



HAL
open science

Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique au Centre Hospitalier de Libourne

Jonathan Ricard

► **To cite this version:**

Jonathan Ricard. Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique au Centre Hospitalier de Libourne. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01970439

HAL Id: dumas-01970439

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970439>

Submitted on 5 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique au Centre Hospitalier de Libourne

Jonathan Ricard

► **To cite this version:**

Jonathan Ricard. Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique au Centre Hospitalier de Libourne. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-01970439>

HAL Id: dumas-01970439

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970439>

Submitted on 5 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

Thèse N° 110

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 octobre 2018

Par Monsieur RICARD Jonathan

né le 15/10/1988 à LIBOURNE

**Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du
patient lombalgique chronique au Centre Hospitalier de Libourne**

Directeur de thèse

Docteur TRAISSAC Éric

Jury

Professeur DE-SEZE Mathieu.....Président

Docteur MAGOT Laurent.....Rapporteur

Docteur ADAM Christophe.....Juge

Docteur JEANMAIRE Yves.....Juge

Remerciements

À mon directeur de thèse

Monsieur le **Docteur Éric TRAISSAC**

Praticien hospitalier.

Responsable du service de Médecine physique et réadaptation du Centre Hospitalier de Libourne.

Monsieur, je vous remercie de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de diriger cette thèse. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

À mon Jury de thèse

Monsieur le **Professeur Mathieu DE-SEZE**

Professeur des universités.

Praticien hospitalier.

Responsable de l'unité de médecine orthopédique et sportive du service de Médecine physique et réadaptation du CHU de Bordeaux.

Monsieur, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie d'avoir accepté cette invitation en ce jour si important pour moi. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le **Docteur Laurent MAGOT**

Maître de conférence associé.

Médecin généraliste.

Laurent, tu as accepté de réaliser le rapport de cette thèse et de siéger au sein de ce jury. Je te remercie de me permettre de soutenir ce travail. Tes remarques très pertinentes m'ont énormément apporté.

Merci pour ton engagement dans notre formation de médecin généraliste.

Monsieur le **Docteur Christophe ADAM**

Maître de conférence associé.

Médecin généraliste.

Monsieur, vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet en acceptant mon invitation. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

Monsieur le **Docteur Yves JEANMAIRE**

Médecin généraliste.

Yves, merci d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse. Je te remercie pour la confiance que tu m'as accordée dès le début de mes remplacements et aujourd'hui encore.

À mes parents,

Merci pour votre amour inconditionnel et votre soutien permanent durant toutes ces années. Quelques lignes seront bien peu pour vous exprimer toute ma reconnaissance et tout mon amour.

Un grand merci à ma mère pour sa relecture attentive.

À Aurélie et Maud,

Merci à mes deux grandes sœurs en or qui me guident et sur qui je peux toujours compter.

À Caroline,

Merci pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien. Tes élèves ont de la chance de t'avoir. Moi aussi.

À François,

Merci pour ta vision de la vie.

À Louise, Anna et Benjamin,

Merci pour votre joie de vivre et votre amour. N'oubliez jamais vos rêves d'enfants.

À Chantal,

Merci d'avoir ouvert la voie médicale et paramédicale à toute la famille.

À Marc,

Merci pour ton accueil, je me suis toujours senti chez moi auprès de vous.

À ma grand-mère,

Merci pour ton amour et ton soutien tout au long de mes études.

À l'ensemble de ma famille,

Merci pour tous les bonheurs, petits ou grands, vécus ensemble depuis ma tendre enfance.

À mes amis, qu'ils soient proches ou loin,

Merci pour tous les moments que nous avons pu partager et pour ceux à venir.

Un merci tout particulier à Alexandre, Coraline, Sarah, Mathieu et Thomas.

À toute l'équipe du service de Médecine physique et réadaptation du Centre Hospitalier de Libourne pour son accueil durant toute la durée de mes travaux.

Et enfin, merci à **toutes les équipes médicales et paramédicales** qui m'ont accompagné durant toutes ces années de formation.

Table des matières

1. Introduction et justification de l'étude	7
1.1. La lombalgie chronique : un enjeu de santé publique	7
1.2. L'éducation thérapeutique du patient : un sujet d'actualité	9
1.3. Les grands axes de l'éducation thérapeutique du patient lombalgique .	12
1.4. La démarche éducative dans les lombalgies chroniques	14
1.5. Évaluation du patient lombalgique chronique.....	15
1.6. Question de recherche et objectifs	17
2. Méthode	18
2.1. Type d'étude	18
2.2. Population de l'étude.....	18
2.3. Critères de jugement	19
2.4. Mode de recueil des données.....	19
2.5. Aspects réglementaires et éthiques	20
2.6. Mode d'analyse des données	20
3. Résultats	21
3.1. Caractéristiques de la cohorte.....	21
3.2. Caractéristiques des perdus de vue	24
3.3. Critère de jugement principal	25
3.4. Critères de jugement secondaires	27
4. Discussion	28
4.1. Discussion de la méthode	28
4.1.1. Type d'étude	28

4.1.2.	Population de l'étude.....	29
4.1.3.	Critères de jugement.....	30
4.1.4.	Durée du suivi.....	31
4.2.	Force de l'étude.....	32
4.3.	Faiblesse de l'étude.....	32
4.3.1.	Manque de puissance.....	32
4.3.2.	Les biais.....	33
4.4.	Discussion des résultats.....	35
4.5.	Perspectives.....	37
5.	Conclusion.....	38
	Bibliographie.....	40
	Annexe 1 : Cercle vicieux de la douleur chronique en fonction des craintes du patient.....	48
	Annexe 2 : Echelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL).....	49
	Annexe 3 : Echelle de Québec.....	50
	Annexe 4 : Auto-questionnaire de Dallas.....	51
	Annexe 5 : Questionnaire de suivi à distance du programme d'éducation thérapeutique.....	53
	Annexe 6 : Contenu du programme d'éducation thérapeutique étudié.....	56
	Serment médical.....	60

1.Introduction et justification de l'étude

1.1. La lombalgie chronique : un enjeu de santé publique

La lombalgie représente un problème de santé publique majeur pour les pays industrialisés du fait de sa fréquence et de ses conséquences humaines et socio-économiques. C'est une des affections les plus répandues. Elle est couramment décrite comme le « mal du siècle ». En effet, 84% des personnes auront un épisode de lombalgie au cours de leur vie(1). En France, pour la tranche d'âge 30-64 ans, la prévalence d'une lombalgie d'au moins un jour est de 55% et de 18% pour une durée de plus de trente jours(2). Il s'agit également d'une affection récidivante : son taux de récurrence est de 70% après un premier épisode(3). Elle est classée parmi les motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale : au deuxième rang dans sa forme aiguë, et au huitième dans sa forme chronique(4). En moyenne chaque année, un médecin généraliste français voit 92 patients pour une lombalgie, qui consultent en moyenne une fois et demi pour ce problème de santé(5).

Selon la définition de la Société Française de Rhumatologie(6), la lombalgie est une douleur lombo-sacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou, mais avec prédominance de la douleur lombo-sacrée. La lombalgie n'est donc pas une maladie mais un symptôme douloureux. L'étiologie de ce symptôme est dans 99% des cas en rapport avec une maladie bénigne où l'identification de l'origine de la douleur reste la plupart du temps inconnue(7)(8). La lombalgie est alors dite non spécifique (ou commune) par opposition à la lombalgie symptomatique d'une affection du rachis telle qu'un cancer, une fracture, une infection ou une maladie inflammatoire(7)(9).

Dans 90% des cas les lombalgies guérissent spontanément en moins de 4 à 6 semaines(10). Mais pour 8% des patients, les douleurs persistent au-delà de trois mois : c'est la lombalgie chronique(11). Il s'agit d'un symptôme relativement fréquent qui altère la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes et peut provoquer une incapacité fonctionnelle invalidante. Elle est d'ailleurs classée au premier rang de toutes les affections chroniques incapacitantes dans le monde(12).

La lombalgie est coûteuse pour la société, principalement à cause des dépenses liées à la lombalgie chronique et aux arrêts de travail.

Les statistiques montrent qu'une lombalgie sur cinq entraîne un arrêt de travail en France(13), qu'elle est responsable de 30% des arrêts de travail de plus de 6 mois, et qu'elle représente la troisième cause d'admission en invalidité pour le régime général de l'Assurance Maladie(13). Dans sa forme chronique elle constitue la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés européens de moins de 45 ans(14). La lombalgie est également un motif fréquent d'accident du travail puisque ce motif représente 20% du nombre total des accidents de travail(15). Il est important de signaler que plus l'arrêt de travail est long, plus les chances de reprise du travail diminuent : elles sont de 40 % après 6 mois d'arrêt, de 20 % après 1 an et quasi nulles après 2 ans(16).

Des études économiques récentes ont évalué le coût financier de la lombalgie en France. Ainsi pour la branche maladie du régime général de l'Assurance Maladie, les dépenses annuelles liées à la lombalgie s'estiment à 661 millions d'euros dont 353 millions pour les arrêts de travail(15). Pour la branche accidents du travail/maladies professionnelles de l'Assurance Maladie, les dépenses s'estiment à un milliard d'euros par an, dont 580 millions d'euros

pour les arrêts de travail, soit l'équivalent du coût de l'ensemble des autres troubles musculo-squelettiques(17).

Il est très important de noter que 8% des patients lombalgiques deviennent douloureux chroniques, et que ces 8% correspondent à 85% des dépenses de santé liées à la lombalgie(18). Ses dépenses incluent les coûts médicaux directs (traitements, visites médicales, hospitalisations) et indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de productivité). Une étude économique publiée en 2010 a évalué à 1430 euros le coût direct annuel moyen d'un patient lombalgique chronique en France. L'extrapolation de ces coûts à l'ensemble de la population française conduit à une estimation annuelle de 2,7 milliards d'euros soit environ 1,5 % de l'ensemble des dépenses de santé annuelles en France(4)(19).

Au vu de toutes ces données on comprend aisément pourquoi l'optimisation du parcours de prévention et de soin des patients fait partie des priorités de l'Assurance Maladie en 2017 afin d'éviter la chronicisation de la lombalgie non spécifique et réduire les dépenses de santé(20). L'Assurance Maladie a ainsi lancé en novembre 2017 une campagne publicitaire grand public intitulée "Mal de dos? Le bon traitement c'est le mouvement", afin d'encourager l'exercice physique(15).

1.2. L'éducation thérapeutique du patient : un sujet d'actualité

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus de soin médical fondé sur la formation du patient(21). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique(22).

L'objectif sous-jacent est d'inciter le patient à effectuer un changement et à être acteur de sa santé(23).

Les prémices de la démarche éducative dans la lombalgie sont apparues avec les écoles du dos et les programmes de réadaptation multidisciplinaire. Les écoles du dos, ont été créées en 1969 en Suède(24) et fournissent aux patients des informations à visée préventive sur les mouvements et les postures. Elles n'ont jamais démontré leur efficacité(25)(26). Les programmes de réadaptation multidisciplinaire, allient à partir de la fin des années 1980(27) une prise en charge physique et ergonomique intensive à un soutien psychosocial dans le but d'améliorer la confiance corporelle des patients. Une étude Cochrane publiée en 2014(28) confirme le gain apporté au patient par la réadaptation biopsychosociale multidisciplinaire sur les douleurs, les fonctions quotidiennes et la capacité au travail mais face à des effets d'une ampleur modeste et à des exigences élevées en matière de coûts et de temps, elle s'adresse aux patients pour lesquels la lombalgie a un impact psychologique et social important(28)(29).

Récemment, des programmes formalisés, reposant sur les principes de l'ETP, ont vu le jour dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Ces programmes visent à apporter des connaissances aux patients afin qu'ils acquièrent un savoir-faire adapté pour mieux vivre avec leur mal de dos, surmonter leurs limitations fonctionnelles et reprendre progressivement leurs activités habituelles. C'est une action de prévention tertiaire. L'objectif est de prévenir la désocialisation et l'incapacité des patients.

Les données de la littérature sur l'ETP dans la lombalgie chronique sont pauvres et son efficacité reste incertaine(21)(30), ne permettant pas de conclure sur sa place précise dans l'arsenal thérapeutique du lombalgique chronique. De

plus, l'absence de préconisation sur l'organisation et le contenu de cette démarche ainsi que la diversité des critères d'évaluation utilisés dans les études rend difficile la comparaison des résultats et la possibilité de dégager des recommandations fortes pour la pratique clinique(21). Selon une revue de littérature, l'ETP basée sur le modèle biopsychosocial est recommandée en prévention secondaire(21). Son efficacité reste à démontrer dans la forme chronique de la lombalgie. L'évaluation disponible dans la forme chronique concerne principalement des programmes d'information ou bien des programmes d'ETP associés à d'autres interventions ne permettant de faire ressortir une efficacité spécifique(31). Le « Guide du dos », version française validée du « Back Book », est un livret d'information sur la lombalgie qui peut contribuer à réduire l'incapacité fonctionnelle des lombalgiques subaiguës et chroniques hospitalisés en rééducation(32). Mais il n'est pas possible de résumer une démarche d'ETP à la délivrance de simples conseils ou la remise d'un livret d'information. Selon une étude réalisée lors de cures thermales, le fait de structurer un programme d'ETP avec des ateliers standardisés améliore les résultats attendus comparativement à des soins usuels accompagnés d'une simple brochure d'information(33).

Par ailleurs, les recommandations internationales(1)(34) mentionnent l'exercice physique, les prises en charge multidisciplinaires, les techniques cognitivo-comportementales mais ne citent jamais l'ETP à proprement parler.

Elles insistent en revanche sur la transmission de messages clés et sur la modification de comportements douloureux sur lesquelles l'ETP aurait un rôle très intéressant à jouer.

1.3. Les grands axes de l'éducation thérapeutique du patient lombalgique

Le premier axe clé consiste à transmettre au patient des informations sur l'intérêt de rester actif. En effet, les études montrent que le repos prolongé et l'inactivité sont nocifs, aussi bien dans les formes aiguës que chroniques(1), avec des conséquences physiques et psychologiques. En restant actif il a été démontré que l'on observait plus de guérisons, un retour au travail plus rapide, moins d'incapacités à long terme et moins de récurrences.

Le deuxième axe clé est d'apprendre au patient à prendre en charge de manière adaptée sa douleur du dos grâce à la transmission d'informations rassurantes sur les différents traitements symptomatiques existant (posologie, effets indésirables, objectifs) dans le but de diminuer l'intensité douloureuse et de faciliter la reprise des activités.

Le troisième axe clé vise à accompagner le patient dans la réalisation d'exercices physiques. En effet des synthèses méthodiques ont mis en évidence un impact positif de l'activité physique en matière de douleurs et de capacités fonctionnelles chez des patients atteints de lombalgie chronique(34)(35)(36). Pour être efficaces, ces exercices doivent être initialement supervisés dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire(37). Ils sont accompagnés de conseils sur des exercices à effectuer seuls, sur les gestes et les postures à adopter, sur l'ergonomie des postes de travail et sur le port de charges(38)(39). Les exercices physiques demandent une implication active des patients et ont pour but d'augmenter la force et la souplesse de la musculature para-vertébrale ainsi que la mobilité du rachis, de réadapter les patients à l'effort, d'augmenter leurs capacités fonctionnelles et leur condition physique générale. Finalement, ils leur redonnent confiance afin qu'ils reprennent leurs activités usuelles.

Le dernier axe clé repose sur la réassurance du patient. L'objectif est qu'il se remette en activité physiquement, professionnellement et socialement(40). Les premiers enjeux de cet axe sont de ne pas laisser le patient s'enfermer dans un diagnostic lésionnel (« c'est ma hernie discale qui cause ma douleur ») et de le rassurer sur l'absence de gravité s'il n'y a pas de « reds flags » (drapeaux rouges). Il a été démontré qu'il n'y avait pas de parallélisme entre les lésions et les symptômes dans la lombalgie. A titre d'exemple, plus de 30% de personnes asymptomatiques chez qui on réalise une imagerie ont une pathologie discale(41). Un autre enjeu de cet axe est de corriger les croyances erronées du patient (« j'ai mal à cause du sport », « je ne m'en sortirai jamais ») car elles vont modifier ses comportements douloureux. Il faut le rassurer sur la possibilité de poursuivre certaines activités malgré la douleur sans aggraver les lésions rachidiennes. En effet, pour Vlaeyen(42), la peur de la douleur, et des événements pouvant l'occasionner, peut être associée à des comportements inadaptés d'évitement et de réduction de l'activité qui majorent l'appréhension et le retentissement fonctionnel à long terme (Annexe 1). Les patients développent alors une interprétation négative appelée « catastrophisme »(43) selon laquelle l'activité générerait des lésions et augmenterait la douleur. Ces croyances inadaptées sont prédictives de l'incapacité fonctionnelle(44), du délai de retour au travail, des résultats après un programme de rééducation(45) et sont sensiblement modifiées par l'information délivrée au patient(46) démontrant tout l'intérêt de la démarche éducative. In fine, l'enjeu est de faire quitter au patient l'analyse biomédicale pure pour qu'il puisse observer l'impact des autres composantes de la douleur, notamment comportementale. En effet, le modèle qui prédomine aujourd'hui est le modèle biopsychosocial(47). Une étude révèle que 35% de la variance du handicap est liée aux facteurs psychosociaux contre moins de 10% pour l'intensité de la douleur(48)(49). Par ailleurs on sait que les facteurs de risque de chronicisation de la lombalgie sont moins physiques que psychosociaux. Les principaux facteurs psychosociaux connus(11)(18)(50) sont

les peurs et croyances inadaptées concernant son mal de dos (cause et pronostique, lien avec son activité physique ou professionnelle, attente placée dans les traitements plutôt que dans une implication personnelle active), les comportements douloureux inadaptés (éviter, réduction de l'activité), les problèmes en lien avec le travail (insatisfaction professionnelle, environnement de travail jugé hostile) ou une indemnisation (rente, invalidité), et les troubles émotionnels (dépression, anxiété, stress, tendance à une humeur dépressive ou à l'isolement).

1.4. La démarche éducative dans les lombalgies chroniques

Il n'existe pas de recommandation spécifique à la lombalgie chronique pour l'élaboration d'un programme d'ETP.

En France, les programmes doivent être autorisés par les Agences Régionales de Santé (ARS) et répondre à un cahier des charges conformément au cadre réglementaire de l'article 84 de la loi du 21 juillet 2009 (loi HPST portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)(51).

D'une manière générale, la démarche éducative dans la lombalgie chronique comporte quatre étapes(52)(53).

La première étape est celle du diagnostic éducatif. Il est indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et de ses attentes. Les questions abordées sont diverses. Elles portent sur le parcours de son problème de santé, son stade d'acceptation de la maladie, et ses répercussions. Elles étudient également ses connaissances, ses comportements face à la douleur, ses croyances et ses représentations, son contexte de vie, ses projets et ses attentes.

La deuxième étape correspond à l'élaboration d'un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage. Les informations recueillies lors du diagnostic éducatif permettent de formuler avec le patient les compétences à acquérir et de lui proposer une planification des séances d'éducation thérapeutique en fonction de ses besoins et de ses préférences.

La troisième étape correspond à la mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique. Elles peuvent être individuelles ou collectives.

La quatrième et dernière étape est celle de l'évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme. A ce stade on évalue l'atteinte ou non des objectifs éducatifs.

Dans le cadre de la lombalgie chronique les objectifs éducatifs des séances sont multiples et s'appuient sur les messages clés cités précédemment(21)(54) : connaître la lombalgie chronique, connaître et savoir gérer sa douleur et ses traitements, savoir réaliser régulièrement et à long terme des exercices physiques ainsi que les bons gestes d'économie rachidienne, savoir reprendre une activité physique et une vie socioprofessionnelle sans appréhension, améliorer sa confiance en soi, apprendre à gérer ses émotions, avoir une attitude optimiste et active.

1.5. Évaluation du patient lombalgique chronique

Au stade de lombalgie chronique l'absence de parallélisme entre lésions et symptômes ainsi que les conséquences psychosociales font que l'évaluation doit, non plus être basée sur le seul examen clinique comme dans la forme aiguë, mais sur le retentissement de la douleur lombaire en termes d'incapacité (physique, sociale et psychologique), de qualité de vie ou de handicap(55).

Il existe trois questionnaires d'incapacité fonctionnelle spécifiques des patients lombalgiques validés en français : l'EIFEL, l'Echelle de Québec et le Questionnaire de Dallas.

L'Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgiques (EIFEL) (Annexe 2) est la traduction française validée(56) du Roland Disability Questionnaire(57) lui-même développé à partir d'items provenant du Sickness Impact Profil (SIP) qui est un auto-questionnaire générique d'état de santé(58). Il s'agit d'un auto-questionnaire de vingt-quatre items centrés sur les activités physiques, l'habillement, les tâches domestiques et le confort ne prenant pas en compte la vie sociale et professionnelle.

L'Echelle de Québec ou Quebec Back Pain Disability Scale (Annexe 3) a été développée au Québec(59) et validée en français(60). Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de vingt items cotés de 0 à 5 portant sur des activités physiques simples. Il prend en compte les limitations fonctionnelles liées à la douleur, dans le but de suivre l'évolution des sujets lombalgiques engagés dans des programmes de réadaptation. Il est fondé sur le concept d'incapacité tel que défini dans la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps(61).

Le Questionnaire de Dallas (Annexe 4) est la traduction française validée du Dallas Pain Questionnaire(62). Il s'agit d'un auto-questionnaire de seize items organisés en quatre sous-échelles (activités quotidiennes, travail/loisirs, anxiété/dépression et comportements sociaux) conçu pour évaluer le retentissement de la douleur lombaire dans la vie quotidienne(63). Il est fondé sur une conception cognitive-comportementale de la douleur chronique qui prend en compte non seulement le retentissement tel qu'il est perçu sur le plan physique, psychologique et social, mais également les attitudes adoptées par le

patient face à sa douleur. Son originalité est donc qu'il explore les domaines social et émotionnel dépassant le strict cadre des capacités physiques.

1.6. Question de recherche et objectifs

Au total, l'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique est un sujet d'actualité dont l'évaluation manque de données probantes. La littérature scientifique disponible montre pourtant toute la place qui pourrait être la sienne, dans les recommandations internationales, au regard des messages clés qu'elle pourrait véhiculer et des modifications comportementales positives qu'elle pourrait susciter afin de limiter l'incapacité et la désocialisation des patients. Il est admis que l'évaluation du patient lombalgique chronique doit s'appuyer sur le retentissement de la douleur en matière d'incapacité fonctionnelle. Nous nous sommes donc posés la question suivante : **Existe-t-il une modification du niveau d'incapacité fonctionnelle après la réalisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique ?**

Cette étude avait pour objectif principal de mesurer l'évolution du niveau d'incapacité fonctionnelle après le programme d'ETP pour patient lombalgique chronique du Centre Hospitalier de Libourne.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient de déterminer l'impact du programme d'ETP pour patient lombalgique chronique du Centre Hospitalier de Libourne sur la gestion de la douleur, sur l'appréhension vis-à-vis du port de charge, sur l'utilisation des connaissances en économie rachidienne dans la vie quotidienne, sur la mise en place d'adaptations utiles pour le dos dans l'environnement et sur la reprise d'activités physiques

2.Méthode

2.1. Type d'étude

Cette étude a été menée selon la méthodologie d'une étude d'intervention de type avant/après, sans groupe témoin, par suivi d'une cohorte.

2.2. Population de l'étude

La population étudiée était un échantillon de patients ayant participé au programme d'ETP pour patient lombalgique chronique du service de médecine physique et réadaptation du Centre Hospitalier de Libourne. Il ne s'agissait pas d'un programme de réentraînement à l'effort mais d'un stage d'éducation thérapeutique ayant pour but la modification des comportements.

Les patients ayant participé à ce programme d'ETP étaient issus d'une filière active. Ils étaient recrutés en consultation médicale ou en hôpital de jour par les médecins du service de médecine physique et réadaptation du Centre Hospitalier de Libourne selon les critères d'inclusion suivant :

- Patients atteints de lombalgie non spécifique, opérés ou non, en phase chronique depuis plus de trois mois, en dehors de tout contexte inflammatoire ou néoplasique
- Patients ayant un retentissement de la lombalgie sur la vie quotidienne
- Patients exprimant une motivation au changement et intéressés par le programme.

2.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal de cette étude était l'évolution du niveau d'incapacité fonctionnelle après ETP mesurée par le score de l'échelle EIFEL, par le score de l'échelle de Québec et par les quatre scores de l'auto-questionnaire de Dallas.

Les critères de jugements secondaires étaient l'impact de l'ETP sur la gestion de la douleur, sur l'appréhension vis-à-vis du port de charges, sur l'utilisation des connaissances en économie rachidienne dans la vie quotidienne, sur la mise en place d'adaptations utiles pour le dos dans son environnement et sur la reprise d'activités physiques.

2.4. Mode de recueil des données

Les données utilisées pour cette étude étaient extraites à partir d'une base de données existante. Le recueil a été réalisé lors de session d'ETP pour patients lombalgiques dont le contenu est décrit en annexe 6 pages 56 à 59.

Les données étaient initialement recueillies par les médecins du service de médecine physique et réadaptation du Centre Hospitalier de Libourne au moyen de questionnaires standardisés. Le questionnaire T1 était complété par les patients lors du diagnostic éducatif. Le questionnaire T2 était envoyé par voie postale quatre mois après la session d'ETP. Il était complété par les patients et retourné au service de médecine physique et réadaptation par courrier.

Notre étude a concerné 4 sessions d'ETP consécutives.

2.5. Aspects réglementaires et éthiques

D'un point de vue réglementaire, un contact a été pris auprès d'une juriste du bureau de la qualité des pratiques et des recherches biomédicales de la direction générale de la santé, pour connaître les dispositions légales de cette étude.

Cette étude ne justifiait pas le dépôt d'un dossier auprès du Comité de protection des personnes (CPP).

Une déclaration de cette étude a été faite auprès de la Commission nationale informatique et liberté (CNIL).

2.6. Mode d'analyse des données

Les tests statistiques ont été effectués avec un risque de première espèce de 5%.

Les tests statistiques utilisés pour le critère de jugement principal ont été des tests t de Student pour données appariées.

Les résultats sur les variables quantitatives sont exprimées en moyenne avec écart-type.

Les opérations statistiques ont été effectuées au moyen du logiciel Microsoft Office Excel 2007 et du site internet <http://www.biostatgv.fr>.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la cohorte

Les 4 sessions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) consécutives concernées par l'étude ont été les sessions d'octobre 2016, février 2017, avril 2017 et octobre 2017.

La population incluse dans l'analyse était constituée de 27 patients ayant un dossier complet. Un dossier complet comportait les questionnaires T1 et T2 complétés et la participation à l'ensemble du programme d'ETP.

En amont, une liste de 106 patients répondant aux critères d'inclusion a été réalisée par les médecins du service de médecine physique et réadaptation (MPR) entre avril 2016 et octobre 2017. Parmi ces 106 patients, seuls 43 ont été vus en diagnostic éducatif et ont participé au programme d'ETP. Les 62 non participants l'ont été pour des raisons diverses (pas de réponse à la convocation, refus de participer, indisponibilité). Sur les 43 patients ayant participé au programme d'ETP, 16 patients ont été perdus de vue et n'ont jamais renvoyé le questionnaire T2. L'ensemble de ces éléments est repris dans le tableau 1 ci-dessous.

La population incluse dans l'analyse était en majorité constituée de femmes (70,37%), se déclarait majoritairement « en couple ou marié » (74,07%), avait un âge moyen de 54,41 ans \pm 11,54, une IMC moyenne de 26,58 kg/m² \pm 4,79 et souffrait de lombalgie chronique avec retentissement sur la vie quotidienne. En effet, 10 patients (37,04%) étaient en arrêt de travail dans la semaine précédant l'ETP et les scores moyens de Québec et EIFEL à T1 étaient

respectivement de $43,15 \pm 17,26$ et $10,19 \pm 4,69$. Ceux de Dallas activités quotidiennes, de Dallas activités professionnelles et de loisirs et de Dallas anxiété/dépression à T1 étaient respectivement cotés à $57 \pm 17,69$, $51,3 \pm 23,72$ et $41,67 \pm 27,74$. Le retentissement de la lombalgie sur la sociabilité était plus modéré avec un score de Dallas sociabilité moyen à T1 de $28,33 \pm 24,69$. Les caractéristiques de la cohorte sont reprises dans le tableau 2.

Tableau 1 : Diagramme des flux :

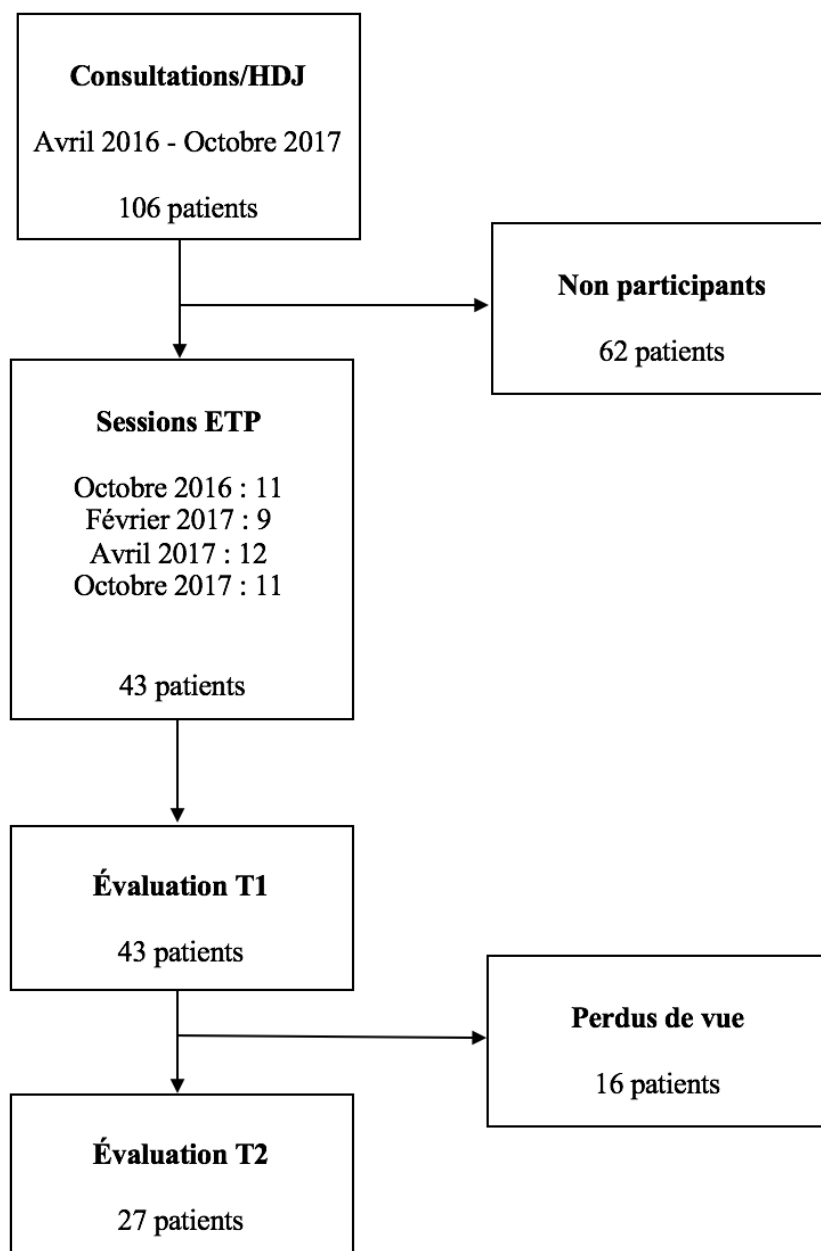


Tableau 2 : Caractéristiques de la cohorte

Patients, n	27
Age, années \pm DS	54,41 \pm 11,54
Ratio femme // homme, n (%)	19 (70,37) // 8 (29,63)
IMC, kg/m ² \pm DS	26,58 \pm 4,79
Actif, n (%)	15 (55,56)
-En arrêt de travail la semaine précédant l'ETP // Au travail la semaine précédant l'ETP, n (%)	10 (37,04) // 5 (18,52)
-En arrêt maladie // En AT/MP, n (%)	8 (29,63) // 2 (7,41)
Sans activité, n (%)	12 (44,44)
-Retraité // Sans emploi, n (%)	9 (33,33) // 3 (11,11)
Marié ou en couple // Ne se déclarant pas en couple, n (%)	20 (74,07) // 7 (25,93)
Durée des douleurs supérieure à 3 mois, n (%)	27 (100)
Score de Québec T1 \pm DS	43,15 \pm 17,26
Score de EIFEL T1 \pm DS	10,19 \pm 4,69
Score de Dallas activités quotidiennes T1 \pm DS	57,00 \pm 17,69
Score de Dallas activités professionnelles et de loisirs T1 \pm DS	51,30 \pm 23,72
Score de Dallas anxiété/dépression T1 \pm DS	41,67 \pm 27,74
Score de Dallas sociabilité T1 \pm DS	28,33 \pm 24,69

3.2. Caractéristiques des perdus de vue

La population des perdus de vue apparaissait globalement plus jeune, avec un taux d'actif plus important, plus d'arrêt de travail et des scores d'incapacité fonctionnelle plus élevés par rapport à la population incluse dans l'analyse (sauf pour le score de Québec). Le tableau 3 ci-dessous reprend les caractéristiques des perdus de vue.

Tableau 3 : Caractéristiques des perdus de vue

Patients, n	16
Age, années \pm DS	48,31 \pm 12,78
Ratio femme // homme, n (%)	12 (75) // 4 (25)
IMC, kg/m ² \pm DS	28,86 \pm 5,59
Actif, n (%)	11 (68,75)
-En arrêt de travail la semaine précédant l'ETP // Au travail la semaine précédant l'ETP, n (%)	10 (62,5) // 1 (6,25)
-En arrêt maladie // En AT/MP, n (%)	8 (50,00) // 2 (12,50)
Sans activité, n (%)	5 (31,25)
-Retraité // Sans emploi, n (%)	2 (12,5) // 3 (18,75)
Marié ou en couple // Ne se déclarant pas en couple, n (%)	11 (68,75) // 5 (31,25)
Durée des douleurs supérieure à 3 mois, n (%)	16 (100)
Score de Québec T1 \pm DS	42,94 \pm 19,22
Score de EIFEL T1 \pm DS	10,81 \pm 4,71
Score de Dallas activités quotidiennes T1 \pm DS	67,31 \pm 15,57
Score de Dallas activités professionnelles et de loisirs T1 \pm DS	60,63 \pm 19,05
Score de Dallas anxiété/dépression T1 \pm DS	60,63 \pm 19,99
Score de Dallas sociabilité T1 \pm DS	53,13 \pm 25,88

3.3. Critère de jugement principal

Nous avons comparé la moyenne des scores d'incapacité fonctionnelle avant et après ETP sur l'échantillon de 27 patients ayant un dossier complet par la réalisation de six tests t de Student pour échantillons appariés.

La moyenne du score EIFEL dans l'échantillon mesurée à T1 était significativement différente de celle de l'échantillon mesurée à T2 avec un risque de se tromper de 5%.

La moyenne du score de Dallas activités quotidiennes dans l'échantillon mesurée à T1 était également significativement différente de celle de l'échantillon mesurée à T2 avec un risque de se tromper de 5%.

En revanche, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux séries de mesure avant-après pour le score de Québec, le score de Dallas activités professionnelles et de loisirs, le score de Dallas anxiété/dépression et le score de Dallas sociabilité.

Au seuil de significativité de 5 %, nous avons pu conclure que la moyenne du score EIFEL avant ETP était supérieure à la moyenne du score EIFEL après ETP dans l'échantillon de 27 patients. On a également pu réaliser cette conclusion pour la moyenne du score de Dallas activités quotidiennes avant et après ETP. Le programme d'ETP a donc eu un impact positif sur les moyennes des scores EIFEL et Dallas activités quotidiennes dans l'échantillon étudié.

L'ensemble des résultats sur le critère de jugement principal est repris dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Résultats sur le critère de jugement principal

Échelles	Effectif	Moyenne (Écart-type) A l'entrée	Moyenne (Écart-type) A 4 mois	Moyenne des différences	p-value
EIFEL	27	10,19 (4,69)	8,04 (4,82)	-2,15	0,0323
Québec	27	43,15 (17,26)	41,22 (23,17)	-1,93	NS
DAQ	27	57 (17,69)	49,11 (23,30)	-7,89	0,0269
DAPL	27	51,3 (23,72)	48,89 (24,86)	-2,41	NS
DAD	27	41,67 (27,74)	39,44 (30,58)	-2,22	NS
DS	27	28,33 (24,69)	31,37 (28,32)	3,04	NS

DAQ : Score de Dallas activités quotidiennes ; DAPL : Score de Dallas activités professionnelles et de loisirs ; DAD : Score de Dallas anxiété/dépression ; DS : Score de Dallas sociabilité ; NS : Non significatif.

3.4. Critères de jugement secondaires

La majorité des patients de l'échantillon étudié ont noté une amélioration dans la gestion de la douleur de dos (88,89%) et une diminution de l'appréhension vis-à-vis du port de charge (59,26%) à 4 mois de l'ETP.

Par ailleurs, tous les patients de l'échantillon étudié (100%) ont déclaré utiliser des connaissances en économie rachidienne dans leur vie quotidienne et une majorité de patients (66,67%) a déclaré avoir mis en place des adaptations utiles pour le dos dans leur environnement à 4 mois de l'ETP.

Enfin, la majorité des patients de l'échantillon (74,07%) a déclaré avoir repris des activités physiques (habituelles ou modifiées) à 4 mois de l'ETP.

Le programme d'ETP a donc eu un impact positif sur les critères de jugements secondaires dans l'échantillon de 27 patients étudié.

4. Discussion

4.1. Discussion de la méthode

4.1.1. Type d'étude

Le choix de réaliser une étude de type avant/après est apparu adapté pour répondre à notre question de recherche : « Existe-t-il une modification du niveau d'incapacité fonctionnelle après la réalisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique ? »

Les résultats de notre étude sont intéressants. Ils ont montré une modification du niveau d'incapacité fonctionnelle sur 2 scores (EIFEL et Dallas activités quotidiennes) après la réalisation du programme d'ETP ainsi qu'un impact positif du programme sur l'ensemble des critères de jugement secondaires choisis.

Cependant, notre étude n'était ni contrôlée ni randomisée. Nous ne pouvons donc parler que d'une tendance positive.

Il faudrait valider ces bons résultats par un essai thérapeutique accompagné d'une réflexion économique pour pouvoir décrire avec un bon niveau de preuve l'intérêt de ce type de programme dans la pratique clinique ainsi que son rapport coût-efficacité.

4.1.2. Population de l'étude.

Notre étude a porté sur un échantillon de patients souffrant de lombalgie chronique non spécifique, avec retentissement sur le quotidien, exprimant une motivation au changement. Le choix de la population cible nous a semblé adapté car au stade chronique l'évaluation doit reposer sur le retentissement de la douleur lombaire(55). De plus, l'ETP s'adresse à une population motivée puisqu'elle vise à modifier des comportements(22).

En revanche, il faut garder à l'esprit que la grande diversité de la population lombalgique chronique peut représenter un frein pour démontrer l'efficacité de l'ETP. Dans notre étude, la population était hétérogène. Elle se composait notamment d'actifs (en arrêt de travail ou non), et de personnes sans activité professionnelle. A titre d'exemple, la difficulté n'est pas la même entre une personne qui travaille mais qui est désadaptée avec un petit niveau de kinésiophobie, et un ouvrier opéré d'une arthrodeèse, qui est en arrêt de travail de longue durée et souffrant de dépression.

Par ailleurs, le recrutement a été réalisé en hôpital de jour ou en consultation médicale spécialisée dans un service de médecine physique et réadaptation, et non en soin primaire. Les résultats de cette étude ne peuvent donc pas être transposés à une population de médecine générale.

Un des objectifs d'une étude d'évaluation sera donc d'essayer de montrer à quelle population de patient lombalgique chronique doit s'adresser l'ETP en priorité.

4.1.3. Critères de jugement

L'utilisation des scores d'incapacité fonctionnelle comme critère de jugement principal dans notre étude nous a semblé cohérente car ils sont validés par les sociétés savantes notamment en médecine physique et réadaptation(55). Au stade de lombalgie chronique l'évaluation doit être basée sur le retentissement de la douleur lombaire notamment en matière d'incapacité fonctionnelle.

Ils peuvent présenter l'inconvénient de dépendre de l'état de santé à un instant donné alors que l'évolution du patient lombalgique n'est pas linéaire et peut être émaillée de période d'accalmie et de douleurs ainsi que d'interventions diverses.

De plus, le nombre de scores différents (EIFEL, Dallas, Québec) peut diminuer les chances d'obtenir des résultats significatifs sur l'ensemble des scores. Dans notre étude, les résultats n'ont pas été significatifs sur le score de Québec et sur trois scores de l'auto-questionnaire de Dallas (activités professionnelles et de loisirs, anxiété/dépression et sociabilité).

L'auto-questionnaire de Dallas a été choisi car il présente l'originalité d'explorer les domaines social et émotionnel en plus des capacités physiques(63). Les résultats sur les scores anxiété/dépression et sociabilité n'ont pas été significatifs. Pour explorer le retentissement psychologique, une échelle comme celle de l'HAD(64) (The Hospital Anxiety and Depression scale) pourrait également être proposée. Elle présente, en revanche, l'inconvénient de ne pas être spécifique de la lombalgie.

Les critères de jugements secondaires utilisés pour notre étude avaient une valeur simplement informative du fait de leur caractère auto-déclaratif et de l'absence d'analyse statistique avant/après. Ils sont toutefois intéressants à prendre en compte car ils ont montré un impact positif du programme d'ETP. De manière complémentaire, on aurait pu proposer une comparaison sur le nombre de jours d'activité physique ou d'arrêt de travail moyen sur une période donnée avant et après le programme d'ETP.

4.1.4. Durée du suivi

Dans notre étude, le suivi n'a été que de courte durée avec seulement quatre mois entre la fin de la session d'ETP et le questionnaire T2.

Il pourrait être intéressant de suivre l'évolution au long court avec des évaluations à 6 mois et à 1 an par exemple afin d'observer si les effets du programme sont plus bénéfiques sur le long terme et s'ils se prolongent dans le temps.

Le risque serait alors représenté par un nombre de perdus de vue plus important et par l'évolution individuelle incertaine de l'histoire de chaque patient lombalgique qui peut être émaillée de récurrence ou d'intervention qui pourrait également venir biaiser les résultats.

4.2. Force de l'étude

La rareté des études d'évaluation des programmes d'ETP chez le lombalgique chronique fait la force de notre étude.

En effet, si l'ETP semble présenter de nombreux avantages pour le lombalgique chronique(21)(40), son efficacité n'a pas encore été parfaitement démontrée. L'évaluation disponible concerne principalement des programmes d'information(32) ou des programmes d'ETP intégrés à d'autres interventions ne permettant pas de faire ressortir l'efficacité spécifique de l'ETP(31)(33).

De plus, des études montrent un bénéfice de l'ETP sur les capacités fonctionnelles dans d'autres pathologies rhumatologiques(65)(66)(67), alors que l'évaluation manque de données probantes dans la lombalgie chronique.

4.3. Faiblesse de l'étude

4.3.1. Manque de puissance

Notre étude a manqué de puissance et le nombre de perdus de vue est important. Le recrutement devra être amélioré afin d'obtenir une cohorte plus conséquente. En effet, soixante-deux patients sur les cent-six recrutés en consultation médicale ou en hôpital de jour (soit 58,5%) par les médecins MPR n'ont pas participé au programme d'ETP (refus de participer ou absence de réponse à la convocation). Il faut toutefois nuancer ces statistiques en notant que des patients qui ne répondent pas ou refusent de participer à une session peuvent répondre et venir la fois suivante.

L'ETP demande un investissement important pour le patient avec des contraintes de temps, de disponibilité et d'énergie pour cet apprentissage. Les patients doivent se libérer trois jours de suite à un moment précis de l'année. Cela pose problème pour les actifs notamment. Il y a également une contrainte économique puisque le transport et le logement ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Une prise en charge globale de ce type de programme pourrait peut-être améliorer le niveau de participation.

Par ailleurs, le recrutement en milieu spécialisé fait qu'on omet un nombre important de patients qui pourraient potentiellement bénéficier du programme. Le service de MPR envoie un courrier aux médecins généralistes correspondants du secteur avec la plaquette de l'ETP ainsi qu'un compte-rendu au médecin traitant à la fin de chaque session d'ETP. Il serait toutefois intéressant de diffuser l'information sur l'existence de ce type de programme de manière plus élargie et systématique auprès des médecins généralistes, afin qu'ils puissent participer de manière active au recrutement de patients.

4.3.2. Les biais

Notre étude a présenté un biais de sélection lié aux perdus de vue. En effet, 16 patients sur 43 n'ont pas répondu au questionnaire T2. Lorsqu'on a comparé les caractéristiques de la population incluse dans l'analyse et celles des perdus de vue, elles apparaissaient globalement différentes avec une population plus jeune, avec un taux d'actifs en arrêt de travail plus important, et des scores d'incapacité fonctionnelle plus élevés chez les perdus de vue. Nous ne pouvons pas savoir quels auraient été les résultats de l'étude s'ils avaient concerné l'ensemble des 43 patients ayant participé au programme d'ETP. Indépendamment de l'étude, les retours sur des questionnaires de satisfaction à propos du programme distribués aux patients ont été globalement positifs. Il est

toutefois difficile de connaître les raisons exactes pour lesquelles les perdus de vue n'ont pas renvoyé le questionnaire T2. Ne l'ont-ils-pas renvoyé parce qu'ils n'ont pas vu d'amélioration, parce qu'ils se sentent mieux, parce qu'ils n'ont jamais reçu le questionnaire, parce qu'ils sont actifs et ne trouvent pas le temps de le remplir ou parce qu'ils le trouvent contraignant ? Dans tous les cas, ils n'ont probablement pas trouvé d'intérêt au suivi éducatif, qui doit pourtant faire partie intégrante de tout programme d'ETP.

La solution pour diminuer le nombre de perdus de vue viendra probablement de l'amélioration du suivi éducatif. Peut-être serait-il intéressant de convoquer les participants à titre systématique pour une consultation de suivi dédiée à l'évaluation, ou bien, d'appeler les participants avec un questionnaire standardisé à distance portant sur des questions de jugement global, sur l'état de santé ou sur la gestion de la douleur notamment. Nous aurions alors de nouvelles contraintes économiques et de temps, mais le suivi en serait probablement amélioré.

Nous devons également signaler que le recrutement en hôpital de jour, a fait que certains patients de l'étude avaient préalablement suivi un programme de réentraînement à l'effort dans le service. Même si la finalité de ces 2 programmes n'est pas identique, il est possible que cela ait pu introduire un biais puisque les patients ayant suivi les programmes de réentraînement à l'effort ont pu recevoir quelques notions éducatives travaillées spécifiquement en ETP. Cette dernière ayant pour finalité de modifier des comportements. La réentraînement l'effort ayant prouvé son efficacité et étant un traitement de référence dans la lombalgie chronique(28), les patients éligibles à l'ETP sont donc potentiellement en liste d'attente des stages de réentraînement à l'effort. Le risque est donc de voir les 2 programmes se chevaucher avec les difficultés que

cela peut induire pour mener correctement une étude d'efficacité spécifique à l'ETP.

4.4. Discussion des résultats

Les résultats de notre étude sont intéressants pour la pratique clinique. Ils ont montré une diminution significative des moyennes de deux scores d'incapacité fonctionnelle sur six (Dallas activités quotidiennes et EIFEL) ainsi qu'un impact positif du programme sur la gestion de la douleur de dos, l'appréhension vis-à-vis du port de charge, l'utilisation des connaissances en économie rachidienne dans la vie quotidienne, la mise en place d'adaptations utiles pour le dos dans l'environnement, et la reprise d'activités physiques à 4 mois du programme d'ETP dans l'échantillon de 27 patients étudié.

Les résultats principaux de notre étude sont toutefois incertains puisque nous n'avons pas démontré de diminution significative des moyennes de quatre scores d'incapacité fonctionnelle sur six (Québec, Dallas activités professionnelles et de loisirs, Dallas anxiété/dépression, et Dallas sociabilité).

De rares études ont évalué l'impact de l'ETP dans la lombalgie chronique en utilisant des scores d'incapacité fonctionnelle. Une étude rétrospective, portant sur 104 patients, réalisée au CHU de Montpellier(31), a montré une diminution significative des scores de l'auto-questionnaire de Dallas et de Québec à 6 mois d'un programme de restauration fonctionnelle du rachis associé à un programme d'ETP. Mais dans cette étude les bénéfices de l'ETP ne peuvent être dissociés des autres interventions. Les données d'évaluation du programme Lomb'Actifs(68) du CHU de Clermont-Ferrand ont montré un impact positif du programme d'ETP sur le score de Québec dans un effectif de 34 patients lombalgiques chroniques, en activité, avec retentissement fonctionnel.

A l'instar de la lombalgie chronique, des programmes d'ETP ont été construits pour d'autres pathologies rhumatologiques. Certaines études ont utilisé l'incapacité fonctionnelle comme critère d'évaluation.

Dans la polyarthrite rhumatoïde, une étude contrôlée d'un programme d'ETP de groupe(65), incluant le self-management et des auto-exercices, pour des patients sous biothérapie, a montré une amélioration significative des capacités fonctionnelles appréciées par le HAQ (The Health Assessment Questionnaire) à 8 mois. Une revue systématique de la littérature(66) retrouvait également un bénéfice de l'ETP sur l'incapacité fonctionnelle dans 5 études.

Dans la spondyloarthrite une étude contrôlée(67) a montré de meilleurs résultats sur les capacités fonctionnelles appréciées par le BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) dans les 2 groupes avec intervention (un groupe traité par éducation seule et un groupe traité par éducation et rééducation) par rapport au groupe sans intervention dans une population de patients traités par biothérapie.

Nos résultats apparaissent donc cohérents avec l'évaluation disponible. Toutefois, dans la lombalgie chronique, l'absence de préconisation sur l'organisation et le contenu de l'ETP rend difficile la comparaison des études entre elles et la possibilité de publier des recommandations fortes pour la pratique clinique(21). Un consensus visant à harmoniser les programmes d'ETP dans les structures de soin sera donc à prévoir.

4.5. Perspectives

Notre étude a montré un impact positif d'un programme d'ETP du patient lombalgique chronique sur le niveau d'incapacité fonctionnelle. Peut-être serait-il nécessaire de conforter cet aspect positif par une nouvelle étude avec plus de patients inclus et moins de perdus de vue. Il serait alors intéressant de réaliser une étude contrôlée et randomisée pour pouvoir démontrer avec un bon niveau de preuve la place des programmes d'ETP dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques.

5. Conclusion

Ce travail concernait l'évaluation d'une action d'éducation thérapeutique du patient lombalgique sous la forme d'une étude d'intervention de type avant / après. Cette évaluation montre que les moyennes des scores EIFEL ($p=0,0323$) et Dallas activités quotidiennes ($p=0,0269$) étaient statistiquement inférieures 4 mois après le programme d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Libourne dans l'échantillon de 27 patients étudié. Les moyennes des scores de Québec et de Dallas activités professionnelles et de loisirs, anxiété/dépression et sociabilité n'ont pas montré de diminution significative. Le programme a par ailleurs eu un impact positif sur la gestion de la douleur de dos, l'appréhension vis-à-vis du port de charge, l'utilisation des connaissances en économie rachidienne dans la vie quotidienne, la mise en place d'adaptations utiles pour le dos dans l'environnement, et la reprise d'activités physiques à 4 mois.

La lombalgie chronique non spécifique est un symptôme fréquent altérant la qualité de vie et les capacités fonctionnelles des personnes qui en sont atteintes. Ses conséquences humaines et socio-économiques en font un enjeu majeur de santé publique. L'éducation thérapeutique du patient est proposée sous forme de programmes structurés dans la prise en charge globale du patient souffrant de lombalgie chronique afin qu'il acquière un savoir-faire adapté pour mieux vivre avec son mal de dos et prévenir les conséquences majeures (incapacité, désocialisation). L'absence de données probantes sur ce type de programme novateur dans la littérature scientifique a justifié la réalisation de notre étude.

Le programme d'ETP pour patient lombalgique chronique du service de médecine physique et réadaptation du Centre Hospitalier de Libourne, s'adresse

aux patients atteints de lombalgie chronique non spécifique, avec un retentissement fonctionnel, exprimant une motivation au changement. Ils sont recrutés en hôpital de jour et en consultation externe par les médecins du service. Le stage éducatif se compose d'un diagnostic éducatif, de 10 ateliers d'éducation thérapeutique répartis sur 3 jours et d'une phase d'évaluation.

Notre étude illustre l'intérêt potentiel d'un programme d'éducation thérapeutique pour patient lombalgique chronique, en dépit de ses limites méthodologiques. Ses résultats encourageants devront être validés par la réalisation d'une étude d'efficacité contrôlée et randomisée associée à une réflexion économique.

Bibliographie

1. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15(S2):S192-S300.
2. Gourmelen J, Chastang J-F, Ozguler A, Lanoë J-L, Ravaud J-F, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Ann Readapt Med Phys*. 2007;50(8):640-4.
3. Norberg M, Riat M, Benaïm C. Place du traitement interdisciplinaire intensif dans la lombalgie chronique. *Rev Med Suisse*. 2017;13(568):1296-9.
4. Depont F, Hunsche E, Abouelfath A, Diatta T, Addra I, Grelaud A, et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam Clin Pharmacol*. 2010;24(1):101-8.
5. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la médecine générale [Internet]. 2009 [consulté le 2 juillet 2018]. Disponible sur: <http://omg.sfm-g.org/>
6. Dusquenoy B, Defontaine M, Gradel B, Maigne J, Simonin J, Thevenon A, et al. Définition de la lombalgie chronique. *Rev Rhum*. 1994;61(4bis):98-108
7. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. *Rev Rhum*. 2012;79(S1):A27-A31.
8. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994;331(2):69-73.
9. Wheeler S, Wipf J, Staiger T, Deyo R, Jarvik J. Evaluation of low back pain in adults [Internet]. 2017 [consulté le 26 janvier 2018]. Disponible sur: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults>

10. Rozenberg S. Lombalgie chronique, définition et prise en charge. *La revue du praticien*. 2008;58(3):265-71.
11. Poiraudreau S, Lefevre Colau M-M, Fayad F, Rannou F, Revel M. Lombalgies. *EMC-Rhumatol Orthop*. 2004;1(4):295-319.
12. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Lond Engl*. 2016;388(10053):1545-602.
13. Cherin P, de Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine Longévité*. 2011;3(3):137-49.
14. Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Lombalgie. Ce qu'il faut retenir [Internet]. 2015 [consulté le 24 janvier 2018]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/ce-qu-il-faut-retenir.html>
15. Assurance Maladie. Mal de dos? Le bon traitement c'est le mouvement [Internet]. 2017 [consulté le 24 janvier 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_DP_lombalgie.pdf
16. Mazières B, Auvinet B, Blotman F, Cherin P, André E. Le kaléidoscope des lombalgies : synthèse des présentations et des discussions des 21es Entretiens du Carla. *Rev Rhum*. 2011;78(S2):S30-S37.
17. Assurance Maladie. Les lombalgies liées au travail : quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique? [Internet]. 2017 [consulté le 26 janvier 2018]. Disponible sur: http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PD_F_a_telecharger/brochures/Rapport%20lombalgie_ATMP.pdf
18. Nguyen C, Poiraudreau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Rev Rhum*. 2009;76(6):537-42.
19. Fassier J-B. Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lombalgie. *Rev Rhum*. 2011;78(S2):S38-S41.

20. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Proposition de l'Assurance Maladie pour 2017 [Internet]. 2016 [consulté le 24 janvier 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport_charges_produits_2017.pdf
21. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain: literature review and recall of key recommendations for practice. *Ann Phys Rehabil Med*. 2011;54(5):319-35.
22. World Health Organization. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group [Internet]. 1998 [consulté le 24 janvier 2018]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf
23. Sommer J, Gache P, Golay A. L'éducation thérapeutique et la motivation du patient. In: *La communication professionnelle en santé*. 2e édition. Montréal: ERPI Médecine; 2016. p. 312-38.
24. Forssell MZ. The Swedish Back School. *Physiotherapy*. 1980;66(4):112-4.
25. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*. 2005;30(19):2153-63.
26. Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, et al. Back Schools for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [consulté le 11 avril 2018]. Disponible sur: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000261.pub2/abstract>
27. Mayer TG, Gatchel RJ. *Functional Restoration for Spinal Disorders: The Sports Medicine Approach*. Philadelphia : Lea & Febiger; 1988. 344 p.

28. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJEM, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2014 [consulté le 11 avril 2018]. Disponible sur: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full>
29. Poiraudreau S, Rannou F, Revel M. Intérêts du réentraînement à l'effort dans la lombalgie: le concept de restauration fonctionnelle. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 2007;50(6):419-24.
30. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DA, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2008 [consulté le 14 avril 2018]. Disponible sur: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004057.pub3/full>
31. Tavares Figueiredo I, Dupeyron A, Tran B, Duflos C, Julia M, Herisson C, et al. Educational self-care objectives within a functional spine restoration program. Retrospective study of 104 patients. *Ann Phys Rehabil Med.* 2016;59(5):289-93.
32. Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaïm C, Hérisson C, Pelissier J, et al. Un simple livret d'information peut contribuer à réduire l'incapacité fonctionnelle de patients lombalgiques subaigus et chroniques. Étude contrôlée randomisée en milieu de rééducation. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 2006;49(8):600-8.
33. Gremeaux V, Benaïm C, Poiraudreau S, Hérisson C, Dupeyron A, Coudeyre E. Évaluation des bénéfices d'ateliers d'éducation thérapeutique chez des patients atteints de lombalgie au cours d'une cure thermale. *Rev Rhum.* 2013;80(1):72-7.
34. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):493.

35. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LOP, Costa LCM, Ostelo RWJG, et al. Motor Control Exercise for Nonspecific Low Back Pain: A Cochrane Review. *Spine*. 2016;41(16):1284-95.
36. Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RWJG, Cabral CMN, et al. Pilates for low back pain. *Sao Paulo Med J Rev Paul Med*. 2016;134(4):366-7.
37. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med*. 2005;142(9):765-75.
38. National Guideline Centre (UK). Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016 [consulté le 26 janvier 2018]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401577/>
39. Haute Autorité de Santé. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription [Internet]. 2005 [consulté le 26 janvier 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_rap.pdf
40. Foltz V, Laroche F, Dupeyron A. Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. *Rev Rhum Monogr*. 2013;80(3):174-8.
41. Greenberg JO, Schnell RG. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in asymptomatic adults. Cooperative study. *American Society of Neuroimaging. J Neuroimaging*. 1991;1(1):2-7.
42. Vlaeyen JW, Seelen HA, Peters M, de Jong P, Aretz E, Beisiegel E, et al. Fear of movement/(re)injury and muscular reactivity in chronic low back pain patients: an experimental investigation. *Pain*. 1999;82(3):297-304.
43. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32.

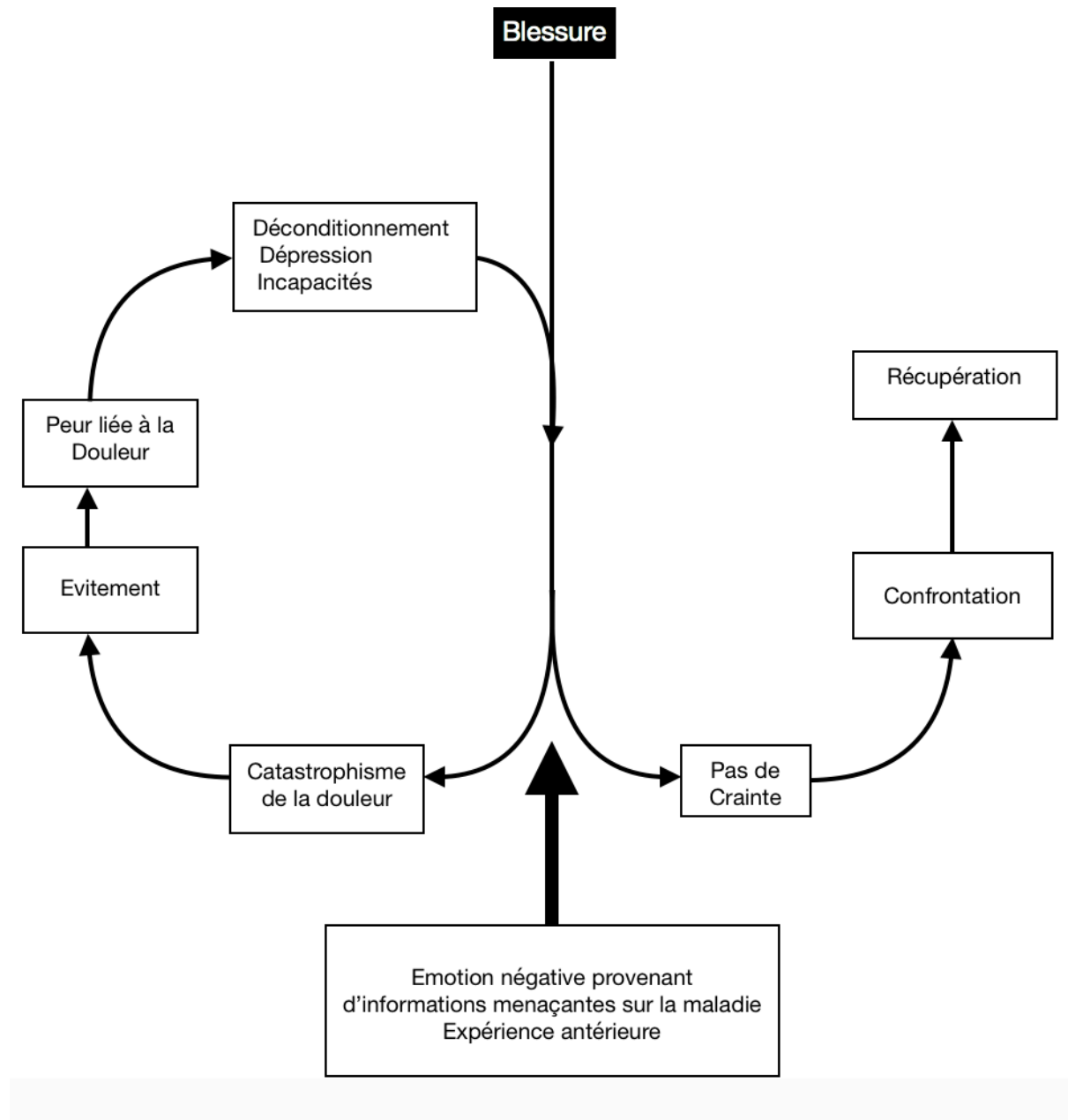
44. Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. Effect of a simple information booklet on pain persistence after an acute episode of low back pain: a non-randomized trial in a primary care setting. *PloS One*. 2007;2(8):e706.
45. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993;52(2):157-68.
46. Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine*. 1999;24(23):2484-91.
47. Cole S, Bird J. *The medical interview: The three-function approach*. 2e édition. Saint-Louis: Mosby Year Book; 2000.
48. Charlot J. La dimension socioprofessionnelle des lombalgies. *Rev Rhum*. 2001;68(2):163-5.
49. Poiraudeau S, Rannou F, Revel M. Lombalgies communes : handicaps et techniques d'évaluation, incidences socioéconomiques. *EMC-Rhumatol-Orthopédie*. 2004;1(4):320-7.
50. Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain : November 2004. *Eur Spine J*. 2006;15(S2):S136-S168.
51. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 84 (J.O. 22 juillet 2009).
52. Haute Autorité de Santé(HAS). Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation [Internet]. 2007 [consulté le 24 janvier 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

53. Haute Autorité de Santé(HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2007 [consulté le 24 janvier 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
54. Tavares Figueiredo I, Hérisson C, Pelissier J, Dupeyron A. Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011;54(S1):e266.
55. Yvanes-Thomas M, Camels P. Lombalgies communes. In: Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation. 2e édition. Le Poiré-sur-Vie: Editions Frison-Roche; 2012. p. 131-50.
56. Coste J, Le Parc JM, Berge E, Delecoeuillerie G, Paolaggi JB. French validation of a disability rating scale for the evaluation of low back pain (EIFEL questionnaire). *Rev Rhum Ed Fr.* 1993. 60(5):335-41.
57. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine.* 1983;8(2):141-4.
58. Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, Pollard WE, Gilson BS, Morris JR. The sickness impact profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *Int J Health Serv Plan Adm Eval.* 1976;6(3):393-415.
59. Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, Abenhaim L, Wood-Dauphinee S, Lamping DL, et al. The Quebec Back Pain Disability Scale: conceptualization and development. *J Clin Epidemiol.* 1996;49(2):151-61.
60. Yvanes-Thomas M, Calmels P, Béthoux F, Richard A, Nayme P, Payre D, et al. Validity of the French-language version of the Quebec back pain disability scale in low back pain patients in France. *Joint Bone Spine.* 2002;69(4):397-405.

61. CTNERHI - INSERM. Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantages [Internet]. 1988 [consulté le 27 janvier 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41005/1/9782877100205_fre.pdf
62. Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, Valat JP. Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients. *Rev Rhum Engl Ed.* 1998;65(2):126-34.
63. Lawlis GF, Cuencas R, Selby D, McCoy CE. The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine.* 1989;14(5):511-6.
64. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
65. Masiero S, Boniolo A, Wassermann L, Machiedo H, Volante D, Punzi L. Effects of an educational-behavioral joint protection program on people with moderate to severe rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Clin Rheumatol.* 2007;26(12):2043-50.
66. Albano MG, Giraudet-Le Quintrec J-S, Crozet C, d'Ivernois J-F. Characteristics and development of therapeutic patient education in rheumatoid arthritis: analysis of the 2003-2008 literature. *Jt Bone Spine Rev Rhum.* 2010;77(5):405-10.
67. Masiero S, Bonaldo L, Pigatto M, Lo Nigro A, Ramonda R, Punzi L. Rehabilitation treatment in patients with ankylosing spondylitis stabilized with tumor necrosis factor inhibitor therapy: a randomized controlled trial. *J Rheumatol.* 2011;38(7):1335-42.
68. Coudeyre E. Education thérapeutique et pathologie rachidienne [Internet]. 2017 [consulté le 2 juillet 2018]. Disponible sur: <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ETP%20et%20Rachis%20COFEMER%20juin%202017.pdf>

Annexes

Annexe 1 : Cercle vicieux de la douleur chronique en fonction des craintes du patient



Annexe 2 : Echelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL)

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE DANS LES LOMBALGIES (EIFEL)	
Nom, Prénom :	
Date :	
Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur lombaire sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.	
Si vous êtes cloué (e) au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là.....	/ <input type="checkbox"/>
En revanche si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, répondez au questionnaire qui suit. Une liste de phrases vous est proposée. Ces phrases décrivent certaines <i>difficultés</i> à effectuer une <i>activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire</i> . Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes <i>aujourd'hui</i> à cause de votre douleur lombaire. Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte <i>aujourd'hui</i> , cochez-la.....	
Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante.....	/ <input type="checkbox"/>
Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même <i>aujourd'hui</i> .	
1 – Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos.....	/ <input type="checkbox"/>
2 – Je change souvent de position pour soulager mon dos.....	/ <input type="checkbox"/>
3 – Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos.....	/ <input type="checkbox"/>
4 – À cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison.....	/ <input type="checkbox"/>
5 – À cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers.....	/ <input type="checkbox"/>
6 – À cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer.....	/ <input type="checkbox"/>
7 – À cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil.....	/ <input type="checkbox"/>
8 – À cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place.....	/ <input type="checkbox"/>
9 – À cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude.....	/ <input type="checkbox"/>
10 – Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos.....	/ <input type="checkbox"/>
11 – À cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller....	/ <input type="checkbox"/>
12 – À cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise.....	/ <input type="checkbox"/>
13 – J'ai mal au dos, la plupart du temps.....	/ <input type="checkbox"/>
14 – À cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit.....	/ <input type="checkbox"/>
15 – J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos.....	/ <input type="checkbox"/>
16 – À cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants).....	/ <input type="checkbox"/>
17 – Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos.....	/ <input type="checkbox"/>
18 – Je dors moins à cause de mon mal de dos.....	/ <input type="checkbox"/>
19 – À cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller.....	/ <input type="checkbox"/>
20 – À cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée...	/ <input type="checkbox"/>
21 – À cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison.....	/ <input type="checkbox"/>
22 – À cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens.....	/ <input type="checkbox"/>
23 – À cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude	/ <input type="checkbox"/>
24 – À cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps.....	/ <input type="checkbox"/>

Annexe 3 : Echelle de Québec

QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE - ECHELLE DE QUÉBEC						
<p><i>Ce questionnaire porte sur la façon dont votre douleur au dos affecte votre vie de tous les jours. Les personnes souffrant de maux de dos trouvent parfois difficile d'entreprendre certaines activités quotidiennes. Nous aimerions savoir si vous éprouvez de la difficulté à accomplir les tâches énumérées ci-dessous en raison de votre douleur au dos. Veuillez encrer le chiffre de l'échelle de 0 à 5 qui correspond le mieux à chacune des activités (sans exception).</i></p> <p><i>Epruvez-vous de la difficulté aujourd'hui à accomplir les activités suivantes en raison de votre douleur au dos ?</i></p>						
	Aucune Difficulté	Très peu difficile	Un peu difficile	Difficile	Très difficile	Incapable
1. Sortir du lit	0	1	2	3	4	5
2. Dormir toute la nuit	0	1	2	3	4	5
3. Vous retourner dans le lit	0	1	2	3	4	5
4. Vous promener en voiture	0	1	2	3	4	5
5. Rester debout durant 20 à 30 minutes	0	1	2	3	4	5
6. Rester assis sur une chaise durant plusieurs heures	0	1	2	3	4	5
7. Monter un seul étage à pied	0	1	2	3	4	5
8. Faire plusieurs coins de rue à pied (300 à 400 m)	0	1	2	3	4	5
9. Marcher plusieurs miles	0	1	2	3	4	5
10. Atteindre des objets sur des tablettes assez élevées	0	1	2	3	4	5
11. Lancer une balle	0	1	2	3	4	5
12. Courir un coin de rue (à peu près 100 m)	0	1	2	3	4	5
13. Sortir des aliments du réfrigérateur	0	1	2	3	4	5
14. Faire votre lit	0	1	2	3	4	5
15. Mettre vos bas (collants)	0	1	2	3	4	5
16. Vous pencher pour laver le bain	0	1	2	3	4	5
17. Déplacer une chaise	0	1	2	3	4	5
18. Tirer ou pousser des portes lourdes	0	1	2	3	4	5
19. Transporter deux sacs d'épicerie	0	1	2	3	4	5
20. Soulever et transporter une grosse valise	0	1	2	3	4	5

Annexe 4 : Auto-questionnaire de Dallas

DALLAS BACK PAIN - AUTO-QUESTIONNAIRE DE DALLAS Version traduite et validée par le GEL : Groupe d'Étude des Lombalgies.			
1 – La douleur et son intensité : Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?			
0 %	/	/	100 %
pas du tout		parfois	tout le temps
2 – Les gestes de la vie quotidienne : Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?			
0 %	/	/	100 %
pas du tout (pas de douleur)		moyennement	je ne peux pas sortir du lit
3 – La possibilité de soulever quelque-chose : Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque-chose ?			
0 %	/	/	100 %
pas du tout (comme avant)		moyennement	je ne peux rien soulever
4 – La marche : Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?			
0 %	/	/	100 %
je marche comme avant		presque comme avant	presque plus
			plus du tout
5 – La position assise : Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?			
0 %	/	/	100 %
pas du tout (pas d'aggra- vation de la douleur)		moyennement	je ne peux pas rester assis(e)
6 – La position debout : Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de manière prolongée ?			
0 %	/	/	100 %
pas du tout (je reste debout comme avant)		moyennement	je ne peux pas rester debout
7 – Le sommeil : Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?			
0 %	/	/	100 %
pas du tout (je dors comme avant)		moyennement	je ne peux pas dormir debout

Annexe 5 : Questionnaire de suivi à distance du programme d'éducation thérapeutique



Centre Hospitalier

Libourne

**QUESTIONNAIRE DE SUIVI A DISTANCE DU MODULE DOS
Education thérapeutique des lombalgiques chroniques**

NOM : Prénom :

Date du module : Date évaluation de contrôle :

Profession :

- Si oui laquelle ? :
- non

- Date de la reprise ou du changement d'activité professionnelle :
.....

- Nombre de jours d'arrêt de travail pour problème de dos depuis l'ETP :
.....

- Nombre de jours d'arrêt d'hospitalisation pour problème de dos depuis l'ETP
.....

- Nombre de consultations médecins (généraliste ou spécialisés) :
.....

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

- jamais quelquefois souvent tout le temps

**QUESTION 2 : Concernant votre douleur de dos et sur une échelle de 0 à 10.
Où vous situez-vous aujourd'hui (moyenne des 3 derniers jours et des 15
derniers jours) :**

- . EVA aujourd'hui : EVA sur les 3/5 derniers jours :
- . EVA moyenne sur 15 jours :

**QUESTION 3 : depuis votre session d'éducation thérapeutique, 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 cours de votre session d'Education Thérapeutique du dos en économie rachidienne ? :

◇ Oui Exemple :

◇ Non Pourquoi selon vous ? :

manque de motivation

manque de capacité

autres, 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 votre session d'Education Thérapeutique, 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 :

- type d'activités :

- fréquences / heures / semaine :
.....

◇ Non

Pourquoi selon vous ? :

douleur peur

autre motif (manque de temps, de goût)

Précisez :

.....

QUESTION 8 : Consommation de médicaments contre la douleur depuis l'ETP :

NOM DU MEDICAMENT	FREQUENCE DE PRISE	DUREE

* Autres traitements contre la douleur : (kinésithérapie, infiltrations etc)

-
-
-
-
-
-

Annexe 6 : Contenu du programme d'éducation thérapeutique étudié

Le programme d'ETP pour patient lombalgique chronique du Centre Hospitalier de Libourne étudié se déroule en stage de trois jours dans le service de médecine physique et réadaptation (MPR). Il est validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Lors de l'accueil des patients des explications sont données sur le déroulement du stage par l'équipe pluridisciplinaire d'ETP. Cette équipe se compose de médecins MPR, de kinésithérapeutes, d'une ergothérapeute, d'une psychologue, d'une psychomotricienne, et d'une monitrice d'activité physique adaptée (APA). Tous les intervenants travaillent dans le service de médecine physique et réadaptation et ont suivi une formation spécifique en éducation thérapeutique.

Le premier temps du stage est celui du diagnostic éducatif. Il s'agit d'un entretien individuel réalisé par un des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire d'ETP qui a pour but d'élaborer un bilan éducatif partagé. Lors de cet entretien, sont évalués les différentes attentes et besoins du patient. Les informations recueillies permettent de formuler les compétences à acquérir lors du programme. Le but est de répondre à 5 types de questions à propos du patient :

- « Qu'a-t-il ? » : C'est le stade du bilan médical au cours duquel l'intervenant reprend l'histoire de la maladie (circonstance d'apparition de la lombalgie, durée, évolution, intensité)
- « Qui est-t-il ? » : L'objectif est de mieux connaître le patient. Sont évalués à ce stade le contexte familial du patient, l'existence de

personnes ressources qui peuvent l'aider, sa personnalité et le climat global de la rencontre.

- « Que fait-t-il ou que faisait-t-il ? » : L'objectif est d'évaluer le retentissement de la lombalgie dans la vie quotidienne (modification des activités quotidiennes, sportives ou de loisirs, moral) et dans la vie professionnelle (situation, jours d'arrêts de travail, difficultés professionnelles en rapport avec la lombalgie). Des questionnaires d'incapacité fonctionnelle sont utilisés pour aider à l'évaluation de ce retentissement.
- « Que sait-t-il ? » : L'intervenant évalue les connaissances et la compréhension de la pathologie par le patient (causes, gravité, évolution, retentissement, facteurs déclenchants, gestes préventifs) et ses connaissances sur les traitements (médicamenteux (utilité, posologie, effets indésirables) et non médicamenteux). Une fiche d'évaluation initiale des savoirs est distribuée à ce stade.
- « Que veut-t-il ? » : A ce stade sont abordés les projets personnels ou professionnels du patient et les motivations au changement. L'intervenant note les besoins exprimés par le patient et les éléments susceptibles de motiver ou mettre un frein au changement (croyance, contexte familial ou professionnel).

Une synthèse de cet entretien est retranscrite sur une grille d'entretien semi structurée par l'intervenant. L'équipe pluridisciplinaire se réunit une première fois à la fin des entretiens individuels pour mettre en commun les bilans éducatifs de chaque patient et créer deux sous-groupes afin de réaliser les ateliers collectifs. Dans ces ateliers les patients sont actifs, ils donnent leur avis et proposent des solutions pour mieux vivre avec leur lombalgie. Les

intervenants utilisent des supports diverses (tableaux, schémas, étiquettes à placer) dans le but d'animer ces ateliers.

Les ateliers sont au nombre de 10 et se répartissent ainsi :

- Connaissance de la lombalgie chronique : Lors de cet atelier, animé par un kinésithérapeute, sont repris les différents éléments anatomiques et comportementaux impliqués dans la lombalgie chronique. Le cercle vicieux de lombalgie chronique est expliqué aux patients.
- Connaissance des moyens médicamenteux et non médicamenteux : Ces deux ateliers, animés par un médecin MPR (moyens médicamenteux) et un kinésithérapeute (moyens non médicamenteux), visent à apprendre à gérer les épisodes douloureux par une meilleure connaissance des traitements (effets attendus, effets indésirables, adaptations posologiques).
- Connaissance de l'activité physique : Cet atelier, animé par une monitrice d'activité physique adaptée (APA), vise à faire prendre conscience aux patients de l'intérêt de la pratique d'une activité physique régulière.
- Gymnastique pratique. Étirements et renforcements musculaires : Cet atelier, animé par une monitrice d'APA, permet la mise en pratique d'exercices physiques et leur auto-apprentissage pour une utilisation quotidienne et répétée (exercices de mobilisation, de renforcement musculaire, d'assouplissement du dos et d'étirement).
- Mal au dos et activité quotidienne : les bons gestes (ateliers théorique et pratique) : Ces deux ateliers, animés par une ergothérapeute, visent

l'apprentissage d'une mobilisation adaptée du dos dans la vie quotidienne (tâches ménagères, port de charge, déplacements, bricolage, ...) ainsi que dans l'activité sportive et professionnelle afin de le préserver. Chaque patient en sous-groupe montre sa façon de faire et le groupe propose des comportements plus adaptés.

- Relaxation (ateliers théorique et pratique) : Ces deux ateliers, animés par une psychomotricienne, visent à faire prendre conscience au patient de l'importance des facteurs psychosociaux dans la chronicisation et le retentissement de la lombalgie. La séance de relaxation permet une expérience pratique pour ressentir le bien-être possible et essayer d'intégrer ce type de pratique dans son quotidien.
- Adapter son quotidien en fonction de ses douleurs : Ce dernier atelier, animé par une psychologue, est une forme de conclusion du programme. En partant des situations du quotidien, les patients envisagent des solutions adaptées en intégrant les nouvelles connaissances acquises durant le stage.

Le dernier temps du stage correspond à l'évaluation des acquis et de la qualité du programme. L'équipe soignante se réunit pour réaliser un bilan spécifique pour chaque patient en évaluant l'atteinte ou non des objectifs éducatifs fixés et pour proposer des axes de réflexion pour l'avenir. Elle discute également des modalités à améliorer dans l'organisation du programme. De son côté, le patient remplit une fiche d'évaluation finale des savoirs ainsi qu'une fiche d'évaluation de la satisfaction à propos de la session d'ETP. Il reçoit à distance un questionnaire d'évaluation à retourner au service par voie postale.

Serment médical

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

Contexte : L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est proposée sous forme de programmes structurés dans la lombalgie chronique non spécifique afin de permettre au patient d'acquérir un savoir-faire adapté pour mieux vivre avec son mal de dos, surmonter ses limitations fonctionnelles et reprendre progressivement ses activités habituelles malgré la douleur. Il existe peu de données dans la littérature sur ce type de programme novateur.

Objectif : Déterminer s'il existe une modification du niveau d'incapacité fonctionnelle après la réalisation d'un programme d'ETP pour patient lombalgique chronique.

Méthode : Etude de type avant/après, sans groupe témoin, sur un échantillon de patients souffrant de lombalgie chronique non spécifique ayant participé au programme d'ETP du Centre Hospitalier de Libourne, entre octobre 2016 et octobre 2017. Les patients ont bénéficié d'un diagnostic éducatif et de 10 ateliers d'éducation thérapeutique répartis sur 3 jours.

Résultats : Les moyennes des scores EIFEL ($p=0,0323$) et Dallas activités quotidiennes ($p=0,0269$) étaient statistiquement inférieures à 4 mois du programme d'ETP dans l'échantillon de 27 patients étudié d'âge moyen 54,4 ans. Il n'a pas été démontré de diminution significative des moyennes des scores de Québec, de Dallas activités professionnelles et de loisirs, de Dallas anxiété/dépression et de Dallas sociabilité.

Conclusion : Les résultats de cette étude illustrent l'intérêt potentiel d'un programme d'ETP pour patient lombalgique chronique. Ils devront être validés par la réalisation d'une étude d'efficacité contrôlée et randomisée.

Mots clés : lombalgie, douleur chronique, éducation du patient comme sujet, médecine physique et de réadaptation.

ABSTRACT

Background : Therapeutic patient education (TPE) programs are suggested in case of non-specific chronic low-back pain (LBP) in order to allow the patient to acquire a know-how to return to a near-normal quality of life, to overcome his functional limitations and gradually regain his daily activities despite pain. There are few data in the literature on this type of innovative program.

Objective : To determine if there is a change in the level of functional disability after a TPE program for patients with chronic LBP.

Méthod : Before/after study, without control group, on a sample of patients with non specific chronic LBP who participated in the TPE program of Libourne Hospital, between October 2016 and October 2017. Patients benefited from an educational diagnosis and 10 therapeutic education workshops spread over 3 days

Results : Mean scores for EIFEL ($p = 0.0323$) and Dallas daily activities ($p = 0.0269$) were statically lower than 4 months of the TPE program based on the sample of the 27 studied patients with an average age of 54,4 years. There were no significant reduction in average scores of Quebec, Dallas Leisure activities, Dallas Anxiety/Depression and Dallas Social interest.

Conclusion : These results illustrate the interest of a TPE program for patients with chronic LBP. They must be validated after conducting an efficient randomized controlled study.

Keywords : low back pain, chronic pain, patient education as topic, physical and rehabilitation medicine.

UFR des sciences médicales. Université Bordeaux.

146, Rue Léo Saignat, Case 16, Espace Santé, 33076 BORDEAUX