
	5-10 ans :	19.5% (9)
	>10ans :	19,15% (9)
Quelle est la part des consultation « lombalgies » de votre patientèle ?	<5 % :	6,38 % (3)
	5 – 10 % :	61,70 % (29)
	10 – 30 % :	23,40 % (11)
	30 % :	8,51 % (4)
Quelle est la tendance des lombalgies en consultation ?	En diminution :	4,26 % (2)
	Stable :	51,06 % (24)
	En augmentation :	44,68 % (21)
Ces consultations sont-elles plus longues ?	Oui :	34,04 % (16)
	Non :	65,96 % (31)
Ces patients ont-ils des consultations récurrentes pour lombalgies ?	Oui :	95,74 % (45)
	Non :	4,26 % (2)
Trouvez-vous qu'il est difficile de prendre en charge ces patients lombalgiques ?	Parfois :	68,09 % (32)
	Souvent :	29,79 % (14)
	Jamais :	2,13 % (1)
Trouvez-vous qu'il est difficile de soulager ces patients ?	Parfois :	53,19 % (25)
	Souvent :	44,68 % (21)
	Jamais :	2,13 % (1)
Vous sentez-vous aidé lors des prises en charge *(MPR, chirurgiens, rhumato, psychiatres ?)*	Rarement :	12,70 % (6)
	Parfois :	46,80 % (22)
	Souvent :	38,30 % (18)
	Jamais :	2,13 % (1)
Pensez-vous qu'un fascicule simple d'éducation et d'information sur la prise en charge des lombalgies à destination du praticien et du patient puisse être une première réponse et un gain thérapeutique ?	Oui :	93,62 % (44)
	Non :	6,38 % (3)

Parmi les 47 médecins généralistes ayant répondu au sondage 25 étaient installés dans la région Centre et 22 dans d'autres régions de la France.

Concernant l'ancienneté des praticiens ayant répondu au questionnaire, une majorité exerçait depuis moins de cinq ans 61,70 % (29).

Le pourcentage de consultations pour lombalgies était estimé en majorité entre 5 et 10% (29 praticiens, 61,70 %) et pour presque 10%, ce pourcentage est au-delà de 30%.

L'évolution des consultations pour lombalgies ces dernières années étaient en augmentation pour 21, 44.6% des praticiens interrogés.

Même si la majorité des MG interrogés (31, 65.96%) ne déclarait pas que ces consultations étaient plus longues ou plus chronophages que les autres, la très grande majorité (45 ; 95,7%) signalait que, en revanche, il s'agissait de consultations récurrentes et parfois ou souvent difficiles (97,3%). De plus, 25 MG (53.2%) déclarent qu'il est parfois difficile, voire souvent difficile pour 22 (46.8%) de soulager la douleur de ces patients.

La coordination des soins et la disponibilité des collègues spécialistes (MPR, rhumatologues, chirurgiens du dos ou même psychiatres) sont décrites comme parfois 46.80% (22) ou souvent 38.30% (18) difficiles.

En conclusion de ce questionnaire et cet audit, la grande majorité 93,62 % (44/47) des praticiens ont répondu qu'un fascicule simple d'éducation et d'information sur la prise en charge des lombalgies à destination du praticien et du patient puisse être une première réponse et un gain thérapeutique.

Ceci nous a permis de lancer la deuxième phase de notre étude qui était la réalisation du fascicule éducatif et thérapeutique sur la prise en charge des lombalgies.

2) Edition du fascicule éducatif

Le support (figure 3a et 3b) est composé de plusieurs parties : une définition claire et compréhensible de la lombalgie chronique, une description des facteurs favorisants, l'épidémiologie, les origines et enfin le traitement.

Le support met en lumière que le traitement est avant tout fonctionnel, personnalisé, efficace avec de simples mesures et que la lombalgie est réversible et s'améliore. En outre il établit fermement que les médicaments ne sont pas obligatoires, que le recours à la chirurgie reste rare et qu'il peut également être bénéfique d'avoir un suivi nutritionnel et un accompagnement psychologique selon les cas.

Ce support est illustré grâce à de l'iconographie et des dessins réalisée en collaboration avec Jordan de Puch, dessinateur diplômé des beaux-arts de Paris. Ces iconographies ont pour but de renforcer et d'imager la compréhension des patients.

Une iconographie sur les applications smartphone de l'assurance-maladie *Activ' Dos* ainsi que l'application gratuite *exercices d'étirements y* sont également figurés.

Sur le verso du fascicule, nous avons mis un tableau de bord que les patients pouvaient recopier dans un carnet. Ce tableau avait pour but d'autonomiser et de renforcer la motivation des patients dans la prise en charge de leurs lombalgies. Néanmoins, je leur demandais de mettre uniquement des éléments positifs tels que les étirements pratiqués quotidiennement s'ils ont fait des activités sportives à l'extérieur, la consommation/diminution d'antalgique la diminution de consommation de tabac et la reprise du travail. Je leur expliquais qu'il n'était pas obligatoire de rapporter le carnet de bord, mais qu'il avait pour but de répertorier leurs progrès. Je leur demandais de ne surtout pas répertorier des périodes de crises douloureuses car cela avait un effet péjoratif sur la perception et la rumination de leur douleur.

LA LOMBALGIE CHRONIQUE: Programme de prise en charge

Définition

- Douleur lombaire > 12 semaines
- Facteurs favorisant la lombalgie chronique :
  - **Personnels** : âge, sexe féminin, surpoids
  - **Activité** : sédentarité, activité intense (sportive ou au travail)
  - **Emotionnel** : syndrome anxio-dépressif, stress…
  - **Professionnel** : insatisfaction professionnelle, environnement de travail jugé hostile…

Epidémiologie

- 1ère pathologie chronique incapacitante au monde
- 80% des français auront un épisode de lombalgie
- Prévalence féminine

Origine des lombalgies chroniques

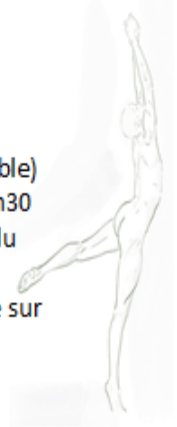
1) **Dysfonction musculaire** (manque de force et d'endurance des muscles du dos) et **déconditionnement global à l'effort** (+/- obésité)

2) **Atteinte ostéo articulaire du rachis** (atteinte des disques ou ligaments, arthrose)

Traitement

✓ **Fonctionnel dans la majorité des cas**

1. Reprise des activités quotidiennes (et le travail si possible)
2. Activités physiques adaptées et activités sportives (> 2h30 par semaine) avec associé la pratique d'étirements et du renforcement musculaire rachidien
3. Possibilité d'accompagnement par un kinésithérapeute sur une durée courte
4. Hospitalisation en rééducation peut être discutée



✓ **Pas forcément de médicament !**

Appli Smartphone conseillées et gratuites: Exercicesd'étirement, Activ'dos (CPAM),

1. Antalgiques simples : paracétamol
2. Si besoin antiinflammatoires en durée courte
   → Morphine non recommandée !!!

✓ **Très rarement chirurgical**

✓ **Suivi nutritionnel et perte de poids si besoin**

✓ **Accompagnement psychologique et personnel**

✓ **Aide à la reprise professionnelle**

Figure 3a : Recto du fascicule éducatif distribué aux patients

Tableau de bord des patients

Consultations de suivi	Antalgiques	Étirements quotidiens (7min) avec téléphone	Activités extérieures	Poids Tabac	Travail
J0 ----> 1, 3, 6 mois	Quotidiens Hebdomadaires Occasionnels	oui / non	- Oui/ non -Nbr heures	- Kg - cigarettes/j	jours d'arrêt

1. Recopier ce tableau dans votre carnet de bord: une ligne par semaine.
2. Ramener le carnet aux consultations de suivi (1 , 3 et 6 mois)

Figure 3b : Verso du fascicule éducatif distribué aux patients (tableau de bord)

3) Suivi et évolution des patients

Consultation initiale (table 2)

Vingt-cinq patients ont été inclus dans l'étude entre novembre 2021 et juillet 2022. L'âge moyen était de 51,6 ans (18,1-83.7 ans). Il y avait 15 femmes (60 %) et 10 hommes (40 %).

L'index de masse corporelle (IMC) moyen était de 25 kg/m² (DS 4,8). Sept patients (28 %) étaient fumeurs actifs non sevrés. Quatorze patients (56 %) avaient une activité physique en cours (marche, vélo, autre sport).

Caractéristiques	Nombre (proportion ou range ou DS)
Age (moyenne)	51.6 ans (18.1 à 83.7)
Femmes /Hommes	15/10 (60/40%)
Caractéristiques cliniques	
IMC (kg/m^2)*	25 (4.8)
Durée d'évolution (années) *	10.29 (6)
Tabac actif	7 (28%)
Activité physique en cours	14 (56%)
Kinésithérapie passée	20 (80%)
Kinésiethérapie en cours	3 (12%)
Profession « physique »	14 (56%)
Couple	12 (48%)
Travail actif	9 (36%)
Arrêt de travail (AT)	8 (32%)
Retraite	8 (32%)
Antalgiques quotidiens	19 (76%)
Palier I	8 (32%)
Palier II	10 (40%)
Palier III	4 (16%)
AINS en association	5 (20%)
Scores d'évaluation (moyenne)	
EVA (DS)	5.8 (1.6)
ODI(DS)	30.36 (12.8)
EIFEL	12.4 (4.6)

Table 2 : Caractéristiques, données et scores de la 1ère consultation des patients de la série

Vingt patients (80 %) avaient déjà bénéficié de séances de kinésithérapie dont trois étaient en cours d'une prise en charge rééducative. Quatorze patients (56 %) exerçaient une profession dite « physique ».

Douze patients (48 %) étaient en couple, mariés ou en concubinage. Une composante émotionnelle forte telle que l'anxiété traitée ou la dépression (active) était présente chez 9 des patients (36 %).

La durée d'évolution des lombalgies était en moyenne de 10,29 ans (DS 6 ans). Sept patients présentaient des radiculalgies (28 %).

Dix-neuf patients (76%) consommaient des antalgiques quotidiennement : 8 (32%) des paliers I, 10 (40%) des paliers II et 4 (16%) des paliers III. Cinq patients (20%) consommaient des AINS en association. Lors de la première consultation, 9 (36%) patients travaillaient, 8 (32%) étaient en arrêt de travail et huit (32%) retraités.

Pour ce qui est des scores initiaux, l'EVA lombaire moyenne était à 5,8 (SD 1,6), l'ODI moyenne à 30,36 (SD 12,8) et l'EIFEL à 12.4 (SD 4,6)

Consultations de suivi (table 3)

a. ***Critère principal***

Lors de la consultation à 1 mois, 18 (72%) patients avaient diminué leur consommation d'antalgique. Ces diminutions persistent dans le temps, puisque lors des visites à 3 et 6 mois, successivement 17 et 18 patients ont diminué leur consommation d'antalgique d'au moins 1 palier. 14 patients (56%) ont totalement arrêté leur consommation d'antalgique.
A 1 mois, l'EVA diminuait significativement à 3,43 (SD 1.8) (p=0.04), à 3,36 (SD 1.8) à 3 mois et à 2,32 (SD 1.8) à 6 mois. En pourcentage d'amélioration, cela représentait en moyenne successivement, à 3 et 6 mois, une amélioration de 58% (p=0.002) et de 71.3% (p=0.001). En outre sur l'EVA, le patient rapportait en moyenne une diminution d'environ 5 points.

b. ***Critères secondaires (Evolution des scores fonctionnels)***

L'ODI évoluait favorablement et significativement dès le 1er mois à 15.5 (DS 10), à 12.2 (DS 7.1) le 3eme mois, pour finir < 10 au 6ème mois (p=0.001). A 6 mois, on note une amélioration moyenne de 81% sur l'ensemble de l'ODI.

De manière similaire, Pour ce qui est de l'EIFEL score, il diminue significativement à 6,28 (DS 3,7) à 1 mois, à 5 (DS 3,1) à 3 mois, et à 3,36 (DS 2.9) à 6 mois (p=0.01), soit une diminution moyenne de 9 points sur l'échelle. Ceci représente une amélioration moyenne de 69% (p=0.04).

c. ***Reprise du travail***

A 1 mois, 2/8 (25%) patients en arrêt initialement avait repris leur travail (p=0.427). À la consultation de suivi des 6 mois, 4/8 (50%) avaient repris un travail et 1 était parti en retraite précoce (p=0.08).

Critères d'efficacités	Nombre (proportion d'amélioration)	p (value)
Critère principal		
Diminution antalgiques		
1 mois	18 (72 %)	0.002
3 mois	17 (68 %)	
6 mois	18 (72 %)	
EVA (moyenne)		
1 mois	3.43 (55 %)	0.012
3 mois	3.36 (58 %)	0.002
6 mois	2.32 (71.3%)	0.001
Critères secondaires		
Reprise du travail		
1 mois	2/8 (25 %)	0.427
6mois	4/8 (50 %)	0.08
ODI		0.001
1 mois	15.5	
3 mois	12.2 (69 %)	
6 mois	< 10 (81 %)	
EIFEL		0.04
1 mois	6.2	
3 mois	5.0	
6 mois	3.3 (69%)	

Table 3 : Évolution des critères de jugement principal et secondaires depuis la consultation initiale

*d. **Analyses Univariés***

Que ce soit le surpoids (p=0,252), l'âge (p=0,267), l'anxiété ou la dépression (p=0,869), le traitement par kinésithérapie (p=0,109), le genre (p=0,100), la vie en couple ou seule (p=0,578), l'activité professionnelle physique (p=0,567) ou la présence d'une radiculalgie associée (p=0,989), aucun de ces caractéristiques n'a été identifié comme associé significativement à un facteur pronostic d'une amélioration ou non des lombalgies.

IV) DISCUSSION

1- Résultats principaux de notre étude

Nous avons démontré au sein de notre série de 25 patients lombalgiques chroniques que l'éducation au cabinet de ville par un fascicule thérapeutique permettait une réduction significative de la consommation d'antalgiques ainsi que de l'intensité des douleurs dès le 1er mois. L'amélioration persistait à 3 et à 6 mois lorsque les patients suivaient les recommandations. De même, concernant l'incapacité, nous avons observé une diminution significative des scores D'EIFEL et ODI suggérant une amélioration de la qualité de vie des patients. Enfin, l'impact de notre intervention sur la reprise du travail s'est vu de manière significative à 6 mois.

2- Ressentis des consultations lombalgiques par le MG

La consultation initiale comportant la collecte des données des patients ainsi que leur éducation thérapeutique était chronophage. Certains patients réclamaient des examens complémentaires, d'autres simplement un renouvellement d'antalgiques, tandis que d'autres exprimaient un désir de diagnostic précis, des informations sur le pronostic ainsi que les options thérapeutiques et les stratégies d'autogestion. Les patients étaient souvent en surpoids et certains consommateurs de tabac. Certains patients ne démontraient pas de motivation au changement et semblaient tellement engrenés dans leur histoire de douleur chronique que je restais parfois assez dubitatif sur l'amélioration.

Parfois, les consultations de suivi à un mois étaient une répétition de ce qui avait déjà été enseigné lors de la première consultation. Je devais alors leur réexpliquer de manière simplifiée les mécanismes de leurs douleurs, les bénéfices du mouvement et la nécessité de la régularité et la persévérance. Plus de la moitié des patients avaient déjà réalisé de multiples examens complémentaires et consulté plusieurs intervenants par le passé qui avaient tous concluent sur une origine purement dégénérative.

3- Ressentis par le patient

Certains patients déclaraient que les étirements leur faisaient mal et qu'ils avaient dû arrêter. D'autres ne voyaient pas l'intérêt de faire des exercices.

Néanmoins, une majorité était très enthousiaste pour une prise en charge éducative et accompagnatrice, surtout quand ils commençaient à en ressentir les bénéfices. Beaucoup ont exprimé avoir retrouvé un meilleur moral en lien avec leur remise en activité, une patiente me rapporte avoir réussi à perdre 5 kg, et 7 ont repris l'activité qu'ils avaient avant l'instauration de la douleur.

La majorité ont exprimé une sensation de bien-être et de gain en autonomie en lien avec la diminution de leur consommation en antalgiques (des patients qui prenaient un palier II ne prenaient plus que du paracétamol en si besoin) et plus de la moitié a totalement arrêté leur consommation d'antalgique. Effectivement, avant leur éducation thérapeutique, les patients exprimaient que lors de la prise de palier II, même si la douleur était partiellement soulagée pour une courte période, ils devaient limiter leurs activités du fait des effets secondaires (fatigue, baisse de vigilance).

Beaucoup me parlaient des campagnes médiatiques qu'ils avaient vues et qui encourageaient les personnes lombalgiques chroniques à rester actives, mais ils ne savaient pas vraiment comment y parvenir ou comment y revenir. En association avec ces campagnes médiatiques les patients ont exprimé que l'éducation thérapeutique que je leur ai dispensée au travers du fascicule et du tableau de bord, l'écoute et le temps supplémentaire dédiés ainsi que leur implication dans la prise en charge leur ont redonné un sentiment d'autonomie et de confiance et ont permis de démanteler petit à petit leurs croyances et leur peur concernant leur lombalgie chronique. Ils ont amorcé seuls avec notre fascicule le reconditionnement. Enfin, certains m'ont exprimé qu'avant d'avoir bénéficié de cette consultation d'éducation thérapeutique, la répétition des consultations brèves pour renouvellement d'ordonnance avec simplement quelques conseils d'effectuer des exercices sans précisions ont renforcé leur

sentiment de frustration et incompréhension concernant leur douleur et en conséquence la rumination de celle-ci.

4- Réversibilité de la lombalgie chronique

La lombalgie chronique génère des modifications complexes de l'appareil musculosquelettique, au niveau neurologique tel que l'hypersensibilisation centrale et l'amplification de la douleur mais également une limitation des activités et en conséquence une restriction de participation sociale et professionnelle. Ces modifications physiques, psychologiques et sociales sont souvent regroupées sous le terme de déconditionnement. [14,15]Cependant il est important de noter que ces modifications sont réversibles. (Figure 4)

L'atteinte musculaire observée dans la lombalgie chronique parvient de plusieurs origines : structurelle par l'atrophie musculaire et peut-être l'infiltration graisseuse (qui pourrait libérer des cytokines pro-inflammatoires responsables d'une inflammation musculaire) et fonctionnel par des anomalies de tonus musculaire, de la force, de l'endurance et le recrutement moteur (hyperactivité des fléchisseurs hypoactivité des extenseurs voire hyperactivité de repos des extenseurs). De même une inhibition centrale liée aux dimensions affectives, émotionnelles, cognitives et comportementales du processus douloureux, participe à l'atteinte des fonctions musculaires.[16]

La réversibilité musculosquelettique se fait par la remise en forme via des exercices physiques de renforcement musculaire, des étirements et des exercices anaérobies. Ceux-ci permettent de rééquilibrer l'homéostasie, la proprioception et la biomécanique rachidienne.[15] De même, nous pouvons supposer que la levée des contraintes mises sur la colonne vertébrale lors de la perte de poids et les exercices d'assouplissement permettent de soulager le disque intervertébral mais aussi d'améliorer la vascularisation de celui-ci permettant alors de ralentir sa dégénérescence.[26]

Grâce aux avancées de l'IRM nous avons des éléments qui démontrent une cicatrisation sur le plan discogénique tel que le passage d'un modic 1 a un modic 2, de plus il n'y a pas de différence significative sur la douleur ni l'incapacité ressentie après un mois de prise en charge de réhabilitation fonctionnelle du rachis chez des patients ayant des disques « inflammatoires » Modic1 comparés à ce qui n'en ont pas.[17]

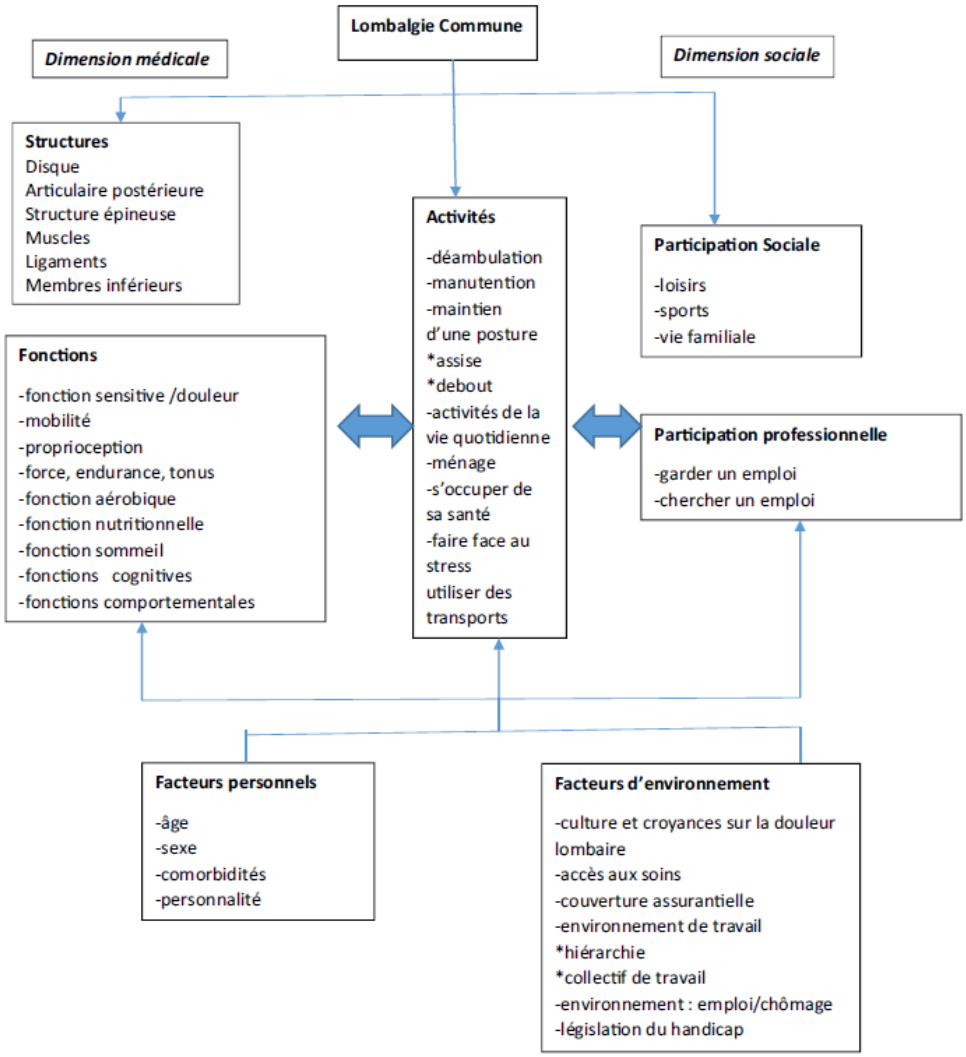


Figure 4 : Modèle de classification internationale fonctionnelle et rééducation dans la lombalgie commune d'après Kirschneck et al.

5- Éducation du patient

Depuis 2017 nous voyons une augmentation des campagnes médiatiques de l'assurance-maladie et d'autres structures sanitaires dans l'objectif de délivrer des messages de soins et d'influencer les patients sur le changement de leurs attitudes et croyances concernant la lombalgie chronique. Plusieurs études sur l'impact des campagnes médiatiques ont démontré un bénéfice sur les croyances et le changement de mode de vie des patients.[40-44]

Il est alors logique de supposer que l'éducation thérapeutique et l'accompagnement psycho-émotionnel associés aux exercices physiques soient une voie vers l'amélioration cliniques des patients lombalgiques chroniques. [34,35,36,37]

L'éducation du patient ainsi que sa réassurance et des conseils d'autogestion forment la prise en charge de première intention chez les patients présentant des douleurs musculosquelettiques du bas du dos et sont cités dans les recommandations internationales [27,28,30,31,32]

Cependant de manière globale il existe des écarts entre la théorie et la pratique. En effet l'application des recommandations concernant les traitements de première intention est limitée et il

existe un usage élevé et inapproprié des imageries, du repos, du recours aux opioïdes, des infiltrations et la chirurgie.[27,47]

Le principe fondamental est que les propos de chaque acteur prenant en charge la rééducation d'une lombalgie commune soient uniformes.[15,31]

6- La prise en charge multidisciplinaire

La médecine physique de réadaptation est une spécialité qui a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités.

En raison de l'intrication de multiples aspects physiques, psychologiques et sociaux, depuis de nombreuses années il est admis que la prise en charge thérapeutique de la lombalgie chronique devrait plutôt être assurée par une équipe qu'un seul professionnel (omnipraticien, MPR, rhumatologue, Kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute…).

La question se pose actuellement d'orienter des patients lombalgiques à des phases de déconditionnement moins sévères. En orientant ceux qui présentent un risque de « drapeaux jaunes » psycho-émotionnels, traduisant leur fragilité dans leur stratégie d'ajustement par rapport au processus douloureux dès le 3eme mois. Pour cela, les outils de dépistage précoce tels que le start back screening peuvent être utilisés par les omnipraticiens.[15,16]

Cependant la démographie médicale dans la région Centre Val de Loire est en péril, il y a un manque de médecins généralistes, mais également les spécialistes [45,46] et de kinésithérapeutes. Lors de l'audit, une majorité des praticiens se sont sentis « parfois » aidés par les confrères spécialistes. Ceci s'explique par les délais de rendez-vous spécialisés d'au moins trois mois ; ce qui peut entrainer un délai dans la prise en charge de certains patients lombalgiques chroniques, qui arrivent au spécialiste à un stade de déconditionnement avancé.

A Tours, depuis un an, il existe des réunions de concertation pluridisciplinaire regroupant MPR, rhumatologues, neurochirurgiens, orthopédistes et algologues qui discutent de cas de rachis dégénératifs avec souvent des patients lombalgies chroniques complexes afin de proposer une prise en charge personnalisée la plus adaptée.

Les centres de médecine physique de réadaptation tels qu'à Château-Renault sont des centres qui assurent des stages intensifs de restauration fonctionnelle du rachis. Il s'agit d'une prise en charge multidisciplinaire intensive comprenant MPR, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs, psychologues et ergothérapeutes. Les patients sont hospitalisés entre 3 et 6 semaines. Ainsi, ils bénéficient de programmes de rééducation intensives. Les patients présentant une hypersensibilisation centrale reçoivent une désensibilisation à l'aide d'un antidépresseur (l'Anafranil). Et certains patients bénéficient d'une prise en charge psychologique ou TCC. Pour être acceptées les patients doivent avoir un projet thérapeutique, une motivation et une envie de changement de comportement et un désir de récupération de participation professionnelle et sociale. En effet, le contrat thérapeutique impose une progression dans les performances d'autogestion physique mais aussi la gestion des phénomènes douloureux, de même qu'une stratégie active de retour à l'emploi.

Ces hospitalisations permettant une réduction des restrictions de participation et un raccourcissement du délai de retour au travail par rapport à un traitement usuel cependant les résultats

à long terme sont encore discutés [15]. Lorsqu'ils sortent de l'hospitalisation, on leur remet un carnet de bord qui répertorie les exercices à intégrer dans leur routine quotidienne et à poursuivre au long cours. Si les exercices ne sont pas poursuivis, les effets de l'hospitalisation disparaissent au bout de 3 semaines.

7- Les limites de l'étude

Les limites de l'étude sont tout d'abord le faible effectif. En outre, j'étais seule à recruter les patients. Par ailleurs, étant une interne recevant des patients de plusieurs médecins d'une maison pluridisciplinaire et n'ayant pas ma propre patientèle, ceci a pu impacter l'observance de certains patients. En effet, certains patients ne sont pas présentés aux consultations de suivi et celles-ci ont dû être réalisées via des téléconsultations. Même si le patient exprimait une efficacité des conseils d'éducation délivrés associés à la pratique d'activités physiques fractionnées, ils n'ont pas vraiment établi d'alliance thérapeutique connaissant mon passage comme soignant. Sachant que les récurrences des crises douloureuses chez ces patients sont fréquentes, les effets à long terme ne sont donc pas évalués.

Une autre limite de l'étude était le manque de kinésithérapeutes dans la région Vendômoise. Néanmoins, la majorité des patients avaient déjà reçu des séances de kinésithérapie par le passé.

En revanche, le fait d'encourager des patients à réaliser des exercices par eux-mêmes à l'aide d'applications ou des exercices enseignés auparavant par le kinésithérapeute leur permettaient de s'autonomiser dans leur prise en charge.

Un autre point est la mise en pratique de l'éducation thérapeutique de la lombalgie chronique en médecine générale. En effet ces consultations sont chronophages et peuvent durer 30 à 45 minutes alors qu'une consultation au cabinet dure en moyenne 15-20 minutes. Il semble alors difficile de demander aux généralistes de le mettre en pratique. Cette pathologie représente un véritable coût pour la société en termes d'arrêt de travail et d'invalidité, une valorisation de la consultation d'éducation thérapeutique pourrait peut-être encourager le changement des pratiques.

8- Prise en charge d'une lombalgie chronique en 2023 au cabinet

Nos résultats sont en accord avec les nouvelles recommandations préconisées dans la littérature scientifique actuelle. Les études récentes suggèrent que l'exercice seul ou en association avec de l'éducation thérapeutique est efficace sur la prévention des lombalgies[27,28,3052] . Hayden et al., dans leur revue systématique de 249 études et 24 000 patients sur l'impact des exercices sur la lombalgie chronique ont retrouvé que les patients pratiquant des exercices avaient une diminution des douleurs ainsi qu'une diminution de l'invalidité [30]

Dans la littérature actuelle, il n'y a pas de supériorité concernant la méthode de délivrance d'éducation thérapeutique sur la lombalgie chronique, cependant, il semble que l'association de plusieurs méthodes de délivrance soit plus efficace.[27,30,57]De même, des conseils et l'éducation concernant le retour au travail sont très importants sachant que l'absence d'un mois est une limite importante dans la prévention des absences à long terme résultant de lombalgie chronique. [53]

A ce jour, les traitements préconisés en première intention dans la lombalgie chronique sont des conseils à rester actif, de l'éducation thérapeutique, de l'exercice, et selon les cas, s'il existe une hypersensibilisation centrale, l'association d'une thérapie cognitivo-comportementale. [1,3,27]

En outre, les messages les plus importants à délivrer lors de l'éducation thérapeutique des lombalgies chroniques sont :

- Une réassurance des personnes quant à l'absence d'engagement de pronostic vital mais de la nature récurrente de lombalgies chroniques
- Un encouragement afin d'éviter le repos prolongé, de rester actif et de résumer les activités malgré la douleur dès que possible
- D'étudier et de discuter les mauvaises conceptions de lombalgies chroniques
- D'expliquer pourquoi l'imagerie n'est pas toujours nécessaire
- D'informer les personnes sur la prise en charge EBM de la lombalgie chronique[57]

Ensuite, les traitements secondaires sont les antalgiques tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'ostéopathie, les massages, l'acupuncture, le yoga, la méditation et les traitements multidisciplinaires de réhabilitation.

Enfin, en cas d'inefficacité des traitements cités ci-dessus, il est possible, lors d'une discopathie réelle et concordante en IRM, d'envisager la chirurgie. Cela est au préalable discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire.[14]

En conséquence, tout patient présentant une lombalgie chronique commune peut alors bénéficier d'une d'éducation thérapeutique associée à des exercices. Celle-ci est à réaliser bien évidemment après avoir éliminé les drapeaux rouges et toute hypothèse de lombalgies relevant d'une cause secondaire.

V) CONCLUSION

L’Éducation thérapeutique, la réassurance et l’activité physique sont des piliers de la prise en charge de la lombalgie chronique et peut être délivrée sous plusieurs formes. Nous avons pu démontrer sur un petit échantillon, au cabinet en ville, que ceux-ci associé à un support simple a permis de diminuer significativement la consommation d'antalgiques et les perceptions douloureuses des patients, mais également leur incapacité.

Il y a à l’évidence des bénéfices de l'éducation thérapeutique et des exercices physiques sur la lombalgie chronique ce qui nous suggère de les appliquer lors de notre prise en charge de ces patients en médecine générale.

L'objectif de l'éducation thérapeutique ambulatoire avec un fascicule simple en support est d’initier, d’éduquer et de motiver les patients afin de les accompagner dans le maintien des activités. Pour certains il sera pratiqué pour éviter la chronicisation et pour d’autres, afin qu'ils arrivent aux consultations spécialisées à un stade de déconditionnement moindre mais aussi d'assurer une consolidation des soins après la prise en charge spécialisée.

VI) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HAS Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune -Mars 2019

2. OMS-CID-10Version 2007. http//apps.who.int/classidfications/icfbrowser.

3. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59). Published 2016. Accessed June 23, 2020. https://www.nice.org.uk/guidance/NG59/chapter/Recommendations#non-invasive-treatments-for-low-back-pain-and-sciatica

4. Dr Julien Le Breton, Lombalgie commune en médecine générale, Collège de la Médecine Générale, Avril 2017

5. P.Cherin, C.de Jaeger. La lombalgie chronique : actualité, prise en charge thérapeutique. Médecine et longévité. 2011,137 – 149

6. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, et al. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. Ann Readapt Med Phys 2007; 50:640-4.

7. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. Appl Ergon 1987;18(3):233–7.

8. Jean-Baptiste Fassier. Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lombalgie. Revue du rhumatisme. 2011. S38 – S41.

9. Nguyen C, Poiraudeau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Rev Rhum 2009;76(6):537—42.

10. F. Fayad , M.M. Lefevre-Colau, S. Poiraudeau, J. Fermanian, F. Rannou,S. Wlodyka Demaille, R. Benyahya, M. Revel Chronicité, récidive et reprise du travail dans la lombalgie :facteurs communs de pronostic. Annales de réadaptation et de médecine physique 47 (2004) 179–189

11. S.Poiraudeau,F.Rannou, M.Revel. Lombalgies communes : handicaps et techniques d'valuation, incidences socioéconomiques, EMC Rhumatologie Orthopédie, 2004, 320-327

12. Direction générale de la santé. Lombalgies. In : analyse des connaissances disponibles sur sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : définition d'objectifs. 2003, groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO). P. 571 – 7.

13. Rapport de l'assurance maladie – risques professionnels « Les lombalgies liées au travail : quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique ? », Santé travail : enjeux & actions, janvier 2017.

14. Bernard Fouquet, Anaïs Jacquot, Julien Nardou. Rééducation de la lombalgie commune. Revue du rhumatisme monographies 84. 2017. 29 – 38

15. B.Fouquet, J Baudreuil. Approche multidisciplinaire de la lombalgie chronique. Actualités en Medecine Physique et de Réadaptation. Janvier-juin 2020

16. Anais Jacquot sous la direction de Bernard Fouquet, Infiltration graisseuse des muscles multifides et récupération musculaire après restauration fonctionnelle du rachis, Mémoire pour DES de MPR, soutenu 9 octobre 2017 à Nantes

17. Pauline JAUME-GUICHARD, sous la direction du Pr Fouquet, Evaluation de l'efficacité, en terme de douleur et d'incapacité, d'un programme de restauration fonctionnelle du rachis chez des patients lombalgiques chroniques en fonction de la présence d'une discopathie Modic 1, Mémoire de DES de MPR, soutenue le 4 octobre 2019.

18. Modic MT, Steinberg PM, Ross JS, et al. Degenerative disk disease : assessment of changes in vertebral body marrow with MR imaging. Radiology 1988;166:193-9.

19. Boisson M, Lefèvre-Colau M-M, Rannou F, Nguyen C. Active discopathy: a clinical reality. RMD Open. 2018;4(1):e000660.

20. Mok FPS, Samartzis D, Karppinen J, Fong DYT, Luk KDK, Cheung KMC. Modic changes of the lumbar spine: prevalence, risk factors, and association with disc degeneration and low back pain in a large-scale population-based cohort. Spine J Off J North Am Spine Soc. 2016 Jan 1;16(1):32–41.

21. Järvinen J, Karppinen J, Niinimäki J, Haapea M, Grönblad M, Luoma K, et al. Association between changes in lumbar Modic changes and low back symptoms over a two-year period. BMC Musculoskelet Disord. 2015 Apr 22;16:98.

22. International Association for the Study of Pain (IASP). Classification of chronic pain. In: Merskey H, Bogduk N, editors. Second edition. 1994. 240 p.

23. 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—9

24. Gatchel RJ. Psychological disorders and chronic pain: cause and effect relationships. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. Psychological approaches to pain management: a practitioner'shandbook. New York: Guilford Press; 1996. p. 33—52.

25. Genêt F, Lapeyre E, Schnitzler A, et al. Psychobehaviour assessment for chronic low back pain. Ann Readapt Med Phys2006;49:226—33.

26. Amelot. A, Christian Mazel, The Intervertebral Disc: Physiology and Pathology of a Brittle Joint, World Neurosurg, 2018 Dec;120:265-273.

27. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain : evidence , challenges , and promising directions. Lancet. 2018;391:2368-2383. doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6

28. Steffens D, Maher CG, Pereira LSM, et al. Prevention of lowback pain a systematic review and meta-Analysis. JAMA Intern Med. 2016;176(2):199-208. doi:10.1001/jamainternmed.2015.7431

29. J-L.Barnay, M.Lhote, F.Archer, C.Marillier, G.Sendra et al. Réentraînement à l'effort et lombalgie chronique. Lett.Méd.Phys.Réadaptat. 2012 28 :25-29

30. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 9. Art. No.: CD009790. DOI: 10.1002/14651858.CD009790.pub2.

31. Engers A, Jellema P, Wensing M, Van Der Windt DAWM, Grol R, Van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1). doi:10.1002/14651858.CD004057.pub3

32. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. Series Low back pain 1 What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018;391:2356-2367. doi:10.1016/S0140-6736(18)30480-X

33. Itz CJ, Geurts JW, Van Kleef M, Nelemans P. Clinical course of non-specific low back pain: A systematic review of prospective cohort studies set in primary care. Eur J Pain. 2013;17(1):5-15. doi:10.1002/j.1532-2149.2012.00170.x

34. Bellamy R. An introduction to patient education : theory and practice. Med Teach. 2004;26(4):359-365. doi:10.1080/01421590410001679398

35. Lin I, Wiles L, Waller R, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. Br J Sports Med. Published online 2019:1-10. doi:10.1136/bjsports-2018-099878

36. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, et al. Clinical practice guidelines for the management of non - specific low back pain in primary care : an updated overview. Eur Spine J. 2018;27(11):2791-2803. doi:10.1007/s00586-018-5673-2

37. Zahari Z, Ishak A, Justine M. 'The Effectiveness of Patient Education in Improving Pain, Disability and Quality of Life Among Older People with Low Back Pain: A Systematic Review'. J Back Musculoskelet Rehabil. 2020;33(2):245 – 254. doi:10.3233/BMR-181305

38. P.O'Halloran, J.Holden, J.Breckon, M.Davidson et al. Embedded Motivational Interviewing combined with a smartphone app to increase physical activity in peaople with sub-acute low back pain :Study protocol of a cluster randomised control trial. Contempory clinical trials communications 2020 100511

39. Brian E Udermann, Kevin F Spratt, Ronald G Donelson, John Mayer et al. Can a patient educational book change behavior and reduce pain in chronic low back pain patients? The Spine Journal,2004, 4: 425-435

40. Buchbinder R, Hons M, Gross DP, Werner EL, Hayden JA. Understanding the Characteristics of Effective Mass Media Campaigns for Back Pain and Methodological Challenges in Evaluating Their Effects. Spine (Phila Pa 1976). 2008;33(1):74-80.

41. Waddell G, O'Connor M, Boorman S, Torsney B. Working backs Scotland: A public and professional health education campaign for back pain. Spine (Phila Pa 1976). 2007;32(19):2139-2143. doi:10.1097/BRS.0b013e31814541bc

42. Suman A, Schaafsma FG, Bamarni J, Van Tulder MW, Anema JR. A multimedia campaign to improve back beliefs in patients with non-specific low back pain: a process evaluation. BMC Musculoskelet Disord. 2017;18(1):1-13. doi:10.1186/s12891-017-1551-z

43. Gross DP, Russell AS, Ferrari R, et al. Evaluation of a Canadian Back Pain Mass Media Campaign. Spine (Phila Pa 1976). 2010;35(8):2467-247906-247913.

44. Keeffe MO, Maher CG, Stanton TR, et al. Mass media campaigns are needed to counter misconceptions about back pain and promote higher value care. Br J Sport Med. 2019;53(20):1261-1262. doi:0.1136/bjsports-2017-098367

45. P. Bouet, ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE

46. MÉDICALE EN FRANCE, Conseil national de l'ordre des médecins, 2021

47. Sharma S, Traeger AC, Reed B, et al. Clinician and patient beliefs about diagnostic imaging for low back pain: a systematic qualitative evidence synthesis. BMJ Open. 2020;10(8):e037820. doi:10.1136/bmjopen-2020-037820

48. Traeger AC, Hübscher M, Henschke N, Moseley GL, Lee H, McAuley JH. Effect of primary care based education on reassurance in patients with acute low back pain systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2015;175(5):733-743. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0217

49. Pincus T, Holt N, Vogel S, et al. Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care : A systematic review. Pain. 2013;154(11):2407-2416. doi:10.1016/j.pain.2013.07.019

50. Lim YZ, Chou L, Tm R, et al. People with low back pain want clear , consistent and personalised information on prognosis , treatment options and self-management strategies : a systematic review. J Physiother. 2019;65(3):124-135. doi:10.1016/j.jphys.2019.05.010

51. Hasenbring MI, Pincus T. Effective reassurance in primary care of low back pain: What messages from clinicians are most beneficial at early stages? Clin J Pain. 2015;31(2):133-136. doi:10.1097/AJP.0000000000000097

52. Pincus T, Holt N, Vogel S, et al. Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care : A systematic review. Pain. 2013;154(11):2407-2416. doi:10.1016/j.pain.2013.07.019

53. Wynne-jones G, Cowen J, Jordan JL, et al. Absence from work and return to work in people with back pain : a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2014;71:448-456. doi:10.1136/oemed-2013-101571

54. Malfilet.A ; Coppieters.I ; Van wilgen.P ; Kregel.J et alBrain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: A systematic review. European journal of pain. 21(2017)769-786

55. R.Kuner ; T.Kuner, Cellular circuits in thebrain and their modulation in acute and chronic pain, physiology journal, june 2020

56. A.Milfilet, Icoppieters, PVanWilgen et al. Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: a systematic review. European Journal of Pain, 2017 769-786

57. Croft P, Louw Q, Briggs AM. Transforming back pain care—why, what, and how? Pain. 2021;00(00):1-2. doi:10.1097/j.pain.0000000000001989

58. Back Pain Education - International Association for the Study of Pain (IASP) (iasp-pain.org)

DATE : **NOM :** **PRÉNOM :**

ÉCHELLE D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE pour L'ÉVALUATION DES LOMBALGIES (EIFEL)

Si vous êtes cloués au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là ☐

En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, répondez au questionnaire qui suit.
Une liste de phrases vous est proposée.
Ces phrases décrivent certaines ***difficultés*** à effectuer *une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.*
Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes *aujourd'hui* à cause de votre douleur lombaire.
Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte *aujourd'hui*, cochez-là
Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante
Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même *aujourd'hui*

	Question	Oui	Non
1	Je reste pratiquement tout le temps à cause de mon dos	☐	☐
2	Je change souvent de position pour soulager mon dos	☐	☐
3	Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos	☐	☐
4	A cause de mon dos, je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison	☐	☐
5	A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers	☐	☐
6	A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer	☐	☐
7	A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil	☐	☐
8	A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place	☐	☐
9	A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude	☐	☐
10	Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos	☐	☐
11	A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller	☐	☐
12	A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise	☐	☐
13	J'ai mal au dos la plupart du temps	☐	☐
14	A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit	☐	☐
15	J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos	☐	☐
16	A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants)	☐	☐
17	Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos	☐	☐
18	Je dors moins à cause de mon mal de dos	☐	☐
19	A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller	☐	☐
20	A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée	☐	☐
21	A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison	☐	☐
22	A cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens.	☐	☐
23	A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude	☐	☐
24	A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps	☐	☐
	Oui=1, Non=0 Total	/ 24	
	Plus le score est élevé, plus le retentissement du mal de dos est important		

www.antalvite.fr

Annexe 1: score EIFEL

OSWESTRY v2

Copie du médecin (pour établir le score)

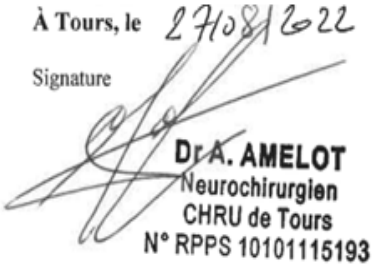
Douleur (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	☐ Je ne ressens aucune douleur actuellement.
	[1 pt]	☐ La douleur est très légère actuellement.
	[2 pt]	☐ La douleur est modérée actuellement.
	[3 pt]	☐ La douleur est assez intense actuellement.
	[4 pt]	☐ La douleur est très intense actuellement.
	[5 pt]	☐ La douleur est la pire que l'on puisse imaginer.
Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.) (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	☐ Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleur supplémentaire.
	[1 pt]	☐ Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux.
	[2 pt]	☐ Effectuer mes soins personnels est douloureux et je dois prendre des précautions et faire attention.
	[3 pt]	☐ Je peux effectuer mes soins personnels, mais j'ai besoin d'aide.
	[4 pt]	☐ J'ai besoin d'aide chaque jour pour faire la plupart de mes soins personnels.
	[5 pt]	☐ Je ne peux pas m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit
Soulèvement d'objets (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	☐ Je peux soulever des objets lourds sans augmenter la douleur.
	[1 pt]	☐ Je peux soulever des objets lourds mais la douleur augmente.
	[2 pt]	☐ La douleur m'empêche de soulever des objets lourds qui se trouvent au sol, mais je peux les soulever s'ils sont à ma portée (par ex., sur une table).
	[3 pt]	☐ La douleur m'empêche de soulever des objets lourds, mais je peux soulever des objets légers ou moyennement lourds s'ils sont à ma portée.
	[4 pt]	☐ Je ne peux soulever que des objets très légers.
	[5 pt]	☐ Je ne peux rien soulever.
Marche (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	☐ La douleur ne m'empêche pas de marcher, quelle que soit la distance
	[1 pt]	☐ La douleur m'empêche de marcher au-delà de 1600 mètres.
	[2 pt]	☐ La douleur m'empêchent de marcher au-delà de 800 mètres.
	[3 pt]	☐ La douleur m'empêche de marcher au-delà de 100 mètres.
	[4 pt]	☐ Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles.
	[5 pt]	☐ Je reste au lit la plupart du temps et je dois me traîner jusqu'aux toilettes.
Position assise (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	☐ Je peux rester assis(e) sur un siège aussi longtemps que je le veux.
	[1 pt]	☐ Je peux rester assis(e) sur mon siège favori aussi longtemps que je le veux..
	[2 pt]	☐ La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus d'une heure.
	[3 pt]	☐ La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus d'une demi-heure.
	[4 pt]	☐ La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus de 10 minutes.
	[5 pt]	☐ La douleur m'empêche de rester assis(e).
Position debout (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	☐ Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux sans augmenter la douleur.
	[1 pt]	☐ Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux mais la douleur augmente.
	[2 pt]	☐ La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus d'une heure.
	[3 pt]	☐ La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus d'une demi-heure.
	[4 pt]	☐ La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus de 10 minutes.
	[5 pt]	☐ La douleur m'empêche de me tenir debout.
Sommeil (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	☐ Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur.
	[1 pt]	☐ Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur.
	[2 pt]	☐ La douleur fait que je dors moins de 6 heures.
	[3 pt]	☐ La douleur fait que je dors moins de 4 heures
	[4 pt]	☐ La douleur fait que je dors moins de 6 heures
	[5 pt]	☐ La douleur m'empêche de dormir.
Vie sexuelle (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	☐ Ma vie sexuelle est normale et ne me cause pas plus de douleur.
	[1 pt]	☐ Ma vie sexuelle est normale mais me cause plus de couleur.
	[2 pt]	☐ Ma vie sexuelle est presque normale mais c'est très douloureuse.
	[3 pt]	☐ Ma vie sexuelle est très limitée par la douleur.
	[4 pt]	☐ Je n'ai quasiment plus de vie sexuelle à cause de la douleur.
	[5 pt]	☐ La douleur m'empêche toute vie sexuelle.
Vie sociale (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	☐ Ma vie sociale est normale et ne me cause pas plus de douleur.
	[1 pt]	☐ Ma vie sociale est normale mais me cause plus de douleur.
	[2 pt]	☐ La douleur n'a pas d'effet important sur ma vie sociale, sauf de limiter mes activités physiques (par exemple, les sports, etc.).
	[3 pt]	☐ La douleur limite ma vie sociale et je ne sors pas aussi souvent.
	[4 pt]	☐ La douleur limite sérieusement ma vie sociale et je reste chez moi.
	[5 pt]	☐ Je n'ai pas de vie sociale à cause de la douleur.
Voyages (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	☐ Je peux voyager n'importe où sans me causer plus de douleur.
	[1 pt]	☐ Je peux voyager n'importe où mais ça me cause plus de douleur.
	[2 pt]	☐ La douleur est forte, mais je peux faire des déplacements de plus de deux heures.
	[3 pt]	☐ La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure.
	[4 pt]	☐ La douleur me limite à de courts déplacements essentiels de moins de 30 minutes.
	[5 pt]	☐ La douleur m'empêche de voyager sauf pour des traitements.

Annexe 2: Score Owestry

Vu, le Directeur de Thèse

À Tours, le 27/08/2022

Signature



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Ann Rose Cook

49 pages- 2 annexes- 4 figures- 3 tableaux

RESUME

Introduction : La lombalgie chronique est le 2e motif de consultation chez l'omnipraticien en France et se situe au 3e rang dans les demandes d'invalidité. Cette affection chronique, récurrente, a des répercussions variées et incapacitantes chez le patient qui a souvent un vécu complexe. Ces consultations sont souvent perçues comme itératives, longues et laborieuses. Nous avons étudié l'effet d'un fascicule d'éducation thérapeutique sur la prise en charge au cabinet des patients souffrant de lombalgies chroniques.

Matériel et méthodes : Dans un premier temps nous avons réalisé un audit auprès de médecins généralistes pour faire un état des lieux sur la prise en charge des lombalgies chroniques au cabinet de ville et des problèmes rencontrés. Puis, dans un 2e temps nous avons créé un fascicule éducatif, pour finalement l'appliquer au sein d'une prise en charge prospective de 25 patients dans la maison de santé pluridisciplinaire de Vendôme.

Résultats : Lors de l'audit, une majorité des médecins généralistes (95,74 %) ont déclaré que les consultations étaient récurrentes. Plus de la moitié (68,09 %) ont rapporté qu'il était parfois difficile de prendre en charge les patients lombalgiques. De même, la coordination des soins et la disponibilité des collègues est décrite comme parfois 46,80 % ou souvent 38,30 % difficile. En conclusion à l'audit 93,62 % ont répondu qu'un fascicule simple d'éducation sur la prise en charge de lombalgies pourrait être une première réponse de gain thérapeutique. A 1 mois, 18 patients (72%) avaient diminué leur consommation d'antalgiques. L'amélioration persistait à 3 et 6 mois avec le maintien d'une diminution de 72 % (p=0.002). L'EVA s'améliorait significativement de 55% (p=0.012) à 1 mois, 58% à 3 mois et de 71.3% (p=0.001) à 6 mois. En outre, les patients rapportaient en moyenne une diminution d'environ 5 points sur l'échelle de l'EVA. Concernant les scores fonctionnels : dès le premier mois l'ODI diminuait significativement à 15,5 (DS 10), l'amélioration se poursuit à 3 mois à 12,2 (DS 7,1) pour finir <10 au 6e mois (p= 0,001), ce qui représente une amélioration moyenne de 81 % sur l'ensemble de l'ODI. De même, pour L'EIFEL, nous avons observé une diminution moyenne de neuf points sur l'échelle, c'est à dire une amélioration moyenne de 69 % (p=0.04). Il n'y avait pas de reprise significative du travail à un mois (p=0,427), cependant, à 6 mois, 50 % avait repris le travail (p=0.08).

Conclusion : L'Éducation du patient lombalgique au travers d'un support/fascicule thérapeutique a permis de diminuer significativement la consommation d'antalgiques et la perception douloureuses des patients, ainsi que leur incapacité.

Mots clés: **Lombalgie chronique, éducation thérapeutique, rééducation, médecine générale.**

Jury
Président du jury : Professeur François MAILLOT
Directeur de thèse: Docteur Aymeric AMELOT
Membres du Jury : Docteur Anaïs JACQUOT
Docteur Sophie VIBET
Docteur Belkacem OTSMANE
Dr Boris SAMKO