UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2009 N° 5036

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DE PATIENTS LOMBALGIQUES CHRONIQUES, AVEC OU SANS RADICULALGIE, A L'HÔPITAL RHUMATOLOGIQUE D'URIAGE

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par Laetitia BEUCHON née CARABIN
Née le 18 septembre 1979 à Colmar (Haut-Rhin)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE le 22 juin 2009

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Guy PASSAGIA

Membres :

Monsieur le Professeur Philippe GAUDIN
Monsieur le Professeur Robert JUVIN
Madame le Docteur Sylvie GROSCLAUDE, directrice de thèse

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ARVIEUX	**Catherine**	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE	CHU
BACONNIER	**Pierre**	BIOSTATISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BAGUET	**Jean-Philippe**	SERVICE DE CARDIOLOGIE ET HYPERTENSION ARTERIELLE	CHU
BALOSSO	**Jacques**	RADIOTHERAPIE	CHU
BARRET	**Luc**	MEDECINE LEGALE	CHU
BAUDAIN	**Philippe**	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	CHU
BEANI	**Jean-Claude**	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE	CHU
BENHAMOU	**Pierre Yves**	ENDOCRINOLOGIE	CHU
BENSA	**Jean Claude**	CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE	CHU
BERGER	**François**	ONCOLOGIE MEDICALE	CHU
BESSARD	**Germain**	PHARMACOLOGIE FACULTE	CHU
BLIN	**Dominique**	CHIR. THORACIQUE ET CARDIOVASC.	CHU
BOLLA	**Michel**	RADIOTHERAPIE	CHU
BONAZ	**Bruno**	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE	CHU
BOSSON	**Jean-Luc**	BIOSTATISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BOUGEROL	**Thierry**	PSYCHIATRIE D'ADULTES	HOPITAL SUD
BRAMBILLA	**Elisabeth**	PATHOLOGIE CELLULAIRE	CHU
BRAMBILLA	**Christian**	PNEUMOLOGIE	CHU
BRICHON	**Pierre-Yves**	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	CHU
CAHN	**Jean-Yves**	DEP. DE CANCEROL. ET HEMATOLOGIE	CHU
CARPENTIER	**Patrick**	MEDECINE VASCULAIRE	CHU
CARPENTIER	**Françoise**	THERAPEUTIQUE	CHU
CESBRON	**Jean-Yves**	IMMUNOLOGIE	FACULTE
CHABRE	**Olivier**	ENDOCRINOLOGIE	CHU
CHAFFANJON	**Philippe**	CHIRUGIE VASCULAIRE	CHU
CHAVANON	**Olivier**	CHIRURGIE CARDIAQUE	CHU
CHIQUET	**Christophe**	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE	CHU
CHIROSSEL	**Jean-Paul**	ANATOMIE	FACULTE
CINQUIN	**Philippe**	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
COHEN	**Olivier**	DISPO	
COULOMB	**Max**	**(Surnombre)**	**CHU**
COUTURIER	**Pascal**	CLINIQUE DE MEDECINE GERIATRIQUE	CHU
DE GAUDEMARIS	**Régis**	MEDECINE DU TRAVAIL	CHU
DEBILLON	**Thierry**	MEDECINE NEONATALE	CHU
DEMONGEOT	**Jacques**	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
DESCOTES	**Jean-Luc**	UROLOGIE	CHU
DUPRE	**Alain**	CHIRURGIE GENERALE	CHU
DYON	**J.François**	**(surnombre)**	CHU
ESTEVE	**François**	CENTRAL DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE UNITE IRM	CHU
FAGRET	**Daniel**	BIOPHYSIQUE ET TRAIEMENT DE L'IMAGE	CHU
FAUCHERON	**Jean-Luc**	CHIR GENERALE, CHIR. DIGESTIVE	CHU
FAVROT	**Marie Christine**	CANCEROLOGIE	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

FERRETTI	**Gilbert**	RADIOLOGIE CENTRALE	CHU
FEUERSTEIN	**Claude**	PHYSIOLOGIE	CHU
FONTAINE	**Eric**	NUTRITION PARENTERALE	CHU
FRANCO	**Alain**	GERIATRIE E. CHATIN	CHU
FRANCOIS	**Patrice**	EPIDEMIO ECONOMIE SANTE ET PREVENTION	CHU
GARNIER	**Philippe**	PEDIATRIE	CHU
GAUDIN	**Philippe**	RHUMATOLOGIE	CHU
GAY	**Emmanuel**	NEUROCHIRURGIE	CHU
GIRARDET	**Pierre**	**(surnombre)**	CHU
GUIDICELLI	**Henri**	**(surnombre)**	CHU
HALIMI	**Serge**	NUTRITION	CHU
HOMMEL	**Marc**	NEUROLOGIE	CHU
JOUK	**Pierre-Simon**	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
JUVIN	**Robert**	RHUMATOLOGIE	HOPITAL SUD
KAHANE	**Philippe**	POLE PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE	CHU
KRACK	**Paul**	NEUROLOGIE	CHU
LE BAS	**Jean-François**	UNITE IRM	CHU
LEBEAU	**Jacques**	CHIR. MAXILLO-FACIALE	CHU
LECCIA	**Marie-Thérèse**	DERMATOLOGIE	CHU
LEROUX	**Dominique**	GENETIQUE	CHU
LEROY	**Vincent**	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	CHU
LETOUBLON	**Christian**	CHIRURGIE DIGESTIVE	CHU
LEVERVE	**Xavier**	THERAPEUTIQUE	CHU
LEVY	**Patrick**	PHYSIOLOGIE FACULTE	CHU
LUNARDI	**Joël**	BIOCHIMIE ADN	CHU
MACHECOURT	**Jacques**	CARDIOLOGIE CHU	CHU
MAGNE	**Jean-Luc**	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
MAITRE	**Anne**	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE 4E ETAGE	JEAN ROGET FACULTE
MALLION	**J. Michel**	**(surnombre)**	CHU
MASSOT	**Christian**	MEDECINE INTERNE	CHU
MAURIN	**Max**	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE CHU	CHU
MERLOZ	**Philippe**	CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHU	CHU
MORAND	**Patrice**	Bactériologie-Virologie DPT DES AGENTS INFECTIEUX	CHU
MOREL	**Françoise**	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU	CHU
MORO-SIBILOT	**Denis**	ONCOLOGIE THORACIQUE	CHU
MOUSSEAU	**Mireille**	CANCEROLOGIE	CHU
MOUTET	**François**	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	CHU
PASQUIER	**Basile**	**(surnombre)**	CHU
PASSAGIA	**Jean-Guy**	ANATOMIE	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

PAYEN DE LA GARANDERIE	**Jean-François**	ANESTHESIOLOGIE	CHU
PELLOUX	**Hervé**	PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE	CHU
PEPIN	**Jean-Louis**	LAB. EXPLORATION FONCTION. CARDIO-RESP.	CHU
PERNOD	**Gilles**	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE	CHU
PISON	**Christophe**	PNEUMOLOGIE	CHU
PLANTAZ	**Dominique**	PEDIATRIE CHU	CHU
POLACK	**Benoît**	HEMATOLOGIE	CHU
POLLAK	**Pierre**	NEUROLOGIE	CHU
PONS	**Jean-Claude**	GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE	CHU
RAMBEAUD	**J Jacques**	UROLOGIE	CHU
RAPHAËL	**Bernard**	**(surnombre)**	CHU
REYT	**Emile**	O.R.L.	CHU
ROMANET	**J. Paul**	OPHTALMOLOGIE	CHU
ROUSSEAUX	**Sophie**	DPT DE GENETIQUE ET PROCREATION	CHU
SARAGAGLIA	**Dominique**	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	CHU
SCHAAL	**Jean-Patrick**	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET MED. REPROD.	CHU
SCHMERBER	**Sébastien**	O.R.L.	CHU
SEIGNEURIN	**Daniel**	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE	CHU
SEIGNEURIN	**Jean-Marie**	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE	CHU
SELE	**Bernard**	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
SESSA	**Carmine**	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
SOTTO	**Jean-Jacques**	**(surnombre)**	CHU
STAHL	**Jean-Paul**	MALADIES INFECTIEUSES	CHU
TIMSIT	**Jean-François**	REANIMATION MEDICALE	CHU
TONETTI	**Jérôme**	CLINIQUE D'ORTHOPEDIE ET DE TRAUMATOLOGIE	CHU
VANZETTO	**Gérald**	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	CHU
VIALTEL	**Paul**	NEPHROLOGIE	CHU
VUILLEZ	**Jean-Philippe**	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
ZAOUI	**Philippe**	NEPHROLOGIE CHU	CHU
ZARSKI	**Jean-Pierre**	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ARTIGNAN	Xavier	Cancérologie et hématologie	CHU
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule	CHU
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU
CALLANAN	Mary	Génétique	IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Biophysique et Traitement de l'Image	CHU
CRACOWSKI	Jean Luc	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	CHU
DEMATTEIS	Maurice	Lab. Exploration fonctionnelle cardio-respiratoire	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE
DROUET	Christian	Immunologie	CHU
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunulogie SUD	CHU
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	CHU
GARBAN	Frédéric	Hématologie Clinique	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine gériatrique et communautaire	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU
GUERIN-EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU
KAHANE	Philippe	Physiologie	CHU
LABARERE	José	Dépt. de Veille Sanitaire	CHU
LANTUEJOUL	Sylvie	Pathologie Cellulaire	CHU
LAPORTE	François	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzylologie 6 ème étage	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	CHU
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie	CHU
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU
PASQUIER	Dominique	Anatomie et Cytologie Pathologiques	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU
PERNOD	Gilles	Hématologie	CHU
RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU
RINGEISEN	François	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU
ROSIER	Virginie	Radiologie et Imagerie médicale	CHU
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU

REMERCIEMENTS

Merci à Monsieur le Professeur Jean-Guy PASSAGIA de m'avoir fait l'honneur d'être président du jury de cette thèse. Merci pour votre gentillesse et pour la qualité de votre enseignement le long de notre cursus universitaire.

Merci à Monsieur le Professeur Philippe GAUDIN et à Monsieur le Professeur Robert JUVIN de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Merci à Madame le Docteur Sylvie GROSCLAUDE de m'avoir proposé ce travail. Merci de m'avoir dirigée et soutenue tout au long de sa réalisation.

Merci à tous les membres de l'hôpital rhumatologique d'Uriage qui ont su m'apporter leur aide et leur soutien à un moment donné.
Un merci particulier à Monsieur le Docteur Bruno TROUSSIER, à Madame le Docteur Delphine FRAPPAT, à Fanny, à Coralie, à Cécile, à Patrice pour votre aide et votre amitié.

Merci à Monsieur le Docteur LABARERE pour m'avoir donnée les enseignements nécessaires pour que je puisse réaliser les statistiques.

Merci à mes parents qui m'ont encouragée du début jusqu'à la fin de ces études.

Merci à mon époux Fabien, à mes enfants Lucas et Arthur pour votre Amour, votre soutien et votre patience.

Merci à toute ma famille et mes amis.

Qui dias memorem laudes, repetámque fideles
Ingenij dotes, Hippocratísque decus.
Democriti auditor Phœbea, ó, Coë propago,
Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon pàtient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.

SOMMAIRE

Abréviations 3
Introduction 4

I - LA DOULEUR CHRONIQUE ET LA LOMBALGIE CHRONIQUE : GENERALITES 5
I- 1- Définitions 5
I- 2- Epidémiologie 6
1) Au niveau mondial 6
2) En France 6
I- 3- Répercussions de la douleur chronique 8
I- 4- La douleur chronique : une prise en charge spécifique 8
I- 5- La douleur chronique : une priorité nationale 9

II - LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS LOMBALGIQUES CHRONIQUES (AVEC OU SANS RADICULALGIE) A L'HOPITAL RHUMATOLOGIQUE D'URIAGE 10
II- 1- Généralités sur l'hôpital rhumatologique d'Uriage 10
1) Principes de prise en charge 10
2) Développement de la prise en charge de la douleur chronique 11
3) Historique 11
II- 2- Déroulement du séjour spécifique 13
1) La prise en charge médicale et paramédicale 13
a. les traitements médicamenteux 14
a. 1. Les antalgiques 14
a. 2. Les anti-inflammatoires 15
a. 3. Les autres antalgiques 15
a. 4. Les gestes infiltratifs 18
a. 5. La mésothérapie 19
b. Les moyens non médicamenteux 20
b. 1. La parafangothérapie 20
b. 2. La relaxation 20
b. 3. La prise en charge psychologique et psychosomatique 21
2) La prise en charge par les ergothérapeutes 21
a. L'évaluation spécifique 22
a. 1. L'échelle visuelle analogique ou EVA 23
a. 2. L'échelle de Dallas 23
a. 3. L'EIFEL 24
a. 4. L'échelle anxiété dépression 25
a. 5. Les schémas de la douleur 25
b. La prise en charge durant le séjour 27
3) La prise en charge par le kinésithérapeute 28
4) Le travail multidisciplinaire 30

III - ETUDE DE 50 CAS DE PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES A L'HOPITAL RHUMATOLOGIQUE D'URIAGE 31
III- 1- Le but de l'étude 31
III- 2- Matériel et méthode 31
1) Critères d'inclusion 32
2) Critères d'exclusion 33

3) Paramètres analysés 34
4) Analyse statistique 35
III- 3- Résultats 36
1) Caractéristiques de la population 36
a. Caractéristiques générales de la population 36
b. Caractéristiques de la population en terme d'intensité douloureuse et d'incapacité fonctionnelle 37
b. 1. En fonction des échelles d'analyse quantitatives 38
b. 2. En fonction des schémas de la douleur 39
c. Caractéristiques des thérapeutiques médicamenteuses des patients à l'entrée 40
2) Moyens thérapeutiques mis en œuvre au cours du séjour 40
a. Traitements médicamenteux prescrits au cours du séjour 40
a. 1. Traitements instaurés en cours d'hospitalisation 40
a. 2. Traitements prescrits à la sortie du patient 41
a. 3. Les gestes infiltratifs et mésothérapie 42
b. Moyens thérapeutiques (non médicamenteux) mis en œuvre au cours du séjour 42
b. 1. Les consultations psychologiques et psychosomatiques 42
b. 2. La prise en charge par les ergothérapeutes 42
b. 3. La prise en charge par les kinésithérapeutes 42
3) Résultats de la prise en charge en terme d'échelles d'évaluation de la douleur 44
a. Analyse des échelles quantitatives d'évaluation de la douleur 44
a. 1. Résultats 44
a. 2. Recherche d'une corrélation entre les échelles 46
b. Recherche d'une corrélation entre la douleur et la fonction 46
c. Analyse des schémas de la douleur 47
c. 1. En fonction du nombre de localisations douloureuses représentées 47
c. 2. En fonction du nombre de couleurs utilisées 48
c. 3. En fonction des couleurs utilisées 49
4) Recherche de facteurs pronostics d'échec de la prise en charge 50
a. En fonction de certaines caractéristiques de la population 50
b. En fonction de certaines modalités de prise en charge 52

IV - DISCUSSION 53
1) Caractéristiques de la population 53
2) Résultats de la prise en charge 55
a. Analyse des résultats en terme d'échelles d'évaluation de la douleur 55
a. 1. Analyse des échelles quantitatives 55
a. 2. Analyse des schémas de la douleur 57
b. Analyse des moyens thérapeutiques mis en œuvre 58
b. 1. Thérapeutiques médicamenteuses 58
b. 2. Traitements non médicamenteux 60
3) Propositions d'amélioration de la prise en charge 61

Conclusion 63
Bibliographie 65
Annexes 73

ABREVIATIONS

AE : anti-épileptique

Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CEDR : Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie

EIFEL : échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies

EVA : échelle visuelle analogique

HAD : Hospital Anxiety and depression scale : échelle anxiété-dépression

HAS : Haute autorité de Santé

HRU : hôpital rhumatologique d'Uriage

IASP : International Association for the Study of Pain

IRSNA: inhibiteurs spécifiques de la recapture de la noradrénaline

ISRS : inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine

MCO : médecine chirurgie obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

SSR : soins de suite et rééducation

TENS : transcutaneus electrical nerve stimulation : neurostimulation transcutanée antalgique

UETD : Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

INTRODUCTION

La douleur chronique est un problème de santé majeur, comme en témoignent sa prévalence, les incapacités qu'elle entraîne et la consommation intensive des services de santé qui en découle. Sa prise en charge est devenue une priorité nationale au cours de la dernière décennie.

L'hôpital rhumatologique d'Uriage a développé, depuis quelques années, des moyens spécifiques pour prendre en charge les patients douloureux chroniques, souffrant spécifiquement d'affections ostéo-articulaires.

La première partie de ce travail rappelle des données épidémiologiques sur la douleur chronique, dont la lombalgie chronique.

La deuxième partie de ce travail est consacrée à la présentation de la prise en charge spécifique des patients lombalgiques chroniques, au sein de l'hôpital rhumatologique d'Uriage (HRU).

La dernière partie comporte l'analyse de 42 dossiers de patients lombalgiques chroniques, pris en charge à l'HRU au cours de l'année 2007 : l'objectif de cette étude est d'analyser les résultats de cette prise en charge spécifique, de rechercher s'il existe une corrélation entre l'évolution de la douleur et l'évolution de la fonction, de déterminer s'il existe des facteurs prédictifs de succès ou d'échec de la prise en charge par l'analyse de l'évolution de l'EVA selon les critères médicaux (âge, sexe, diagnostic, concordance radiologique, pathologie psychiatrique associée, durée de séjour) ou selon les modalités de prise en charge, d'apprécier si les modalités de prescription suivent les recommandations officielles (prescription de morphine, d'antiépileptiques …), pour enfin déterminer des moyens d'amélioration de cette prise en charge spécifique.

I- LA DOULEUR CHRONIQUE ET LOMBALGIE CHRONIQUE : GENERALITES.

I- 1- Définition.

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit *la douleur* comme une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ».
L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a également retenu cette définition, tout comme l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui a précisé la notion de chronicité après analyse de nombreuses données de la littérature en 1999.
La définition de la *douleur chronique* a été retenue comme suit : soit « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne » (1).

La haute autorité de santé (HAS) a enrichi cette définition en 2008 : la douleur est « ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. La douleur chronique ou syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soit sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient » (2).

La *lombalgie chronique* est définit par une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de trois mois. Elle peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou (3).

La *lomboradiculalgie* se définit par une douleur lombaire associée à une irradiation dans le membre inférieur, ainsi qu'à des signes de tension radiculaire (signe de Lasègue ou signe de Lasègue controlatéral) (4).

I- 2- Epidémiologie :

1) Au niveau mondial :

Le guide québécois de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) regroupe d'importantes données épidémiologiques sur la douleur chronique (5). Y figurent notamment les données d'une revue systématique de la littérature réalisée par Ospina et Harstall (6) sur la prévalence de la douleur chronique, à partir de 14 études menées entre 1991 et 2002 au Royaume Uni, en Australie, au Canada, en France, en Israël, aux Pays-Bas, en Ecosse, en Espagne et en Suède, et d'une étude multinationale menée par l'Organisation mondiale de la Santé. La prévalence de la douleur chronique chez les adultes variait entre 11,5% et 55,2%, avec une moyenne pondérée de 35,5%.

A partir de données de l'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1999, Rapoport et ses collègues (7) ont relevé un taux de prévalence de maladies liées à une douleur chronique d'environ 12% (chez les personnes de moins de 60 ans) et de 46% (pour les personnes de plus de 60 ans) pour les affections arthritiques ou rhumatismales ; de 15% (moins de 60 ans) et de 18% (60 ans et plus) pour les maux de dos ; et de 10% (moins de 60 ans) et de 4% (60 ans et plus) pour les migraines.

On note une grande variabilité des taux de prévalence, qui peut être attribuée à l'hétérogénéité des populations étudiées, à l'absence de consensus sur les critères utilisés pour définir la douleur chronique (durée, gravité, moment) et aux différentes méthodes de collecte des données (entrevue téléphonique, enquête postale). Malgré cette variabilité, il ressort clairement de la littérature que la douleur chronique est un problème important dans la population : sa prévalence augmente avec l'âge (8) et elle touche plus de femmes que d'hommes (9, 10).

2) En France :

En France, on retrouve des données semblables : 15% de la population souffriraient de douleurs chroniques (11).

Une enquête de pratique menée par l'HAS et la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) en janvier 2008 (2) a révélé que les types de douleurs, décrits au cours de la première consultation en structure spécialisée de prise en charge de la douleur, étaient représentées par les lombalgies (20% des patients), les douleurs neuropathiques (17% des patients) et les céphalées (16%) avant les douleurs cancéreuses.

Pour ce qui est de la lombalgie, 80% des français en souffrent ou en ont déjà souffert (12, 13). Première cause de handicap dans la population de moins de 45 ans travaillant en secteur industriel, la lombalgie est la première cause de limitation d'activité chez les personnes de 45 à 65 ans, et la troisième cause de handicap chronique. Son incidence est de 60 à 90%, sa prévalence se situe entre 15 et 45% avec une moyenne de 30% (14). Elle représente le quart des motifs de consultation rhumatologique et de 2 à 4,5% des consultations de médecine générale.
Le plus souvent aiguë, la lombalgie ne persiste plus de 6 semaines que chez 10% des patients, et 7% demeureront lombalgiques 6 mois après. C'est ce groupe de patients qui est responsable de plus de 70% du coût de cette pathologie (12).
13% des accidents de travail sont dus à la lombalgie. Elle est la première cause d'invalidité chez les moins de 45 ans, la première cause d'arrêt de travail et de maladie professionnelle (12).

Pour répondre à la nécessité de prise en charge de la douleur, nous disposons en France de 3 types de « structures douleur »: les consultations, les unités et les centres pluridisciplinaires (2):

- les consultations pluridisciplinaires, implantées au sein des établissements de santé, sont des structures de base permettant une approche globale du patient (prévention, soin, réinsertion, prise en compte du contexte social, familial…) ;
- les unités pluridisciplinaires comportent en plus des lits de jour ou hospitalisation avec accès à un plateau technique hospitalier permettant la mise en route de traitements spécifiques ;
- les centres pluridisciplinaires ajoutent à ces fonctions celles d'enseignement et de recherche sur les thématiques de la douleur.

Le nombre de structures de prise en charge de la douleur chronique a été multiplié par deux entre 2001 et 2006 : d'après le recensement de 2006, on dénombre plus de 200 structures, contre 178 en 2004 et 96 en 2001 (15).

I- 3- Répercussions de la douleur chronique.

La douleur chronique peut avoir un effet dévastateur sur la vie des personnes atteintes et de leur famille, en affectant le fonctionnement, l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux, familiaux, la vie professionnelle, la qualité de vie des patients (16, 17, 18, 19).

Plusieurs études ont révélé que la douleur chronique est liée à une prévalence accrue d'anxiété ou de troubles dépressifs (17, 20, 21) surtout lorsqu'elle limite de façon importante les activités quotidiennes. Dans une enquête de l'OMS réalisée auprès d'environ 26 000 patients adultes recourant à des soins de première ligne en Asie, en Afrique, en Europe et dans les Amériques, les patients ayant souffert de douleurs persistantes (pendant au moins six mois au cours de l'année précédente) étaient quatre fois plus susceptibles de souffrir d'anxiété ou de trouble dépressif que ceux qui n'avaient pas de douleur persistante (22).

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'enquête d'Ohayon et Schatzberg (23), réalisée en 2003, auprès d'environ 20 000 personnes représentatives de la population générale (âgées de 15 ou 18 ans et plus) de cinq pays européens, selon lesquels la prévalence des troubles dépressifs majeurs était de 10,2 % chez des sujets souffrant d'une maladie physique chronique douloureuse pendant au moins six mois (comparativement à 2,7 % chez les sujets exempts de telles maladies).

I- 4- La douleur chronique, une prise en charge spécifique.

Cette altération de la qualité de vie, conséquence du caractère chronique de la douleur, va conditionner la spécificité de la prise en charge.

Que la douleur soit d'origine nociceptive, neuropathique ou psychogène, sa prise en charge relève du modèle bio-psycho-social (24) où il s'agit de prendre en compte tous les déterminants de la douleur (éléments organiques, conséquences affectives, sociales, professionnelles…) afin de proposer au patient une explication cohérente à sa douleur et

une approche thérapeutique dont l'objectif ne sera pas la guérison, mais plutôt une réadaptation doublée d'une amélioration.

C'est ainsi que la prise en charge des patients douloureux chroniques nécessite une approche multidisciplinaire, mobilisant les compétences de différents professionnels : somaticiens, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales…

Une récente recommandation européenne (25) a établi que la lombalgie chronique était une indication de prise en charge multidisciplinaire : lorsque celle-ci est menée de manière intensive, qu'elle comporte une réhabilitation psychosociale et une restauration fonctionnelle, alors elle réduit la douleur, améliore l'état fonctionnel des lombalgiques chroniques et favorise la reprise des activités professionnelles.

I- 5- La douleur chronique : une priorité nationale.

Depuis les 10 dernières années, la douleur chronique, et de manière plus générale, la prise en charge de la douleur, est devenue une priorité nationale pour la France. C'est ainsi que le ministère de la santé s'est engagé à améliorer la prise en charge globale et le traitement de la douleur par le biais de la mise en place d'un « Programme national de lutte contre la douleur » (15).

Un premier plan d'action a été mis en place de 1998 à 2002 et a permis le financement à l'échelle nationale de structures multidisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique persistante.

Un deuxième plan d'action a été réalisé de 2002 à 2005 avec, en plus des objectifs de la première phase, une priorité d'action mise sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant, de la migraine et de la douleur post-opératoire.

Actuellement court le troisième plan d'action de lutte contre la douleur 2006-2010 qui repose sur quatre axes : l'amélioration de la prise en charge de la douleur des populations vulnérables (enfants, handicapés, personnes âgées et en fin de vie), le renforcement de la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé, l'amélioration des modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques, le renforcement de la filière de soins de la douleur.

II- LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS LOMBALGIQUES CHRONIQUES (AVEC OU SANS RADICULALGIE) A L'HOPITAL RHUMATOLOGIQUE D'URIAGE (HRU).

II- 1- Généralités sur l'hôpital rhumatologique d'Uriage.

1) Principes de prise en charge

L'hôpital rhumatologique d'Uriage est un centre hospitalier régional prenant en charge, à la fois des patients en post-opératoire de chirurgie de l'appareil locomoteur et des pathologies médicales de l'appareil locomoteur.

Depuis 2006, la prise en charge spécifique des patients douloureux chroniques a été valorisée suite à l'apparition de la cotation spécifique de cette prise en charge au PMSI et de l'apparition de la T2A. Elle concerne les patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois et de moins de 70 ans (pour limiter l'intrication de pathologies dégénératives associées) souffrant de douleurs qui demeurent rebelles aux traitements habituels.

La décision du mode de prise en charge est établie, avec l'accord du patient :

- soit après une consultation avec le médecin rhumatologue,
- soit après une journée d'évaluation de la douleur, où les ergothérapeutes évaluent l'intensité et le retentissement de la douleur grâce aux échelles d'évaluation de la douleur (qui seront développées dans le chapitre suivant), avant que le patient ne bénéficie d'un entretien avec le médecin psychosomaticien ou la psychologue et d'une consultation avec le médecin rhumatologue,
- soit par une entrée directe en hospitalisation conventionnelle, à la demande du médecin traitant ou par mutation directe d'un service médical ou d'urgence. La décision de prise en charge spécifique est alors établie lors de la visite médicale initiale par l'interne et le médecin senior.

Cette prise en charge spécifique est réalisée en hospitalisation, où le patient bénéficie :

- dans un premier temps d'une prise en charge médicale (MCO)
- immédiatement suivie d'une prise en charge rééducative (SSR) en un même lieu, avec les mêmes acteurs de soins, la mutation administrative se faisant entre 5 à 12 jours à partir de la date d'entrée.

En 2007, sur un total de 1354 patients hospitalisés, 267 entraient dans le cadre d'une prise en charge spécifique de la douleur chronique, ce qui représente 19,7% du nombre total d'hospitalisation.

2) Développement de la prise en charge de la douleur chronique.

Pour répondre à la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, l'HRU dispose de l'expérience de professionnels travaillant en étroite collaboration :

- une équipe médicale constituée :
  - ➔ de trois médecins rhumatologues, dont deux algologues,
  - ➔ d'un médecin généraliste psychosomaticien et d'un médecin généraliste algologue,
  - ➔ d'une psychiatre psychosomaticienne ;
- d'une équipe paramédicale constituée :
  - ➔ d'une psychologue
  - ➔ d'une infirmière référente douleur
  - ➔ d'une équipe de kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmières, aides soignantes sensibilisés à la douleur chronique grâce à des formations régulières.

3) Historique de la prise en charge de la douleur chronique à l'HRU.

De façon informelle, l'HRU a toujours pris en charge les patients douloureux chroniques avec la participation d'un médecin généraliste psychosomaticien attaché depuis 1980, ayant développé la prise en charge en training autogène des patients.

Le Projet médical 1992-1997 a intégré la formation spécifique de l'ensemble du personnel à l'écoute active et à la relation d'aide, à la douleur chronique et au Training autogène de Schultz.

La prise en charge des patients douloureux chroniques s'est structurée à partir d'avril 1994, avec création d'une unité de traitement de la douleur chronique et avec un dossier de demande d'identification de cette structure en mars 1998, nommée : « Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur rhumatologique chronique » (UETD).

En 1995 ont été instaurées des consultations spécifiques intégrant une psychologue attachée et le médecin psychosomaticien.

Le Projet médical 2004-2008 spécifie les différentes modalités en terme de qualité et de quantité de prise en charge des douleurs chroniques rebelles à l'HRU ; durant cette période, les recommandations des différents « Plans douleur » ont également été intégrées (techniques corporelles, TENS, etc.)

Le Projet de pôle d'avril 2007 précise la place de la prise en charge de la douleur chronique rebelle, pôle d'excellence de l'HRU.

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2007-2011 spécifie les objectifs de qualité et les indicateurs en rapport avec la prise en charge de la douleur et la participation aux réseaux de santé.

L'UETD de l'HRU présente un certain nombre de spécificités au sein de l'agglomération Grenobloise et du département Isère :

- elle est la seule structure de la douleur multidisciplinaire spécialisée dans les pathologies de l'appareil locomoteur ;
- de type transversale, elle utilise le potentiel des consultations spécialisées et/ou multidisciplinaires, de 3 unités fonctionnelles et d'un plateau technique de kinésithérapie et d'ergothérapie.
- L'approche psychosomatique, inspirée de l'école Montpelliéraine du Dr Ferragut et de l'école Genevoise du Dr A.F. Allaz, est structurée par la présence d'une psychiatre psychosomaticienne, d'une psychologue et de deux praticiens diplômés en psychosomatique.

II- 2- Déroulement du séjour spécifique.

1) La prise en charge médicale et paramédicale.

-> L'infirmière ou l'aide-soignante assure l'accueil du patient douloureux chronique dans le service. Elle réalise un entretien qu'elle consigne en macro cible dans le dossier de soin.

Au cours du séjour, l'infirmière assure l'administration et la surveillance du traitement et sa tolérance.

Elle réalise une mesure de l'échelle visuelle analogique (EVA) quotidienne, qui permet d'ajuster les traitements.

Elles ont un rôle privilégié d'écoute active du patient au quotidien et entretiennent ainsi une relation d'aide.

-> Le médecin réalise un premier entretien au lit du patient :

- débutant par un interrogatoire rigoureux, basé sur la grille d'entretien semi-structurée de l'HAS (annexe 1), permettant de retracer l'anamnèse du patient. L'objectif est de déterminer :
  - ➔ le mode de début et le profil d'évolution de la douleur,
  - ➔ les traitements antérieurs et pathologies associées,
  - ➔ une description de la douleur : topographie, types de sensations, retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil…),
  - ➔ le contexte familial, psychosocial, médico-légal et incidences,
  - ➔ les facteurs cognitifs,
  - ➔ les facteurs comportementaux,
  - ➔ les attentes du patient.
- suivi d'un examen clinique complet et systématique, mais orienté en fonction des symptômes, en évitant les mobilisations douloureuses.

A l'issue de cet entretien, sont mises en route des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses.

a. Les traitements médicamenteux.

a. 1. Les antalgiques.

Les antalgiques, qui sont efficaces sur les douleurs par excès de nociception, sont prescrits à l'entrée du patient, selon l'échelle de stratégie thérapeutique de la douleur chronique en 3 paliers de l'OMS :

- antalgiques de palier I : non opioïdes pour les douleurs légères à modérées, tel que le Paracétamol,
- antalgiques de palier II : opioïdes faibles et non opioïdes pour les douleurs modérées à sévères, tels que le Dextropropoxyphène, le Tramadol, la Codéine,
- antalgiques de palier III : opioïdes forts pour les douleurs sévères à très sévères (déterminées par une EVA >5), dont fait partie la Morphine.

Pour l'utilisation des opioïdes forts, des recommandations en rhumatologie ont été élaborées en 1999 sous l'égide du Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie (CEDR), section de la douleur de la Société Française de Rhumatologie. Il s'agit des recommandations de Limoges (26) (annexe 2).
Elles ont été complétées par un rapport sur la prise en charge des patients lombalgiques chroniques de l'ANAES en 2000 (3) et par une note de l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) parue en 2004 (27), qui permettent d'aider le clinicien au bon usage des opioïdes forts.
On retient notamment :

- l'importance d'une prescription au cas par cas, en respectant les contre-indications (hypersensibilité au produit, insuffisance respiratoire décompensée, insuffisance hépatocellulaire sévère),
- une instauration de traitement après échec des autres antalgiques de paliers I et II
- une durée du traitement devant être limitée et l'arrêt progressif pour éviter un syndrome de sevrage,
- la nécessité de ne pas traiter les patients atteints de troubles caractériels sévères ou psychosociaux prédominants, notamment pour limiter les risques de dépendance, qui est définie par la rencontre entre une personnalité, un contexte et un produit.

a. 2. Les anti-inflammatoires.

Les anti-inflammatoires sont administrés d'emblée par voie parentérale aux patients hospitalisés en MCO, pour leur action antalgique et anti-inflammatoire, en association aux antalgiques précédemment cités.
Sont administrées :

- soit des perfusions d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (le Kétoprophène : Profenid® aux doses de 100 ou 150 mg, selon l'intensité douloureuse, deux fois par jour) en perfusion sur une courte période (4 jours en moyenne), après s'être assuré de l'absence de contre-indication,
- soit des perfusions d'anti-inflammatoires stéroïdiens : la Méthylprednisolone : Solumedrol®, à la dose de 40 mg, deux fois par jour pendant 3 jours, suivi de l'injection du produit en intraveineux direct, à la dose de 20 mg par jour pendant 2 jours.

Suivant l'intensité des symptômes, un relais per os peut être envisagé. L'ANAES recommande simplement que le traitement soit de courte durée (3).
Il n'y a pas de données pour recommander un AINS plutôt qu'un autre, ni d'arguments pour une voie d'administration autre que per os (28).
Cependant, on ne peut négliger l'effet placebo de l'administration par voie intraveineuse.

Par ailleurs, l'administration de ces traitements par voie intraveineuse, permet au patient de respecter un repos relatif qui se doit d'être le plus court possible (3).

a. 3. Les autres antalgiques.

Pour agir sur la composante neuropathique de la douleur, on utilise les psychotropes, notamment les antidépresseurs et les anti-épileptiques.
Les antidépresseurs sont actifs sur le fond douloureux permanent, tandis que les antiépileptiques sont actifs sur les douleurs fulgurantes (29).

Le Questionnaire DN4 (annexe 3) a été développé et validé par un groupe d'experts français comme outil d'aide au diagnostic des douleurs neuropathiques : c'est un outil qui s'appuie uniquement sur les données cliniques fournies par l'interrogatoire et un examen succinct de la sensibilité. Le score DN4 global correspond à la somme des réponses positives. Ainsi, à partir d'un score de 4 sur 10, considéré comme un seuil, la spécificité pour le diagnostic de douleur neuropathique atteint 90 % et la sensibilité 83 %. Il n'est qu'un outil d'aide au diagnostic et ne permet pas le suivi du patient (30).

Parmi les psychotropes, sont donc utilisés:

➔ Les antidépresseurs, qui ont un mécanisme d'action double (31) :

- d'une part, un effet thymoanaleptique qui permet d'agir sur le syndrome dépressif souvent associé à la douleur chronique
- d'autre part un effet antalgique propre, indépendant de l'effet thymoanaleptique.

-> Les antidépresseurs tricycliques sont supérieurs en terme d'efficacité aux autres produits. Leurs propriétés analgésiques sont mal élucidées et reposent sur plusieurs hypothèses (inhibition du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline, effets antihistaminiques et anticholinergiques, blocage de canaux sodiques et calciques…). Cependant, ils possèdent des effets secondaires importants : sédation, hypotension orthostatique, troubles de la conduction cardiaque, effets anticholinergiques, qui peuvent limiter leur utilisation.

-> Les antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la noradrénaline (IRSNA) agissent en bloquant spécifiquement sérotonine et noradrénaline qui interviennent dans la régulation de la nociception. Leur tolérance est meilleure.

➔ Les antiépileptiques.

Les antiépileptiques agiraient par un blocage de certains canaux ou leur sous unité, qui sont surexprimés dans certaines douleurs neuropathiques (32).

-> La Gabapentine (Neurontin®) a, à la fois, des effets GABA-ergique et un effet bloqueur de canaux calciques. Ses principaux effets indésirables sont la somnolence et les vertiges, et moins fréquemment, des troubles gastro-intestinaux et un oedème

périphérique. La Gabapentine est généralement mieux supportée que les autres antiépileptiques, et le risque d'interactions médicamenteuses est moindre. Cependant son autorisation de mise sur le marché (AMM) est restreinte aux douleurs neuropathiques diabétiques et post-zostériennes.

-> La Pregabaline (Lyrica®) agit en bloquant les canaux calciques. Elle a obtenue une AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques et centrales. Les effets indésirables sont proportionnels à la dose : on peut citer : étourdissements, somnolence, prise de poids (33).

-> Le Clonazepam (Rivotril®), est très largement utilisé en pratique courante dans la douleur neuropathique, comme dans d'autres pathologies douloureuses chroniques, essentiellement pour ses propriétés myorelaxantes, sédatives ou anxiolytiques. Il ne dispose pas d'une AMM dans la douleur neuropathique et il n'existe par ailleurs aucune preuve scientifique d'efficacité de cette molécule dans cette indication (29).
Une note de l'Afssaps est sortie en juin 2008, nous rappelant le cadre de prescription de ce produit, dont les indications sont limitées au traitement de l'épilepsie (34).
En effet, il a été constaté une augmentation importante de cas d'abus, de pharmacodépendance et de détournement d'usage, chez des patients qui avaient bénéficié de cette prescription hors de ses indications validées. Pour cette raison, nous avons arrêté toute prescription non justifiée de la molécule à partir de cette date. Mais en 2007, date de notre enquête, le produit était largement utilisé.

Des experts du CEDR ont établit un ensemble de recommandations (35) visant à guider la prescription des anti-épileptiques dans la prise en charge des douleurs neuropathiques en rhumatologie, à partir d'une revue de la littérature ; parmi ces recommandations, on peut notamment citer que :

- les anti-épileptiques (AE) peuvent être proposés dans les maladies rhumatologiques chroniques avec un élément neuropathique identifié au mieux par un interrogatoire, un examen clinique et le questionnaire DN4 ;
- les AE peuvent être prescrits après échec des antalgiques, incluant le Tramadol, soit d'emblée avant les antidépresseurs, soit après échec de ceux-ci ;

- les AE peuvent être associés avec tous les antalgiques, l'association avec des antidépresseurs est mal évaluée ; leur association doit être envisagée seulement si les traitements en monothérapie ne sont pas efficaces ; vu le manque d'information dans la littérature, l'association de deux AE devrait être évité dans le traitement de la douleur.

a. 4. Les gestes infiltratifs.

Les infiltrations correspondent à l'injection de corticoïdes au niveau local pour agir sur la composante inflammatoire locale (36). Elles sont proposées aux patients après échec des traitements médicamenteux précédents.

En effet, les infiltrations ont un effet antalgique à court terme et sont de ce fait justifiées en seconde intention dans le traitement des lombosciatiques et chez certains lombalgiques chroniques (37, 38).

Les patients sont informés des modalités de déroulement du geste, des bénéfices attendus et des risques de complications par un document écrit qui leur ait remis.

Le produit est administré après réalisation d'une asepsie stricte.

On distingue :

➔ les infiltrations non radioguidées :

Ce sont les infiltrations épidurales, avec injection d'acétate de prednisolone (Hydrocortancyl®) dans l'espace épidural. Elles sont réalisées essentiellement par voie inter épineuse lombaire, plus rarement par le premier trou sacré postérieur. La comparaison des études ne montre pas de supériorité d'une voie par rapport aux autres, en terme d'efficacité. Elles sont indiquées dans les lombosciatiques et peuvent avoir un effet symptomatique à court terme dans les poussées douloureuses des lombalgies chroniques.

Une note de l'Afssaps (39) fait état d'accidents suite à la réalisation d'infiltrations épidurales chez des patients, ayant pour point commun, un antécédent de chirurgie du rachis. Depuis, le parti a été pris de ne pas réaliser d'infiltration épidurale à tout patient ayant cet antécédent.

➔ les infiltrations radioguidées :

Elles sont réalisées sous contrôle scopique. Ce sont :

- les infiltrations articulaires postérieures : elles sont indiquées dans les syndromes articulaires postérieurs par arthrose articulaire postérieure ou kyste articulaire ;
- les infiltrations foraminales, ou périradiculaires : elles consistent en l'injection de corticoïdes à la sortie du foramen intervertébral, là où la racine symptomatique fait issue, à proximité du ganglion rachidien postérieur. Initialement indiquées dans les conflits latéraux (hernie discale foraminale ou extraforaminale, sténose foraminale arthrosique, spondylolisthésis…), ses indications se sont progressivement étendues aux conflits disco radiculaires habituels.

L'infiltration a un effet antalgique et contribue à empêcher le développement de modifications structurales et fonctionnelles nerveuses périphériques, qui facilitent la pérennisation des douleurs.

a. 5. La mésothérapie.

La mésothérapie, technique inventée en 1952 par un médecin généraliste français le Dr Pistor (40), consiste à injecter au niveau du site de la lésion, par voie intradermique ou sous cutanée superficielle, des médicaments allopathiques (corticoïdes exceptés) à très faible concentration par rapport à l'utilisation orale. Cette technique va bloquer la transmission du message douloureux cheminant au niveau des fibres fines Aδ et C à l'aide de micro-injections d'un sympathicolytique (procaïne ou xylocaïne).

La mésothérapie utilise généralement une association de deux ou trois produits. En fonction de la pathologie ces médicaments peuvent être des antalgiques, des vasodilatateurs, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des enzymes protéolytiques, des cicatrisants, des vitamines B... Les anesthésiques locaux (procaïne ou xylocaïne) font souvent partie des mélanges injectés. Chaque injection de 1/10 ml en moyenne (maximum 2 ml) se fait manuellement ou grâce à un pistolet électronique ou mécanique.

Nous utilisons préférentiellement un mélange d'AINS et d'anesthésique local avec injection manuelle. La technique est employée en complément des traitements précédents.

b. Les traitements non médicamenteux.

b. 1. La parafangothérapie

La parafangothérapie consiste en l'application directe, sur la zone douloureuse, d'un mélange de boue et de paraffine chauffé à 50-55°C. Les effets physiologiques sont l'augmentation du débit sanguin locorégional, l'amélioration des conditions métaboliques locales, l'élévation du seuil d'excitabilité des nocicepteurs cutanés et l'abaissement du tonus musculaire (41).

Il en résulte un effet antalgique et décontracturant musculaire.

Nous administrons cette technique très largement aux patients durant leur séjour en MCO, en s'assurant de l'absence de contre-indication (lésions cutanées, inflammation tissulaire en phase aigue, trouble de la sensibilité avec le risque de brûlure). La prescription s'arrête lorsque démarre la prise en charge en SSR avec la balnéothérapie, dont les effets sont similaires. Elle peut être reconduite au cas par cas, à la demande du patient qui reste douloureux.

b. 2. La relaxation.

Les techniques de relaxation recherchent, chez le patient douloureux, un relâchement musculaire, et une détente psychique et émotionnelle; elles permettent un meilleur contrôle de la douleur, par une prise de conscience du corps.

Nous utilisons la technique du Training autogène de Schultz : il s'agit d'une technique de relaxation profonde, qui utilise la suggestion et la concentration, dans un but de détente, en évoquant des sensations de pesanteur et de chaleur dans différentes parties de son corps (42).

La relaxation est contre-indiquée en cas de psychose.

Elle peut se dérouler :

- en séances individuelles, réalisées par le médecin généraliste psychosomaticien ou le médecin rhumatologue algologue formés à cette technique,
- ou en séances collectives, à une fréquence trihebdomadaire, réalisées par des ergothérapeutes ou kinésithérapeutes entraînés, sous la supervision du praticien expérimenté (l'état d'hypovigilance induit peut faire surgir des éléments du subconscient, qui nécessitent une prise en charge médicale spécifique).

b. 3. La prise en charge psychologique et psychosomatique.

Chaque professionnel intervenant à l'HRU réalise, en offrant un temps d'écoute, un soutien psychologique au patient douloureux chronique.
Cependant, en fonction de la problématique du patient, il peut être envisagé un avis spécialisé, soit avec :

- la psychologue, qui intervient 4 demies journées par semaine,
- le médecin généraliste psychosomaticien, qui intervient une demie journée par semaine,
- la psychiatre psychosomaticienne, présente une demie journée par semaine.

Dans l'approche psychosomatique, l'individu est considéré dans sa globalité. Sont pris en compte, en plus de l'histoire clinique proprement dite, le contexte évènementiel, l'impact psycho-socio-familial, l'histoire personnelle du patient. Ce type de prise en charge se situe entre une médecine sans âme et une psychiatrie sans corps (O. Sachs).

Tous ces traitements médicamenteux ou non médicamenteux peuvent être adaptés pendant le séjour, selon l'évolution du patient.

2) La prise en charge par les ergothérapeutes.

Les ergothérapeutes contribuent dans leur intervention à rendre spécifique la prise en charge du patient douloureux chronique, puisque ce sont elles qui réalisent le bilan d'évaluation de la douleur chronique, avec l'aide des échelles.

L'ergothérapie (43) occupe une place spécifique dans le milieu médico-social, particulièrement depuis la création du diplôme d'Etat en 1970 et du décret de compétence du 21 novembre 1986. Le but de l'ergothérapie est de favoriser le maintien ou l'accession au maximum d'autonomie des individus en situation de handicap et ceci dans leur environnement.

a. L'évaluation spécifique.

Le lendemain de son arrivée, l'ergothérapeute réalise une évaluation du patient douloureux chronique grâce à un entretien semi-structuré. Cet entretien contient deux étapes :

- un bilan d'entrée au cours duquel sont recherchés le contexte environnemental global, les facteurs cognitifs et comportementaux, le projet et les attentes décrits par le patient, afin de définir des objectifs partagés patient/soignant ;
- une évaluation spécifique initiale de la douleur chronique et de ses composantes : ancienneté de la douleur, historique de la douleur et profil évolutif, parcours de soin, et la description de la douleur à l'aide des échelles d'évaluation de la douleur.

L'ANAES, dans son rapport en 1999, a établi une liste de recommandations pour l'évaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire (1).

Des outils de base d'évaluation du malade douloureux chronique ont été retenus pour guider leur prise en charge ; il s'agit :

- d'un schéma de la topographie des zones douloureuses ;
- d'une mesure de l'intensité de la douleur par une échelle visuelle analogique (EVA), ou une échelle numérique ou une échelle verbale simple;
- d'une liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur ;
- d'une évaluation de l'anxiété et de la dépression ;
- d'une évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement.

A l'HRU, nous avons choisi d'utiliser l'EVA, l'échelle de Dallas, le score d'EIFEL, l'échelle anxiété dépression, en plus des schémas de la douleur.

a. 1. L’échelle visuelle analogique ou EVA.

L’échelle visuelle analogique (annexe 4) est une échelle unidimensionnelle quantitative : elle permet une mesure de l’intensité douloureuse. Elle a été mise au point par Huskinsson et al. en 1974 (1).

Elle peut se présenter sous forme papier ou sous la forme mécanique d’une réglette à deux faces (une face patient, une face médecin).

Classiquement, y figure une ligne horizontale de 100mm de long. Aux extrémités, figurent les mots : « pas de douleur » et « la douleur maximale imaginable ».

Le patient indique le niveau de sa douleur en traçant un trait sur la ligne (forme papier) ou en déplaçant un curseur le long de cette ligne (réglette mécanique). L’intensité de la douleur est mesurée par la distance entre les mots « pas de douleur » et la position du trait pour la forme papier ; elle est mesurée par la distance entre la position du curseur et l’extrémité « pas de douleur » sur la réglette face médecin.

Cette évaluation subjective de la douleur est simple, rapide, reproductible, discriminante et sensible au changement. Elle est utile pour juger de l’évolution de la douleur au cours du temps pour un individu donné, mais les scores ne permettent pas de comparaison interindividuelles (44).

Dans la littérature, on retrouve qu’une diminution de 30% de l’EVA peut être considérée comme une amélioration cliniquement significative par rapport à la valeur de départ. (45)

a. 2. L’échelle de Dallas.

L’échelle de Dallas (annexe 5) est une échelle d’évaluation de l’incapacité fonctionnelle des patients lombalgiques chroniques. Elle est la traduction française du Dallas Pain Questionnaire de Lawlis et al. développé en 1989, validé en langue française par Marty et al. en 1998 (46). Elle explore l’impact des douleurs lombaires dans quatre dimensions : activités quotidiennes, travail et loisirs, dépression-anxiété et comportement social.

Le patient a devant lui 16 questions sous lesquelles figurent des échelles ; les échelles sont fragmentées en segments permettant de mieux graduer la douleur.

L’évaluation chiffrée se fait en attribuant, pour chaque question, la valeur 0 au segment le plus à gauche, 1 au segment voisin, 2 au segment suivant, et ainsi de suite jusqu’au dernier segment. Ces valeurs élémentaires sont additionnées et multipliées par un facteur constant pour évaluer le retentissement de la douleur sur chaque domaine de la qualité de vie. Ainsi :

- la somme des questions 1 à 7 est multipliée par 3 pour évaluer le retentissement de la douleur sur les activités de la vie quotidienne ;
- la somme des questions 8 à 10, 11 à 13, 14 à 16 est multipliée par 5 pour évaluer le retentissement de la douleur sur les domaines respectifs : travail et loisirs, anxiété-dépression et comportement social.

On obtient pour chaque domaine une estimation en pourcentage du retentissement de la douleur chronique : plus le pourcentage est élevé, plus le retentissement de la douleur sur le vécu est important.

L’article original recommande une prise en charge adaptée en fonction du résultat du questionnaire : une intervention médicale semble pertinente lorsque les scores sont supérieurs à 50% pour les dimensions physiques et sociales et inférieurs à 50% pour les deux autres dimensions. Dans le cas contraire, une thérapie comportementale semble plus indiquée (47).

Ce questionnaire est reproductible, discriminant, valide et sensible aux changements (en particulier, pour les dimensions physiques et sociales).

a. 3. L’EIFEL : échelle d’incapacité fonctionnelle pour l’évaluation des lombalgies.

L’EIFEL est un outil d’évaluation spécifique de l’incapacité fonctionnelle des lombalgiques (annexe 6). C’est un auto questionnaire de 24 affirmations, traduction française du « The Rolland and Morris Disability Questionnaire » développé en 1983, validé en langue française par Coste et al. en 1993 pour la lombalgie aigue (48). Sa validation pour lombalgie chronique a été réalisée en 2006 (49). Ce score d’EIFEL apprécie surtout le retentissement fonctionnel physique, le retentissement psychologique et social n'étant exploré que par quatre questions. Le patient doit simplement cocher la phrase qui s’applique le mieux à son état. Chaque affirmation rapporte un point, l’addition des points donne le score fonctionnel du patient. Un score égal à 24 signifie une incapacité totale.

Les dernières études révèlent qu'une diminution de 30% du score d'EIFEL de départ est nécessaire pour parler de modification clinique significative (45, 50).
Ce questionnaire est simple, rapide d'utilisation (5mn), reproductible, sensible aux changements.

a. 4. L'échelle anxiété dépression.

L'échelle anxiété dépression (annexe 7) est la version française de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and depression scale) développée par Zigmond and Snaith en 1983 et validée chez 100 patients en médecine interne (44).
Elle est composée de deux sous échelles, une évaluant l'anxiété, l'autre la dépression.
Le patient doit remplir un questionnaire au sujet des émotions ressenties au cours de la semaine écoulée. Chaque réponse est cotée de 0 à 3 correspondant à l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée. Cette intensité est appréciée par un adverbe ou une courte phrase la qualifiant. On obtient pour chaque échelle un intervalle de scores allant de 0 à 21, 21 étant le score le plus élevé correspondant à une symptomatologie plus sévère.
Pour les deux scores, anxiété et dépression, des valeurs seuils ont été déterminées :

- un score inférieur ou égal à 7 : absence de pathologie,
- un score entre 8 et 10 : cas douteux,
- un score supérieur ou égal à 11 : cas certain.

Cette échelle ne permet pas de poser un diagnostic de syndrome dépressif ou anxieux, mais elle évalue un indice de sévérité symptomatique de dépression ou d'anxiété.
Elle est reproductible, valide, et sensible aux changements (51, 52).

a. 5. Les schémas de la douleur.

Le schéma de la douleur est une silhouette humaine, silhouette de face, de dos, plus ou moins de profil, sur laquelle le patient doit représenter au stylo la ou les zones douloureuses. La consigne du soignant est généralement la suivante : « hachurez la ou les zones douloureuses sur les schémas suivants » (annexe 8). Des symboles peuvent être ajoutés sur le schéma pour caractériser le type de douleur ressentie, ainsi que des couleurs, notamment pour préciser l'intensité de la douleur, ce qui surtout employé chez l'enfant.

A l'HRU, la recommandation est la suivante : « indiquez, avec les trois crayons de couleurs ci-joint, la ou les zones douloureuses sur les schémas ci-dessous. Utilisez la couleur jaune représentant les douleurs les plus faibles, la couleur orange pour des douleurs de moyenne intensité, et la couleur rouge pour les douleurs les plus fortes ».
L'examinateur évalue la distribution anatomique et l'étendue de la surface douloureuse par simple coup d'œil.
Les schémas sont utilisés depuis les années 1950, notamment chez les lombalgiques pour apprécier le caractère organique ou non de la douleur (53, 54). Depuis, d'autres études n'ont pas confirmé cette hypothèse (55, 56); par ailleurs, l'utilisation des schémas s'est étendue à d'autres pathologies : migraines (57), fibromyalgies (58), etc.
Les schémas de la douleur sont un outil de communication simple entre le malade et le médecin, d'utilisation facile et rapide : ils ne nécessitent que la compréhension de l'usage du dessin par des explications rigoureuses et standardisées. Ils servent à documenter la douleur en représentant la topographie à un instant donné, et peuvent aider au suivi des malades.
Plusieurs études font état d'une bonne fidélité intra et inter observateurs (53, 59).

La synthèse de cet entretien, avec les résultats de chaque échelle, est notée sur une fiche spécifique qui sera insérée dans le dossier médical du patient, à la disposition de chaque professionnel (annexe 8). Les éléments recueillis permettent, à l'ergothérapeute, de donner une orientation à la prise en charge selon des axes spécifiques : ergonomie, comportementale, psychologique, physique. Ils permettent également de cibler la modalité de prise en charge : séances individuelles et/ou collectives.
De la même manière, l'équipe médicale peut utiliser ces données pour proposer une prise en charge spécifique (orientation vers une prise en charge psychosomatique par exemple).

b. La prise en charge durant le séjour.

Une fois l'évaluation faite, se déroule la prise en charge du patient. Dans le but de diminuer la douleur immédiate et d'éviter la réapparition de celle-ci dans le temps, l'ergothérapeute aborde tout d'abord la gestuelle courante, avec rappel ou réapprentissage des conseils posturaux en chambre : installation au lit, pour les repas, pour la toilette…

Ensuite, les séances peuvent être individuelles ou collectives :

- ➔ les séances collectives ont pour but l'apprentissage et l'intégration des conseils d'ergonomie rachidienne dans une dynamique d'échange. Dans ce cadre, sont réalisés des cours d'éducation portant sur l'anatomie et la douleur.
- ➔ les séances individuelles permettent de créer un climat de confiance spécifique, parfois nécessaire à une bonne progression du patient. Lors des séances individuelles, un des 4 axes de prise en charge peut être préférentiellement développé :

- ergonomie : prévention rachidienne dans tous les gestes de la vie quotidienne ;
- comportementale : remise en activité avec des changements d'habitudes, apprentissage de la gestion de la douleur ;
- psychologique : écoute, accompagnement, réassurance ;
- physique : réentraînement à l'effort de façon progressive.

Lors des séances individuelles, des activités ou des mises en situation spécifiques sont proposées au patient. C'est ainsi que des activités manuelles, sportives, artistiques sont utilisées à visée thérapeutique dans un but de réassurance, de revalorisation et d'autonomisation du patient. On peut citer par exemple la vannerie, le macramé, la peinture sur soie, la menuiserie, l'activité physique sur ergomètre.

Il est possible d'adapter le nombre de ces séances individuelles selon chaque patient.

En fin de séjour, est réalisée une évaluation spécifique finale qui sert de bilan de fin de suivi. Elle permet de mesurer l'évolution du patient avec les échelles et questionnaires déjà utilisés au cours du bilan initial. Ce sont, entre autres, ces données que nous avons exploitées dans notre étude pour analyser les résultats de la prise en charge du patient lombalgique chronique.

3) La prise en charge par le kinésithérapeute.

La prise en charge du patient lombalgique chronique avec ou sans radiculalgie, par le kinésithérapeute, a pour objectif de lutter contre l'immobilité, de retourner de manière progressive à l'activité, de faire participer le patient de manière active à son traitement (pour lui redonner confiance et le rassurer sur ses capacités fonctionnelles) et le rendre autonome (60).

L'accent sera particulièrement mis sur une prise en charge globale. C'est ainsi que les patients pourront bénéficier :

-> de techniques de rééducation classiques comportant :

- des exercices gymniques : exercices d'entretien articulaire, exercices d'étirements, exercices de renforcement musculaire, exercices proprioceptifs, exercices d'éducation posturale, exercices généraux pour améliorer la fonction et la condition physique générale ;
- des massages ;
- des séances de balnéothérapie : méthode rééducative en piscine d'eau chaude avec une température entre 34 et 35°C ; les principes thérapeutiques sont en partie liés :
  - ➔ aux effets de la poussée d'Archimède permettant d'effectuer des mouvements avec une diminution du poids apparent, sans avoir l'effet de la pesanteur ;
  - ➔ à la température de l'eau qui a une action sédative, antalgique, anti-inflammatoire, décontracturante (61).

-> de techniques plus spécifiques, telle que la technique de Feldenkrais.

Cette technique, « prise de conscience par le mouvement et intégration fonctionnelle», propose une approche globale de l'être humain. Elle est basée sur l'image de soi, la plasticité du système nerveux et ses possibilités d'apprentissage, ainsi que sur ses potentialités fonctionnelles. L'effet majeur de la méthode est l'amélioration de la fonction et de l'image de soi (62).

Cette technique sera plus facilement développée chez les patients douloureux chroniques.

-> de l’administration de l’électrothérapie, d’instauration rapide au cours du séjour.

La neurostimulation transcutanée antalgique ou TENS (transcutaneus electrical nerve stimulation) confère une action antalgique par utilisation de courants électriques de basse fréquence non polarisés, délivrés par des boîtiers stimulateurs portables ou non (63). Le mécanisme d’action de ces courants électriques repose sur deux principes (64):

- la théorie du « gate control » : il existe au niveau médullaire, dans la couche dorsale de la moelle, un système de contrôle du message nociceptif réalisé par les fibres de gros calibres, responsables de la sensibilité épicritique ou proprioceptive Aα et Aβ. L’activation électrique de ces fibres entraîne une inhibition de la transmission du message nociceptif vers les seconds neurones médullaires impliqués dans la nociception ;
- la libération de peptides endogènes de type morphinique : en effet, un certain type de stimulation électrique libère des endorphines, permettant le contrôle du message nociceptif.

Selon les conditions de stimulations électriques périphériques (fréquence et intensité) et la place des électrodes, ces deux types d’analgésie peuvent être obtenus :

- l’utilisation de courants de fréquence plus élevée et de faible intensité, réalise une antalgie par inhibition sensitive segmentaire, responsable d’un effet localisé, d’installation rapide, mais de courte durée. C’est ce mode d’action que nous utilisons principalement, pour les patients souffrant de radiculalgies.
- L’utilisation de courants de fréquence plus faible et d’intensité élevée, réalise l’antalgie par libération d’endorphines, responsable d’un effet retardé mais plus durable et généralisé. Il est plutôt indiqué pour les douleurs généralisées.

Les contre-indications à l’application de TENS sont la présence d’un pace maker, une grossesse, les troubles sensitifs.

Le kinésithérapeute informe le patient, applique la technique et enseigne au patient le mode de fonctionnement de l’appareil, la pose des électrodes, pour lui permettre de l’utiliser de manière autonome.

4) Le travail multidisciplinaire.

La multidisciplinarité fonctionne d'une part, par la présence au sein de l'établissement de tous les professionnels intervenant dans la prise en charge de la douleur chronique, mais surtout par la communication entre chacun.

- Un staff hebdomadaire est organisé dans chaque unité d'hospitalisation, pour permettre un échange au sujet de chaque patient. Cet échange permet de mettre en évidence les résultats de chaque thérapeutique, de les ajuster en cas d'échec ou de proposer des techniques alternatives, en prenant en compte l'avis de chacun.
- Un staff hebdomadaire avec présentation d'examens radiologiques est organisé avec un neurochirurgien, pour discuter des dossiers difficiles, prendre un avis diagnostic et thérapeutique.
- De la même manière, est mené un travail en collaboration avec les neurochirurgiens Grenoblois.

Nous avons souhaité étudier 50 dossiers de patients douloureux chroniques qui ont été pris en charge à l'HRU selon ces modalités thérapeutiques, afin d'analyser les résultats de cette prise en charge.

III- ETUDE DE 50 PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES A L'HRU

III- 1- Le but de l'étude.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les résultats de la prise en charge spécifique de patients lombalgiques chroniques à l'HRU en terme d'échelles d'évaluation de la douleur et d'échelles d'incapacités fonctionnelles.

-> Le critère de jugement principal est l'EVA,

-> les critères de jugement secondaires sont l'échelle de Dallas, le score d'EIFEL, le score HAD et les schémas de la douleur.

Les objectifs secondaires visent :

-> à déterminer s'il existe une corrélation entre l'évolution de la douleur et l'évolution de la fonction,

-> à apprécier si les modalités de prescription suivent les recommandations officielles (prescription de morphine, d'antiépileptiques …),

-> à déterminer s'il existe des facteurs prédictifs de succès ou d'échec de la prise en charge par l'analyse de l'évolution de l'EVA :

- en fonction des critères médicaux (âge, sexe, diagnostic, concordance radiologique, pathologie psychiatrique associée, durée de séjour),
- en analysant plus spécifiquement les schémas de la douleur,
- ou en fonction des modalités de prise en charge rééducative, si les échantillons de patients le permettent ;

-> à envisager des moyens d'amélioration de cette prise en charge spécifique.

III- 2- Matériel et méthode.

L'étude a été précédée du tirage au sort de 80 dossiers, qui a permis de mettre en évidence que la pathologie la plus fréquemment prise en charge, était la lombalgie chronique. Cette pathologie a donc été retenue pour obtenir un échantillon homogène.

C’est ainsi que nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive, portant sur un échantillon de 50 patients lombalgiques chroniques, sélectionnés de manière aléatoire, ayant bénéficié d’une prise en charge spécifique de la douleur chronique, à l’hôpital rhumatologique d’Uriage, au cours de l’année 2007.

1) Critères d’inclusion.

Les critères d’inclusion étaient l’existence :

- d’un diagnostic de lombalgie, avec ou sans irradiation rachidienne diffuse,
- associé ou non à une radiculalgie,
- chez des patients souffrant de douleurs rebelles à une prise en charge médicale ambulatoire,
- depuis 6 mois ou plus de 3 mois avec un retentissement important sur le vécu.

Au sein de la cohorte, 2 patients souffraient depuis moins de 3 mois, mais il a été décidé de conserver ces 2 dossiers afin d’analyser les résultats de la prise en charge, car :

- dans un cas, le patient avait une durée d’évolution de la douleur de 2 mois, avec un antécédent de lombosciatique de plusieurs mois, et récidivait sur le même mode ;
- dans l’autre cas, la durée d’évolution de la douleur était également de 2 mois, dans un contexte de syndrome dépressif marqué.

C’est ainsi que les patients ont été sélectionnés de manière aléatoire, en fonction d’un diagnostic retenu selon la cotation CIM 10, parmi les diagnostics de :

- lombarthrose simple
- lombalgie chronique :
  - ➔ sur hernie discale
  - ➔ sur spondylolisthésis
  - ➔ d’origine mixte
  - ➔ post-opératoire d’origine mixte ou indéterminée
- lombosciatique ou lombocruralgie :
  - ➔ simple sur hernie discale
  - ➔ simple par canal lombaire étroit
  - ➔ d’origine mixte ou indéterminée

- ➔ sur spondylolisthésis
- ➔ simple post-opératoire de cause mixte ou indéterminée ou par récidive de hernie discale.

L'existence d'une pathologie psychiatrique associée a été identifiée en fonction d'un diagnostic retenu selon la cotation CIM 10, parmi les diagnostics de :

- Dépression anxieuse
- Dépression récurrente, épisode actuel léger
- Dépression récurrente, épisode actuel moyen
- Dépression récurrente, épisode actuel sévère
- Syndrome douloureux somatoforme persistant
- Hystérie
- Psychose maniaco-dépressive
- Schizophrénie
- Tétanie.

2) Critères d'exclusion.

N'ont pas été retenu les dossiers comportant des données manquantes, correspondant au critère de jugement principal, soit l'EVA de début et de fin de prise en charge.
Parmi les 50 dossiers sélectionnés, 8 dossiers comportaient des données manquantes :

- pour 2 dossiers, le bilan réalisé par les ergothérapeutes des échelles d'évaluation de la douleur à l'entrée et à la sortie du patient n'ont pas été retrouvés dans le dossier médical ;
- pour 6 dossiers, manquait le bilan de sortie d'hospitalisation :
  - ➔ soit que le patient n'ait pas souhaité refaire les questionnaires jugés trop longs,
  - ➔ soit que l'organisation du planning des ergothérapeutes ne permettait plus la réalisation pratique du bilan de sortie, une fois la date de sortie du patient fixée.

Cela montre la difficulté d'adhésion des patients douloureux chroniques à la prise en charge.
Ce sont donc 42 dossiers qui ont été au total analysés dans cette étude.

3) Paramètres analysés.

Le recueil des données des 50 dossiers a été effectué par une équipe médicale constituée de médecins, infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes et ergothérapeutes selon les 4 volets suivants:

- un *volet médical* où figurent les informations suivantes :
  - ➔ données démographiques : âge, sexe, durée d'évolution de la douleur en mois, diagnostic médical
  - ➔ durée de séjour d'hospitalisation, sans distinction du type de séjour (MCO ou SSR)
  - ➔ existence ou non d'une concordance radiologique
  - ➔ existence ou non d'une pathologie psychiatrique associée
  - ➔ réalisation ou non d'un questionnaire DN4
  - ➔ présence d'un traitement par Gabapentine (Neurontin®), Clonazepam (Rivotril®), morphine, ISRS, tricyclique, en sachant s'ils étaient prescrits : - avant l'hospitalisation
    - pendant
    - et à la sortie du patient

  (la Pregabaline n'était pas utilisée en 2007 du fait d'habitudes de prescription et n'a donc pas été étudiée)
  - ➔ existence ou non d'une corrélation entre le questionnaire DN4 et la prescription de Gabapentine
  - ➔ nombre de consultation avec le médecin psychosomaticien, avec la psychiatre, nombre d'entretien avec la psychologue,
  - ➔ nombre d'infiltration articulaire postérieure, d'infiltration épidurale, de séances de mésothérapie.

- Un *volet ergothérapie* où figurent les données, en début et en fin de prise en charge hospitalière, de :
  - ➔ l'EVA moyenne au cours des 8 derniers jours, de l'EVA la plus intense au cours des 8 derniers jours

➔ des schémas de la douleur, en prenant en compte :

- le nombre de localisations douloureuses représentées, selon qui y ait :
  -> une localisation cervicale,
  -> une localisation dorsale,
  -> une localisation lombaire
  -> une localisation radiculaire
- le nombre et le type de couleur utilisée, selon que le patient ait utilisé :
  -> la couleur jaune représentant les douleurs les plus faibles,
  -> la couleur orange pour des douleurs de moyenne intensité,
  -> et la couleur rouge pour les douleurs les plus fortes.

➔ le score de Dallas

➔ le score d'EIFEL

➔ le score HAD

- Un *volet kinésithérapie* où figurent :
  - ➔ le nombre de séances de balnéothérapie
  - ➔ le nombre de séances de kinésithérapie classique
  - ➔ le nombre de séances de Feldenkrais
  - ➔ le nombre de séances de TENS
  - ➔ le nombre de séances de relaxation collectives
  - ➔ ces données n'ont pas été retrouvées dans un dossier patient, mais puisqu'il comportait les critères de jugement principaux et secondaires, il a été conservé pour analyse.

4) <u>Analyse statistique.</u>

Toutes les données ont été rentrées, en vue d'analyse, dans des fichiers informatiques, à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Pour chaque variable quantitative mesurable, nous avons calculé :

- la moyenne : somme des valeurs divisées par le nombre d'observations,
- l'écart type : racine carrée de la variance (la variance : somme des carrés des écarts à la moyenne divisée par le nombre d'observations).

Pour chaque variable quantitative, la comparaison entre deux sous groupe s'est faite par comparaison de moyennes (test de Student).

Pour chaque variable qualitative, la comparaison entre deux sous groupes s'est faite avec le test du Khi deux.

La comparaison entre des variables qualitatives et quantitatives s'est fait par test de comparaison non appariés.

Le seuil de significativité « p », pour les tests comparatifs, a été classiquement choisi à 0,05.

Les logiciels utilisés pour les calculs statistiques étaient les logiciels Microsoft Excel et StatView.

III- 3- Résultats.

1) Caractéristiques de la population.

a. Caractéristiques générales de la population.

Tableau 1 : caractéristiques des patients (n=42)

Caractéristiques	Résultats					
	m	SD	mini	maxi	n	%
Age	45,7	8,4	27	69		
Sexe féminin					21	50
Durée de séjour	15	4,3	5	29		
Durée évolution des symptômes	Médiane : 11,5		2	288		
Diagnostic médical : - lombalgies sans radiculalgie - lombalgies avec radiculalgie					 12 30	 28,6 71,4
Présence d'une concordance radiologique*					19	46,3
Présence d'une pathologie psychiatrique associée					24	57,1

m : moyenne, SD : écart type, mini : valeur minimale, maxi : valeur maximale,
n : nombre de cas, % : pourcentage.
*Les valeurs ne sont pas renseignées pour la concordance radiologique (n=1)

- Parmi les 42 patients, on dénombre **autant d'hommes que de femmes**, avec un **âge moyen de 45,7 ans** (minimum : 27 ans, maximum : 69 ans).
- La **durée moyenne d'hospitalisation est de 15 jours** (minimum : 5 jours à maximum : 29 jours).
- La **médiane d'évolution de la douleur est de 11,5 mois**, sachant que 2 patients souffrent depuis moins de 3 mois et 2 patients ont une évolution de la douleur entre 3 et 6 mois. **90,4% de l'échantillon a une évolution de la douleur supérieure à 6 mois**.
- Les patients souffrent pour 28,6% d'entre eux de lombalgies et pour **71,4% d'entre eux de lombalgies avec une irradiation radiculaire**.
- Dans seulement 19 cas (**46,3%**), il y a une **concordance radiologique** (1 cas non reporté).
- Dans 24 cas (**57,1%**), on note **une pathologie psychiatrique associée**. Aucun patient ne présente de trouble psychiatrique majeur : la population souffre essentiellement de **dépression récurrente** avec épisode actuel léger, modéré ou sévère, identifiée selon la cotation CIM 10.

L'existence d'une dépression associée est corrélée de manière statistiquement significative à l'absence de concordance radiologique (p=0,021) :
- 69,5% des patients avec une dépression associée, n'ont pas de concordance radiologique,
- 66,6% des patients sans dépression associée, ont une concordance radiologique.

b. Caractéristiques de la population en terme d'intensité douloureuse et d'incapacité fonctionnelle.

Les échelles d'évaluation de la douleur peuvent être divisées en échelles :

- d'*analyse quantitative*, représentées par l'EVA, le score de Dallas, le score d'EIFEL, le score HAD,
- et *d'analyse qualitative* représentée par les schémas de la douleur.

Nous allons analyser les caractéristiques des patients, en terme de ces échelles, selon la distinction entre ces 2 groupes.

b. 1. <u>En fonction des échelles d'analyse quantitative.</u>

<u>Tableau 2</u> : caractéristique des patients en terme d'EVA, de score de Dallas, de score d'EIFEL, de score HAD.

Caractéristiques	Résultats			
	m	SD	mini	maxi
EVA moyenne	6,7	2,1	1	10
EVA maximale	8	1,9	1,5	10
Dallas total :	259,9	73,1	38	367
- vie quotidienne	70,3	15,7	18	93
- travail loisir	77,7	16,4	20	100
- anxiété-dépression	63,5	26,4	0	100
- sociabilité	48,3	25	0	90
EIFEL*	14,4	4,8	4	22
HAD : anxiété	12,8	4	5	21
dépression	9,8	3,9	2	16

m : moyenne, SD : écart type, mini : valeur minimale, maxi : valeur maximale
* Les valeurs du score EIFEL ne sont pas renseignées pour n=3.

En terme d'intensité douloureuse, pour ces 42 patients :

- la **moyenne des EVA moyennes** des 8 derniers jours est de **6,7/10**,
- On dénombre **83,3% des patients qui ont une EVA moyenne ≥5** (n=35 sur 42), et **57% de patients avec une EVA moyenne ≥7** (n=24).
- la **moyenne des EVA maximales** des 8 derniers jours est de **8/10**.

En terme d'incapacité fonctionnelle :

- la moyenne des scores de **Dallas** total des patients est de **259,9** avec respectivement :
  - ➔ une moyenne de **70,3%** de retentissement de la douleur sur la **vie quotidienne**,
  - ➔ une moyenne de **77,7%** de retentissement de la douleur sur le **travail-loisir**,
  - ➔ une moyenne de **63,5%** de retentissement de la douleur sur le ressenti **anxiété-dépression**,
  - ➔ une moyenne de **48,3%** de retentissement de la douleur sur le domaine de la **sociabilité**.
- la moyenne des scores d'**EIFEL** est de **14,4/24**.

En terme de retentissement psychologique :

- la moyenne des valeurs d'**anxiété** est de **12,8/21**
- la moyenne des valeurs de **dépression** est de **9,8/21**.
- **69%** des patients ont une composante anxieuse avérée (**score anxiété ≥11**)
- **52%** des patients ont une composante dépressive avérée (**score dépression ≥11**)

b. 2. En fonction des schémas de la douleur.

Pour l'analyse des schémas de la douleur, nous avons donc analysé le nombre de sites douloureux, sans prendre en compte la localisation exacte, le nombre et le type de couleur utilisée.

Concernant le nombre de localisations douloureuses représentées, nous avons pu mettre en évidence que :

- 28,5% de l'échantillon (n=12) indiquent 1 seule localisation douloureuse sur le schéma,
- 40,4% de l'échantillon (n=17) indiquent 2 localisations,
- 26,1% de l'échantillon (n=11) indiquent 3 localisations,
- 4,7% de l'échantillon (n=2) indiquent 4 localisations.

Concernant le nombre de couleurs utilisées :

- 33,3% de la population (n=14) n'utilisent qu'une seule couleur sur le schéma,
- 50% de la population (n=21) en utilisent deux,
- 16,6% de la population (n=7) utilisent 3 couleurs.

Concernant la couleur utilisée :

- 38% de l'échantillon (n=16) utilisent la couleur jaune,
- 57,1% de l'échantillon (n=24) utilisent la couleur orange,
- et 88% de l'échantillon (n=37) utilisent la couleur rouge.

c. Caractéristiques des thérapeutiques médicamenteuses des patients à l'entrée.

- 2,3% des patients (n=1) bénéficient d'un traitement par Gabapentine
- 16,6% des patients (n=7) bénéficient d'un traitement par Clonazepam
- 4,7% des patients (n=2) bénéficient d'un traitement par Morphine
- 35,7% des patients (n=15) bénéficient d'un traitement par Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- 16,6% des patients (n=7) bénéficient d'un traitement par antidépresseurs tricycliques.

Parmi les 57,1% de patients ayant une pathologie psychiatrique associée, on note une prescription d'antidépresseur (ISRS ou tricycliques) à l'entrée pour 70,8% d'entre eux.

2) Moyens thérapeutiques mis en œuvre au cours du séjour.

a. Traitements médicamenteux prescrits au cours du séjour.

Tableau 3 : caractéristiques des traitements de chaque patient (n=50)

Traitements	Nombre de patients bénéficiant de ce traitement à l'entrée	Nombre de patient pour qui ce traitement a été instauré	Nombre de patient sorti du service avec ce traitement
Gabapentine	2,3% (n=1)	11,9% (n=5)	11,5% (n=5)
Clonazepam	16,6% (n=7)	33,3% (n=14)	38% (n=16)
Morphine	4,7% (n=2)	2,3% (n=1)	4,7% (n=2)
ISRS	35,7% (n=15)	16,6% (n=7)	47,6% (n=20)
Tricycliques	16,6% (n=7)	7,14% (n=3)	19% (n=8)

a. 1. Traitements instaurés en cours d'hospitalisation.

En cours d'hospitalisation, a été mis en route :

- un traitement par Gabapentine pour 5 patients
- un traitement par Clonazepam pour 14 patients

- un traitement par Morphine a été instauré pour 1 patient, qui avait une EVA moyenne=5.
- un traitement par ISRS a été instauré pour 7 patients
- un traitement par antidépresseur tricyclique a été instauré pour 3 patients.

Par ailleurs, seuls 4 questionnaires DN4 ont été réalisés dans le cadre de ces prescriptions, et on note une corrélation de la prescription à l'existence d'une douleur neuropathique diagnostiquée par le questionnaire DN4 pour seulement 2 patients.

a. 2. Traitements prescrits à la sortie du patient.

A la sortie du patient, ont été poursuivies les prescriptions :

- de Gabapentine pour 5 patients, le traitement n'a donc pas été poursuivi pour 1 patient
- de Clonazepam pour 16 patients, le traitement n'a donc pas été poursuivi pour 5 patients
- de Morphine pour 2 patients, le traitement n'a donc pas été reconduit pour 1 patient
- d'ISRS pour 20 patients, le traitement n'a donc pas été reconduit pour 2 patients
- d'antidépresseur tricyclique pour 8 patients, le traitement a donc été interrompu pour 2 patients.

Ce sont finalement peu de traitements qui ont été instaurés durant l'hospitalisation.
Malgré l'importance des intensités douloureuses indiquées par les patients, il n'y a pas eu de sur utilisation de la Morphine.
Le nombre d'antidépresseurs instauré était faible (<25%) puisque un nombre important de patients avait déjà ce traitement à l'entrée.
Il n'est malheureusement pas possible de juger si ces derniers ont été instaurés à visée thymoanaleptique stricte ou dans le cadre du traitement de douleurs neuropathiques, vu le faible nombre de questionnaires DN4 réalisés.

a. 3. Les gestes infiltratifs et mésothérapie.

- 2 patients ont bénéficié chacun de 2 infiltrations épidurales
- 5 patients ont bénéficié d'une infiltration articulaire postérieure
- 1 patient a bénéficié d'une infiltration du premier trou sacré
- 2 patients ont bénéficié de mésothérapie.

b. Moyens thérapeutiques (non médicamenteux) mis en œuvre au cours du séjour.

b. 1. Les consultations psychologiques et psychosomatiques.

- 16 patients (38%) ont pu bénéficier d'au moins une consultation auprès du médecin généraliste psychosomaticien ;
- 1 seul patient (2,3%) a été reçu en consultation par le médecin psychiatre psychosomaticien ;
- 2 patients (4,7%) ont été pris en charge par la psychologue.

b. 2. La prise en charge par les ergothérapeutes.

Du point de vue de la prise en charge, les patients ont bénéficié en moyenne de 2,9 séances individuelles et de 4,7 séances collectives au cours du séjour.

b. 3. La prise en charge par les kinésithérapeutes.

On rappelle que du fait de données non retrouvées dans un dossier, ce sont 41 patients qui ont été analysés pour les données du volet kinésithérapie.

- Balnéothérapie :

Chaque patient a bénéficié en moyenne de 7,2 séances de balnéothérapie durant le séjour.

- Kinésithérapie classique :

35 patients (85,3%) ont bénéficié de séances de kinésithérapie classique, parmi lesquels 17 patients (41,4%) ont bénéficié exclusivement de ce type de prise en charge.
La moyenne du nombre de séance de kinésithérapie classique, par patient au cours du séjour, est de 5,4.

- Feldenkrais :

Les patients n'ayant bénéficié d'aucune séance de kinésithérapie classique, ont tous bénéficié de séances de rééducation selon la technique de Feldenkrais.
23 patients (56%) ont bénéficié de cette technique, parmi lesquels 5 patients (12,1%) ont bénéficié exclusivement de cette technique; 18 patients (43,9%) ont eu les 2 techniques associées.
En moyenne, on comptabilise 3,2 séances par patient.

- TENS :

12 patients (29,2%) ont bénéficié de séance de TENS, soit une moyenne de 4,5 séances par patient. La pose de TENS a été réalisée :
-> pour 1 patient lombalgique sans radiculalgie (8,3%) en technique endorphinique,
-> et pour 11 patients lombalgiques avec irradiation radiculaire (91,6%) en mode « gate control ».

- Relaxation :

11 patients (26,8%) on bénéficié de séances de relaxation collective, et chacun de ces patients a bénéficié en moyenne de 2,8 séances.

3) Résultats de la prise en charge en terme d'échelles d'évaluation de la douleur.

a. Analyse des échelles quantitatives d'évaluation de la douleur.

Tableau 4 : Evolution des scores d'évaluation et de retentissement de la douleur (n=42)

Echelles	Bilan d'entrée		Bilan de sortie		DM	p
	m	SD	m	SD		
EVA moyenne	6,7	2,1	3,6	1,7	3,1	< 0,0001
EVA maximale	8	1,9	5,6	2,3	2,4	< 0,0001
Dallas total	259,9	73,1	201,6	98,5	58,3	< 0,0001
- Vie quotidienne	70,3	15,7	53,2	22,5	17,1	< 0,0001
- Travail loisir	77,7	16,4	60	29	17,7	< 0,0001
- Anxiété dépression	63,5	26,4	47,6	31	15,9	< 0,0001
- Sociabilité	48,3	25	40,7	25	7,6	0,0165
Eifel	14,4	4,8	10,4	5,6	4	< 0,0001
HAD : anxiété	12,8	4	10,5	4,3	2,3	0,0001
dépression	9,8	3,9	7,3	4,6	2,5	0,0002

m : moyenne, SD : écart type
DM : différence de moyenne
Les valeurs des scores de Dallas du bilan de sortie ne sont pas renseignées (n=2)
Les valeurs du score d'EIFEL du bilan d'entrée ne sont pas renseignées (n=3)
Les valeurs du score d'EIFEL du bilan de sortie ne sont pas renseignées (n=3)

a. 1. Résultats :

- EVA :

La moyenne des EVA moyennes des 8 derniers jours est de 6,7/10 à l'entrée et de 3,6/10 en fin de séjour. Les patients sont donc améliorés par la prise en charge de manière statistiquement significative ($p<0,05$).

Ce ne sont plus que **16,6%** des patients qui ont une **EVA moyenne ≥5** (versus 83,3% à l'entrée) et **4,7%** des patients avec une **EVA moyenne ≥7** (versus 57%).

De la même manière, l'EVA maximale ressentie sur les 8 derniers jours à l'entrée du patient passe de 8/10 à 5,6/10 à la fin de la prise en charge, ce qui représente une amélioration statistiquement significative ($p<0,05$).

Sur le principe qu'une diminution de l'EVA de 30% par rapport à la valeur de départ est considérée comme une amélioration cliniquement significative (45), il est possible d'individualiser :

-> un groupe avec « **succès** » de la prise en charge (évolution EVA moyenne au cours du séjour >30%), ce qui représente **71,4%** de la population,

-> et un groupe « en **échec** » de prise en charge (évolution EVA moyenne au cours du séjour ≤30%), ce qui représente **28,5%** de la population.

- Dallas :

Le score de Dallas est en moyenne de 259,9 en début de prise en charge et de 201,6 en fin de séjour. L'amélioration de l'incapacité fonctionnelle, du retentissement anxio-dépressif et du retentissement sur la vie sociale des patients est statistiquement significative ($p<0,05$).

- EIFEL :

Ces résultats se retrouvent sur les valeurs de l'EIFEL, dont la moyenne en début de prise en charge passe de 14,4 à 10,4 à l'issue de la prise en charge, soit une amélioration de l'incapacité fonctionnelle là aussi statistiquement significative.

Il est possible d'individualiser :

-> un groupe « succès », (évolution de l'EIFEL au cours du séjour >30% (45)), ce qui représente **40,5%** de l'effectif,

-> et un groupe « échec », (évolution de l'EIFEL ≤30%), ce qui représente **59,4%** de l'effectif.

- HAD :

-> la moyenne des valeurs d'anxiété passe de 12,8 à 10,5 à l'issue du séjour,

-> la moyenne des valeurs de dépression passe de 9,8 à 7,3 à l'issue du séjour.

On note donc une diminution de la composante anxio-dépressive au cours du séjour de manière statistiquement significative ($p<0,05$).

a. 2. Recherche d'une corrélation entre les échelles.

Lors de la validation en français du score d'EIFEL (49), il a été trouvé une corrélation significative entre ce dernier et le score Dallas (vie quotidienne). Nous avons voulu savoir si cela se vérifiait dans notre étude.
Par ailleurs, nous avons recherché s'il existait une corrélation entre une partie de l'échelle de Dallas et le score HAD, concernant l'exploration du retentissement émotionnel.

Il existe :
-> une corrélation statistiquement significative entre :
- le score de Dallas (vie quotidienne) et le score EIFEL (avec *coefficient de corrélation :* r=0,770 élevé, avec p<0,001)
- le score de Dallas (travail-loisir) et le score EIFEL (r=0,738 et p<0,001) ;

-> une corrélation statistiquement significative entre :
- le score de Dallas (valeur anxiété) et le score HAD (r=0,675 avec p<0,001)
- le score de Dallas (valeur dépression) et le score HAD (r=0,736 avec p<0,001).

b. Recherche d'une corrélation entre la douleur et la fonction.

La corrélation entre le score d'EIFEL et l'EVA a été établie dans la littérature lors de la vérification des propriétés métrologiques du score d'EIFEL (49); malgré cela, nous avons voulu vérifier si cette corrélation existait au sein de notre échantillon, vu les résultats des sous groupes de patients (71,4% de la population améliorés en EVA et seulement 40,5% de la population améliorés en EIFEL).

Au regard de la population globale, le coefficient de corrélation entre l'évolution des valeurs d'EVA moyennes au cours du séjour (EVA entrée – EVA sortie) et l'évolution des valeurs des scores EIFEL (EIFEL entrée – EIFEL sortie) est positif à 0,529. La corrélation est statistiquement significative (p=0,005). On peut dire que l'évolution de la douleur est corrélée à l'évolution de la fonction.

Au regard des sous groupes « succès » ou « échec » de prise en charge :

- 93,3% des patients (14 patients sur 15) ayant une amélioration de la fonction ont une amélioration de la symptomatologie douloureuse,
- et 43,4% des patients (10 sur 23) qui n'ont pas d'amélioration de la fonction, n'ont pas d'amélioration de la symptomatologie douloureuse.

L'amélioration de la capacité fonctionnelle est corrélée de manière statistiquement significative à l'amélioration de la symptomatologie douloureuse (p=0,014).

c. Analyse des schémas de la douleur :

c. 1. En fonction du nombre de localisations douloureuses représentées.

Tableau 5 : Répartition des patients en fonction du nombre de sites douloureux, en début et en fin de prise en charge.

Nombre de localisations douloureuses représentées sur le schéma	Nombre de patient indiquant ces localisations en début de prise en charge	Nombre de patients indiquant ces localisations en fin de prise en charge
0	0	4,7% (n=2)
1	28,5% (n=12)	47,6% (n=20)
2	40,4% (n=17)	38% (n=16)
3	26,1% (n=11)	9,5% (n=4)
4	4,7% (n=2)	0

En début de la prise en charge, **71,2%** des patients indiquent un nombre de localisations douloureuses (LD) ≥2.

En fin de prise en charge, ce ne sont plus que **47,6%** des patients qui indiquent ≥2LD.

A l'issue de la prise en charge, il y a donc une diminution du nombre de sites douloureux représentés par les patients.

Cependant, ce nombre limite de localisations douloureuses (≥2) n'est pas corrélé de manière statistiquement significative à une intensité douloureuse :

- à l'entrée, les patients indiquant <2 LD, ont une EVA moyenne de 7/10 versus 6,7/10 pour les patients indiquant ≥2 LD, avec p=0,689 ;
- à l'issue de la prise en charge, les patients indiquant <2 LD, ont une EVA moyenne de 3,3/10 versus 4/10 pour les patients indiquant ≥2 LD, avec p=0,173.

Nous avons cherché à savoir si ce nombre limite de localisations douloureuses, retrouvé à l'entrée, pouvaient être corrélé à l'existence d'une dépression associée :

- Parmi les patients qui indiquent ≥2 LD, 50% ont une dépression associée,
- Parmi les patients qui indiquent <2 LD, 75% ont une dépression associée.

Il n'y pas de corrélation statistiquement significative entre ce nombre limite de localisation douloureuse et l'existence d'une dépression associée (p=0,139).

c. 2. En fonction du nombre de couleurs utilisées.

Tableau 6 : Répartition des patients en fonction du nombre de couleurs utilisées, en début et en fin de prise en charge.

Nombre de couleurs utilisées sur le schéma	Nombre de patient utilisant ce nombre de couleurs en début de prise en charge	Nombre de patient utilisant ce nombre de couleurs en fin de prise en charge
0	0	4,7% (n=2)
1	33,3% (n=14)	52,3% (n=22)
2	50% (n=21)	26,1 (n=11)
3	16,6% (n=7)	16,6% (n=7)

En début de prise en charge, 66,6% de patients utilisent ≥2 couleurs ; en fin de prise en charge, ce ne sont plus que 42,7% des patients qui en utilisent ≥2.
A l'issue de la prise en charge, les patients utilisent moins de couleurs.

Cependant, sur les 7 patients qui utilisent les 3 couleurs en début et en fin de prise en charge, il n'y a que pour 1 seul patient que le nombre de couleurs utilisées est inchangé.
Dans les autres cas, les résultats ne sont pas exploitables, car le nombre de couleurs utilisées n'est pas corrélé au nombre de zones douloureuses représentées.
De plus, le nombre de couleurs utilisées n'est pas prédictif à lui seul, de réussite ou d'échec de la prise en charge, puisqu'il ne tient pas compte de l'intensité douloureuse, symbolisée par le choix de la couleur.

c. 3. En fonction des couleurs utilisées.

Tableau 7 : Répartition des patients en fonction de la couleur utilisée, en début et en fin de prise en charge.

Type de couleur utilisées sur le schéma	Nombre de patient utilisant cette couleur en début de prise en charge	Nombre de patient utilisant cette couleur en fin de prise en charge
Jaune	38% (n=16)	52,3% (n=2)
Orange	57,1 (n=24)	64,2% (n=27)
Rouge	88% (n=37)	38% (n=16)

Ainsi, à l'issue du séjour, on note une diminution de l'utilisation de la couleur rouge au profit d'une augmentation de l'utilisation de la couleur jaune.

Il y a par ailleurs, une corrélation statistiquement significative entre l'utilisation de la couleur rouge et l'intensité de la douleur :

- à l'entrée, les patients utilisant la couleur rouge ont une EVA moyenne de 7,1/10 versus 4,4/10 pour les patients n'ayant pas utilisé la couleur rouge, avec p=0,006 ;
- à l'issue de la prise en charge, les patients utilisant la couleur rouge ont une EVA moyenne de 4,6/10 versus 3/10 pour les patients n'en ayant pas utilisé, avec p=0,001.

La couleur rouge est donc associée de manière statistiquement significative à une douleur importante.

4) Recherche de facteurs pronostics d'échec de la prise en charge.

a. En fonction des caractéristiques de la population.

Tableau 8 : comparaison de l'évolution de l'EVA (EVA entrée - EVA sortie) en fonction des caractéristiques de la population (comparaisons de valeurs *nominales* par test de khi 2).

Caractéristiques de la population	EVA≤30% (n=12)		EVA>30% (n=30)		p value
	n	%	n	%	
Sexe féminin	3	25	18	60	0,040
Diagnostic lombalgie avec radiculalgie	9	75	21	70	0,745
Absence de concordance radiologique*	6	50	16	55	0,762
Dépression associée	5	42	19	63	0,199

n : nombre de cas, % : pourcentage
* les valeurs ne sont pas renseignées pour la concordance radiologique (n=1).

-> Le sexe :

- dans le groupe « échec », on dénombre 25% de femmes (n=3) pour 75% d'hommes (n=18),
- dans le groupe « succès », on dénombre 60% de femmes pour 40% d'hommes.

On observe une différence statistiquement significative ($p<0,05$) entre les patients en « échec » ou en « succès » de prise en charge selon le sexe. Le **sexe féminin** est associé de façon significative au groupe pour lequel la **prise en charge a été efficace**. Le sexe masculin apparaît donc à contrario, facteur de mauvais pronostic dans cette cohorte.

-> L'existence d'une radiculalgie :

- dans le groupe « échec », 25% de patients présentent une lombalgie sans radiculalgie (n=3) et 75% (n=9) présentent une irradiation radiculaire associée,
- dans le groupe « succès », 30% de patients présentent une lombalgie sans radiculalgie et 70% présentent une irradiation radiculaire.

La présence d'une irradiation radiculaire n'est pas associé de façon statistiquement significative à l'évolution de l'EVA ($p>0,05$.) **On ne peut donc pas dire que l'existence d'une radiculalgie soit un facteur de mauvais pronostic** dans cette cohorte.

-> De la même manière, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le groupe « échec » ou « succès » en fonction de l'absence de concordance radiologique ou de l'existence d'une dépression associée. Ces deux critères ne sont donc pas facteurs pronostics dans notre étude.

Tableau 9 : comparaison de l'évolution de l'EVA (EVA entrée - EVA sortie) en fonction des caractéristiques de la population (comparaisons de valeurs *nominale*s et *quantitatives* par test de comparaison de valeurs non appariées).

Caractéristiques	EVA≤30% (n=12)		EVA>30% (n=30)		p value
	m	SD	m	SD	
Age	44,5	8,5	46,2	8,4	0,573
Durée de séjour	13,5	3,9	15,5	4,5	0,178

n : nombre de cas, m : moyenne, SD : écart type.

-> L'âge :

La moyenne d'âge des patients en « échec » est de 44,5 ans pour 46,2 ans dans le groupe « succès ». La différence entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative (p>0,05). **L'âge n'est pas un facteur pronostic dans cette cohorte**.

-> Durée de séjour :

- la moyenne de séjour des patients en « échec » est de 13,5 jours,
- et de 15,5 jours en moyenne pour les patients du groupe « succès ».

La différence entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative (p>0,05).

La durée de séjour n'est pas un facteur pronostic dans cette étude.

b. En fonction de certaines modalités de prise en charge.

Tableau 10 : comparaison de l'évolution de l'EVA (EVA entrée - EVA sortie) en fonction des modalités de prise en charge.

Caractéristiques	EVA≤30% (n=11*)		EVA>30% (n=30)		p value
	n	%	n	%	
Uniquement kinésithérapie classique	2	18,1	15	50	0,066
Uniquement Feldenkrais	1	9	4	13,3	0,713
Kinésithérapie classique et Feldenkrais	8	72,7	10	33,3	0,023
TENS	3	27,2	9	30	0,865
Relaxation collective*	5	45,4	6	20,6	0,117

n : nombre de cas, % : pourcentage.
* 1 dossier ne comportait pas d'indication du volet kinésithérapie
* * Les valeurs ne sont pas renseignées pour la réalisation de séances de relaxation collective (n=1).

Il n'est malheureusement pas possible d'interpréter ces résultats, du fait de la taille réduite des échantillons de chaque groupe de patients, selon la technique de rééducation employée.

Par ailleurs, l'évaluation de la technique de Feldenkrais, technique de prise en charge globale du patient, ne peut se réduire uniquement à une évaluation en terme d'amélioration de la douleur, tant est importante la part du relationnel entre le patient et le kinésithérapeute.

Concernant l'utilisation du TENS, les données ne sont également pas exploitables au vu de la taille de l'échantillon ; il n'est, par ailleurs, pas possible de juger de la pertinence de sa prescription, vu le faible nombre de DN4 réalisé, ni de son efficacité propre du fait de l'absence de traçabilité du résultat des séances.

IV- DISCUSSION

1) Caractéristiques de la population.

- La population sélectionnée de manière aléatoire, est composée d'autant d'hommes que de femmes, avec un âge moyen de 45,7 ans.

Une étude portant sur la prise en charge pluridisciplinaire de patients lombalgiques chroniques dans le Nord-Pas-de-Calais (65) retrouve, sur une cohorte de 748 patients, 49,6% d'hommes pour 51,4% de femmes, avec un âge moyen de 42,5 ans.

Notre population est donc similaire, dans ses caractéristiques générales, à celle d'une grande étude.

Concernant le sexe ratio, les données de l'INSERM révèlent qu'il n'y pas de réelle différence de prévalence de la lombalgie chronique en fonction du sexe, mais plutôt en fonction de la profession de chacun (67). C'est ainsi qu'on pourra observer une prévalence accrue de lombalgies chroniques chez les hommes exerçant en tant qu'ouvriers qualifiés, charpentiers, mécaniciens ; cette prévalence sera accrue chez les femmes exerçant les professions d'aides soignantes, infirmières, personnel de nettoyage et coiffeuses.

Dans cette étude, les renseignements professionnels n'ont pas été pris en compte au départ, puisque son objectif principal était de voir, si la prise en charge spécifique permettait d'améliorer les patients lombalgiques chroniques, sans préjuger de leur histoire.

- La majorité des patients souffrent de douleurs radiculaires associées aux lombalgies (>70%).

- L'existence d'une pathologie psychiatrique (correspondant essentiellement au diagnostic de dépression récurrente) est associée, de manière statistiquement significative, à l'absence de concordance radiologique ; compte tenu du nombre de patients ayant une dépression associée, la concordance radiologique est faible.

➢ L'intensité douloureuse, indiquée à l'entrée, est élevée : en effet, les patients ont une EVA moyenne de 6,7/10 et une EVA maximale de 8/10.
83,3% des patients indiquent une EVA ≥5, et 57% de patients indiquent une EVA ≥7.

➢ Le retentissement fonctionnel est également important, que ce soit au travers du retentissement sur la vie quotidienne et du tavail-loisir du score de Dallas > 70%, ou au travers du score EIFEL moyen égal à 14,4/24.
Le score d'EIFEL moyen retrouvé est élevé par rapport à l'étude de Roques et ses collaborateurs (67), qui rapportent des scores d'EIFEL des patients lombalgiques chroniques atteignant 6/24 (+/-4), et par rapport aux patients de l'étude de Beurskens et al. (68) qui obtiennent un score moyen de 11,8 (+/-5,1).

➢ On dénombre 69% des patients qui ont une composante anxieuse avérée (score HAD pour anxiété ≥11) et 52% des patients ont une composante dépressive avérée (score HAD pour dépression ≥11).
Il est possible de comparer ces données avec celles d'une étude réalisée sur 172 patients douloureux chroniques (66), chez qui :

- l'âge moyen était de 46,5 ans,
- l'EVA moyenne était de 6,6/10, soit une population assez similaire,
- et pour lesquels 70,4% des cas présentaient une perturbation anxieuse certaine (HAD≥11),
- et 58% des cas présentaient une perturbation dépressive certaine (HAD≥11).

Cette observation met l'accent sur l'importance d'évaluer la dépression, qui est le facteur psychologique le plus fréquemment associé à la douleur chronique (69), et sur la nécessité de prendre en charge un état dépressif ou un état anxieux dans le cadre de la prise en charge globale du patient.
Le retentissement anxio-dépressif se retrouve également élevé sur l'échelle de Dallas puisque > 60%, les résultats sont donc concordants.

➢ Malgré l'importance de l'intensité douloureuse indiquée par les patients à leur entrée, seuls 2 de ces patients bénéficient d'un traitement par morphine: ils ont respectivement une EVA moyenne de 9,7/10 et 10/10. Les patients étaient traités sans surenchère thérapeutique à leur arrivée.

➢ Parmi les patients ayant une pathologie psychiatrique associée, 70,8% sont arrivés avec un traitement antidépresseur (ISRS ou tricycliques). Il n'est cependant pas possible de déterminer si le traitement avait été prescrit à visée thymoanaleptique stricte, ou à visée thérapeutique d'une douleur neuropathique.

2) Résultats de la prise en charge.

a. Analyse des résultats en terme d'échelles d'évaluation de la douleur.

➢ La présente étude a mis en évidence l'efficacité, au terme de l'hospitalisation, de la prise en charge de la douleur chronique à l'HRU. Cette prise en charge a permis de diminuer l'intensité de la douleur, l'incapacité fonctionnelle, les symptômes d'anxiété-dépression au cours de l'hospitalisation.
Les résultats se vérifient aussi bien par l'analyse de l'EVA, du score de Dallas, du score d'EIFEL, du score HAD que des schémas de la douleur.

➢ 71,4% de la population ont une EVA au cours du séjour qui s'est améliorée de plus de 30%, mais seulement 40,5% de la population ont une amélioration de l'EIFEL de plus de 30%. Ces résultats sont contradictoires par rapport au discours des patients, qui disent avoir la même intensité douloureuse, mais davantage de possibilités fonctionnelles à l'issue du séjour. Il est intéressant d'observer que le ressenti de chacun peut être différent des résultats objectifs mesurés par les échelles.
Malgré cette différence, on observe une corrélation entre l'évolution de la douleur et l'évolution de la fonction, sachant que 93,3% des patients qui ont une amélioration de la fonction ont une amélioration de la symptomatologie douloureuse (EVA>30%).

a. 1. Analyse des échelles quantitatives.

➢ Avec l'utilisation de l'évolution de l'EVA au cours du séjour, il n'a pas été possible de déterminer de facteurs pronostics de succès ou d'échec de la prise en charge dans notre échantillon, hormis pour le sexe. Effectivement, le sexe féminin est apparu, au sein de notre cohorte, un facteur pronostic de réussite de la prise en charge.

On sait que certains facteurs augmentent le risque de chronicité des lombalgiques, tels que le sexe masculin, la pénibilité au travail, prise en accident du travail (12,70) ; pour autant, augmentent-ils le risque d'échec d'une prise en charge pluridisciplinaire ?
Les facteurs professionnels de chaque patient (profession, pénibilité au travail, existence d'un accident de travail) en tant que critères pronostiques de la prise en charge pluridisciplinaires, pourraient faire l'objet d'une étude spécifique.

➢ Cette étude a permis de confirmer une corrélation statistiquement significative entre les résultats du score de Dallas (vie quotidienne et travail-loisir) et du score EIFEL concernant la composante fonctionnelle : en effet, lors de la vérification des propriétés métrologiques du score d'EIFEL chez les lombalgiques chroniques (48), une corrélation significative a été observée entre le score d'EIFEL et le score de Dallas (activités quotidiennes) avec r=0,26 et p=0,04.

Si l'on porte attention à ces deux questionnaires, il est demandé au patient en fin de séjour de se prononcer sur des items qui ne correspondent pas à l'activité d'un patient en fin de séjour hospitalier, tel que :

- « Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danses, jeux et divertissement, repas ou soirées entre amis… ? » (item 8 du questionnaire de Dallas),
- « Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ? » (item 10 du questionnaire de Dallas,
- « A cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison » (item 4 du questionnaire EIFEL),
- « A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison » (item 21 du questionnaire EIFEL).

On demande alors au patient de se projeter et de savoir ce qu'il répondrait s'il était confronté à la situation. Cela souligne la limite d'interprétation des échelles d'évaluation en fin d'hospitalisation.

➢ Par ailleurs, d'après Beurskens (71), les deux outils les plus utilisés et les mieux validés concernant l'évaluation spécifique de l'incapacité fonctionnelle des lombalgiques, sont l'Oswestry Disability Questionnaire et le Roland Disability Questionnaire (dont l'EIFEL est la validation française).

Le questionnaire d'Oswestry est utilisé depuis quelques mois à l'HRU, en complément questionnaire EIFEL lors du bilan d'évaluation de la douleur.
Elaboré en 1980 (72), l'Oswestry Disability Index (ODI) (annexe 9) est un score obtenu à partir d'un questionnaire portant sur 10 items avec 6 possibilités de réponses.
Ce score évalue l'incapacité fonctionnelle de lombalgiques pouvant aller de 0 à 100%. Lors de sa validation en langue française au cours d'une étude portant sur 41 patients (73), il a été rapporté une corrélation statistiquement significative entre l'ODI et l'EIFEL avec r=0,8 et p <0,001. Ce questionnaire comporte également 3 items (section 8 : vie sexuelle, section 9 : vie sociale, section 10 : voyage) qui ne peuvent être testés en cours d'hospitalisation. L'apport de cette échelle supplémentaire ne résout pas la difficulté d'interprétation des échelles en fin de séjour.

- Concernant la composante émotionnelle, nous avons démontré respectivement une corrélation statistiquement significative entre les valeurs d'anxiété puis de dépression du score HAD avec les valeurs anxiété-dépression du score de Dallas. On ne retrouve pas d'étude faisant état de cette corrélation.

a. 2. Analyse des schémas de la douleur.

- Pour ce qui est des schémas de la douleur, on retrouve différentes méthodes d'analyse dans la littérature. Certains auteurs ont analysé une densité de symboles utilisés sur les schémas (59, 74), d'autres ont calculé la surface douloureuse représentée (59, 75), certains utilisent les couleurs (essentiellement en pédiatrie) (76, 77).

Outil de description de la douleur par le patient, certains auteurs ont essayé d'évaluer la dimension psychologique de la douleur par le schéma.
En 1976, Ransford (78) établit le premier score d'évaluation du dessin chez le lombalgique chronique qui permettait de prédire l'existence de troubles psychologiques qui pouvait perturber la prise en charge thérapeutique ultérieure du malade.
Il corréla son score avec un outil classique d'évaluation psychologique des patients lombalgiques chroniques : le Minnesota Muliphasic Personnality Inventory (MMPI). Plus les scores étaient élevés (score Ransford supérieur à 3 et MMPI supérieur à 70), plus les facteurs psychologiques avaient une influence importante dans la représentation de la douleur.

Persson (79) a démontré dans son étude portant sur des sujets souffrant de névralgie cervico-brachiale, qu'il existait une corrélation entre la densité des symboles utilisés et l'intensité de la douleur mesurée à l'EVA : celle-ci est d'autant plus importante que la densité des symboles représentant la zone douloureuse est élevée sur le schéma.
Une étude récente (80) a permis de montrer que l'utilisation de ≥2 couleurs sur le schéma et une surface corporelle coloriée ≥20% permettait de dépister l'existence d'une souffrance psychique chez les patients douloureux chroniques.

- Dans notre échantillon, un nombre élevé de localisations douloureuses (≥2), indiqué à l'entrée par les patients, n'est pas corrélé à l'existence d'une dépression associée.

Même si le nombre de patients, indiquant ≥2 sites douloureux, diminue au cours du séjour, ce nombre de localisations douloureuses n'est pas corrélé à une valeur d'EVA.
Par ailleurs, nous avons pu démontrer que l'utilisation de la couleur rouge était corrélée de manière statistiquement significative à une intensité douloureuse élevée et qu'une diminution de l'utilisation de la couleur rouge était corrélée à une amélioration de l'EVA au cours du séjour.
Le nombre de couleurs utilisées sur le schéma, en début et en fin de prise en charge, ne préjuge en rien de l'évolution du patient, s'il n'est pas corrélé au nombre de localisations douloureuses et si l'on ne tient pas compte du type de couleur utilisée.

b. Analyse des moyens thérapeutiques mis en oeuvre.

b. 1. Thérapeutiques médicamenteuses.

- En cours de séjour, un seul traitement par Morphine a été instauré pour 1 patient qui avait une EVA moyenne de 5/10 ; ce patient n'avait pas de pathologie psychiatrique associée, les recommandations de Limoges ont été respectées.

- La réalisation des 4 questionnaires DN4 a conduit à l'instauration d'un traitement par anti-épileptique ou anti-dépresseur pour seulement 2 patients.

Le fait que si peu de questionnaires aient été réalisés, rend inexploitable l'analyse des prescriptions médicamenteuses.

Il n'y a pas de justification pour la prescription de Gabapentine chez les 11,9% de patients chez qui le traitement a été introduit.

Il nous est impossible de dire si les antidépresseurs ont été prescrits à visée thymoanaleptique ou dans le cadre du traitement d'une douleur neuropathique.

On constate simplement une prescription plus importante d'ISRS (16,6%) durant le séjour, comparativement à la prescription de tricycliques (7,1%). Plusieurs hypothèses sont possibles :

- soit par recherche de l'effet thymoanaleptique, plus que de l'effet antalgique, reconnus aux ISRS, au vu de la proportion importante de patients présentant un syndrome dépressif,
- soit par recherche d'une meilleure tolérance clinique reconnue aux ISRS (31).

➢ Le traitement le plus prescrit, reste le Clonazepam pour 33,3% des patients, malgré le fait qu'il n'ait pas l'AMM dans le traitement de la douleur neuropathique.

Une équipe médicale de consultation pluridisciplinaire de la douleur française a réalisé une réflexion sur la prescription du Clonazepam dans le traitement des douleurs chroniques, en particulier neuropathiques, très répandue en France (81). Aucune étude importante et à la méthodologie sérieuse n'a permis de révéler une quelconque efficacité de cette molécule dans cette indication. Pourtant, il est largement prescrit en France, alors qu'il n'est pas utilisé à l'étranger. Selon cette équipe, notre intérêt à prescrire malgré tout cette molécule serait lié à :

- une action myorelaxante qui agit sur une des composantes fréquemment associée à la douleur,
- un soulagement ressenti par le biais de la diminution de la charge anxieuse et la réapparition d'un sommeil,
- une galénique adaptée (gouttes buvables) offrant une grande maniabilité,
- un coût peu élevé,
- ceci dans un contexte de complexité de la prise en charge du patient douloureux chronique.

Actuellement, nous avons essayé de remplacer cette prescription par celle de l'Amitriptyline (Laroxyl®) à la recherche des mêmes effets (sédatifs et myorelaxants), de sorte à réserver l'usage du Clonazepam au traitement de l'épilepsie pour laquelle il a l'AMM, tel que l'Affsaps l'a recommandé (34).

➢ Le recours aux infiltrations ou à la mésothérapie est trop peu employé pour être exploitable.

b. 2. Traitements non médicamenteux.

Concernant le recours aux spécialistes avec prise en charge psychosomatique, on note essentiellement une collaboration avec le médecin généraliste psychosomaticien.
Le faible nombre de consultations réalisées par le médecin psychiatre psychosomaticien et d'entretiens par la psychologue, est lié à leurs dates de prise de fonction au sein de l'établissement au cours de l'année 2007, date à laquelle nous avons réalisé l'étude.
En effet, le médecin psychiatre psychosomaticien a débuté ses consultations à l'HRU en avril 2007 et la psychologue a pris ses fonctions en septembre 2007. Pour preuve, la psychologue a réalisé 64 consultations en 2007 et 399 en 2008.
A l'heure actuelle, se pose davantage le problème d'accès à ces spécialistes, vu le nombre important de patients pour qui la prise en charge psychosomatique est indiquée.

Au sujet des techniques de kinésithérapie, les échantillons de patients sont trop réduits pour juger de l'efficacité d'une technique par rapport à une autre. Une étude portant sur un échantillon plus important devra être menée pour conclure sur ce point.
Actuellement, certains kinésithérapeutes se sont formés à la technique MacKenzie, qui n'était pas développée en 2007 à l'HRU.
La méthode MacKenzie ou thérapie mécanique, se réfère à un modèle discal. La méthode part du principe qu'un mouvement du rachis va entraîner un déplacement en sens inverse du nucleus pulposus discal, et pour soulager le patient, il faut favoriser le mouvement qui va réduire le déplacement du nucleus, pour centraliser les symptômes. Un programme d'auto entraînement personnalisé permet ensuite au patient d'assurer son autonomie. La technique est utilisée par les Anglo-Saxons depuis les années 80, elle est réalisée à l'HRU depuis 2008, date à laquelle certains kinésithérapeutes de l'établissement se sont spécifiquement formés à la technique.
Une étude (82) a révélé que cette méthode avait soulagé de manière immédiate 42% des patients tout venants et 69% des cas où une pathologie discale était suspectée. Il serait intéressant d'évaluer également cette technique.

Concernant l'utilisation du TENS, les données ne sont pas exploitables au vu de la taille de l'échantillon. Il est impossible de savoir si son utilisation était corrélée à l'existence d'une douleur neuropathique, vu le faible nombre de DN4 réalisé, ni de juger de son efficacité.
On constate simplement que la majorité des patients en bénéficiant (11 sur 12) souffraient d'une radiculalgie associée et donc que son utilisation principale dans notre étude est en mode « gate control ».

Malgré le fait que la taille de notre échantillon n'a permis de juger de l'efficacité spécifique des traitements entrepris, les résultats satisfaisants de la prise en charge, en terme d'échelles d'évaluation de la douleur, nous prouvent l'importance de la prise en charge globale du patient, qui a fait maintes fois preuve de son efficacité (65, 66, 83).

3) Propositions d'amélioration de la prise en charge.

On a pu constater, lors du recueil des données, qu'un certain nombre de pertes étaient liés au trop grand nombre de questionnaires à remplir, notamment lors du bilan de sortie. Afin de simplifier le bilan du patient douloureux chronique, on pourrait envisager de faire un choix parmi les questionnaires. Pourrait être proposée la réalisation du questionnaire EIFEL et Oswestry pour explorer le retentissement fonctionnel, et le questionnaire HAD pour explorer le retentissement émotionnel, au dépend du questionnaire de Dallas explorant les deux domaines avec moins de spécificité.

Il serait important de généraliser la réalisation des questionnaires DN4, outil d'aide au diagnostic, sous utilisé dans notre étude, qui mériterait d'être développé, au vu des récentes recommandations (35): cela permettrait de mieux guider les prescriptions médicamenteuses ainsi que les prescriptions de TENS.

Il serait judicieux de mettre en place une fiche de surveillance du TENS, afin de juger de la pertinence et de l'efficacité de sa prescription, puisque aucun moyen n'existe à l'heure actuelle pour le faire à l'HRU.

Cette fiche pourrait contenir les informations suivantes :

- nom patient, nom utilisateur
- indications de la pose TENS
- mode de fonctionnement, durée, fréquence
- effet antalgique per et post séances
- date et motif d'arrêt éventuel
- prescription à la sortie.

Nous aurions ainsi un moyen de suivi de sa prescription.

Afin d'améliorer la prise en charge, il convient de poursuivre le développement de l'approche globale psychosomatique, d'une part du fait du nombre de patients présentant une pathologie psychiatrique associée, et d'autre part du fait des difficultés d'accès actuelles aux spécialistes. On pourrait envisager dans un premier temps de créer une journée supplémentaire d'entretien avec la psychologue. Cela permettrait de ne pas retarder un premier entretien durant le séjour, voire de faciliter le réalisation d'un deuxième entretien.

Quoiqu'il en soit, il est nécessaire de réévaluer les patients à distance, à 3 ou 6 mois, par le biais d'une journée d'évaluation de la douleur, afin de juger de l'efficacité de la prise en charge à long terme et de pouvoir ainsi comparer les modalités thérapeutiques réalisées à l'HRU à celles réalisées dans d'autres structures, dans un but de perfectionnement.

THESE SOUTENUE PAR : Laetitia BEUCHON

TITRE : Prise en charge spécifique de patients lombalgiques chroniques, avec ou sans radiculalgie, à l'hôpital rhumatologique d'Uriage.

CONCLUSION

L'analyse rétrospective des dossiers de 42 patients lombalgiques chroniques, avec ou sans radiculalgie, pris en charge à l'hôpital rhumatologique d'Uriage durant l'année 2007, a permis de mettre en évidence l'efficacité au terme de l'hospitalisation de cette prise en charge spécifique.

On a pu observer une amélioration statistiquement significative de l'intensité douloureuse, de l'incapacité fonctionnelle, du retentissement anxio-dépressif, par l'analyse de l'évolution de l'EVA, du score de Dallas, du score EIFEL, du score HAD avec $p<0,05$. Au sein de la population globale, ce sont 71,4% des patients qui ont été améliorés par la prise en charge, sur le critère d'une amélioration de l'EVA supérieure à 30%. Par ailleurs, 93% des patients ayant une amélioration de l'incapacité fonctionnelle ont une amélioration de la symptomatologie douloureuse.

Au sein des caractéristiques de la population, seul le sexe féminin est apparu facteur pronostic de réussite de la prise en charge ($p=0,04$). L'existence d'un diagnostic de dépression récurrente associée, (associée de manière statistiquement significative à l'absence de concordance radiologique), n'est pas apparue facteur de mauvais pronostic. Il en est de même pour l'âge ou pour l'existence d'une radiculalgie associée.

L'analyse des échelles d'évaluation dans cette population a permis de confirmer une corrélation importante entre le score de Dallas (composante vie quotidienne et travail-loisir) et le score d'EIFEL concernant la composante fonctionnelle, et de trouver une corrélation importante entre le score de Dallas (anxiété-dépression) et le score HAD pour la composante émotionnelle.

Pour les schémas de la douleur, c'est le choix de la couleur qui est corrélé de manière statistiquement significative à une intensité douloureuse.

Il n'a pas été possible, vu la taille de l'échantillon, de déterminer si l'on observait une amélioration statistiquement significative de l'intensité douloureuse en fonction des traitements administrés, ou des techniques de rééducation réalisées.

Il en est de même pour l'évaluation de la pertinence de certaines prescriptions (médicamenteuse ou TENS). L'efficacité du TENS n'a pu être évaluée du fait de l'absence d'un suivi spécifique à cette prescription.

L'analyse de ces éléments permet de suggérer certains moyens pour améliorer la prise en charge des patients :

- redéfinir, au vu des recommandations, les échelles d'évaluation du patient douloureux chronique utilisées (score d'EIFEL ou Oswestry associé au score HAD),

- généraliser la réalisation du questionnaire DN4, outil d'aide au diagnostic, qui permet de juger de la pertinence des traitements entrepris,

- mettre en place une fiche de suivi de la prescription de TENS, pour juger également de la pertinence et de l'efficacité de cette technique.

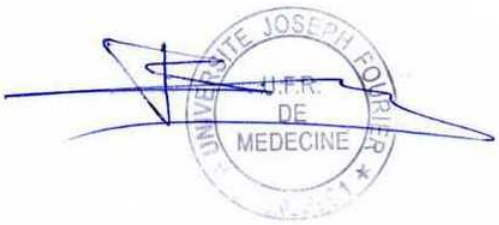
Il parait important de poursuivre le développement de l'approche psychosomatique, vu la large représentation au sein de la cohorte (57,1%) de patients souffrant de dépression récurrente, en facilitant l'accès aux entretiens avec les psychosomaticiens.

Enfin et surtout, il est impératif de poursuivre ce travail en réévaluant les patients à 3 ou 6 mois, par le biais d'une journée d'évaluation de la douleur, afin de juger de l'efficacité de la prise en charge, non plus à court, mais à moyen terme.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 2 juin 2009

LE DOYEN
PROFESSEUR B. SELE

LE PRESIDENT DE THESE
PROFESSEUR J.G. PASSAGIA



BIBLIOGRAPHIE

(1) **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé** : Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.
Paris : ANAES, février 1999.

(2) **Haute Autorité de Santé** : Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient.
Synthèse des recommandations professionnelles. Consensus formalisé.
Paris, HAS, décembre 2008.

(3) **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé** : Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique.
Paris : ANAES, décembre 2000.

(4) **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé** : Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution.
Paris : ANAES, février 2000

(5) **Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé**.
Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse).
Organisation des services de santé.
Montréal : AETMIS, mai 2006.

(6) **Ospina M et Harstall C**
Prevalence of chronic pain: An overview [HTA 29]. Edmonton, AB : Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR); 2002.
www.ihe.ca/documents/prevalence_chronic_pain.pdf

(7) **Rapoport J, Jacobs P, Bell NR and Klarenbach S**.
Refining the measurement of the economic burden of chronic diseases in Canada.
Chronic Dis Can, 2004 ; 25(1) :13-21

(8) **Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA.**
The epidemiology of chronic pain in the community.
Lancet 1999; 354 (9186): 1248-52.

(9) **Blyth FM, March LM, Cousins MJ.**
Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sydney community.
Med J Aust 2003;179(2):84-7.

(10) **Buskila D, Abramov G, Biton A, Neumann L.**
The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services.
J Rheumatol 2000; 27(6):1521-5.

(11) **Serrie A, La douleur : quel constat au niveau mondial ?**
dans : Ensemble face à la douleur. Prévention, traitement et prise en charge.
Les colloques de l'institut Servier, Elsevier 2005 : 28-35

(12) **Llorca G**
Le traitement actuel des lombalgies chroniques.
Médecine thérapeutique, 2004, 10 (2) : 75-81

(13) **Valat JP**
Epidémiologie des lombalgies
Rev. Rhum. [Ed.Fr.], 1998, 65 (5bis), 172S-174S

(14) **Bourgeois P**
Epidémiologie de la lombalgie
La douleur lombaire, 2001, Institut UPSA de la douleur, 1 : 7-16.

(15) **Ministère de la Santé et des Solidarités**
Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/index.htm

(16) **Eriksen J, Jensen MK, Sjogren P, Ekholm O, Rasmussen NK.**
Epidemiology of chronic non malignant pain in Denmark.
Pain 2003; 106 (3) : 221- 8.

(17) **McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW.**
Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample.
Pain 2003; 106 (1-2): 127-33.

(18) **Wilson KG, Eriksson MY, D'Eon JL, Mikail SF, Emery PC**.
Major depression and insomnia in chronic pain.
Clin J Pain 2002; 18(2): 77-83.

(19) **Ashburn MA et Staats PS**.
Management of chronic pain.
Lancet 1999; 353 (9167): 1865-9.

(20) **Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ.**
Chronic pain in Australia: A prevalence study.
Pain 2001; 89 (2-3): 127-34.

(21) **Gureje O, Simon GE, Von Korff M.**
A cross-national study of the course of persistent pain in primary care.
Pain 2001; 92 (1-2): 195-200.

(22) **Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R.**
Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care.
JAMA 1998; 280 (2): 147-51.

(23) **Ohayon MM et Schatzberg AF.**
Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population.
Arch Gen Psychiatry 2003; 60 (1): 39-47.

(24) **Boureau F, Dupain P, Gay MC**
Le modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur chronique : Douleurs et souffrances
Champ psychosomatique, 2000, n°19, p.13-23

(25) **Airaksinen O**, **Brox JI**, **Cedraschi C**, **Hildebrandt J**, **Klaber-Moffett J** et al.
European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain.
Eur Spine J. 2006 Mar; 15 Suppl. 2:S192-300.
www.backpaineurope.org/web/files/WG2_Guidelines.pdf

(26) **Perrot S, Bannwarth B, Bertin P, Javier R-M, Glowinski J, Le Bars M, Trèves R**
Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses: les recommandations de Limoges.
Rev. Rhum. [Ed.Fr.] 1999, 66 (11), 651-657

(27) **Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé**
Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses.
Afssaps, 04/04/2004
http://www.afssaps.fr/content/search?SearchText=opio%C3%AFdes+forts

(28) **Rozenberg S**
Le traitement médicamenteux de la lombalgie commune
Rev. Rhum., 2001, vol. 68, n° 2, p. 150-153

(29) **Baud P**
Quels traitements médicamenteux de la douleur neuropathique ?
dans : Douleurs neuropathiques en pratique quotidienne
John Libbey Eurotext, Paris, 2007, 7: p.70-87

(30) **Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J et al.**
Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnosis questionnaire (DN4).
Pain 2005; 114 (1-2): 29-36

(31) **Eschalier A, Laurent B, Ostermann G, Queneau P**
Effet antalgique des antidépresseurs
dans : Le médecin, le malade et la douleur de P. Queneau, G. Ostermann
APNET, Ed Masson, 2000, 3°édition, chapitre 14, 178-189

(32) **Baulac M.**
Quels sont les modes d'action des médicaments antiépileptiques qui sous-tendent leur usage dans d'autres domaines que celui des épilepsies ?
Epilepsies, 2005, vol. 17, n°4, pp. 245-248

(33) **Haute Autorité de Santé**
Quelle place pour la Pregabaline (Lyrica) ?
Fiche bon usage du médicament - 19/9/2007
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_591180/quelle-place-pour-la-pregabaline-lyrica

(34) **Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé**
Lettre aux prescripteurs – Rivotril
http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/filltrpsc/ddl-rivotril-072008.pdf

(35) **Vergne-Salle P, Mejjad O, Javier RM, Maheu E, Fallut M et al.**
Les antiépileptiques dans le traitement des affections douloureuses rhumatologiques. Recommandations établies à partir d'une revue de la littérature basée sur des preuves et l'opinion d'experts
Rev Rhum, 2009, vol 76, n°1, p. 79-90.

(36) **Lefèvre-Colau M-M, A. Babinet A, Poiraudeau S**
Traitement des lomboradiculalgies
Encycl Med Chir, Appareil locomoteur, 15-840-F-10, 2004

(37) **Valat JP, Rozenberg S**
Les infiltrations de corticoïde dans les lombosciatiques et les lombalgies communes
Rev Rhum, 2008, 75 (7), 590-595

(38) **Foltz V**
Infiltrations et lombalgie
dans : La douleur lombaire
Institut Upsa de la douleur, 2001, ch. 8, p. 123- 140.

(39) **Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé**
Lettre aux professionnels de santé : Cas rapportés de paraplégie/tétraplégie au cours d'injection radioguidée de glucocorticoïdes aux rachis lombaire et cervical.
Afssaps, octobre 2008
http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/filltrpsc/ddl-glucocorticoide-102008.pdf

(40) **Le Coz J**
Traité de mésothérapie
Elsevier Masson, 2004, 248 p.

(41) **De Sousa A, Chatap G**
La prise en charge des douleurs de la personne âgée. Intérêt des techniques non médicamenteuses.
La revue de gériatrie, octobre 2007, tome 32, n°8, 613-621.

(42) **Célestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet P**
Le training autogène de Schultz
Guide des pratiques psycho corporelles.
Elsevier Masson, 2006, fiche 5, 79-84

(43) **Détraz MC**
Ergothérapie
Encycl Med Chir : Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-150-A-10, 1992

(44) **Demoulin C, Fauconnier C, Vanderthommen M, Henrotin Y**
Recommandations pour l'élaboration d'un bilan fonctionnel de base du patient lombalgique
Rev Med Liege 2005; 60 : 7-8 : 661-668

(45) **Ostelo RW, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korff M et al.**
Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change.
Spine, 2008 Jan 1; 33 (1): 90-4.

(46) **Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, Valat JP**
Validation de la version française de l'échelle de Dallas chez les patients lombalgiques chroniques
Rev Rhum, 1998, 65 (2), 139-147.

(47) **Lawlis GF, Cencas R, Selby D, et al.**
The developpement of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior.
Spine, 1989, 14 (5), 511-6.

(48) **Coste J, Le Parc JM, Berge E, Delecouillerie G, Paolaggi JB**
Validation française d'une échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL)
Rev Rhum, 1993, vol. 60, n° 5, p. 379-405

(49) **Zerzat D, Beaudreuil J, Bidault F**
Validation de l'EIFEL dans une population de patients lombalgiques chroniques
Rev Rhum, 2006, vol 73, issues 10-11, p. 1035

(50) **Jordan K, Dunn KM, Lewis M, Croft P**
A minimal clinically important difference was derived for the Roland-Morris Disability Questionnaire for low back pain.
J Clin Epidemiol, 2006 Jan; 59 (1): 45-52. Epub 2005 Nov 4

(51) **Herrmann C**.
International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results.
J Psychosom Res . 1997 Jan; 42 (1): 17-41

(52) **Michopoulos I and al.**
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample
Annals of General Psychiatry 2008, 7:4

(53) **Udén A, Aström M, Bergenudd H**
Pain drawings in chronic back pain.
Spine, 1988 Apr; 13 (4): 389-92.

(54) **Chan CW, Goldman S, Ilstrup DM, Kunselman AR, O'Neill PI**.
The pain drawing and Waddell's nonorganic physical signs in chronic low-back pain.
Spine, 1993 Oct 1; 18 (13): 1717-22.

(55) **Parker H, Wood PL, Main CJ**
The use of the pain drawing as a screening measure to predict psychological distress in chronic low back pain.
Spine, 1995 Jan 15; 20 (2): 236-43.

(56) **Carnes D, Ashby D, Underwood M**
A systematic review of pain drawing literature: should pain drawings be used for psychologic screening?
Clin J Pain, 2006 Jun; 22 (5): 449-57.

(57) **Russell MB, Iversen HK, Olesen J**
Improved description of the migraine aura by a diagnostic aura diary
Cephalalgia, 1994 Apr; 14 (2): 77-8.

(58) **Cedraschi C, Desmeules J, Rapiti E, Baumgartner E, Cohen P,**
Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management.
Ann Rheum Dis 2004; 63: 290–296.

(59) **Ohnmeiss MS, Donna D**
Repeatability of pain drawings in a low back pain population.
Spine. 2000 Apr 15; 25 (8): 980-8.

(60) **Haute autorité de santé** : Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription.
Paris : HAS, mai 2005.

(61) **Brun V, Henrion G, Codine P, Dhoms G, Founau H**
Balnéothérapie et raideur articulaire
dans : La raideur articulaire
Elsevier Masson, 1995, 3, p. 203-209

(62) **Volk E**
Prise de conscience par le mouvement. Méthode Feldenkrais
Encycl Med Chir : Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-061-B-10, 2000

(63) **Vergne-Salle P, Grilo RM, Bertin P, Bonnet C, Gyral D, Perrot S, Trèves R**
Douleurs en rhumatologie, aspects physiopathologiques, moyens d'évaluation, moyens thérapeutiques
Encycl Med Chir, Appareil locomoteur, 15-918-A-10, 2004

(64) **Couteaux A**
Antalgiques et lombalgie chronique, médicaments et neurostimulation transcutanée.
La douleur lombaire, 2001, institut UPSA de la douleur, 7 : p.101-121

(65) **Gagnon S, Lensel-Corbeil G, Duquesnoy B**
Approche multicentrique de la prise en charge pluridisciplinaire des lombalgiques chroniques : expérience du Réseau Nord-Pas-de-Calais du Dos (RENODOS)
Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 2009, 52 (1), p. 3-16

(66) **INSERM**
Lombalgies en milieu professionnel: quels facteurs de risque et quelle prévention?
Les éditions INSERM, 2000, 151p.

(67) **Roques CF, Felez A, Marque P, et al**.
Etude de faisabilité d'un programme d'évaluation de l'école du dos.
Ann Réadaptation Med Phys, 2002, 45, 257-64.

(68) **Beurskens AJ, de Vet HC, Koke AJ**
Responsiveness of functional status in low back pain: a comparison of different instruments.
Pain, 1996, 65 (1), 71-6.

(69) **Allaz AF, Desmeules J**
Douleurs chroniques et dépressions
dans : dépression et comorbidités organiques.
Paris : Masson, 2000.

(70) **Valat JP, Goupille P, Védère V**
Lombalgies : facteurs de risques exposant à la chronicité.
Rev Rhum, 1997 ; 64 : 203-208.

(71) **Beukskens AJ, de Vet HC, Koke AJ et al.**
Measuring the functional status of patients with low back pain. Assessment of the quality of four disease-specific questionnaires.
Spine, 1995, 20: 1017-28.

(72) **Fairbank J, Couper J, Davies J, et al.**
The Oswestry low back pain questionnaire.
Physiotherapy, 1980, 66, p. 271-273

(73) **Vogler D, Paillex R, Norberg M, De Goumoëns P, Cabri J**
Validation transculturelle de l'Oswestry Disability Index en français.
Annales de Réadaptation et Médecine Physique, 2008, vol 51, issue 5, p. 379-385.

(74) **Grunnesjö M, Bogefeldt J, Blomberg S, Delaney H, Svärdsudd K**
The course of pain drawings during a 10-week treatment period in patients with acute and sub-acute low back pain
BMC Musculoskeletal Disorders, 2006, 7**:**65
http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1570135

(75) **Margolis RB, Chibnall JT, Tait RC**
Test-retest reliability of the pain drawing instrument
Pain, 1988, 33 (1), 57-65.

(76) **Fournier-Charrière E**
Sémiologie et évaluation de la douleur chez l'enfant.
dans : Serrie A, Thurel C.Ed. La douleur en pratique quotidienne: diagnostic et traitements.
Paris : Arnette, 1994, p 487-503

(77) **Pichard-Leandri E, Gauvin-Piquard A,**
L'enfant et sa douleur. La reconnaître. La traiter.
dans : Le médecin, le patient et sa douleur de Queneau P, Ostermann G, Association Pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (APNET),
Masson, 1994 (22), 234-248

(78) **Ransford AO, Cairns D, Mooney V**
The pain drawing as an aid to the psychologic evaluation of patients with low back pain.
Spine, 1976, 1(2), 127-134.

(79) **Persson L, Moritz U**
Pain drawing : a quantitative and qualitative model for pain assessment in cervico-brachial pain syndrome.
Pain Clin, 1994, 7(1), 13-22.

(80) **Binard M, Bellard S**
Apport du dessin dans la douleur chronique : évaluation de la douleur et de la personne souffrante.
Douleurs, 2007, hors série 1, 1S95

(81) **Clere F, Franck H, Perriot M**
Quelle place pour le clonazepam dans la douleur chronique ?
Douleurs, 2006, vol. 7, n°6, p. 314-317

(82) **Durand G, Kaplanis E, Delaubier A, Guillou C, Alcalay M, Kemoun G**
Place de la thérapie mécanique (méthode MacKenzie) dans la prise en charge des lombalgies chroniques. Bilan d'une consultation multidisciplinaire.
Rev. Rhum., nov. 2006, vol 73, issue 10-11, p.1110

(83) **Smeets RJ, Vlaeyen JW, Hidding A, Kester AD, van der Heijden GJ et al.**
Active rehabilitation for chronic low back pain: Cognitive-behavioural, physical, or both? First direct post-treatment results from a randomized controlled trial.
BMC Musculoskeletal Disorders 2006, 7:5

ANNEXE 1 : grille d'entretien semi-structuré

Tableau 2. Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique établie par le groupe.

Ancienneté de la douleur

Mode de début
- circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)
- description de la douleur initiale
- modalités de prise en charge immédiate
- événements de vie concomitants
- diagnostic initial, explications données
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Profil évolutif du syndrome douloureux
- comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente...)
- degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Traitements effectués et actuels
- traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- modes d'administration des médicaments, doses, durées
- effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- attitudes vis-à-vis des traitements

Antécédents et pathologies associées
- familiaux
- personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- expériences douloureuses antérieures

Description de la douleur actuelle
- topographie
- type de sensation (brûlure, décharge électrique...)
- intensité
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences
- situation familiale
- situation sociale
- statut professionnel et satisfaction au travail
- indemnisations perçues, attendues ; implications financières
- procédures

Facteurs cognitifs
- représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux
- attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)
- modalités de prise des médicaments
- observance des prescriptions

Analyse de la demande
- attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- objectifs partagés entre le patient et le médecin

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé :
Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.
Paris : ANAES, février 1999

<u>ANNEXE 2</u> : les recommandations de Limoges

TABLEAU I. - Les recommandations de Limoges : recommandations pour l'utilisation de la morphine dans les douleurs chroniques non cancéreuses en rhumatologie.

Préalable :
1. Il n'existe pas de recommandations pour l'utilisation de la morphine en rhumatologie.
2. Le but n'est pas d'inciter à une utilisation imprudente de la morphine mais d'aider le clinicien à son bon usage quand il a décidé d'y recourir.
3. La morphine n'est qu'une des possibilités, mais est une possibilité, du traitement de la douleur non cancéreuse en rhumatologie.

Sélection des patients et évaluation initiale :
4. Pourront être traités par la morphine: les patients douloureux chroniques non ou insuffisamment soulagés par les thérapeutiques usuelles de la pathologie antérieurement définie (dégénérative, inflammatoire...)
5. L'évaluation initiale comprendra :
- la synthèse de l'histoire de la maladie et des thérapeutiques entreprises,
- un avis psychiatrique spécialisé dans le cas de pathologies mal définies, de sujet très jeune, d'abus médicamenteux, de suspicion de troubles psychiatriques,
- une évaluation de la douleur et de son retentissement (échelles et indices appropriés).
6. Ne seront pas traités par la morphine : les patients dont les symptômes ne sont pas médicalement expliqués (douleurs idiopathiques) ou les patients atteints de troubles caractériels sévères ou psychosociaux prédominants.

Mise en route pratique du traitement :
7. Une information sera donnée au patient et à ses autres médecins sur les buts, les modalités et les effets indésirables potentiels du traitement.
8. Les buts du traitement seront définis conjointement par le patient et son médecin, qui prendra la responsabilité de la prescription de morphine.
9. La dose initiale préconisée se situera entre 10 à 30 mg de sulfate de morphine à libération prolongée, administrée par voie orale deux fois par jour à horaire fixe, en tenant compte du terrain. Les posologies faibles seront instituées chez les sujets âgés, insuffisants rénaux ou hépatiques.
10. Un ajustement posologique se fera par paliers (lors de chaque consultation prévue) en augmentant au plus de 50% la dose journalière.
11. Une surveillance rapprochée, au minimum à J14 et J28, sera instituée pour apprécier les effets indésirables et l'efficacité de la morphine jusqu'à obtention d'une posologie optimale.
12. Un complément antalgique sera prescrit dans le cas de douleurs fluctuantes (paracétamol, morphine à libération immédiate...).
13. Une prévention de la constipation sera réalisée systématiquement à l'instauration du traitement (mesures hygiéno-diététiques et laxatifs).

Évaluation et suivi du traitement :
14. A chaque visite, on recherchera des signes orientant vers un mésusage, un abus ou une dépendance psychique.
15. Toute augmentation trop rapide des doses doit faire reconsidérer l'indication du traitement.
16. En cas de décision d'arrêt, on diminuera progressivement et on recherchera les signes de sevrage.

Perrot S, Bannwarth B, Bertin P, Javier R-M, Glowinski J, Le Bars M, Trèves R
Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses: les recommandations de Limoges.
Rev. Rhum. [Ed.Fr.] 1999, 66 (11), 651-657

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DN4

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point **NON = 0 point** **Score du Patient : /10**

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

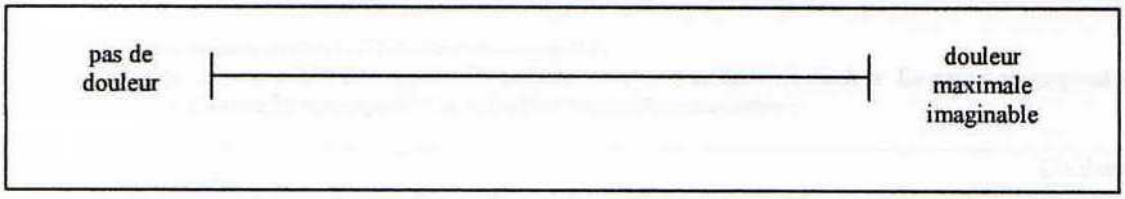
Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D *et al. Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.

ANNEXE 4 : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE OU EVA

1. FORME PAPIER

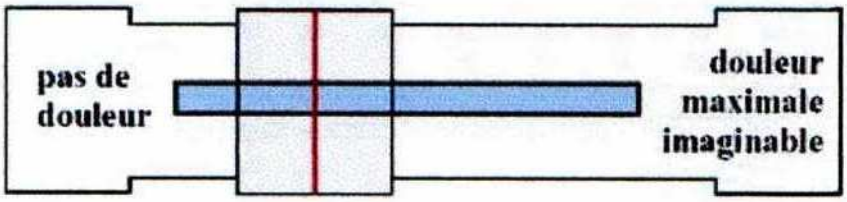
Ligne horizontale ou verticale de 100 mm, orientée de gauche à droite ou de bas en haut. Les deux extrémités de la ligne sont définies respectivement par des termes tels que « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable » (1). Le patient répond en traçant un trait sur la ligne.
L'intensité de la douleur est mesurée par la distance entre la position du trait et l'extrémité « pas de douleur ».



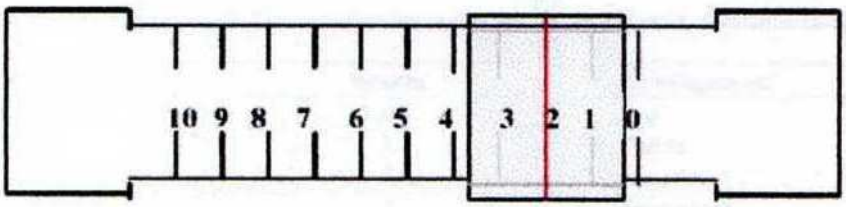
2. FORME « MÉCANIQUE »

Réglette sur laquelle est tracée une ligne horizontale ou verticale de 100 mm sur la « face patient », orientée de gauche à droite ou de bas en haut (1). Les deux extrémités de la ligne sont définies respectivement par des termes tels que « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ». Le patient répond en déplaçant le curseur de la réglette. L'intensité de la douleur est mesurée par la distance entre la position du curseur et l'extrémité « pas de douleur » sur la « face médecin ».

1) Face patient :



2) Face de mesure :



Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation médicale
La prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire.
Paris : ANDEM ; 1995.

ANNEXE 5 : ECHELLE DE DALLAS

Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas (D.R.A.D.)

Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.

Nom : Prénom : Sexe : F ❑ M ❑ Date :

A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).

1. La douleur et son intensité :

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

pas du tout parfois tout le temps

0 %( )100%

2. Les gestes de la vie quotidienne :

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

pas du tout (pas de douleur) moyennement je ne peux pas sortir du lit

0 %( )100%

3. La possibilité de soulever quelque chose:

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

pas du tout (comme avant) moyennement je ne peux rien soulever

0 %( )100%

4. La marche :

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

je marche comme avant | presque comme avant | presque plus | plus du tout

0 %( )100%

5. La position assise :

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

pas du tout (pas d'aggravation de la douleur) moyennement je ne peux pas rester assis(e)

0 %( )100%

6. La position debout :

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

pas du tout (je reste debout comme avant) moyennement je ne peux pas rester debout

0 %( )100%

7. Le sommeil :

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

pas du tout (je dors comme avant) moyennement je ne peux pas dormir du tout

0 %( )100%

Total X 3 = ----------% de répercussion sur les activités quotidiennes

Version française de l'échelle de Dallas adaptée par la Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie- Juillet 97

8. La vie sociale

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

pas du tout (ma vie sociale est comme avant) — moyennement — je n'ai plus aucune activité sociale

0%(							100%)

9. Les déplacements en voiture:

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

pas du tout (je me déplace comme avant) — moyennement — je ne peux me déplacer en voiture

0%(							100%)

10. Les activités professionnelles

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

pas du tout (elle ne me gêne pas) — moyennement — je ne peux pas travailler

0%(							100%)

Total X 5 = ----------% de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

11. L'anxiété /Le moral:

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

je fais entièrement face (pas de changement) — moyennement — je ne fais pas face

0%(						100%)

12. La maîtrise de soi :

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

je les contrôle entièrement (pas de changement) — moyennement — je ne les contrôle pas du tout

0%(							100%)

13. La dépression

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

je ne suis pas déprimé(e) — je suis complètement déprimé(e)

0%(							100%)

Total X 5 = ----------% de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

14. Les relations avec les autres

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

pas de changement — changement radical

0%(							100%)

15. Le soutien dans la vie de tous les jours

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

aucun soutien nécessaire — soutien permanent

0%(						100%)

16. Les réactions défavorables des proches

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

pas du tout — parfois — tout le temps

0%(							100%)

Total X 5 = ----------% de répercussion sur la sociabilité

ANNEXE 6 : EIFEL : échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'étude des lombalgies

1. Je reste tout le temps à la maison 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 des tâches 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 dos ..... ❑
16. A cause de mon 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 dos ..... ❑
18. Je dors moins à cause de mon dos ..... ❑
19. A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller ..... ❑
20. A cause de mon dos, je reste assi(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 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 ..... ❑

Coste J, Le Parc JM, Berge E, Delecoeuillierie G, Paolaggi JB
French validation of a disability rating scale for the evaluation of law back pain
Rev Rhum (Ed Fr), 1993, 60, 335-341.

ANNEXE 7 : HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)

Elle est composée de deux sous échelles, une évaluant l'anxiété, l'autre la dépression.

• *Mode de passation* : la passation de l'échelle est très aisée. Il est demandé au sujet de remplir ce questionnaire afin d'aider son médecin à mieux connaître les émotions ressenties au cours de la semaine écoulée et de souligner les réponses qui semblent le mieux correspondre à l'état éprouvé. Il est également recommandé de demander au patient de bien lire le préambule avant de remplir l'échelle, et, selon les auteurs, lors de l'utilisation en médecine interne, de lui signaler qu'en aucun cas ses réponses impliquent obligatoirement un examen psychiatrique, ceci afin de faciliter l'acceptation de cette échelle par des patients peu enclins à une telle approche (60).

• *Cotation* : chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle [...] l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée. Cette intensité est appréciée par un adverbe ou une courte phrase la qualifiant. [...]. L'intervalle des notes possibles s'étend donc pour chaque sous échelle de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. Certains auteurs ont également proposé de calculer un score global correspondant à la somme des deux échelles. La présentation de l'échelle, avec dans la colonne de gauche les notes correspondant à chaque item, facilite grandement un calcul rapide des scores de chaque échelle (60).
Pour les deux scores (dépression et anxiété), des valeurs seuils ont été déterminées :

— un score inférieur ou égal à 7 = absence de cas ;
— un score entre 8 et 10 = cas douteux ;
— un score supérieur ou égal à 11 = cas certain.

• *Intérêt-Limites* : [...] plus qu'un indicateur des troubles dépressifs et anxieux, au sens des classifications actuelles [...], elle évalue un indice de sévérité symptomatique [...].
C'est-à-dire qu'elle ne permet pas d'effectuer le diagnostic de syndrome dépressif ou anxieux, mais qu'au-delà d'un certain seuil elle est considérée comme un signal d'alarme.

La présentation de cette échelle a été extraite de Guelfi (46).

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

		Je me sens tendu ou énervé :
	3	la plupart du temps
	2	souvent
	1	de temps en temps
	0	jamais
		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		oui, tout autant
1		pas autant
2		un peu seulement
3		presque plus
		J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
	3	oui, très nettement
	2	oui, mais ce n'est pas grave
	1	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	pas du tout
		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0		autant que par le passé

1			plus autant qu'avant
2			vraiment moins qu'avant
3			plus du tout
			Je me fais du souci :
	3		très souvent
	2		assez souvent
	1		occasionnellement
	0		très occasionnellement
			Je suis de bonne humeur :
3			jamais
2			rarement
1			assez souvent
0			la plupart du temps
			Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
	0		oui, quoi qu'il arrive
	1		oui, en général
	2		rarement
	3		jamais
			J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3			presque toujours
2			très souvent
1			parfois
0			jamais
			J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	0		jamais
	1		parfois
	2		assez souvent
	3		très souvent
			Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3			plus du tout
2			je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1			il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0			j'y prête autant d'attention que par le passé
			J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
	3		oui, c'est tout à fait le cas
	2		un peu
	1		pas tellement
	0		pas du tout
			Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0			autant qu'auparavant
1			un peu moins qu'avant
2			bien moins qu'avant
3			presque jamais
			J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	3		vraiment très souvent
	2		assez souvent
	1		pas très souvent
	0		jamais
			Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
0			souvent
1			parfois
2			rarement
3			très rarement

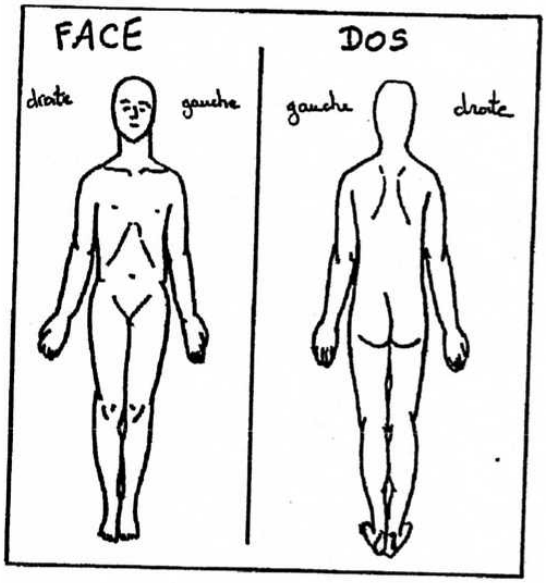
---

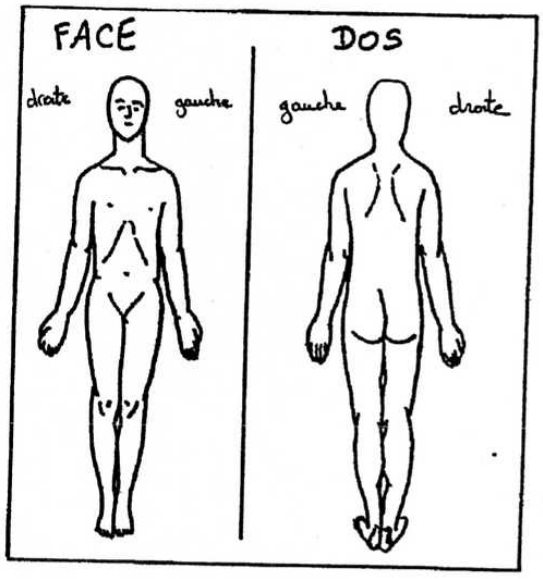
46. Guelfi JD.
L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome 1. Psychopathologie générale, dépression, anxiété et anxiodépression. *Boulogne: Éditions Médicales Pierre Fabre; 1996.*

ANNEXE 8: fiche récapitulative du bilan des patients douloureux chroniques

EVALUATIONS DES DOULOUREUX CHRONIQUES

	ENTREE	SORTIE
DOULEUR -Voir le schéma -EVA : douleur habituelle la plus intense	…….. ……..	…….. ……..
RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ***EIFEL**	……/24	……/24
***DALLAS** Répercussion sur : -les activités quotidiennes -les activités prof. et loisirs -l'anxiété et la dépression -la sociabilité TOTAL :	……..% ……..% ……..% ……..% ……..	……..% ……..% ……..% ……..% ……..
***NDI** (pour les cervicalgies)	……/100	……/100
RETENTISSEMENT EMOTIONNEL Dépression Anxiété	…….. ……..	…….. ……..
MESURE DE L'INTENSITE DE SOULAGEMENT		……..%





-Hôpital Rhumatologique d'Uriage-Ergothérapie-

ANNEXE 9 : Oswestry Disability Index

L'Oswestry Disability Index (ODI) est calculé selon la formule ci-dessous
ODI = (somme des scores de chaque section / nombre de sections répondues) x 20 = % d'incapacité

Section 1 - Intensité de la douleur

- ☐ En ce moment, je ne ressens aucune douleur.
- ☐ En ce moment, j'ai des douleurs très légères.
- ☐ En ce moment, j'ai des douleurs modérées.
- ☐ En ce moment, j'ai des douleurs assez intenses.
- ☐ En ce moment, j'ai des douleurs très intenses.
- ☐ En ce moment, les douleurs sont les pires que l'on puisse imaginer.

Section 2 - Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.)

- ☐ Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleurs supplémentaires.
- ☐ Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux.
- ☐ Je dois effectuer mes soins personnels avec précaution et lenteur, et je ressens des douleurs.
- ☐ J'ai besoin d'aide pour les soins personnels, mais j'arrive encore à effectuer la plus grande partie de ceux-ci seul(e).
- ☐ J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de mes soins personnels.
- ☐ Je ne peux plus m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.

Section 3 - Soulever des charges

- ☐ Je peux soulever des charges lourdes sans augmentation des douleurs.
- ☐ Je peux soulever des charges lourdes, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.
- ☐ Les douleurs m'empêchent de soulever de lourdes charges depuis le sol, mais cela reste possible si elles sont sur un endroit approprié. (par ex : sur une table)
- ☐ Les douleurs m'empêchent de soulever des charges lourdes, mais je peux en soulever de légères à modérées si elles sont sur un endroit approprié.
- ☐ Je ne peux soulever que de très légères charges.
- ☐ Je ne peux rien soulever, ni porter du tout.

Section 4 - Marche

- ☐ Les douleurs ne m'empêchent pas de marcher, quelle que soit la distance.
- ☐ Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 1 km.
- ☐ Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 250 m.
- ☐ Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 100 m.
- ☐ Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles.
- ☐ Je reste au lit la plupart du temps et dois me traîner jusqu'aux toilettes.

Section 6 - Position debout

- ☐ Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire sans douleur supplémentaire.
- ☐ Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire, mais cela occasionne des douleurs supplémentaires.
- ☐ Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une heure.
- ☐ Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une demi-heure.
- ☐ Les douleurs m'empêchent de rester debout plus de dix minutes.
- ☐ Les douleurs m'empêchent de me tenir debout.

Section 7 - Sommeil

- ☐ Mon sommeil n'est jamais perturbé par les douleurs.
- ☐ Mon sommeil est parfois perturbé par les douleurs.
- ☐ A cause des douleurs, je dors moins de six heures.
- ☐ A cause des douleurs, je dors moins de quatre heures
- ☐ A cause des douleurs, je dors moins de deux heures.
- ☐ Les douleurs m'empêchent de dormir.

Section 8 – Vie sexuelle (si présente)

- ☐ Ma vie sexuelle est normale et n'occasionne pas de douleurs supplémentaires.
- ☐ Ma vie sexuelle est normale, mais occasionne parfois quelques douleurs supplémentaires.
- ☐ Ma vie sexuelle est presque normale, mais très douloureuse.
- ☐ Ma vie sexuelle est fortement réduite à cause des douleurs.
- ☐ Ma vie sexuelle est presque inexistante à cause des douleurs.
- ☐ Les douleurs m'empêchent toute vie sexuelle.

Section 9 – Vie sociale

- ☐ Ma vie sociale est normale et n'occasionne pas de douleurs supplémentaires.
- ☐ Ma vie sociale est normale, mais elle augmente l'intensité des douleurs.
- ☐ Les douleurs n'ont pas de répercussion significative sur ma vie sociale, excepté une limitation lors de mes activités physiques (par ex : le sport, etc.)
- ☐ Les douleurs limitent ma vie sociale et je ne sors plus aussi souvent.
- ☐ Les douleurs limitent ma vie sociale à mon foyer.
- ☐ Je n'ai pas de vie sociale à cause des douleurs.

Section 10 - Voyage

- ☐ Je peux voyager partout sans douleur.
- ☐ Je peux voyager partout, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.
- ☐ Les douleurs sont bien présentes, mais je peux effectuer un trajet de plus de 2 heures.
- ☐ Les douleurs m'empêchent tout trajet de plus d'une heure.
- ☐ Les douleurs ne me permettent que de courts trajets nécessaires de moins de 30 minutes.
- ☐ Les douleurs m'empêchent tout trajet, sauf pour recevoir un traitement.

Référence : Fairbank J, Couper J, Davies J et al. The Oswestry low back pain questionnaire. Physiotherapy 1980; 66:271-3