

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012

N°

**EVALUATION A COURT TERME D'UN PROGRAMME
D'EDUCATION THERAPEUTIQUE POUR PATIENTS
LOMBALGIQUES :
LE « MODULE DOS » DU CHU DE GRENOBLE**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

GUILLAUME ROBERT FAVARIO

Né le 12 AVRIL 1981 à LA TRONCHE

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 4 OCTOBRE 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Professeur Robert JUVIN

Membres

M. le Professeur Régis DE GAUDEMARIS

Mme. le Docteur Marie-Reine MALLARET

Mme. le Docteur Alexandra MENESES

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE



**EVALUATION A COURT TERME D'UN PROGRAMME
D'EDUCATION THERAPEUTIQUE POUR PATIENTS
LOMBALGIQUES :
LE « MODULE DOS » DU CHU DE GRENOBLE**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

GUILLAUME ROBERT FAVARIO

Né le 12 AVRIL 1981 à LA TRONCHE

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 4 OCTOBRE 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Professeur Robert JUVIN

Membres

M. le Professeur Régis DE GAUDEMARIS
Mme. le Docteur Marie-Reine MALLARET
Mme. le Docteur Alexandra MENESES

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

A ma famille qui m'a supporté et supporté pendant ces longues années de formation.

A mes grands-parents.

A mes amis les plus anciens et les plus récents.

Remerciements

Je tiens à remercier :

M. le Professeur Robert JUVIN, pour m'avoir proposé ce sujet et pour me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez accepter mes plus vifs remerciements,

Mme. le Docteur Alexandra MENESES, pour son encadrement et son soutien pendant la durée de ce travail ainsi que pour son amitié de longue date,

M. le Professeur Régis DE GAUDEMARIS. Votre présence pour l'évaluation de ce travail m'honore.

Mme. le Docteur Marie-Reine MALLARET. Je suis très touché de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.

Mme. Bérénice PORTE pour sa collaboration active tout au long de ce travail,

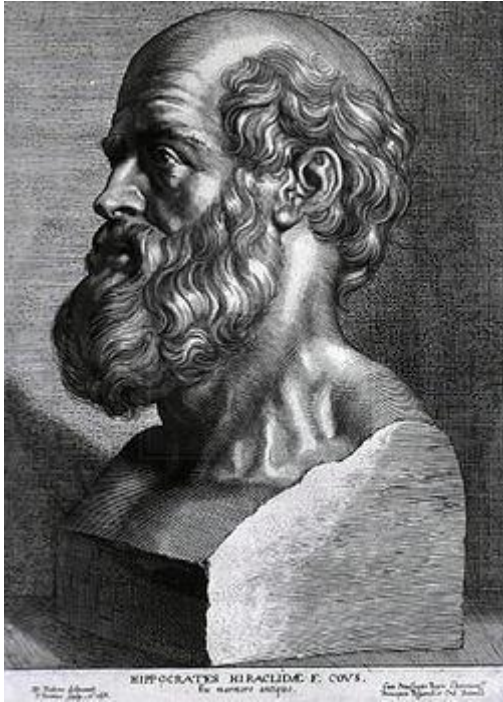
Mme. Christine TIERTANT pour son efficacité et pour les heures passées dans les archives,

M. Jean-Yves BOUCHET et toute l'équipe du « Module dos », et en particulier Mme. Véronique FROISSART auteur de « Restructuration d'un programme d'éducation thérapeutique pour patient lombalgique » (mémoire de DU éducation thérapeutique et maladie ostéo-articulaire), pour leur savoir-faire et pour la passion qui les anime,

M. le Professeur BOSSON et M. Bastien BOUSSAT (CIC, CHU de Grenoble) pour leur participation à l'élaboration et à l'orientation des analyses statistiques,

Les différents médecins qui m'ont accueilli dans leur service et dans leur cabinet pendant mes études, en particulier M. le Docteur BELLEMIN, M. le Docteur DARDENNE, Mme le Docteur PLASSE, M. le Docteur LELEU, M. le Docteur BOUVARD, M. le Docteur BARON, Mme le Docteur MACHIZAUD, M. le Docteur RIVIERE, M. le Docteur BLANC, M. le Docteur EL MIMOUNI. Ils ont imprimé leur marque chacun à leur manière.

Special thanks to Nana and Caro.



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 patient.

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.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	8
LISTE DES ABREVIATIONS	9
LISTE DES ANNEXES	10
RESUME	11
ABSTRACT	12
AVANT PROPOS	13
1. INTRODUCTION	14
2. METHODES	17
2.1. Patients	17
2.2. Contenu du « MODULE DOS »	18
2.3. Critères d'évaluation	20
2.4. Analyse statistique	21
3. RESULTATS	22
3.1. Population étudiée	22
3.2. Critères principaux	26
3.3. Critères secondaires	27
4. DISCUSSION	29

CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXE	37

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 :	Journée type du Module Dos	19
Figure 1 :	Diagramme de flux	23
Tableau 2 :	Caractéristiques de la cohorte	24
Tableau 3 :	Auto-questionnaires DRAD, EIFEL, FABQ	25
Tableau 4 :	Test de Student sur série appariée	26
Tableau 5 :	Consultation après le Module Dos	27
Figure 2 :	Les effets du Module Dos	28

LISTE DES ABREVIATIONS

HAS	Haute Autorité de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ETP	Education Thérapeutique du Patient
MD	Module Dos
PEC	Prise En Charge
DRAD	Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas
EIFEL	Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies
FABQ	Fear Avoidance Belief Questionnaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DS	Déviation Standard

LISTE DES ANNEXES

Dossier du Module Dos	37
Questionnaire de suivi	51

RESUME

Objectifs. – Evaluer l’impact d’un programme court d’éducation thérapeutique pour patients lombalgiques avec comme critères principaux le retour au travail et la reprise des activités physiques à 6 mois. Les critères secondaires sont l’impact du Module Dos sur la fréquence et la gestion de la douleur, la consommation de médicaments et la qualité de vie.

Méthodes. – Il s’agit d’une étude rétrospective, de type « avant-après ». Les patients inclus sont ceux qui ont bénéficié de la consultation de préadmission entre le mois de juin 2010 et le mois d’avril 2011 et qui ont participé à la totalité du programme (consultation de préadmission, cinq jours d’éducation thérapeutique et réponse à un appel téléphonique à 6 mois).

Résultats. – Quatre-vingt-onze patients ont été inclus. Cette étude démontre que le nombre d’arrêts de travail diminue dans les mois qui suivent le « Module Dos », et que le nombre de patients pratiquant régulièrement une activité physique augmente. De plus, 56 % des patients affirment consommer moins de médicaments, 76 % avoir une meilleure gestion de leurs douleurs et 90 % pensent que le « Module Dos » a eu un effet positif sur leur qualité de vie.

Conclusion. – Ceci est une première étude d’un programme novateur d’éducation thérapeutique. Ses résultats positifs sont très encourageants pour le développement de ce type de programme.

Mots clefs : lombalgie, éducation thérapeutique, évaluation.

ABSTRACT

Objectives. – Assess the impact of a short therapeutic education program for low-back pain patients, with, as main criteria, return to work and restart of physical activities after six month. The second criteria are the impact of the “Module Dos” on pain frequency and pain management, medication use and quality of life.

Methods. – This is a “before / after” retrospective study. Included patients are those who took the entire program: pre admission consultation from June 2010 to April 2011, five days of therapeutic education and answer to a phone call six month after the pre admission consultation

Results. – Ninety-one patients were included. This study shows that the number of sick leave decreased a few months after the “Module Dos” and that the number of patients practicing regular physical activity increased. Moreover, 56 % of those patients assert using fewer drugs, 76 % having a better management of their pain and 90 % believing that the “Module Dos” has had a positive effect on their quality of life.

Conclusion. – This is a first study of an innovative therapeutic education program. Its positive results are very hopeful for the development of this kind of program.

Keywords : low-back pain, therapeutic education, follow-up.

AVANT PROPOS

Le mal du siècle...

C'est parfois ainsi qu'est qualifiée la lombalgie de nos jours. Pathologie complexe, de cause variable, souvent inexpliquée, cette affection est un motif fréquent de consultation en médecine générale et en rhumatologie.

Quand on m'a proposé de faire une étude d'évaluation du « Module Dos » du CHU de Grenoble, j'ai tout de suite vu l'intérêt d'accepter. En effet, ceci a permis de renforcer mes compétences professionnelles et personnelles. Il était important pour moi de réaliser une thèse intéressante et utile pour ma pratique.

Pendant ma semaine de participation au « Module dos », j'ai rencontré une équipe pleinement investie dans son travail, avec une motivation sans faille. Ces professionnels de l'éducation thérapeutique transmettent leur savoir-faire aux patients et aux étudiants présents, avec compétence et bonne humeur.

Convaincu par le programme, j'essaie, à mon tour et dans les limites de la consultation de convaincre les patients admissibles de l'intérêt du « Module dos ».

1. INTRODUCTION

La lombalgie est une affection fréquente. La prévalence dans une population française de 30 à 64 ans pour une lombalgie d'au moins un jour est de 55 %, et de 17 % pour une durée de plus de trente jours [1]. La lombalgie chronique représente 5 % à 10% des lombalgies mais induit 70 % à 80 % des coûts [1, 2, 3]. Il faut noter que la proportion de passage à la chronicité ne tient pas compte des lombalgies récurrentes et qu'un malade sur trois présente toujours des douleurs modérées ou sévères un an après l'épisode inaugural [4].

Les facteurs de risque de passage à la chronicité sont maintenant connus en dépit d'une méthodologie des études difficile à mettre en œuvre. Nous pouvons citer entre autres : la sévérité de la douleur, l'inadaptation physique et l'insatisfaction professionnelle, un bas niveau d'éducation et de ressources, un terrain dépressif, une prise en charge au titre d'un accident du travail ou en cas de litige médico-légal [5, 6].

La prise en charge multidisciplinaire des patients lombalgiques a fait son apparition au début des années 1980 en Scandinavie. Les écoles du dos suédoises sont basées sur le modèle biopsychosocial [7, 8]. La lombalgie aiguë fait suite à une lésion, la chronicisation à des facteurs psychosociaux. Il en découle un programme éducatif où les patients, réunis en groupe, s'approprient les connaissances transmises. Le contenu est variable et la pratique d'exercices physiques est parfois associée à l'enseignement théorique. Le but de ces écoles est la prévention primaire et secondaire des rachialgies ainsi que la limitation de l'impact des douleurs sur la vie quotidienne [9].

Le modèle américain développé par T. MAYER et al [10,11] à partir de 1985 est principalement centré sur la réadaptation à l'effort. Partant du principe que le déconditionnement à l'effort survenant après 4 à 6 mois d'inactivité est responsable d'une diminution de la mobilité lombaire, d'une diminution de la force musculaire et d'un retentissement psychosocial [11], ces programmes de restauration fonctionnelle du rachis multidisciplinaires associent de nombreux professionnels dans le but de rétablir la fonction physique, psychologique et sociale du patient lombalgique. Il nécessite plusieurs semaines de rééducation, entraînant un coût important et est adressé à des patients fortement handicapés [12].

Nous pouvons voir que ces programmes de reconditionnement améliorent la qualité de vie, favorisent le maintien au travail [13, 14] mais que l'amélioration des paramètres physiques faiblit dès le sixième mois suivant la rééducation [13].

Plus récemment, un nouveau type de programme a fait son apparition, fondé sur les principes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) [15, 16]. Il est centré sur le patient, dans le cadre d'un plan de soin coordonné et comprend des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial. Il a pour but d'aider les patients à comprendre leurs maladies et leurs traitements, de collaborer ensemble et d'assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge pour les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie [17].

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit deux groupes de compétence à acquérir en ETP : les compétences d'auto-soins (savoir soulager les symptômes, adapter son traitement et apporter des modifications à son mode de vie) et les compétences d'adaptation (se connaître soi-même, développer un esprit critique et créatif, se fixer des buts, s'évaluer et se renforcer) [17, 18].

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 [19] définit un cadre réglementaire pour les programmes d'éducation thérapeutique avec nécessité d'une autorisation par les Agences Régionales de Santé (ARS). Le programme doit comprendre l'élaboration d'un diagnostic éducatif, la définition d'un programme personnalisé d'ETP avec priorité d'apprentissage, la planification et la mise en œuvre des séances d'ETP individuelles ou collectives et la réalisation d'une évaluation des compétences acquises au cours du programme [18].

Le service de rhumatologie du CHU de Grenoble a fait le choix en 2005 de créer le « Module Dos » (MD) : programme multidisciplinaire d'éducation thérapeutique pour patients lombalgiques. Il comprend une consultation de préadmission avec réalisation du diagnostic éducatif et la recherche d'effets saboteurs compromettant le résultat. Le MD se déroule ensuite sur 5 jours en groupe de 5 à 6 patients. Les médecins, kinésithérapeutes et ergothérapeutes, (diplômés ou formés en éducation thérapeutique) se réunissent quotidiennement pour planifier et personnaliser la prise en charge. Au cinquième jour, un bilan individuel est réalisé avec évaluation des acquisitions et recherche d'objectifs par le patient. La troisième partie consiste en un appel téléphonique des kinésithérapeutes, 3 à 6 mois après la fin du MD, assurant ainsi le suivi éducatif et pendant lequel le patient peut faire part de sa mise en pratique au quotidien et de ses difficultés. Ceci permet de voir si les objectifs annoncés ont été mis

en place et d'assurer une reprise d'éducation si nécessaire. L'appelant fait également une évaluation du MD en posant des questions simples sur la gestion de la douleur et du traitement, la fréquence des lombalgies, l'effet sur la qualité de vie, la reprise du travail et la situation professionnelle en général.

L'objectif de ce travail est de réaliser une première évaluation du « Module Dos » dans son ensemble, plusieurs années après son instauration.

2. METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective de type « avant-après », sans groupe témoin, concernant les patients qui ont participé à la totalité du MD du service de rhumatologie du CHU de Grenoble avec une date de consultation de préadmission située entre le mois de juin 2010 et le mois d'avril 2011.

2.1. Patients

Les patients lombalgiques sont adressés à la consultation de préadmission par un médecin libéral ou hospitalier, généraliste, rhumatologue, médecin du travail, médecin de centre de la douleur ou chirurgien. Le diagnostic éducatif est réalisé conjointement par un kinésithérapeute et un ergothérapeute.

Les critères d'inclusion sont :

- Lombalgie subaiguë avec facteur de risque de chronicisation,
- Lombalgie chronique avec arrêt de travail inférieur à 6 mois,
- Postopératoire.

Les critères d'exclusion sont :

- Patient déconditionné,
- Patient suffisamment compétent dans la gestion de sa maladie,
- Présence d'effets saboteurs (intérêt personnel pour ne pas adhérer au programme).

2.2. Contenu du « MODULE DOS »

La consultation de préadmission, comme décrite ci-dessus, est réalisée par un kinésithérapeute et un ergothérapeute. Les critères d'exclusion sont recherchés. Sont notifiés dans le dossier spécifique le diagnostic médical, les bilans radiologiques effectués, le traitement entrepris, la situation professionnelle, le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne du patient à l'aide des échelles D.R.A.D (échelle évaluant la qualité de vie des patients lombalgiques), EIFEL (traduction du retentissement fonctionnel) et FABQ (mesure des attitudes et des croyances inappropriées face à la douleur). Des tests physiques sont également effectués. Le diagnostic éducatif résulte de cette consultation. En cas d'exclusion, un courrier est adressé au médecin prescripteur.

La semaine d'éducation thérapeutique proprement dite se déroule sur 5 jours en hospitalisation de jour, en groupe de 5 à 6 patients. L'accueil de ceux-ci est réalisé par un médecin ou un kinésithérapeute qui leur explique l'organisation de la semaine. Après une présentation de chaque participant (profession, pathologie), une initiation à l'anatomie et à la physiopathologie du dos est effectuée. Celle-ci se base sur l'expérience des patients présents à l'aide de cartes portant l'inscription de nom de maladies et de symptômes.

Les kinésithérapeutes animent plusieurs ateliers comprenant des exercices de proprioception, gainage, étirements, gestes et postures, port de charges, basés sur le principe d'économie rachidienne. Ce travail est également effectué en piscine. L'expérience personnelle des patients est recherchée continuellement. Des activités physiques sur appareils (avec suivi des performances sur fiche individuelle) ont pour but, non pas un renforcement musculaire, mais la démonstration que ces types d'exercices, pouvant paraître dangereux aux patients, sont possibles quand ils sont réalisés dans de bonnes conditions de maîtrise et toujours adaptés aux douleurs ressenties.

Les ergothérapeutes ont à leur disposition un atelier, un potager, un bureau, une cuisine et une salle polyvalente pour des mises en situation variées.

Un atelier de pharmacologie est dirigé par un pharmacien. Les patients discutent autour de noms de différents traitements avec l'objectif de faire la différence entre traitements antalgiques et traitements anti-inflammatoires ainsi que sur leur usage et leurs effets secondaires possibles.

Une initiation à la relaxation fait partie du programme.

La journée type du MD est présentée dans le *Tableau 1*.

Les membres de l'équipe du MD (médecin rhumatologue, kinésithérapeute et ergothérapeute) se retrouvent chaque matin pour échanger sur les patients et adapter la prise en charge individuellement.

Au cours de la semaine, le magazine « 60 Millions de Consommateurs » comprenant un dossier sur la lombalgie [20] est distribué aux patients. En fin de semaine, une séance de questions/réponses basée sur cet article est organisée.

Après une semaine d'activité intensive, la dernière demi-journée est consacrée à une séance de visionnage de vidéos avec différentes mises en situation qui sont commentées. Un questionnaire sur les médicaments sert de base pour reprendre l'atelier pharmacologie.

L'évaluation individuelle de l'acquisition des compétences a lieu le dernier jour du MD, en entretien individuel. La recherche d'objectifs par le patient sert de base en vue de l'appel téléphonique réalisé ultérieurement. Il est proposé au patient une suite éventuelle au MD telle que la participation à des séances de renforcement dans le cadre hospitalier. Il peut être conseillé également un suivi par un diététicien, la poursuite des séances de kinésithérapie en libéral, l'intervention du médecin du travail ou l'intervention d'un ergonome sur le lieu de travail.

A l'issue de la semaine, un compte-rendu est transmis par courrier au médecin qui a adressé le patient et au kinésithérapeute habituel de ce dernier, avec son accord.

Tab. 1. Journée type du Module Dos.

Horaires	Module thérapeutique
9h-10h	Gestes et postures
10h-11h	Ergothérapie
11h-12h30	Balnéothérapie
Repas au restaurant du CHU	
13h30-15h	Activité physique
15h-16h30	Gymnastique

L'appel téléphonique a lieu 3 à 6 mois après la rééducation. Il permet de réaliser le suivi éducatif, une reprise d'éducation selon le questionnement du patient et l'évaluation du MD.

Dans le cadre de cette étude, un appel téléphonique supplémentaire a été réalisé en raison du nombre important de personnes qui n'ont pu être jointes lors de la première tentative. En effet, même si le nombre d'essais est souvent supérieur à 5, ils ont toujours eu lieu pendant les heures dites « de bureau ». Le second appel est passé en dehors des heures habituelles de travail. Les patients contactés ont été remis en situation 6 mois après le MD.

2.3.Critères d'évaluation

Le recueil des informations a lieu à partir du dossier spécifique au MD réalisé après interrogatoire et examen des patients.

Les critères de jugement principaux sont les effets du MD sur la pratique d'activité physique et sur le nombre d'arrêts de travail déclaré par les patients.

Les critères de jugement secondaires sont : l'impact du MD sur la fréquence des douleurs, la gestion des douleurs, la consommation de médicaments et sur la qualité de vie. Ces données sont recueillies à partir des questions posées au moment de l'appel téléphonique de suivi éducatif. Nous étudierons également les consultations éventuelles de professionnels de santé en rapport avec la lombalgie et en dehors du suivi habituel programmé.

2.4. Analyse statistique

Les résultats sont exprimés en pourcentage pour les variables qualitatives et en moyenne \pm déviation standard (DS) pour les variables quantitatives.

La comparaison des moyennes individuelles de jours d'arrêt de travail entre les 12 mois précédents le MD et les mois situés entre le MD et l'appel téléphonique sera évaluée à l'aide d'un test de Student sur série appariée. En ce qui concerne la comparaison de la pratique régulière d'une activité sportive, la mise en évidence d'une augmentation de cette activité sera obtenue à l'aide du test du χ^2 de McNemar (test de fréquence sur 2 échantillons appariés).

Les tests statistiques seront effectués avec un risque de première espèce de 0.05.

Les opérations sont effectuées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007 et du logiciel Stata V10 StataCorp.

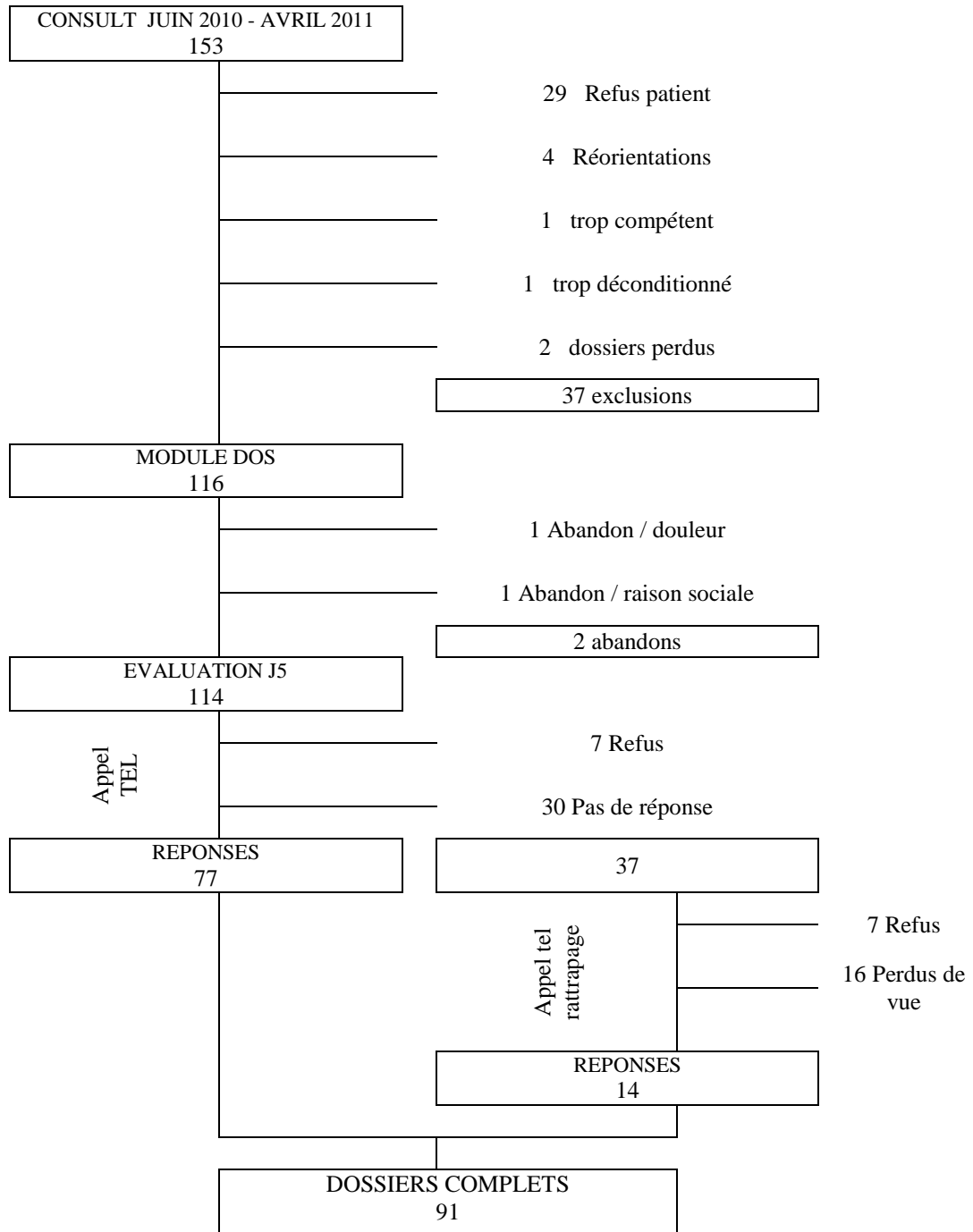
3. RESULTATS

3.1.Population étudiée

La population étudiée est constituée de 91 patients sur les 153 patients vu en consultation dans la période de l'étude (*Figure 1*).

Parmi les 4 patients réorientés, on compte 2 patients opérés et 2 patients récusés en raison d'une probable pathologie inflammatoire.

Fig. 1. Diagramme de Flux.



Les caractéristiques initiales des 91 patients inclus sont présentées dans le *Tableau 2*.

Tab. 2. Caractéristiques de la cohorte.

Patients, n	91
Age, années \pm DS	47,0 \pm 10,2
Ratio femme / homme, n (%)	51 (56,0) / 40 (44,0)
IMC, kg/m ² \pm DS	24,9 \pm 4,0
Durée des douleurs, mois \pm DS	109,1 \pm 124,4
Actif / sans emploi, n (%)	82 (90,1) / 9 (9,9)
Durée arrêt de travail sur 12 mois précédents, jours \pm DS	72,5 \pm 107,6
Arrêt maladie / accident de travail, n (%)	45 (49,5) / 23 (25,3)
Patients en arrêt la semaine précédant le MD, n (%)	24 (26,4)
Adressé par, n (%)	
Généraliste / rhumatologue hospitalier/ rhumatologue libéral	10 (11) / 23 (25,3) / 35 (38,5)
médecin du travail / chirurgien	19 (20,9) / 4 (4,4)
Aucun traitement, n (%)	4 (4,4)
Antalgie palier 1, n (%)	40 (44,0)
Antalgie palier 2, n (%)	46 (50,5)
Antalgie palier 3, n (%)	5 (5,5)
Anti-inflammatoire, n (%)	58 (63,7)
Kinésithérapie, n (%)	81 (89,0)

On peut noter également que 5 (5,5 %) patients ont été opérés du dos. Aucun patient n'est en période aiguë (durée d'évolution inférieure à 4 semaines), 10 (11 %) en période subaiguë (entre 4 et 12 semaines) et 81 (89 %) en période chronique (supérieure à 12 semaines). Trente-six (39,6 %) patients ont consulté un ostéopathe, 52 (57,1 %) ont une ceinture lombaire et 22 (24,2 %) ont bénéficié d'une infiltration. Trente-cinq (38,5%) patients ont déjà eu une formation à l'éducation gestuelle principalement dans la cadre du travail.

Les facteurs psychologiques ont une part importante dans le retentissement de la lombalgie sur la vie quotidienne. Ces facteurs sont évalués à l'aide d'auto-questionnaires dont les résultats sont notifiés dans le *Tableau 3*.

Tab. 3. Auto-questionnaire DRAD, EIFEL, FABQ.

DRAD AQ, % (n=88)	53,7 ± 20,9
DRAD PL, % (n=86)	53,9 ± 24,0
DRAD AD, % (n=87)	39,7 ± 25,6
DRAD S, % (n=87)	32,8 ± 21,8
EIFEL, /24 (n=88)	9,7 ± 5,2
FABQ Physique, /24 (n=83)	14,3 ± 6,4
FABQ Travail, /42 (n=78)	20,2 ± 13,8

Exprimés en moyenne ± Déviation Standard ; DRAD : Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas ; AQ : % de répercussion sur les activités quotidiennes ; PL : activités professionnelles / loisirs ; AD : anxiété / dépression ; S : sociabilité ; EIFEL : Echelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies ; FABQ : fear avoidance belief questionnaire.

Sur l'échelle DRAD, nous pouvons noter un retentissement plus important au niveau des activités de la vie quotidienne, des activités physiques et de loisirs. L'action des lombalgies sur l'anxiété / dépression et sur la sociabilité est assez modérée. L'échelle EIFEL montre quant à elle, un faible retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Les peurs et croyances (FABQ) sont également modérées et plus importantes pour la partie physique.

Ceci correspond à une population qui présente un retentissement modéré des lombalgies sur leur vie quotidienne.

3.2.Critères principaux

La durée séparant le MD de l'appel téléphonique est en moyenne de 7,0 mois \pm 2,3.

Nous avons comparé la moyenne individuelle du nombre de jours d'arrêt de travail par mois entre les 12 mois précédents le MD et les mois séparant le MD de l'appel téléphonique. Neuf patients n'avaient pas de travail avant le MD (7 retraités, 1 personne en invalidité, 1 personne à la recherche d'un emploi). Six patients supplémentaires n'avaient pas de travail au moment de l'appel téléphonique (1 personne en congé parental, 3 personnes en invalidité, 1 personne licenciée, 1 personne à la retraite). Ces 15 patients ont été exclus de l'analyse.

Pour les 76 patients restants, la moyenne du nombre de jours d'arrêt de travail mensuelle est statiquement inférieure après le MD ($p < 0,01$) (Tableau 4).

Tab. 4. test de Student sur série appaillée.

Paired t test

Variable	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
atavant	76	5.236711	.8924005	7.779767	3.458958	7.014464
atapres	76	3.564628	1.057595	9.219903	1.45779	5.671466
diff	76	1.672083	.6924613	6.036738	.292629	3.051536
mean(diff) = mean(atavant - atapres)				t =	2.4147	
Ho: mean(diff) = 0				degrees of freedom =	75	
Ha: mean(diff) < 0	Ha: mean(diff) != 0			Ha: mean(diff) > 0		
Pr(T < t) = 0.9909	Pr(T > t) = 0.0182			Pr(T > t) = 0.0091		

Résultat:

Le t à 97 degrés de liberté est égal à 2,41, donc d'après la Table de Student, $p < 0,05$, on rejette Ho. On retient l'Hypothèse Ha : Moyenne (Avant – Après) appaillée > 0 avec un $p = 0,0091$ ($p < 0,01$)

Sur les 91 patients de la population, 43 (39,1%) pratiquaient régulièrement une activité sportive avant le MD et 57 (51,9%) après le MD. Le pourcentage de patients pratiquant une activité sportive après le MD est significativement plus important que le pourcentage de patients pratiquant une activité sportive avant le MD ($p < 0,05$).

Après le MD, il y a donc moins d'arrêts de travail et plus de personnes qui pratiquent une activité physique.

3.3.Critères secondaires

On peut voir dans le *Tableau 5*, les consultations médicales concernant les lombalgies, en dehors du suivi programmé avant le module.

Tab. 5. Consultation après le MD.

Médecin, n (%)	37 (40,7)
Hospitalisation, n (%)	3 (3,3)
Kinésithérapeute, n (%)	29 (31,9)
Ostéopathe, n (%)	15 (16,5)

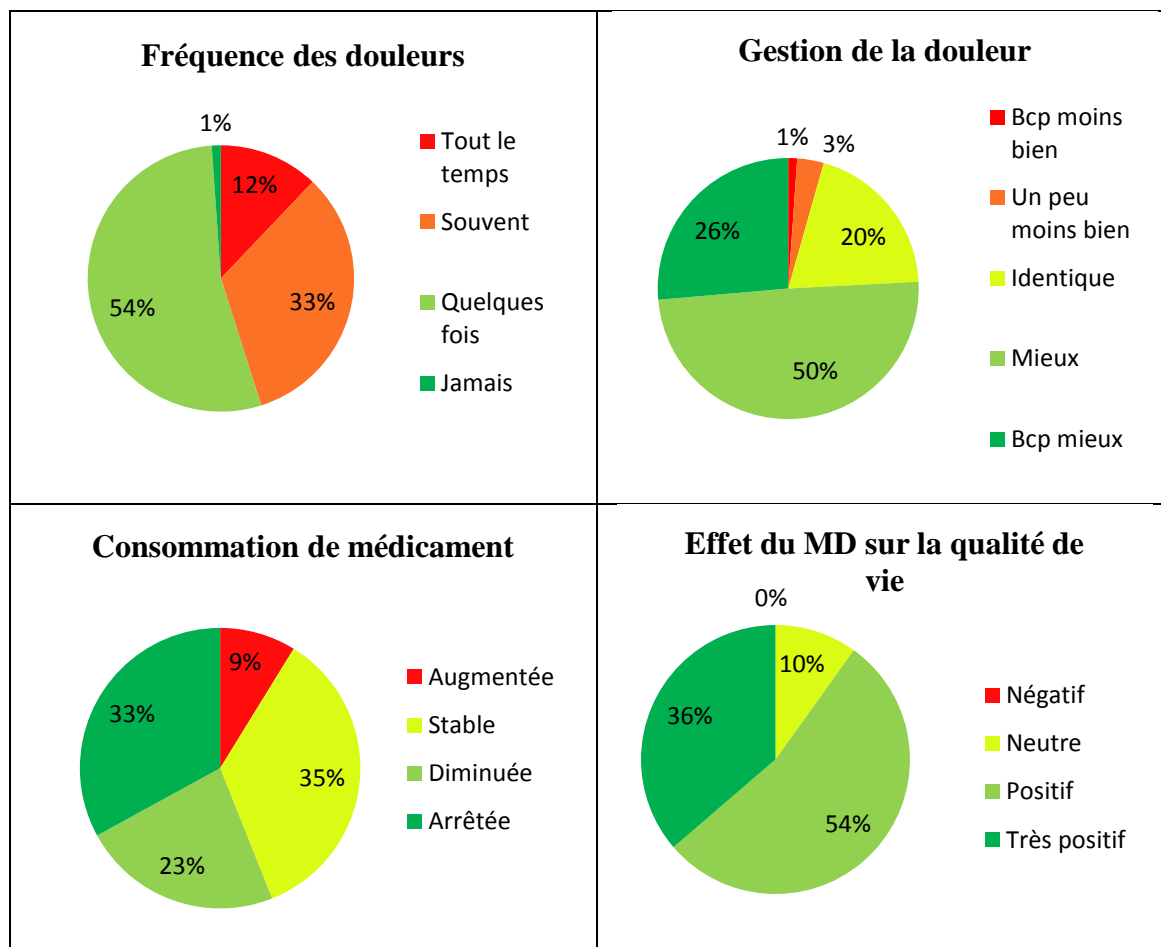
L'analyse de la *Figure 2* nous montre que 54 % des patients déclarent souffrir quelques fois, 1 % jamais et 45 % souvent ou tout le temps.

La gestion de la douleur est améliorée pour 76 % (mieux ou beaucoup mieux). Elle est pareille pour 20 % des patients. Par contre, la gestion de la douleur est diminuée pour 4 % (un peu moins bien ou beaucoup moins bien).

La consommation de médicaments augmente pour 9 % des patients, elle est stable pour 35 %, elle diminue pour 23 % et elle est complètement arrêtée pour 33 % des patients.

L'effet du MD sur la qualité de vie est positif ou très positif pour 90 % des patients et neutre pour 10 % de ceux-ci. Aucun participant n'a trouvé que le MD a eu un effet négatif sur sa qualité de vie.

Fig. 2. Les effets du Module dos.



4. DISCUSSION

A défaut d'être un véritable essai clinique prospectif, cette étude se place dans une démarche d'évaluation de ce programme novateur, nécessaire dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique [18, 21].

Cette évaluation à court terme permet d'appréhender les effets du « Module Dos » sur le travail et sur l'activité physique des patients. En effet, il existe une baisse significative du nombre d'arrêt de travail après le MD et une augmentation significative de la pratique du sport par les patients. Ceci permet de dire que, 7 mois après la réalisation des séances d'éducation thérapeutique, le MD a un effet bénéfique dans la prise en charge des patients lombalgiques non déconditionnés. Ceci est à nuancer en raison de l'absence de groupe témoin, de l'absence de critère objectif d'évaluation et du délai court entre le MD et l'évaluation. La persistance de ces bons résultats à long terme est difficile à appréhender du fait de l'histoire individuelle de chaque patient et de la lombalgie qui évolue par elle-même.

Nous pouvons remarquer que malgré la persistance des douleurs pour 45 % des patients, 76 % des patients déclarent gérer cette douleur mieux ou beaucoup mieux. De même, 66 % des patients ont diminué ou arrêté leur consommation de médicaments. Il est à noter que certains patients trouvent positif de consommer plus de médicaments en raison d'une meilleure gestion de leur traitement en fonction de la douleur ressentie. Enfin, 90 % des patients pensent que le MD a un effet positif ou très positif sur leur qualité de vie. Ces données sont à nuancer en raison de leur caractère auto déclaratif, du fait que l'évaluation est réalisée par une personne de l'équipe et qu'elle fait suite au suivi éducatif et à la reprise d'éducation. Il est très difficile de faire le suivi éducatif et l'évaluation du programme dans un même temps. Il serait nécessaire de réaliser soit un deuxième appel dédié à l'évaluation soit de réaliser cette évaluation par courrier ou par messagerie électronique. Mais ceci augmenterait le temps de travail du personnel hors des soins ainsi que les coûts de fonctionnement.

A noter également que cette étude a nécessité un appel de rattrapage. Nous avons demandé à ces patients joints tardivement de se remettre en situation 6 mois après le MD. Les données ainsi obtenues sont donc moins fiables en raison du délai supplémentaire.

Le recrutement des patients devra être amélioré. Vingt-neuf patients soit 19 % des 153 consultations effectuées ont refusé de participer au MD. La durée d'évolution des douleurs avant la participation au programme est très élevée. Ceci s'explique en partie en raison du peu de personnes adressées par leur médecin généraliste. Onze pour cent des participants est adressé par un généraliste contre 63,8 % par un rhumatologue hospitalier ou libéral. Les délais de consultation avec un spécialiste peuvent être longs et reportent donc la participation au MD. Il se pose donc la question de la diffusion de l'information auprès des médecins généralistes. Ils ont besoin de connaître l'existence de ce programme, la population cible et le contenu éducatif pour pouvoir expliquer aux patients la teneur et la finalité du MD.

Le nombre important des perdus de vue (23 patients ont refusé de répondre à l'appel ou n'ont pu être joints) démontre une faible adhésion de ces patients au programme. Ils n'ont pas vu l'intérêt de faire le suivi éducatif. Sont-ils insatisfaits ? Ceci nuance également les bons résultats de cette étude.

Pendant le MD, divers documents sont remis aux patients. Ceux-ci concernent par exemple des exercices de gainage, des rappels en ergothérapie, des notions sur la manutention et le port de charges ainsi que sur la pharmacologie. L'intérêt d'un livret d'information a été démontré [22]. Un tel livret organisé pourrait améliorer la prise en charge, entraînant néanmoins des coûts supplémentaires.

La séance de relaxation effectuée au milieu du module est en générale très appréciée. Le rôle de la musique n'est probablement pas assez mis en valeur. Nous pourrions conseiller aux patients de faire des séances de musicothérapie à domicile, sans le moindre frais, puisque une étude a prouvé son efficacité [23].

Comparer l'efficacité de ce programme d'éducation thérapeutique à celle des écoles du dos et des programmes de restauration fonctionnelle du rachis est difficile en raison de critères d'inclusions différents. Les patients déconditionnés sont exclus du MD alors qu'ils sont inclus dans les programmes de restauration fonctionnelle. Nous pouvons néanmoins souligner l'importance de l'activité physique régulière comme facteur prédictif d'efficacité de ces programmes [9]. Nous pouvons dire que chaque programme, avec ses spécificités de recrutement, a sa place dans la prise en charge globale de la lombalgie.

Ceci est une première étude d'évaluation d'un programme novateur basé sur les principes d'éducation thérapeutique. Ces résultats positifs sont très encourageants. Le « Module Dos » mérite de se développer et les efforts effectués pour le pérenniser

doivent se poursuivre. Il faudra maintenant réaliser une autre étude avec un suivi plus long dans le but de continuer l'évaluation de ce programme en perpétuelle amélioration.

Conflit d'intérêt :

Aucun.

THESE SOUTENUE PAR : Guillaume FAVARIO

TITRE : Evaluation à court terme d'un programme d'éducation thérapeutique pour patients lombalgiques : Le « Module Dos » du CHU de Grenoble.

CONCLUSION

La lombalgie est une affection fréquente. La prévalence dans une population française de 30 à 64 ans pour une lombalgie d'au moins un jour est de 55 %, et de 17 % pour une durée de plus de trente jours. La lombalgie chronique représente 5 % à 10 % des lombalgies mais induit 70 % à 80 % des coûts. Les facteurs de risque de passage à la chronicité sont maintenant connus en dépit d'une méthodologie des études difficile à mettre en œuvre. On peut citer entre autres : la sévérité de la douleur, l'inadaptation physique et l'insatisfaction professionnelle, un bas niveau d'éducation et de ressources, un terrain dépressif, une prise en charge au titre d'un accident du travail ou en cas de litige médico-légal.

Une prise en charge multidisciplinaire des patients lombalgiques est apparue en Scandinavie au début des années 1980 sur le modèle biopsychosocial puis en Amérique du Nord sur la notion de déconditionnement à l'effort. Plus récemment, les programmes d'éducation thérapeutique se sont développés.

Le CHU de Grenoble a décidé en 2005 de développer un programme court d'éducation thérapeutique pour patients lombalgiques non déconditionnés : « le Module Dos » (MD). Il est constitué de trois parties :

- La consultation de préadmission avec recherche des critères d'inclusion (patients lombalgiques subaigus ou chroniques sans déconditionnement, risque de passage à la chronicité, postopératoire), recherche des critères d'exclusion (déconditionnement physique, effets saboteurs) et établissement du diagnostic éducatif.

- Les 5 jours d'éducation thérapeutique, en hospitalisation de jour avec un entretien individuel pour l'évaluation des acquis et la recherche de but par le patient au cinquième jour. Des réunions quotidiennes ont lieu pour le personnel pour adapter la prise en charge à chaque patient.

- Un appel téléphonique 6 mois après la fin du MD pour réaliser le suivi éducatif, faire une reprise éducative si nécessaire et faire l'évaluation du patient et du MD.

Le but de ce travail est de réaliser une première évaluation de ce programme novateur. Cette étude d'évaluation des pratiques professionnelles est rétrospective de type « avant-après ». L'évaluation se fait en moyenne 7 mois après la réalisation du MD. Les critères de jugement principaux sont l'impact du MD sur le nombre d'arrêts de travail et sur la pratique d'une activité physique régulière. Les critères secondaires sont l'impact du MD sur la fréquence et la gestion des douleurs, la consommation de médicaments et sur la qualité de vie.

Quatre-vingt-onze patients (51 femmes) ayant effectué la totalité du MD sont inclus. L'âge moyen est de 47 ans, 5 patients ont été opérés, la durée moyenne d'évolution des douleurs est de 109.1 mois et 35 patients ont déjà bénéficié d'une formation gestes et postures majoritairement dans un cadre professionnel. Le MD a un effet positif sur le nombre d'arrêts de travail et sur la pratique du sport. On retrouve une baisse statistiquement significative du nombre d'arrêts de travail après le MD et une augmentation statistiquement significative de nombre de patients pratiquant une activité physique régulière. 45 % des patients déclarent souffrir tout le temps ou souvent et 55 % quelques fois ou jamais cependant la gestion de la douleur est améliorée pour 76 % (mieux ou beaucoup mieux). La consommation de médicaments augmente pour 9 % des participants, elle est stable pour 35 %, diminuée pour 23 % et arrêtée pour 33 %. Enfin, l'effet du MD sur la qualité de vie est neutre pour 10 % mais il est positif pour 54 % et très positif pour 36 % des patients.

En dépit d'une méthodologie difficile à mettre en place, l'impact du Module dos est très positif pour la population cible. Ceci conforte la place de ce programme d'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients lombalgiques non déconditionnés.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 13/9/2012

LE DOYEN

Pr. J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

Pr. R. JUVIN

A handwritten signature in black ink, appearing to be "R. JUVIN", written over a light blue horizontal line.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. *Ann Readapt Med Phys* 2007 ; 50, p. 633-9.
- [2] Valat JP, Rozenberg S, Bellaïche L. Lombalgie. Critères cliniques et d'imagerie. *Rev Rhum* 2010 ; 77, p. 158-66.
- [3] Direction générale de la santé. Rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de Santé Publique, dossier lombalgie. Paris 2003.
- [4] Valat JP, Mammou-Mraghnis S, Mulleman D. Comment évoluent les lombalgies communes ? *Rhumatologie* 2004 ; 56, p. 4-6.
- [5] Nguyen C, Poiraudau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Rev Rhum* 2009 ; 76, p. 537-42.
- [6] Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poireaudau S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka Demaille S, et al. Chronicité, récurrence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. *Ann Readapt Med Phys* 2004 ; 47, p. 179-89.
- [7] Lankhorst GJ, Van de Stadt RJ, Vogelaar TW, et al. The effect of the swedish back school in chronic idiopathic low-back pain. A prospective controlled study. *Scan J Rehabil Med* 1983; 15, p. 141-5.
- [8] Genevais S, Cedraschi C. Quelles leçons pratiques tirer des traitements en groupe de la lombalgie commune ? *Rev Med Suisse* 2008 ; 4, p. 604-7.
- [9] Donskoff C. Place de la prise en charge globale dans la lombalgie chronique. *Rev Rhum* 2011 ; 78 (S2), p.79-82.
- [10] Mayer TG, Gatchel RJ, Kishino N, Keeley J, Capra P, Mayer H, et al. Objective assessment of spine function following industrial injury. A prospective study with comparison group and one-year follow-up. *Spine*, 1985; 10, p. 482-93.

- [11] Mayer TG, Smith SS, Keeley J, Mooney V. Quantification of lumbar function. Part 2: Sagittal plane trunk strength in chronic low-back pain patients. *Spine*, 1985; 10, p. 765-72.
- [12] Poiraudau S, Rannou F, Revel M. Intérêts du réentrainement à l'effort dans la lombalgie : le concept de restauration fonctionnelle. *Ann Readapt Med Phys* 2007 ; 50, p. 419-24.
- [13] Bontoux L, Roquelaure Y, Billabert C, et al. Etude du devenir à un an de lombalgiques chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique. Recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. *Ann Readapt Med Phys* 2004 ; p. 563-72.
- [14] Beaudreuil J, Kone H, Lasbleiz S, Vicaut E, Richette P, Cohen-Solal M, Lioté F, de Vernejoul MC, Nizard R, Yelnik A, Bardin T, Orcel P. Efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle pour lombalgie chronique : étude prospective sur un an. *Rev Rhum* 2010 ; 77, p. 291-95.
- [15] Beauvais C. L'éducation thérapeutique : principes et réalisation pratique. *Réflexions Rhumatologiques* 2012 ; 148, p. 7-8.
- [16] Grange L. L'éducation thérapeutique : cadre réglementaire. *Réflexions Rhumatologiques* 2012 ; 148, p. 19-22.
- [17] Recommandations HAS. Education thérapeutique du patient : définition, finalité et organisation. Juin 2007.
- [18] Recommandations HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007.
- [19] Loi du 21 juillet 2009. « Hôpital, patients, santé et territoires » (Art. L.1161-1 à 1161-4), Code de la santé publique.
- [20] Institut National de la Consommation. 60 millions de consommateurs : Vaincre le mal de dos. 2011 ; Hors-série 155.

- [21] Gagnayre R, D'Ivernois JF. Les compétences des soignants en éducation thérapeutique. *Adsp* 2005 ; 52, p. 69-72.
- [22] Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaim C, Hérisson C, Pelissier J, Poiraudau S. Un simple livret d'information peut contribuer à réduire l'incapacité fonctionnelle de patients lombalgiques subaigus et chroniques. Etude contrôlée randomisée en milieu de rééducation. *Ann Readapt Med Phys* 2006 ; 49, p. 600-608.
- [23] Guétin S, Coudeyre E, Picot MC, Ginies P, Graber-Duvernay B, Ratsimba D, Vanbiervliet W, Blayac JP, Hérisson C. Intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge de la lombalgie chronique en milieu hospitalier (étude contrôlée, randomisée sur 65 patients). *Ann Readapt Med Phys* 2005; 48, p. 217-224.

ANNEXE



Clinique Universitaire de Rhumatologie

BILAN PARTAGE PLURIDISCIPLINAIRE

MODULE DOS

Nom du patient :

Date :

Médecin :

Kinésithérapeute :

Ergothérapeute

Date de naissance :

Adresse :

Profession :

Situation familiale :

Numéro de téléphone :

Domicile :

Portable :

Professionnel :

Nom du médecin traitant :

Nom du médecin spécialiste (rhumatologue) :

Nom du médecin du travail :

Nom du neurochirurgien :

Autres soignants : Kinésithérapeute :

Diététicienne :

Psychologue :

Assistante sociale :

Autres :

Adressé par :

Diagnostic médical :

Imagerie :

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :

Taille :

Poids :

Régime alimentaire :

Histoire de la maladie

Date de début :

Circonstances d'apparition :

Evolution :

Chronique continue :

Chronique par intermittence : nombre d'épisodes dans l'année :

Durée moyenne des épisodes

1^{er} épisode ?
Arrêt de travail

EVA (moyenne des 3 derniers jours) :

Radiculalgie :

La douleur perturbe-t-elle votre sommeil ? 1. oui 2. non

Evolution de la douleur au cours de la journée : *x nuit - matin*

Avez-vous remarqué ce qui augmente votre douleur ?

(Position assise, rotation, flexion, port de charge...) 2

Avez-vous remarqué ce qui la diminue ? *position - activité*

Que faites-vous (ou qu'avez-vous essayé de faire) pour diminuer votre douleur ?

(Acquisition de nouvelles habitudes, gestes, adaptation de l'environnement ...)

Connaissances sur la maladie

Que savez-vous de votre pathologie ?

Que vous a-t-on dit ?

Selon vous à quoi est due votre douleur ?

Pensez-vous que cela soit grave ? (situation de handicap)

Comment pensez-vous que les choses peuvent évoluer ?

Pensez-vous que certains mouvements liés à vos habitudes de vie (travail, activités domestiques, jardinage, sport...) puissent influencer votre douleur ?

- comment ça m'impacte au travail ...

Connaissances sur les traitements

Quels sont les traitements que vous avez eus pour votre maladie ?

Traitement médical ?

Hospitalisation ?

Infiltration ?

Manipulation ?

Chirurgie ?

Actuellement quel est votre traitement ?

Pouvez-vous me citer le nom de vos médicaments ?

Comment les prenez-vous ?

Savez-vous à quoi ils servent ? Qu'en attendez-vous ?

Pensez-vous qu'ils puissent avoir des effets indésirables ? Lesquels ?

Connaissez-vous (avez-vous essayé) d'autres types de traitements ?
(MK, ceinture, médecines douces, autres...)

Traitement kiné : depuis quand ? *combien de temps.*
et quand arrêté

Pouvez-vous me décrire votre traitement ?

Quel est l'impact de ce traitement sur votre lombalgie ?

Les gestes préventifs

	Oui	Non	Un peu
Les connaissez-vous ?			
Les pratiquez-vous dans les AVJ ?			
Les pratiquez-vous dans le travail ?			

Avez-vous suivi une formation d'éducation gestuelle et posturale ? Précisez :

Retentissement de la lombalgie sur la vie quotidienne

Habitudes de vie quotidienne :

Déplacements habituels :

Voiture (trajets longs, manœuvres...) :

Transports en commun :

Vélo, moto/scooter, autres...

Marche :

Logement (maison, appartement, escaliers, jardin, chauffage bois...)

- Rencontrez-vous des difficultés dans la réalisation des gestes quotidiens (courses, ménage, repassage...)?

technique repasser - aspirateur - hauteur marche

- Qu'avez-vous changé ou supprimé ? (Aides techniques ? personnes ressources ?)

- technique
- fractionnement sur les jours
- Aide

Tests d'aptitudes :

	Compétences en gestuelle au quotidien			Commentaires
	Oui	Non	Un peu	
Ramasser un stylo au sol				
Devant le lavabo				
Passer l'aspirateur				
Prendre une charge au sol				Poids maxi soulevé :
Prendre une charge en hauteur				
S'accroupir				
Position assise				

Tests fonctionnels :

Genu-flexions : (combien ?)
 Equilibre monopodal :
 Marche sur les talons :
 Marcher sur la pointe des pieds :

Tests de capacité musculaire : Shirado : _____ mn _____ s
 Ito : _____ mn _____ s
 Quadriceps : _____ mn _____ s

Schöber : /10

Extensibilité
+ de 10% de la seule.

Ischio-jambiers

Date			
Droit			
Gauche			



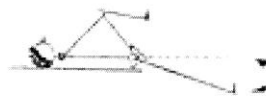
Droit antérieur

Date			
Droit			
Gauche			



Psoas Iliaque

Date			
Droit			
Gauche			



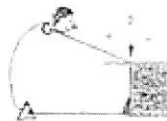
Chaîne postérieure (debout)

Date			
Mesure			



Chaîne postérieure (assis)

Date			
Mesure			



Retentissement de la lombalgie sur la vie professionnelle

Avez-vous une activité professionnelle ? Laquelle ?

Temps de travail :

- Plein temps
- Temps partiel : %, choisi ? oui non

Quelle est votre situation actuelle ?

Arrêt maladie (date :)
Accident de travail (date :)
Rechute d'accident de travail (date :)
Maladie professionnelle (date :)
Autre situation : _____

Nombre d'arrêt de travail sur les 12 derniers mois : _____

Nombre de jours d'arrêt de travail sur les 12 derniers mois

En maladie : _____, en AT : _____

Avez-vous des difficultés en rapport avec la lombalgie dans le cadre de votre travail ? Lesquelles ?

Votre entourage professionnel connaît-il votre problème ?

Trouvez-vous de l'aide auprès de vos collègues ou de votre employeur ?

Rencontrez-vous des difficultés dans le cadre de votre activité professionnelle ?
(Autres que celles dues à la lombalgie)

Non, personnel ET surcharge de travail

Description du poste de travail : (travail d'équipe, taches effectuées...):

-
-
-
-

	oui	non	commentaires
Travail assis			
Travail debout			
Ports de charge			
Manutention de personne et d'objet			
Matériel utilisé/ personnes ressources			Aide technique à la manutention
Déplacements professionnels			
Pénibilité du travail (Moral et physique)			
Difficultés en rapport avec la lombalgie			
Aménagements souhaités			

BILAN MEDICAL

Antécédents

- personnels :
 - o médicaux :
 - o chirurgicaux
 - o Allergie
- familiaux :
- facteurs de risque (tabac, alcool, ostéoporose..) :

Traitement médical habituel :

Histoire de la maladie et traitement médical :

Autres traitements :

- TENS
- Ceinture
- Acupuncture
- Ostéopathie
- Autres

Echelles

DALLAS	
EIFEL	
FABQ	

Examen clinique

Poids : taille : BMI :

TA : FC :

Etat général :

- Asthénie :
- Amaigrissement :
- Anorexie :
- retentissement sur le sommeil :
- EVA : - Schöber :

Locomoteur	
Neurologique	
Psychiatrique / Ressenti de la maladie	
Particularités du reste de l'examen général	

Contre-indications :

Pratique de l'activité physique : oui non
Balnéothérapie : oui non

IMAGERIE

BIOLOGIE

CONCLUSION

En conclusion

Par rapport à votre situation actuelle (en rapport avec la lombalgie)
quelles sont les choses que vous souhaitez améliorer en priorité ?
(Court et long terme)

Apprehension p/an nocturne - pour la suite

Quelles sont vos attentes par rapport au programme **MODULE
DOS** ?

Conduite à tenir :

**QUESTIONNAIRE DE SUIVI A DISTANCE
DU MODULE DOS**

NOM :
PRENOM :

AGE :
PROFESSION :

DATE MODULE : au

DATE APPEL :

QUESTION 1 : Depuis le module dos, avez-vous eu mal au dos ?

- jamais quelquefois souvent tout le temps.

QUESTION 2 : A la fin du module, vous estimiez votre douleur de dos à sur une échelle de 0 à 10. Où vous situez-vous aujourd'hui (moyenne des 3 derniers jours) ?

EVA à J5 : EVA aujourd'hui :

QUESTION 3 : Depuis votre venue au module, comment avez-vous géré votre douleur de dos ?

- beaucoup mieux mieux pareil
 un peu moins bien beaucoup moins bien.

QUESTION 4 : Avez-vous pu utiliser une partie de ce que vous avez appris au module dos en économie rachidienne ?

- Oui. Exemple :
- Non. Pourquoi selon vous ?
- manque de motivation
- manque de capacité
- autre. Précisez :

QUESTION 5 : Avez-vous fait des changements utiles pour votre dos dans votre environnement (à la maison ou au travail) ?

- Oui. Non.

Précisez :

QUESTION 6 : Depuis le module, votre appréhension pour porter des charges a plutôt :

- augmenté n'a pas changé un peu diminué beaucoup diminué

QUESTION 7 : Avez-vous pu reprendre des activités physiques (habituelles ou modifiées) ?

- Oui. Précisez :
- Non. Pourquoi selon vous ?
- douleur peur autre motif (manque de temps, de goût, ...).
- Précisez :
-

QUESTION 8 : Depuis le module, vous sentez-vous plus compétent pour la gestion de vos médicaments pour le dos ?

- absolument pas plutôt pas un peu plus beaucoup plus

QUESTION 9 : Par rapport à votre consommation de médicaments pour le dos avant le module, diriez-vous que votre consommation aujourd'hui a plutôt :

- augmenté n'a pas changé diminué arrêté

QUESTION 10 : Avez-vous, depuis le module, consulté des professionnels de santé à cause de votre dos (nouvelles consultations en dehors de la continuité des soins) ?

- oui non

si oui, lesquels ?

- médecin kinésithérapeute hospitalisation
 chirurgien médecines non conventionnelles autres

Nombre de consultations :

Nombre de jours d'hospitalisation :

QUESTION 11 : Combien de fois avez-vous été en arrêt de travail à cause de votre dos depuis le module (précisez le nombre de jours) ?

..... fois jours

QUESTION 12 : Quel impact, selon vous, a eu le module dos sur votre qualité de vie ?

- négatif neutre plutôt positif très positif.

EVALUATION A COURT TERME D'UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE POUR PATIENTS LOMBALGIQUES : LE « MODULE DOS » DU CHU DE GRENOBLE

RESUME

Objectifs. – Evaluer l'impact d'un programme court d'éducation thérapeutique pour patients lombalgiques avec comme critères principaux le retour au travail et la reprise des activités physiques à 6 mois. Les critères secondaires sont l'impact du Module Dos sur la fréquence et la gestion de la douleur, la consommation de médicaments et la qualité de vie.

Méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective, de type « avant-après ». Les patients inclus sont ceux qui ont bénéficié de la consultation de préadmission entre le mois de juin 2010 et le mois d'avril 2011 et qui ont participé à la totalité du programme (consultation de préadmission, cinq jours d'éducation thérapeutique et réponse à un appel téléphonique à 6 mois).

Résultats. – Quatre-vingt-onze patients ont été inclus. Cette étude démontre que le nombre d'arrêts de travail diminue dans les mois qui suivent le « Module Dos », et que le nombre de patients pratiquant régulièrement une activité physique augmente. De plus, 56 % des patients affirment consommer moins de médicaments, 76 % avoir une meilleure gestion de leurs douleurs et 90 % pensent que le « Module Dos » a eu un effet positif sur leur qualité de vie.

Conclusion. – Ceci est une première étude d'un programme novateur d'éducation thérapeutique. Ses résultats positifs sont très encourageants pour le développement de ce type de programme.

Mots clefs : lombalgie, éducation thérapeutique, évaluation.