



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS LOMBALGIQUES
CHRONIQUES DANS LES CENTRES DE REEDUCATION
DU NORD – PAS DE CALAIS**

Présentée et soutenue publiquement le 9 novembre à 18 h
Au Pôle Recherche
Par Anne-Laure Seichepine

JURY

Monsieur le Professeur A. Thévenon

Assesseurs :

Madame le Professeur S. Fantoni-Quinton

Monsieur le Professeur B. Cortet

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur V. Tiffreau

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

APA : Activités Physiques Adaptées

ARS : Agence Régionale de Santé

BBQ : Back Beliefs Questionnaire

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSQ : Coping Strategies Questionnaire

EIFEL : Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgiques

ETP : éducation thérapeutique

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

IDE : Infirmier Diplômé D'Etat

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TSK : Tampa Scale of Kinesiophobia

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
1. INTRODUCTION.....	2
1.1 La lombalgie chronique.....	2
1.1.1 Epidémiologie et coût pour la société	2
1.1.2 Evolution de la prise en charge des lombalgies chroniques	3
1.1.3 Influence des peurs, (fausses) croyances et conduites d'évitement ..	4
1.2 Education thérapeutique du patient (ETP)	6
1.2.1 Définition de l'ETP	6
1.2.2 Principes de l'ETP	7
1.2.3 Intérêts de l'ETP	8
1.2.4 Freins au développement de l'ETP	10
1.2.5 L'ETP dans le cadre des lombalgies chroniques	10
1.3 Le « Renodos »	13
1.3.1 Présentation du Renodos	13
1.3.2 Centres participants au réseau	13
1.4 Objectifs.....	14
2. PATIENTS ET METHODES.....	16
2.1 Centres étudiés	16
2.2 Evaluation des pratiques des professionnels de santé	16
2.3 Evaluation de l'avis des patients sur les informations reçues	17

2.4	Analyses des données	18
3.	RESULTATS	19
3.1	Présentation de l'organisation des différents centres et de l'information donnée.....	19
3.1.1	Organisation générale des centres (Tableau 1)	19
3.1.2	Présence de programmes d'ETP accrédités et de personnels formés à l'ETP (Tableaux 2 et 3)	20
3.1.3	Personnes participant à l'information des patients (Tableau 4).....	22
3.1.4	Utilisation de supports (Tableaux 5 et 6)	24
3.1.5	Thèmes abordés (Tableau 7)	28
3.1.6	Evaluation des attentes et du bénéfice du séjour pour les patients (Tableaux 8 et 9)	30
3.2	Evaluation par les patients des informations reçues (Tableau 10).....	32
4.	DISCUSSION	35
4.1	Caractéristiques des informations données aux patients	35
4.1.1	Éléments rapprochant les informations d'une éducation thérapeutique officielle	35
4.1.2	Différences avec les critères officiels d'une éducation thérapeutique	36
4.2	Possibilité de mettre en place une ETP accréditée.....	37
4.2.1	Avantages pour cette mise en place dans chaque centre	37
4.2.2	Freins à la mise en place de programmes d'ETP	38

4.2.3	Difficultés pour la mise en place d'un programme d'éducation commun aux différents centres	39
4.3	Comment mettre en place une ETP dans les différents centres	41
4.4	Limites de l'étude	43
5.	CONCLUSION	45
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
	ANNEXES	52
	Annexe 1 : Feuille de recueil de données standardisée Renodos	52
	Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction des patients	53
	Annexe 3 : Quelques pages du livret « Vivre son dos au quotidien » remis à Swynghedauw	54
	Annexe 4 : Quelques pages du « Carnet du lombalgique » remis à Oignies	57
	Annexe 5 : Quelques pages du livret sur la lombalgie remis à Wattrelos	61
	Annexe 6 : Feuille de diagnostic éducatif, centre de Cambrai	63
	Annexe 7 : Questionnaire DORIS	64
	Annexe 8 : Score CSQ, utilisé à Wattrelos	65
	Annexe 9 : Feuille de suivi de Wattrelos	66
	Annexe 10 : Feuille d'évaluation des ateliers de Cambrai	68

RESUME

Contexte et objectifs : La lombalgie chronique est fréquente et coûteuse pour les sociétés développées. L'ETP permet aux patients d'acquérir les connaissances permettant une meilleure prise en charge de leur maladie, et elle peut compléter les programmes de reconditionnement de ces patients. Nos objectifs étaient d'évaluer les pratiques d'éducation dans la région Nord-Pas-de-Calais et d'évaluer les possibilités de développer un programme d'éducation commun.

Méthode : Nous avons étudié 8 centres de la région dont 6 participants au réseau Renodos avec entretiens auprès des médecins, et si possible des thérapeutes, ainsi que par le biais d'un questionnaire de satisfaction des patients concernant l'information reçue.

Résultats : Seuls les centres de Zuydcoote et Cambrai (programme autorisé par l'ARS) proposaient des séances d'éducation séparées des séances de reconditionnement. La moitié des centres n'avaient pas de personnels formés à l'ETP en dehors des infirmières. Médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et professeurs d'APA participaient systématiquement à l'information du patient. Seuls 2 centres n'utilisaient aucun support pour réaliser l'information et ne remettaient pas de livret éducatif aux patients. Le thème le plus traité était l'importance de l'activité physique, avec une bonne satisfaction des patients. Le seul centre qui évaluait les connaissances des patients était le centre de Cambrai.

Conclusion : Il existe une certaine homogénéité des pratiques, qui respectent une partie des critères officiels de l'ETP, permettant d'envisager le développement d'un programme commun via le réseau Renodos.

1. INTRODUCTION

1.1 La lombalgie chronique

1.1.1 Epidémiologie et coût pour la société

La lombalgie est une pathologie fréquente dans les pays développés. En effet, la prévalence annuelle est estimée entre 35 % et 50 % de la population (1). Le passage à la chronicité, c'est-à-dire des lombalgies qui durent plus de 3 mois (2), est de 7 à 10 %. Les lombalgies chroniques représentent cependant 85 % des coûts des lombalgies (3).

Ce coût important pour la société est le total des coûts directs comme les consultations médicales, les médicaments ou les séances de kinésithérapie et des coûts indirects liés aux arrêts de travail, aux indemnités, à la perte de productivité des entreprises. En France, le coût des lombalgies est estimé à 1,5 % de toutes les dépenses de santé, avec un coût direct de 1,4 milliards d'euros (4).

Les lombalgies sont une des principales causes de maladie professionnelle, d'arrêt de travail, ainsi que de passage en invalidité avant 45 ans (4). Les lombalgies sont ainsi responsables de 110 000 arrêts de travail en France (1) et de 9 millions de journées d'arrêts de travail par an (5). En 2005, la durée moyenne des arrêts de travail pour lombalgies était de 55 jours dans le cadre des accidents de travail et de 340 jours dans le cadre des maladies professionnelles (5). Plus l'arrêt est prolongé et plus la probabilité de reprise du travail diminue. La probabilité de reprise du travail après 6 mois d'arrêt est de 40 %, elle n'est plus que de 20 % après 12 mois

d'arrêt (4). Etant donné l'importance du coût lié aux lombalgies, leur prise en charge représente un enjeu majeur de santé publique.

1.1.2 Evolution de la prise en charge des lombalgies chroniques

Historiquement, les lombalgies étaient traitées par le repos complet ou la chirurgie. En 1969, Zachrisson-Forsell a introduit un programme éducatif destiné aux patients lombalgiques qui proposait une information sur l'anatomie du dos, la biomécanique, l'ergonomie et les mouvements à éviter ainsi que des exercices pour le rachis. Ce programme a été connu en France sous le nom d'« école du dos suédoise ». Ce programme d'éducation avait lieu sur 2 semaines par sessions de 45 min (6). Il reposait sur le modèle biomédical, qui s'intéressait à la lésion anatomique, par les signes cliniques et para-cliniques, pour traiter la douleur sans prendre en compte les autres aspects de la maladie (3). Les études n'ont cependant pas pu démontrer l'efficacité des programmes de ce type sur la douleur, l'incapacité ou le retour au travail (6,7).

Par la suite, l'absence de lien de causalité entre lésion anatomique et importance des douleurs a pu être montrée, fragilisant le modèle biomédical. Jensen et al. (1994) ont ainsi pu observer la fréquence de lésions anatomiques visibles en IRM chez des sujets volontaires non douloureux. Des lésions des disques intervertébraux ont été retrouvées chez 64 % de l'ensemble de ces sujets, 8% avaient une arthrose articulaire postérieure et 7% un canal lombaire étroit (8).

Il a aussi été prouvé que les facteurs psycho-sociaux jouaient un rôle majeur dans l'incapacité fonctionnelle, bien avant la douleur (9) ainsi que dans le passage à la chronicité (10). Les facteurs psycho-sociaux les plus importants sont les croyances et les conduites d'évitement du mouvement par peur de la douleur. L'ensemble de

ces connaissances a conduit au développement d'un nouveau modèle, le modèle bio-psycho-social qui propose une approche globale des facteurs cliniques, psychologiques et socioprofessionnels (11). La prise en charge a alors évolué vers des programmes pluridisciplinaires prenant en compte ces différents facteurs.

Dans les années 1980, un médecin américain, le Dr Tom Mayer, a développé un nouveau programme de prise en charge s'appuyant sur le modèle bio-psycho-social. Le programme proposait une rééducation active, non centré sur la douleur, au sein d'un établissement dédié et avec une équipe pluridisciplinaire, pour une durée fixe. Le patient était impliqué dans son traitement et une large place était accordée à la restauration physique et au reconditionnement au poste de travail, avec une prise en charge psychologique associée (12). Ce modèle s'est ensuite répandu aux Etats-Unis et en Europe du Nord (13,14). Cette prise en charge pluridisciplinaire a montré de bons résultats sur la douleur, le moral, le retour au travail et la diminution du recours au système de santé (15,16). En France, le centre de rééducation fonctionnel « L'Espoir », à Hellemmes, a été un des premiers à proposer une rééducation active avec son programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis (17).

1.1.3 Influence des peurs, (fausses) croyances et conduites d'évitement

L'étiologie des lombalgies aiguës étant mal connue (18,19), l'objectif n'est donc pas de diminuer la fréquence des épisodes de lombalgies aiguës mais de diminuer le risque de passage à la chronicité. Les facteurs majorant le risque de passage à la chronicité sont l'anxiété ou la dépression (20), l'appréhension du retour au travail et les stratégies de « coping » (processus utilisé pour faire face à un événement stressant) inadaptées témoignant d'un évitement à la place de la confrontation (3).

La douleur joue un rôle moins important que la peur de la douleur, la peur de l'activité physique et des blessures (21,22). Ces peurs conduisent à des comportements d'évitement et à la kinésiophobie, c'est-à-dire la peur du mouvement, qui augmente l'appréhension et le retentissement fonctionnel à long terme (21). Les patients développent alors la croyance que l'activité physique provoque douleurs et lésions, ce qui conduit au catastrophisme, qui est une attitude mentale exagérément négative, caractérisée par une focalisation du patient sur les aspects négatifs de son expérience douloureuse avec une exagération des douleurs et une rumination sur ces douleurs (10,23,24). De plus, il a été montré que les croyances des professionnels de santé (médecin généraliste, rhumatologue, chirurgien, kinésithérapeute et ostéopathe) concernant les lombalgies influençaient négativement celles de leurs patients (25,26).

L'information des patients permet d'améliorer leurs croyances sur la lombalgie à long terme (27,28). Or les croyances inadaptées sont prédictives de l'incapacité fonctionnelle (29), du délai de retour au travail et des résultats après programme de rééducation (30).

Il est donc logique de proposer aux patients lombalgiques chroniques une prise en charge incluant de l'éducation thérapeutique en plus du reconditionnement à l'effort. Les préconisations européennes recommandent d'ailleurs des interventions d'éducation brèves, axées sur la réassurance, sans en préciser la forme (31).

1.2 Education thérapeutique du patient (ETP)

1.2.1 Définition de l'ETP

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'éducation thérapeutique du patient comme ayant pour but « d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie (32).

La définition de l'éducation thérapeutique utilisée par la HAS est la même que celle retenue par l'OMS.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les problèmes de douleurs persistantes rentrent dans le cadre des maladies chroniques.

Le recours à un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de lombalgie chronique, par l'importance du retentissement sur la vie quotidienne, la qualité de vie et la capacité à travailler et par l'importance des fausses croyances semble donc pertinent.

1.2.2 Principes de l'ETP

La réalisation d'un programme d'ETP peut se faire aussi bien en ville qu'en structure hospitalière. Depuis l'arrêté du 14 janvier 2015, les professionnels participant aux programmes doivent avoir été formés à l'ETP ou pouvoir justifier d'une expérience d'au moins 2 ans dans le domaine (33). Le programme doit être mis en œuvre par au moins 2 professionnels de santé, dont au moins un médecin.

Une information orale ou écrite dispensée à diverses occasions par un professionnel de santé n'est pas considérée comme de l'éducation thérapeutique (34). Un programme d'éducation thérapeutique formalisé doit en effet suivre plusieurs étapes, selon les recommandations de la HAS (35).

- Elaboration d'un diagnostic éducatif :

Il permet d'identifier les besoins du patient, de connaître ses demandes et son projet. Il permet aussi d'évaluer les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux du patient.

- Définition d'un programme personnalisé d'ETP :

Les compétences à acquérir sont définies avec le patient pour établir un programme individuel. Ce programme est communiqué au patient ainsi qu'aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

- Mise en œuvre des séances d'ETP :

Celles-ci peuvent être individuelles, collectives ou en alternance. Le contenu des séances, les méthodes et techniques d'apprentissage utilisées se feront en fonction

du programme personnalisé. Il peut aussi bien s'agir de groupes de discussion, d'exposés interactifs, de jeux de rôles ou de mise en situation.

- Evaluation des compétences acquises et du déroulement du programme :

A la fin du programme, un bilan est fait avec le patient pour savoir ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et éventuellement ce qui reste à acquérir.

- Consultations de suivi médical et éducatif :

Elles permettent d'évaluer les connaissances du patient à distance de la participation au programme d'éducation thérapeutique et de proposer, si besoin, un nouveau programme. Il peut s'agir soit d'un programme de reprise en cas de difficultés d'acquisition des compétences, soit d'un programme de renforcement, pour soutenir les connaissances et les actualiser.

1.2.3 Intérêts de l'ETP

Pour le patient

L'ETP participe à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé du patient, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de vie de son entourage.

L'ETP permet l'apprentissage de compétences d'auto-soins (36,37). Dans le cadre des patients lombalgiques chroniques, nous retiendrons principalement :

- soulager les symptômes, adapter les doses de médicaments, améliorer l'observance des traitements,
- améliorer l'observance des mesures hygiéno-diététiques,
- impliquer son entourage dans la gestion de la maladie et de ses répercussions.

L'ETP travaille aussi l'acquisition de compétences d'adaptation, notamment en travaillant sur les techniques de coping, en utilisant le vécu et l'expérience antérieure du patient. Selon l'OMS, les compétences d'adaptation sont « des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci » (38).

Cela permet de limiter les fausses-croyances et le catastrophisme et de rendre le patient acteur de sa prise en charge.

Pour la société

L'éducation thérapeutique a pour but de diminuer les coûts au niveau médico-économique. En effet, l'ETP, en renforçant les capacités d'auto-soins et d'adaptation du patient, permettrait de diminuer à court et moyen terme le recours aux soins pour la maladie chronique concernée. Elle permettrait aussi de réduire le recours aux soins à long terme par une diminution des complications secondaires à la maladie (39).

Dans le cadre des lombalgies chroniques, l'éducation thérapeutique permettrait également, par un retour plus précoce au travail, une réduction du coût pour la société par une réduction du nombre de journées de travail perdues et par une diminution des mises en invalidité.

Cependant, la démonstration du bénéfice économique de l'éducation thérapeutique, c'est-à-dire d'un rapport satisfaisant entre les économies permises par l'action éducative et les coûts nécessaires à sa réalisation, n'est pas facile, malgré les nombreuses études réalisées. En effet, les études portent sur des expériences

locales et il existe une hétérogénéité importante des programmes et des modalités d'évaluation. Peu de patients sont actuellement concernés par une prise en charge en éducation thérapeutique. Ces études ont notamment pu prouver l'intérêt des programmes d'éducation thérapeutique dans le cadre de l'asthme pédiatrique et du diabète de type 1. Le manque d'études ne permet pas à l'heure actuelle de conclusion concernant les lombalgies chroniques (39).

1.2.4 Freins au développement de l'ETP

Le développement de l'ETP se heurte au problème de son financement. Il n'y a en effet pas de financement spécifique en France, que ce soit à l'hôpital ou en ville. A l'hôpital, la valorisation se fait le plus souvent par le recours à des hôpitaux de jour ou des hospitalisations de semaine, plus rarement par des consultations (40). L'étude de Johnson et al. (2007) était cependant en faveur d'un coût assez faible de l'ETP pour les lombalgies (41).

En l'absence de financement dédié, le temps important nécessaire pour la réalisation de l'éducation thérapeutique est un frein à son développement.

1.2.5 L'ETP dans le cadre des lombalgies chroniques

Actuellement, il existe peu de programmes d'éducation thérapeutique reconnus par les ARS pour les patients lombalgiques chroniques. Ces programmes ont tous lieu au sein d'établissements qui prenaient déjà en charge ces patients pour des stages de reconditionnement à l'effort.

Il n'y a pas de recommandations sur les modalités des programmes d'ETP pour lombalgiques chroniques, que ce soit sur le fond ou sur la forme. Il existe cependant

un consensus international pour recommander une prise en charge pluridisciplinaire combinée à de l'éducation thérapeutique (42).

Sur la question du contenu des programmes, des modalités très diverses ont ainsi été testées. Certains hôpitaux, comme l'hôpital Saint-Antoine à Paris, proposent des programmes d'ETP d'inspiration cognitivo-comportementales (42). L'« American College of Physicians » et l'« American Pain Society » suggèrent dans leurs recommandations pour les lombalgies subaiguës et chroniques le recours à de la rééducation pluridisciplinaires et aux thérapies cognitivo-comportementales ou à la relaxation (43). D'autres programmes utilisent pour l'éducation les données issues de « l'evidence based medecine » sous des formes très diverses : informations orales ou écrites, audio, vidéo ou encore multimédia (3).

L'étude randomisée de Gremeaux et al. (2013) a montré l'intérêt d'un programme d'éducation, utilisant les données du « Back Book » à raison d'une séance par semaine pendant 3 semaines chez des patients lombalgiques en cure thermale pour diminuer les fausses-croyances et la douleur (44). Le « Back Book » est un livret éducatif créé aux Etats-Unis, qui reprend les informations prouvées et les recommandations dans le cadre de la lombalgie. Il insiste sur l'importance de rester actif et sur l'absence de gravité des douleurs (45). Aux Etats-Unis, il a montré une efficacité sur les croyances du patient (28). Ce livret a été traduit en français et adapté sous le titre « Guide du dos » (46) ; c'est actuellement le seul livret d'information au contenu validé pour les patients francophones (29). D'autres études ont montré l'intérêt d'un livret éducatif pour réduire les peurs et les croyances mais avec une amélioration modeste des douleurs (47,48). L'association de plusieurs outils d'information permettrait d'avoir un effet synergique (3).

L'usage de sites internet a aussi été évalué pour compléter l'éducation des patients lombalgiques. Ceux-ci sont en effet souvent demandeurs de sites de référence comme source d'information valable. La définition d'un site internet de qualité est cependant différente pour les médecins MPR et pour les patients (49). Le recours à des sites de qualité, en particulier ceux proposant un soutien cognitivo-comportemental, a montré un effet bénéfique sur les habitudes de vie du patient et sur la sévérité des symptômes (50).

Concernant les modalités pratiques de l'ETP pour les lombalgiques chroniques, il n'existe pas de recommandation pour le bilan éducatif (3). Le recours à des échelles d'évaluation validées est usuel. Parmi les plus utilisées, nous retrouvons le « Fear Avoidance Beliefs Questionnaire » (FABQ) pour l'appréhension dans les activités physique et professionnelles (30) et le « Back Beliefs Questionnaire » (BBQ) pour les croyances (51).

Il n'y a pas de recommandation spécifique sur la prise en charge individuelle ou de groupe (31). L'apport d'une ETP individuelle n'a pas encore pu être établi (52).

La durée d'une séance d'éducation et sa répétition ont été peu évaluées (3). L'étude de Little et al. (2008) a montré que chez des lombalgiques chroniques, 6 sessions d'apprentissage permettaient d'atteindre 72% des résultats d'un apprentissage en 24 séances sur la capacité fonctionnelle évaluée par le Roland and Morris Disability Questionnaire (le score EIFEL en est sa version française) (53).

En raison de l'absence de recommandations et du peu d'études sur les modalités des programmes d'ETP dans la lombalgie, ceux-ci suivent donc surtout les habitudes de chaque centre.

1.3 Le « Renodos »

1.3.1 Présentation du Renodos

Le Réseau Nord–Pas-de-Calais du DOS (Renodos) est une structure associative régionale qui regroupe des médecins spécialistes (MPR et rhumatologues) et des thérapeutes. Ces professionnels de santé prennent en charge les patients atteints de lombalgies chroniques au sein de différents centres de rééducation de la région autour d'un programme organisé et pluridisciplinaire, même si chaque centre a pu garder ses spécificités, notamment sur le recrutement des patients (54). Les objectifs de ce réseau sont d'harmoniser la prise en charge des patients et de mettre en place une évaluation standardisée au cours de l'hospitalisation ainsi que lors des consultations de suivi, de favoriser les échanges entre les différents professionnels intervenant pour les patients lombalgiques chroniques, de participer à des études scientifiques et de développer des actions éducatives (55). Une étude a été réalisée après mise en place de pratiques communes portant sur le contenu du programme de rééducation, les échelles d'évaluation et le suivi après hospitalisation. Une grille d'évaluation commune a ainsi été réalisée (Annexe 1). Cette étude a permis de montrer l'efficacité de cette prise en charge sur la qualité de vie, la diminution de la douleur et les incapacités des patients (54).

1.3.2 Centres participants au réseau

Le Renodos regroupe 9 centres de rééducation de la région Nord–Pas-de-Calais :

- le CHRU de Lille,
- le centre hospitalier de Felleries-Liessies,

- le centre hospitalier de Wattrelos,
- l'hôpital maritime de Zuydcoote,
- le centre Calvé à Berck,
- le centre Clair Séjour à Bailleul,
- le centre de rééducation Les Hautois à Oignies,
- le centre de rééducation Hélène Borel à Raimbeaucourt,
- la clinique Saint Roch à Cambrai.

Un centre situé en Belgique participe aussi au réseau, le centre hospitalier de Dinant.

D'autres centres de la région prennent en charge des patients atteints de lombalgie chronique dans des programmes pluridisciplinaires sans participer au Renodos.

1.4 Objectifs

Les études ont montré l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre des lombalgies chroniques. La prise en charge de ces patients au sein des différents centres participant au Renodos permet une homogénéité des principes de rééducation et de suivi. Elle a montré son efficacité, démontrant ainsi l'intérêt de la prise en charge en réseau.

Les patients lombalgiques, compte tenu du caractère chronique de la pathologie et de l'importance des fausses croyances et des peurs, doivent tirer profit du recours à l'éducation thérapeutique. Les pouvoirs publics sont favorables au développement de ces programmes. Les ARS ont ainsi déjà reconnu plusieurs programmes

d'éducation thérapeutique pour les lombalgiques chroniques (par exemple celui du CHU de Nîmes ou du CHU de Grenoble ou de l'institut polyclinique de Cannes) (56).

A l'heure actuelle, l'éducation thérapeutique ne fait pas partie intégrante du programme commun défini au sein du Renodos.

Les objectifs de ce travail sont :

1. d'évaluer les pratiques d'éducation thérapeutique pour les patients lombalgiques chroniques dans le Nord-Pas-de-Calais, qu'elles se déroulent au sein d'un programme reconnu par l'ARS ou de façon informelle, correspondant davantage à une information qu'à une réelle éducation thérapeutique.
2. L'objectif secondaire est de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique commun, reconnu par l'ARS, au sein du Renodos.

2. PATIENTS ET METHODES

2.1 Centres étudiés

Nous avons étudié 6 des centres participant au réseau intitulé « Renodos » (CHRU de Lille, centre hospitalier de Wattrelos, hôpital maritime de Zuydcoote, centre de rééducation de Oignies, centre de rééducation de Raimbeaucourt et clinique Saint-Roch à Cambrai). Les centres de Felleries-Liessies, Bailleul, Berck et Dinant en Belgique n'ont pas été étudiés par manque de temps ou en raison de la distance trop importante par rapport à Lille.

Nous avons aussi inclus 2 autres centres de la région intéressés par notre démarche avec une activité importante de patients lombalgiques chroniques et qui ne participaient pas au Renodos lors de l'étude de Gagnon et al. : le centre hospitalier de Saint-Omer et la clinique Saint-Roch de Roncq.

2.2 Evaluation des pratiques des professionnels de santé

Nous avons réalisé des entretiens directs, dans chacun des centres étudiés, avec les médecins prenant en charge les patients lombalgiques et, quand cela était possible, des entretiens avec des rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou professeurs d'activités physiques adaptées).

Ces entretiens permettaient d'évaluer :

- La présence d'un programme structuré d'ETP ou non ; la présence de professionnels de santé formés à l'ETP,

- La réalisation d'une information du patient lombalgique, la présence de séances dédiées ou non, les thèmes abordés (anatomie, traitement, activité physique, hygiène lombaire, ...),
- La réalisation de l'information en groupe ou en séance individuelle ; les supports utilisés pour réaliser cette information,
- La présence ou non d'une évaluation des facteurs psycho-sociaux du patient, de ses attentes, de ses connaissances, de l'efficacité de la prise en charge,
- L'utilisation d'échelles spécifiques pour réaliser cette évaluation,
- La présence ou non de consultation de suivi.

Ces entretiens permettaient aussi de remettre un questionnaire à destination des patients.

2.3 Evaluation de l'avis des patients sur les informations reçues

Un questionnaire (Annexe 2) a été réalisé à destination des patients participant à un des programmes de reconditionnement pour lombalgiques chroniques des centres de rééducation étudiés. Ce questionnaire avait pour but d'évaluer la satisfaction des patients concernant les informations reçues au cours de leur séjour sur les différents thèmes d'éducation qui peuvent être abordés (satisfaction globale, anatomie, étiologie des douleurs, traitements antalgiques, chirurgie, importance de l'activité physique, prévention des récurrences, ergonomie, adaptation du poste de travail, reconnaissance en tant que travailleur handicapé, reclassement professionnel). Les patients pouvaient se déclarer pas du tout satisfaits, peu satisfaits, moyennement satisfaits ou très satisfaits. Les patients volontaires finissant leur rééducation au moment de la distribution du questionnaire dans chaque centre ou dans les semaines suivantes ont rempli ce questionnaire.

Le but était de recueillir l'avis de quelques patients dans chaque centre, sans pour autant réaliser de comparaison car l'objectif n'était pas de comparer l'efficacité des pratiques d'éducation des différents centres. En effet, les programmes d'éducation sont conçus pour améliorer la vie des patients et la HAS et l'INPES recommandent de solliciter les patients, individuellement ou par le biais de leur association de malades, pour la conception et la mise en œuvre des programmes d'ETP (57).

2.4 Analyses des données

Nous avons réalisé une étude analytique, prospective, multi-centrique descriptive. Il n'y a pas eu de statistiques réalisées mais les données ont été analysées sous forme de tableaux.

3. RESULTATS

3.1 Présentation de l'organisation des différents centres et de l'information donnée

3.1.1 Organisation générale des centres (Tableau 1)

Les différents centres étudiés ont gardé leurs particularités concernant les modalités d'organisation des séjours ainsi que sur le recrutement des patients.

Les durées de séjour varient ainsi de 3 semaines (hôpital maritime de Zuydcoote) à 6 semaines (CH de Saint-Omer), les centres proposent cependant le plus souvent des séjours de 4 semaines. Certains centres ne proposent une prise en charge qu'en hôpital de jour (Zuydcoote, Cambrai) ou en hospitalisation complète ou de semaine (Raimbeaucourt, Swynghedauw). Le centre de Oignies offre les 2 possibilités aux patients. Le centre hospitalier de Saint-Omer a la particularité de proposer un séjour en 2 temps, d'abord en hospitalisation complète 3 semaines puis en hôpital de jour 3 semaines.

De nombreux centres proposent des prises en charge en groupe. La prise en charge est individuelle à Wattrelos en raison de la diminution du nombre de patients pris en charge pour lombalgie. Il y a ainsi rarement 2 patients lombalgiques hospitalisés en même temps. Elle est aussi individuelle à Saint-Omer et Roncq.

Les consultations de suivi, au minimum à 6 et 12 mois après la sortie, sont systématiques sauf dans le centre de Roncq. Le centre de Oignies a même débuté un suivi jusqu'à 2 ans. A Roncq, les patients ne sont revus que si l'amélioration

durant le séjour a été insuffisante. Ils peuvent aussi être revus à leur demande en cas de récurrence à distance.

	Hôpital de jour	Hospitalisation complète	Durée (semaines)	Individuel	Groupe	Consultation suivi
Cambrai	X		5		X	X
Oignies	X	X	4		X	X
Raimbeaucourt		X	5		X	X
Roncq	X		4	X		
Saint-Omer	X	X	6	X		X
Swynghedauw		X	4		X	X
Wattrelos		X	4	X		X
Zuydcoote	X		3		X	X

Tableau 1 : Organisation générale des centres

3.1.2 Présence de programmes d'ETP accrédités et de personnels formés à l'ETP (Tableaux 2 et 3)

Un seul centre a un programme d'éducation thérapeutique pour lombalgies chroniques reconnu par l'ARS : il s'agit du centre de Cambrai. Ce programme est déjà ancien puisqu'il existe depuis 2011, son autorisation a été renouvelée en 2015. Il propose 9 séances d'éducation thérapeutique réparties sur 5 semaines. Ces séances sont programmées en fin de journée, en dehors des heures de rééducation. Elles durent environ 2 h avec 45 min de théorie suivie d'une pause et d'1 h de mise en pratique. Les séances sont toujours collectives. Le nombre de patients varie cependant en fonction des séances. Celles-ci peuvent se faire avec le groupe complet de patients lombalgiques (10 à 12 personnes) ou par demi-groupe.

L'hôpital de Zuydcoote a aussi développé des séances d'éducation formalisées, avec des horaires dédiés, distincts de la rééducation. Il s'agit là aussi d'une éducation collective, par groupes de 5 patients. Trois ateliers de 1 h sont proposés à

tous les patients lombalgiques associés à 3 ateliers de 1 h 30 axés sur la diététique pour les patients en ayant besoin.

Parmi les autres établissements, plusieurs ont des programmes d'éducation thérapeutique accrédités dans un autre domaine, le plus souvent dans le cadre du reconditionnement cardio-vasculaire (Saint-Omer, Raimbeaucourt, ...). Pour les patients lombalgiques, ces établissements proposent aux patients une simple information, intégrée aux horaires de rééducation. Le volume horaire de cette information n'est donc pas quantifiable mais cette information est répétée tout au long du séjour. L'information se fait de façon individuelle par les médecins, et en groupe et en individuel par les rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, professeurs d'APA) sauf dans les centres prenant en charge les patients de façon individuelle (Roncq, Saint-Omer, Wattlelos).

	ETP lombalgique	Autre ETP	Séances formalisées	Horaires dédiés	ETP collective	ETP individuelle
Cambrai	X		X	X	X	
Oignies		X			X	X
Raimbeaucourt		X			X	X
Roncq						X
Saint-Omer		X				X
Swynghedauw					X	X
Wattlelos		X				X
Zuydcoote			X	X	X	

Tableau 2 : Présence de programmes d'ETP reconnus par l'ARS et organisation de l'éducation dans les différents centres

En raison de l'existence d'un programme accrédité par l'ARS, le personnel (kinésithérapeute, ergothérapeute, professeur d'APA et infirmières) du centre de Cambrai a bénéficié d'une formation à l'ETP. Les nouveaux arrivants du centre bénéficient le plus rapidement possible d'une formation à l'ETP. Le médecin

rhumatologue qui s'occupe des patients lombalgiques n'a pas réalisé de formation officielle mais il bénéficie d'une grande expérience dans le domaine.

Deux autres centres ont également mis en place un programme de formation du personnel : les centres hospitaliers de Watrelos et de Zuydcoote. L'hôpital de Zuydcoote, avec le développement d'une éducation formalisée, projette à terme une reconnaissance de son programme par l'ARS. C'est pour cela que l'ensemble des intervenants (médecin, IDE, rééducateurs) a été formé, y compris les diététiciennes.

Dans les autres centres, il y a peu de personnels formés, essentiellement des infirmières. A Oignies, quelques médecins, kinésithérapeutes et ergothérapeutes ont suivi une formation à l'ETP, mais d'autres thérapeutes intervenant pour les patients lombalgiques n'ont pas été formés. Les centres de Raimbeaucourt et Swynghedauw n'ont aucun personnel formé.

	Médecin	Infirmier	Kiné.	Ergothérapeute	Professeur APA	Diététicien
Cambrai		X	X	X	X	
Oignies	X		X	X		
Raimbeaucourt						
Roncq		X				
Saint-Omer		X				
Swynghedauw						
Watrelos	X	X	X	X	X	
Zuydcoote	X	X	X	X	X	X

Tableau 3 : Personnes formées à l'ETP

3.1.3 Personnes participant à l'information des patients (Tableau 4)

Tous les centres proposent une information au cours de leur séjour aux patients lombalgiques chroniques.

Il est à noter que dans tous les centres, médecin et rééducateurs (kinésithérapeute, ergothérapeute, professeur d'APA) participent à l'information du patient. Chaque intervenant aborde un thème particulier : les médecins parlent de l'anatomie et des traitements, les ergothérapeutes de l'hygiène lombaire dans la vie quotidienne, les professeurs d'APA de l'importance de l'activité physique. Par ailleurs, chaque centre a ses particularités.

Trois centres proposent systématiquement la rencontre avec un psychologue. Cambrai propose 2 séances collectives. Le psychologue intervient par ailleurs systématiquement lors de la journée d'inclusion des patients, pour rechercher des freins psychologiques à la rééducation. Cela est possible grâce à un temps de psychologue suffisant (un psychologue à temps plein pour les patients lombalgiques). Les centres de Raimbeaucourt et Saint-Omer proposent une information au cours d'une rencontre individuelle, et un suivi si nécessaire.

L'information par une diététicienne n'est systématique qu'à Zuydcoote et à Saint-Omer. Dans les autres centres, elle n'a lieu qu'à la demande du patient.

L'information par l'assistante sociale n'est systématique qu'à Raimbeaucourt, ailleurs elle se fait à la demande. Zuydcoote avait envisagé une information systématique, mais celle-ci n'a pas encore pu se mettre en place. Le centre de Oignies bénéficie de l'intervention de membres du service social de la CARSAT tous les 15 jours, pour les patients demandeurs, pour les informer sur les arrêts de travail, les maladies professionnelles, les aider à bâtir un projet professionnel et discuter des possibilités de formation pour une réorientation professionnelle.

D'autres membres des équipes interviennent plus rarement pour informer les patients. A Saint-Omer, un brancardier participe ainsi à l'information sur le port de

charges et à Zuydcoote, une pharmacienne intervient pour l'information sur les traitements.

Enfin, Zuydcoote a choisi d'associer 2 intervenants pour animer ses séances d'éducation, de 2 professions différentes choisies en fonction du thème abordé (ergothérapeute + médecin pour traiter de l'anatomie et des règles d'hygiène rachidienne ; kinésithérapeute + professeur d'APA pour travailler sur l'importance de l'activité physique et sur les fausses croyances ; IDE + pharmacienne pour travailler sur les traitements). La HAS n'impose aucune règle concernant le nombre d'intervenants par séance.

	Médecin	IDE	Aide-soignant	Kiné.	Ergo.	Prof. APA	Diét.	Psychologue	Autre
Cambrai	X			X	X	X		X	
Oignies	X			X	X	X			
Raimbeaucourt	X			X	X	X		X	X
Roncq	X	X		X	X	X			
Saint-Omer	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Swynghedauw	X	X		X	X	X			
Wattrelos	X	X		X	X	X			
Zuydcoote	X	X		X	X	X	X		X

Tableau 4 : Personnes intervenant dans l'information des patients lombalgiques

3.1.4 Utilisation de supports (Tableaux 5 et 6)

La plupart des centres utilisent systématiquement des supports pour réaliser l'information des patients, à l'exception des centres de Roncq et Saint-Omer.

Le support le plus fréquemment utilisé est l'écrit, que ce soit la présentation et l'explication d'un livret papier ou le recours à un tableau. L'utilisation d'un tableau permet des séances interactives avec une meilleure participation des patients. Une maquette du rachis est aussi souvent utilisée (centres de Cambrai, Oignies,

Wattrelos) pour expliquer l'anatomie du rachis. Zuydcoote utilise un document papier pour travailler sur l'anatomie.

Le centre de Cambrai utilise une plus grande variété de supports puisqu'il utilise aussi un logiciel intitulé DORIS (Dos Réinsérer Informer Soutenir), édité par l'INPES en 1999, qui propose des informations sur le fonctionnement du dos, les positions à adopter ainsi que 6 vidéos de témoignages de patients sur leurs connaissances et leur vécu de la maladie. Il utilise aussi plusieurs présentations PowerPoint pour aborder l'importance de l'exercice physique, la douleur chronique, l'anatomie et le fonctionnement du rachis.

Il faut aussi noter qu'il existe des supports originaux comme le recours à un jeu de cartes à Zuydcoote pour discuter des sports recommandés ou non pour les lombalgiques ou d'un jeu de l'oie à Cambrai, pour évaluer les connaissances des patients.

Enfin, il existe une présentation PowerPoint à Lille pour les patients pris en charge dans le programme « école du dos » sur 1 semaine en hôpital de jour. A l'heure actuelle, cette présentation n'est pas utilisée pour les patients hospitalisés en reconditionnement à l'effort.

	SUPPORT UTILISE	Rachis	PowerPoint	Vidéo	Ecrit
Cambrai	X	X	X	X	X
Oignies	X	X			X
Raimbeaucourt	X				X
Roncq					
Saint-Omer					
Swynghedauw	X				X
Wattrelos	X	X			X
Zuydcoote	X				X

Tableau 5 : Support utilisé lors des séances d'information des patients

La majorité des centres (Cambrai, Oignies, Swynghedauw, Wattrelos, Zuydcoote) remet un ou plusieurs livrets à ses patients. Ces livrets peuvent être remis au cours du séjour ou à la fin. Ils permettent aux patients d'avoir des documents de référence. Ces livrets sont différents dans chacun des centres.

Raimbeaucourt propose uniquement des fiches sur l'anatomie du rachis (ces fiches étaient initialement utilisées pour l'éducation des patients obèses).

A Cambrai, 5 livrets d'information, réalisés par l'équipe du centre, sont remis aux patients, sur 5 thèmes différents :

- « Les mouvements éducatifs de base », document qui présente le verrouillage du rachis et des exercices de réveil musculaire,
- « Les étirements pour soulager son dos »,
- « Les exercices pour améliorer et entretenir sa force musculaire » : exercices de gainage, renforcement des segments sous-pelviens antérieurs et postérieurs,
- « Faire face à une douleur chronique »,
- « Qu'est-ce-que le stress » : présentation des manifestations du stress, de ses causes et de la relaxation.

A Swynghedauw, un livret intitulé « Vivre son dos au quotidien » est remis par les ergothérapeutes (Annexe 3). Il présente l'anatomie du rachis et les règles d'hygiène lombaire dans la vie quotidienne.

A Oignies, un document complet est remis à chaque patient : le « carnet du lombalgique » (Annexe 4). Il a l'intérêt d'accompagner le patient pendant et après sa sortie. Il permet aux patients de consigner les progrès réalisés au cours du séjour concernant l'endurance musculaire et la flexibilité, de connaître les exercices

recommandés ou non pour chacun d'entre eux ; il contient aussi une partie sur l'hygiène lombaire.

Wattrelos propose aussi un ensemble de documents complets. Il est le seul centre à remettre aux patients la version française du « Back Book ». Il remet aussi un livret sur la lombalgie réalisé par le centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital Saint-Antoine (Annexe 5). Ce livret présente les lombalgies, la douleur chronique, les traitements à utiliser et des exercices. Une feuille contenant des auto-exercices à réaliser est aussi remise aux patients.

Par ailleurs, des sites internet de référence sont donnés aux patients qui le demandent à l'hôpital maritime de Zuydcoote et à Swynghedauw.

Des adresses sont souvent données par les professeurs d'APA, comme à Swynghedauw, pour des clubs de sport ou des salles de musculation adaptés aux patients lombalgiques, afin de favoriser la poursuite de l'activité physique après le retour au domicile.

Enfin, à Swynghedauw, les professeurs d'APA proposent de filmer les différents exercices de renforcement musculaire avec les téléphones portables des patients, afin que ceux-ci puissent plus facilement les poursuivre à domicile.

	SUPPORT REMIS	à but éducatif	auto- exercices	hygiène lombaire	site internet
Cambrai	X	X	X	X	
Oignies	X		X	X	
Raimbeaucourt		X			
Roncq					
Saint-Omer					
Swynghedauw	X	X	X	X	sur demande
Wattrelos	X	X	X	X	
Zuydcoote	X	X			sur demande

Tableau 6 : Supports remis aux patients

3.1.5 Thèmes abordés (Tableau 7)

Les thèmes abordés sont assez similaires dans les différents centres (importance de la poursuite d'une activité physique, anatomie du rachis, gestion de la douleur).

Le thème le plus important est l'importance de l'activité physique et de sa poursuite après la sortie d'hospitalisation. Il est abordé dans tous les centres. Un travail important est aussi réalisé dans les différents centres pour permettre aux patients de se prendre en charge seuls, pour travailler l'autonomie du patient et la poursuite d'une activité physique et des exercices de gainage et d'étirements sur le long terme, pour réduire les rechutes après la sortie. Le centre de Roncq insiste sur l'évolution de la pathologie en l'absence d'activité physique. A Swynghedauw, il est même demandé aux patients de choisir une ou plusieurs activités physiques à poursuivre et de signer un document, gardé dans le dossier, indiquant quelle(s) activité(s) le patient s'engage à poursuivre.

L'absence de gravité de la pathologie est fréquemment expliquée (Cambrai, Roncq, Saint-Omer, Wattrelos, Zuydcoote), avec l'absence de risque de se retrouver en fauteuil roulant à long terme. Un travail plus complet sur les fausses-croyances des patients est proposé à Zuydcoote en même temps que l'importance de l'activité

physique. Raimbeaucourt propose aussi un travail de lutte contre les fausses-croyances au cours de discussions avec le médecin.

La gestion de la douleur est aussi fréquemment abordée. Certains centres démedicalisent le problème des antalgiques et laissent les patients gérer leur traitement en fonction des douleurs, comme à Roncq. A Zuydcoote comme à Cambrai, l'utilisation des antalgiques et des AINS est expliquée au cours d'une séance dédiée.

La gestion du stress est présentée à Wattrelos et Cambrai ; à Oignies, les patients peuvent bénéficier de séances de relaxation tandis qu'à Cambrai, les patients bénéficient systématiquement de 5 séances de relaxation.

L'anatomie du rachis et les étiologies possibles de la douleur sont abordés dans la plupart des centres à l'exception de Saint-Omer.

Les règles d'hygiène lombaire sont présentées aux patients dans tous les centres. Contrairement aux autres thèmes, il existe une variabilité plus importante du message délivré aux patients. Ainsi à Cambrai et à Roncq, les médecins et les ergothérapeutes ne limitent pas le port de charge, y compris chez les patients ayant un métier physique, une fois le verrouillage du rachis acquis (sauf en cas d'irradiation aux membres inférieurs). Le but du séjour est donc de pouvoir porter sans limitation à la sortie. Les autres centres sont plus prudents et limitent fréquemment le port de charge, et des adaptations de poste sont souvent nécessaires.

La répartition des thèmes entre les différents intervenants est similaire dans les différents centres. Les professeurs d'APA et les kinésithérapeutes travaillent sur le renforcement musculaire et la poursuite d'activité physique ; l'extensibilité est davantage travaillée par les kinésithérapeutes. Les ergothérapeutes présentent les

règles d'hygiène lombaire. Les médecins expliquent principalement l'anatomie, les traitements médicamenteux (souvent aidés par les IDE), l'absence de gravité de la pathologie. Les IDE ont aussi un rôle de réassurance. A Roncq, elles interviennent aussi pour l'éducation nutritionnelle.

	gestion douleur	anatomie	absence de gravité	importance activité physique
Cambrai	X	X	X	X
Oignies	X	X		X
Raimbecourt	X	X		X
Roncq	X	X	X	X
Saint-Omer	X		X	X
Swynghedauw		X		X
Wattrelos		X	X	X
Zuydcoote	X	X	X	X

Tableau 7 : Thèmes abordés dans chacun des centres

3.1.6 Evaluation des attentes et du bénéfice du séjour pour les patients (Tableaux 8 et 9)

L'évaluation des attentes des patients est le plus souvent réalisée de façon informelle en consultation, de façon non systématique. Cependant à Cambrai, les attentes et le projet de vie sont précisés lors de la journée d'inclusion et sont notés sur la feuille de diagnostic éducatif (Annexe 6). A Saint-Omer et à Wattrelos, les attentes du patient sont aussi systématiquement recherchées et notées à l'issue des consultations de pré-admission.

L'évaluation des connaissances du patient est rarement faite. A Cambrai, l'évaluation des connaissances sur les différents thèmes abordés en atelier lors du séjour se fait par un jeu de l'oie créé par l'équipe ainsi que par un questionnaire issu du logiciel DORIS (Annexe 7). A l'entrée, les connaissances sont notées sur le diagnostic éducatif. A Zuydcoote, malgré la présence d'ateliers structurés, le centre

n'a pas mis en place d'évaluation des connaissances des patients, mais il existe un projet de mise en place d'une évaluation structurée.

A l'inverse, tous les centres réalisent une évaluation du bénéfice de la prise en charge du patient à la sortie. Ce bénéfice est évalué, en comparaison des scores d'entrée, par l'amélioration des douleurs (échelle numérique ou échelle visuelle analogique), de la flexibilité (distance doigt-sol, extensibilité des ischio-jambiers et des droits fémoraux), de l'endurance musculaire (tests de Ito pour les abdominaux, de Sorensen pour les spinaux, évaluation du carré des lombes et des quadriceps) et des capacités aérobies (puissance sur cycloergomètre). Les centres vérifient aussi l'acquisition des règles d'hygiène lombaire et leurs utilisations dans la vie quotidienne.

	Evaluation des connaissances	Evaluation des attentes	Efficacité de l'efficacité
Cambrai	X	X	X
Oignies			X
Raimbeaucourt			X
Roncq			X
Saint-Omer		X	X
Swynghedauw			X
Wattrelos		X	X
Zuydcoote			X

Tableau 8 : Evaluation des attentes et du bénéfice du séjour

De plus, de nombreuses échelles sont utilisées à l'entrée et à la sortie de façon systématique. La plupart sont communes à tous les centres. Les plus souvent utilisées sont le score HAD (Hospital Anxiety and Depression) pour le dépistage des syndromes anxio-dépressif, le score de DALLAS pour la qualité de vie, les scores Fear and Beliefs Questionnaire (FABQ) et Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) pour évaluer les peurs et croyances et le score EIFEL (Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgiques) pour le retentissement fonctionnel.

D'autres questionnaires ne sont utilisés que dans quelques centres : le Back Beliefs Questionnaire (BBQ) évalue les croyances (Cambrai, Watrelos, Oignies) ; le score de Québec, réalisé à Saint-Omer et Watrelos, évalue les incapacités.

Un score d'évaluation de l'activité n'est utilisé que dans 3 centres, à Saint-Omer (score d'activité physique de Dijon), Watrelos et Swynghedauw (questionnaire de Baecke). Le centre de Oignies réfléchit actuellement à l'intégration d'une échelle d'évaluation de l'activité physique.

Enfin, Watrelos utilise le score CSQ sur les stratégies de gestion de la douleur (Annexe 8) et à Saint-Omer le « Pain Drawing » - ou schéma des zones douloureuses - permet d'évaluer la douleur.

	BBQ	FABQ	TSK	Dallas	Quebec	HAD	EIFEL	Score act. physique	Autre
Cambrai	X	X	X	X		X	X		X
Oignies		X	X	X		X	X		
Raimbeaucourt		X	X	X		X	X		
Roncq				X			X		
Saint-Omer				X	X	X		X	X
Swynghedauw		X	X	X		X	X	X	
Watrelos	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Zuydcoote		X	X	X		X	X		

Tableau 9 : Echelles d'évaluation utilisées

3.2 Evaluation par les patients des informations reçues (Tableau 10)

L'opinion de quelques patients (43 patients) des différents centres, à l'exception de celui de Cambrai, a pu être recueillie concernant leur satisfaction sur les différents thèmes qui peuvent être abordés au cours de leur séjour. Les patients sont globalement satisfaits des informations reçues (35 patients sur 43, soit 81,4 %). Les thèmes où la satisfaction est la meilleure (plus de 75% des patients satisfaits) sont

l'importance de l'activité physique, la possibilité de réaliser une activité physique malgré les lombalgies, l'importance des étirements, ainsi que les positions à adopter pour porter des charges, pour les activités ménagères et pour travailler assis. Plus de 50 % des patients s'estiment satisfaits concernant les connaissances apportées sur l'anatomie du rachis et l'origine des douleurs.

Il faut par contre noter que moins de la moitié des patients se déclarent satisfaits concernant la gestion des douleurs, que cela soit par des médicaments ou par des traitements non médicamenteux, et la prévention des récives. Les patients se trouvent également insuffisamment informés des possibilités concernant le travail, c'est-à-dire des possibilités d'adaptation de poste, du rôle du médecin du travail, de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé et des conditions de reclassement professionnel. Enfin, les patients sont peu satisfaits des informations sur l'imagerie, le recours à la chirurgie, les cures thermales ainsi que les sites internet permettant de s'informer sur les lombalgies. Ces thèmes ne sont en effet généralement pas abordés, sauf demande particulière du patient.

	Parfaite ment satisfait	Moyenn ement satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NSP
Les informations reçues au cours du séjour	81,4 %	14,0 %	4,7 %	0 %	0 %
Les statistiques concernant les lombalgies	53,5 %	23,3 %	7,0 %	11,6 %	4,7 %
L'anatomie du dos et de la moelle épinière	69,8 %	14,0 %	4,7 %	7,0 %	4,7 %
L'origine des douleurs	51,2 %	41,9 %	4,7 %	2,3 %	0 %
Les facteurs de gravité	32,6 %	37,2 %	7,0 %	9,3 %	14,0 %
L'information sur le faible intérêt des imageries	20,9 %	18,6 %	20,9 %	30,2 %	9,3 %
Les indications de la chirurgie	25,6 %	16,3 %	16,3 %	20,9 %	20,9 %
La gestion des douleurs avec des médicaments	34,9 %	34,9 %	11,6 %	11,6 %	7,0 %
La gestion des douleurs avec des traitements non médicamenteux	44,2 %	23,3 %	9,3 %	14,0 %	9,3 %
Les lombalgies et les cures thermales	25,6 %	30,2 %	2,3 %	27,9 %	14,0 %
La prévention des récives	46,5 %	37,2 %	4,7 %	4,7 %	7,0 %
L'importance de l'activité physique	93,0 %	7,0 %	0 %	0 %	0 %
L'importance des étirements	95,3 %	2,3 %	0 %	0 %	2,3 %
La possibilité de faire des activités physiques en présence de douleurs	83,7 %	14,0 %	2,3 %	0 %	0 %
Les informations sur le rôle du médecin du travail	30,2 %	25,6 %	11,6 %	16,3 %	16,3 %
Les conséquences des arrêts de travail prolongés	27,9 %	23,3 %	9,3 %	23,3 %	16,3 %
Les adaptations de poste possibles	32,6 %	18,6 %	16,3 %	18,6 %	14,0 %
La reconnaissance travailleur handicapé	34,9 %	14,0 %	9,3 %	20,9 %	20,9 %
Les conditions de reclassement professionnel	25,6 %	23,3 %	14,0 %	18,6 %	18,6 %
Les positions à utiliser pour soulever des charges	81,4 %	14,0 %	2,3 %	2,3 %	0 %
Les positions à utiliser pour les activités ménagères	90,7 %	2,3 %	7,0 %	0 %	0 %
Les positions pour travailler assis	76,7 %	14,0 %	2,3 %	4,7 %	2,3 %
L'adaptation du poste de conduite automobile	58,1 %	18,6 %	9,3 %	4,7 %	9,3 %
L'intérêt d'un matelas dur/d'un oreiller ergonomique	60,5 %	11,6 %	4,7 %	18,6 %	4,7 %
Les sites internet d'information sur les lombalgies	9,3 %	18,6 %	4,7 %	48,8 %	18,6 %

Tableau 10 : Satisfaction de 43 patients sur les différents thèmes pouvant être abordés

4. DISCUSSION

4.1 Caractéristiques des informations données aux patients

4.1.1 Éléments rapprochant les informations d'une éducation thérapeutique officielle

L'objectif de ce travail était d'évaluer les pratiques d'information et d'éducation à destination des patients lombalgiques chroniques dans les centres de rééducation du Nord-Pas-de Calais, en particulier ceux participant au réseau « Renodos ».

Notre travail a retrouvé un intérêt important des équipes des différents centres pour l'éducation thérapeutique. Deux centres ont pris de l'avance dans le développement de l'éducation thérapeutique : les centres de Zuydcoote et de Cambrai, qui sont les seuls à avoir mis en place des séances d'éducation distinctes des séances de rééducation. Le centre de Cambrai est le seul de la région à bénéficier d'une autorisation de l'ARS. Les autres centres, même s'ils ne remplissent pas les différents critères définissant l'ETP, réalisent plus qu'une simple information.

En effet, dans tous les centres, l'information est donnée par un ensemble de thérapeutes avec des fonctions différentes : médecins, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, professeurs d'APA. Dans certains centres comme Saint-Omer, psychologue et diététicienne interviennent aussi systématiquement.

Cette information, même si elle est difficilement quantifiable en l'absence d'horaires dédiés, est répétée au cours des différentes semaines du séjour lors des séances de rééducation, avec souvent des mises en pratique. Par exemple, en

ergothérapie, les règles d'hygiène lombaire sont expliquées aux patients et ceux-ci doivent les appliquer au cours de différents exercices et de mises en situation. Lorsque les patients réalisent des erreurs, les règles d'hygiène lombaire sont rappelées, avec pour objectif une automatisation de ces gestes. En fonction des difficultés rencontrées par les patients pour intégrer ces règles, les ergothérapeutes adapteront leur programme et reviendront sur ces notions plus ou moins souvent.

De même, la plupart des centres, à l'exception de Roncq et Saint-Omer, utilisent un support papier pour éduquer les patients. La majorité des centres remettent aussi un ou plusieurs livrets au cours du séjour. Ces livrets permettent de rappeler les positions à adopter, de proposer des auto-exercices adaptés aux patients et testés durant leur séjour. Ils permettent de servir de rappel aux patients. Des vidéos sont parfois remises aux patients pour les guider dans la réalisation de leurs exercices de renforcement musculaire à domicile.

Enfin, tous les centres utilisent des questionnaires d'évaluation (douleurs, incapacités, kinésiophobie, ...) à l'entrée et à la sortie du patient. Ces questionnaires, même s'ils ne ciblent pas l'apport de l'éducation, permettent d'évaluer le bénéfice global du séjour pour chaque patient. Enfin, la plupart des centres proposent des consultations de suivi à distance pour évaluer si le bénéfice du séjour se maintient à distance.

4.1.2 Différences avec les critères officiels d'une éducation thérapeutique

Pour respecter les recommandations de la HAS sur la réalisation d'un programme d'ETP, plusieurs éléments sont manquants, à l'exception du programme du centre de Cambrai. Ces éléments manquants concernent surtout l'organisation et la mise en place de l'ETP mais pas son contenu.

Le premier élément d'un programme selon ces recommandations est la présence d'un diagnostic éducatif formalisé avec une évaluation des besoins du patient et de son projet. Il n'existe pour le moment que des consultations médicales précédant une éventuelle admission.

Il n'y a pas pour l'instant de séances dédiées, avec des horaires définis. Il n'y a pas non plus de réelle individualisation de la prise en charge en fonction des besoins et des demandes des patients.

Enfin, il n'y a pas d'évaluation des connaissances du patient, ni de suivi éducatif réalisé après la sortie.

4.2 Possibilité de mettre en place une ETP accréditée

4.2.1 Avantages pour cette mise en place dans chaque centre

Même s'il existe des variations de pratiques entre les différents centres accueillant des patients lombalgiques, ces centres disposent d'atouts pour la mise en place d'une éducation thérapeutique suivant les recommandations officielles de la HAS.

Les médecins ont déjà l'habitude d'évaluer les facteurs psycho-sociaux et environnementaux des patients lors des consultations et ils en tiennent compte pour admettre ou non les patients en reconditionnement. Les attentes du patient sont aussi souvent demandées lors des consultations même si elles ne sont pas forcément consignées dans le dossier. Des questionnaires d'évaluation sont déjà remplis par les patients en consultation (DALLAS, EIFEL, FABQ, TSK), même si leur nombre est variable selon les centres. Tous ces éléments pourront donc rentrer dans le cadre du diagnostic éducatif.

Les centres proposent déjà une évaluation du bénéfice du séjour et une réévaluation à distance des patients (à 3 mois, 6 mois et 12 mois). Il est donc facile d'y adjoindre une évaluation des connaissances des patients ainsi qu'une évaluation des séances d'éducation elles-mêmes et de réaliser une évaluation à distance de ces connaissances en plus du suivi médical classique. Le centre de Oignies propose même une réévaluation sur une matinée par kinésithérapeute, ergothérapeute et professeur d'APA en plus de la consultation avec le médecin.

La création de séances dédiées pourra se faire par les thérapeutes, en fonction des thèmes qu'ils avaient déjà l'habitude d'aborder avec les patients (par exemple atelier animé par un professeur d'APA sur la poursuite d'une activité physique après la sortie ou atelier sur la gestion des traitements avec un médecin).

4.2.2 Freins à la mise en place de programmes d'ETP

Le premier problème est le manque de formation du personnel à l'ETP. En effet, depuis l'arrêté du 14 janvier 2015, les thérapeutes doivent avoir bénéficié d'une formation à l'ETP d'au moins 40 h ou pouvoir justifier d'une expérience dans le domaine d'au moins 2 ans. Or 4 des centres étudiés n'avaient aucun médecin, ni kinésithérapeute, ni ergothérapeute formé (Raimbeaucourt, Roncq, Saint-Omer, Swynghedauw). Un plan de formation du personnel est donc indispensable dans ces centres en vue de l'instauration d'un programme d'ETP autorisé. Les centres les plus avancés (Cambrai et Zuydcoote) ont déjà mis en place de tels programmes de formation de leurs thérapeutes. En raison du renouvellement progressif des équipes, ce programme de formation doit être poursuivi dans le temps.

Cette problématique renvoie à la question du coût de la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique. Des financements devront être dégagés pour permettre la formation du personnel.

Si l'éducation thérapeutique demande peu de moyens pour sa réalisation pratique (livrets, vidéoprojecteur, ordinateur, tableau, ...), elle demande du temps, aussi bien pour la mise en place du programme que pour sa réalisation. Ce temps nécessaire est un frein au développement de l'ETP pour de nombreuses équipes. Les thérapeutes n'ont en effet guère de temps libre à dégager pour la réalisation de séances d'éducation distinctes des séances du programme de reconditionnement. Le centre de Cambrai a mis en place un programme relativement chronophage (9 séances de 2 h sur 5 semaines). Si Zuydcoote a au contraire choisi de mettre en place un programme plus léger (3 séances de 1 h sur 3 semaines), ces séances sont toujours réalisées par des thérapeutes en binôme. Le temps nécessaire n'est donc pas si différent. Ce travail en binôme permet une meilleure interactivité. Pendant qu'un thérapeute fait sa présentation, l'autre thérapeute peut réagir aux remarques des patients. De plus, chacun peut présenter une partie orientée selon sa profession et son domaine de compétence.

4.2.3 Difficultés pour la mise en place d'un programme d'éducation commun aux différents centres

Notre travail avait aussi pour but d'envisager la mise en place d'un programme d'ETP autorisé par l'ARS, commun aux différents centres de la région Nord-Pas-de-Calais, en se basant sur le réseau Renodos. En effet, le Renodos avait déjà permis une homogénéisation des programmes de reconditionnement.

Les thèmes abordés en termes d'éducation du patient sont donc assez similaires dans les différents centres : anatomie et étiologie des douleurs, gestion des douleurs, absence de gravité de la pathologie, règles d'hygiène du rachis et importance de l'auto-prise en charge et de l'activité physique. Cela se retrouve au niveau des patients, puisque ceux-ci se trouvaient globalement satisfaits concernant les informations reçues sur l'importance de l'activité physique et les possibilités de pratiquer une activité en présence de douleurs, l'importance des étirements et les règles d'hygiène lombaire.

Cependant, chaque centre garde ses habitudes, ce qui complique les possibilités d'application d'un programme d'ETP commun. En effet, certains centres (Roncq, Saint-Omer, Wattrelos) prennent en charge individuellement les patients tandis que d'autres (Zuydcoote, Swynghedauw, Raimbeaucourt, ...) les prennent en charge collectivement. En cas de prise en charge individuelle, le temps nécessaire à la réalisation de l'ETP est majoré. D'un autre côté, l'individualisation du programme est plus difficile en cas de prise en charge collective. Le recours à des séances avec un nombre plus ou moins restreint de patients en fonction du thème, comme cela est réalisé à Cambrai peut être intéressant mais imposerait des changements importants de fonctionnement pour la plupart des centres.

Les questionnaires utilisés ne sont pas les mêmes dans tous les centres. Seuls 3 centres utilisent un questionnaire d'évaluation de l'activité physique (Saint-Omer, Swynghedauw, Wattrelos) alors que la poursuite d'une activité physique est un point essentiel, et ces centres n'utilisent pas le même questionnaire. De même, il n'y a pas 2 centres qui utilisent le(s) même(s) livret(s) éducatif(s). Les thèmes abordés ne sont également pas les mêmes (anatomie du rachis, douleur chronique, auto-exercices, hygiène rachidienne).

Enfin, les projets diffèrent entre les différents centres. Seul le centre de Cambrai bénéficie d'un programme d'ETP autorisé. L'hôpital de Zuydcoote est en phase de développement d'un autre programme, différent de celui de Cambrai, avec seulement 3 séances contre 9 séances à Cambrai, mais avec la possibilité d'y adjoindre des séances d'éducation sur la diététique. Il y a donc moins de thèmes abordés pour ce second programme. Par ailleurs, le centre de Oignies réfléchit à la création d'un programme d'éducation orienté sur l'importance de l'activité sportive et de sa poursuite après l'hospitalisation.

4.3 Comment mettre en place une ETP dans les différents centres

La mise en place d'un programme d'éducation commun dans les différents centres pourra se faire au cours des réunions du Renodos, avec un partage de documents des différents centres, et de l'expérience du centre de Cambrai puisque son programme d'ETP est autorisé, ainsi qu'une reprise du travail d'homogénéisation des pratiques, déjà entrepris pour le contenu du programme de reconditionnement. Chaque centre pourra garder des spécificités, comme c'était déjà le cas concernant le contenu du programme de reconditionnement. Des réunions régulières sur l'éducation thérapeutique, entre les médecins des différents centres, devront donc être programmées. Ces réunions devront permettre de définir une procédure pour le diagnostic éducatif ainsi que pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique. Les centres de Raimbeaucourt, Swynghedauw, Roncq, Saint-Omer et Oignies doivent dans le même temps organiser la formation de leurs thérapeutes à l'ETP.

La mise en place d'une feuille standardisée pour le diagnostic éducatif pourra se faire en adaptant la feuille de recueil standardisé du Renodos (Annexe 1) et la feuille de suivi utilisée à Wattrelos (Annexe 9) ainsi qu'avec la feuille de diagnostic de

Cambrai (Annexe 6), pour bien prendre en compte l'ensemble des facteurs psychosociaux et le projet du patient.

Les thèmes des séances d'éducation pourront être définis à partir de ceux de Cambrai et Zuydcoote. Les thèmes anatomie et fonctionnement du dos, activités physiques et fausses-croyances, traitements des douleurs, sont communs aux 2 centres. Les thèmes gestion du stress et relaxation, compréhension de la douleur chronique sont particuliers à Cambrai. Zuydcoote propose aussi une éducation à la diététique pour les patients en ayant besoin. Un certain nombre de thèmes pourront être choisis pour être abordés dans tous les centres, tandis que d'autres thèmes pourraient être optionnels, en fonction du temps disponible dans les différents centres. Une éducation avec psychologue et diététicienne est à proposer dans la mesure du possible, mais ne pourra être réalisée systématiquement dans tous les centres en raison du manque de temps disponible.

Le choix des questionnaires d'évaluation devra être retravaillé afin de choisir des questionnaires communs parmi ceux déjà utilisés et il serait intéressant de choisir un questionnaire d'évaluation de l'activité physique prenant en compte l'activité domestique.

Les supports à utiliser (papier, vidéo, présentation PowerPoint) pourront être choisis et retravaillés à partir de ceux déjà utilisés dans les différents centres. Ainsi le PowerPoint utilisé en hôpital de jour à Swynghedauw pour les patients lombalgiques pris en charge 5 jours (« école du dos ») (il parle de l'anatomie du rachis, des traitements antalgiques, de l'importance de l'activité physique et de l'hygiène rachidienne) pourrait être réutilisé. De même, le logiciel DORIS utilisé à Cambrai pourrait être utilisé.

Si chaque centre utilise son ou ses livrets, un travail pourra être fait pour choisir des livrets abordant les différents thèmes traités lors des séances d'éducation et qui serviraient de référence aux patients. Des sites internet de référence pourront être choisis pour donner aux patients car ceux-ci sont souvent demandeurs.

Les questionnaires utilisés à Cambrai pourraient servir de base pour la mise en place de l'évaluation des ateliers d'éducation (Annexe 10) et des connaissances des patients (Annexe 7).

Enfin, l'expérience de Cambrai pourra être utilisée pour faciliter la réalisation du dossier de demande d'autorisation auprès de l'ARS.

Cette mise en place d'un programme d'ETP commun avec une autorisation globale de la HAS pour le Renodos permettrait à chaque centre du réseau d'être autorisé à faire de l'éducation thérapeutique. Ce programme commun n'empêcherait pas les centres de développer, en plus de cette ETP commune, des pratiques spécifiques en fonction de leurs habitudes.

4.4 Limites de l'étude

Par manque de temps et en raison de la distance, certains centres de rééducation de la région n'ont pas pu être étudiés. Cependant, les centres étudiés ont permis de montrer qu'il existait des points communs à l'ensemble des centres de la région, avec la réalisation d'une information par différents thérapeutes, orientée sur l'importance de l'auto-prise en charge et de l'activité physique.

Il est aussi à noter que des centres participants au réseau Renodos et d'autres centres ne participant pas ont été inclus. Il existe en effet quelques différences, notamment une utilisation moindre de questionnaires d'évaluation et de supports

pour réaliser l'information. Cependant, l'ensemble de ces centres était intéressé par l'éducation thérapeutique.

Enfin, il n'y a pas eu de rencontre récente des différents membres du Renodos pour travailler sur l'ETP et une date devra être fixée le plus rapidement possible.

5. CONCLUSION

La lombalgie chronique est une pathologie fréquente, à l'origine d'un coût important pour la société et responsable de nombreux arrêts de travail et de maladie professionnelle. Les centres de rééducation prennent en charge les patients atteints de lombalgie chronique avec des programmes de reconditionnement à l'effort. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, il existe une association de professionnels de santé prenant en charge ces patients lombalgiques chroniques en reconditionnement, réunis en un réseau intitulé « Renodos ».

Ces centres sont intéressés par le développement de l'éducation thérapeutique, qui permet aux patients d'acquérir des compétences afin de gérer au mieux leur pathologie.

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, il existe un seul centre qui propose un programme d'éducation à destination des patients lombalgiques chroniques, autorisé par l'ARS : le centre de Cambrai. L'hôpital maritime de Zuydcoote est aussi en avance sur les autres centres, puisqu'il a également développé des sessions d'éducation différenciées du reste du programme de reconditionnement.

Cependant, les autres centres proposent aux patients plus qu'une simple information, avec de nombreux points communs entre les différents centres, et une bonne satisfaction globale des patients. En effet, les centres proposent une information délivrée par différents thérapeutes (kinésithérapeute, ergothérapeute, professeur d'APA, médecin, IDE) et cette information est répétée au cours du séjour, avec le plus souvent remise aux patients de livrets éducatifs. De plus, les centres

utilisent de multiples questionnaires pour évaluer les patients (douleur, dépression, kinésiophobie, incapacité, ...) avec des consultations de suivi systématiques.

Il existe néanmoins un certain nombre d'éléments manquants au niveau de la forme pour proposer une éducation de qualité : séances dédiées, diagnostic éducatif formalisé, évaluation des connaissances et suivi des connaissances à distance. Enfin, le manque de personnel formé à l'ETP est un frein dans plusieurs centres.

Les membres du réseau Renodos ainsi que les autres médecins intéressés pourront donc utiliser les bases déjà présentes et l'expérience du programme d'ETP de Cambrai pour développer un programme commun au Renodos, pour lequel une autorisation globale pourra être demandée à l'ARS.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (Afrak). Conférence de consensus - Prise en charge kinésithérapique du lombalgique - Texte long. Anaes; 1998.
2. Herndon CM, Zoberi KS, Gardner BJ. Common questions about chronic low back pain. *Am Fam Physician*. 15 mai 2015;91(10):708-714.
3. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claud 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*. juill 2011;54(5):319-335.
4. 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*. mars 2011;78:S30-S37.
5. Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Travail et lombalgie - Du facteur de risque au facteur de soin. 2011.
6. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non specific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*. 1 oct 2005;30(19):2153-2163.
7. Daltroy LH, Iversen MD, Larson MG, Lew R, Wright E, Ryan J, et al. A controlled trial of an educational program to prevent low back injuries. *N Engl J Med*. 31 juill 1997;337(5):322-328.
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*. 14 juill 1994;331(2):69-73.
9. Voaklander DC, Beaulne AP, Lessard RA. Factors related to outcome following a work hardening program. *J Occup Rehabil*. juin 1995;5(2):71-85.
10. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. avr 2000;85(3):317-332.
11. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 avr 1977;196(4286):129-136.
12. Mayer TG, Mooney V, Gatchel RJ, éditeurs. Contemporary conservative care for painful spinal disorders. Philadelphia: Lea & Febiger; 1991. 588 p.
13. Bendix T, Bendix AF, Busch E, Jordan A. Functional restoration in chronic low back pain. *Scand J Med Sci Sports*. avr 1996;6(2):88-97.

14. Hazard RG. Spine update. Functional restoration. *Spine*. 1 nov 1995;20(21):2345-2348.
15. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*. mai 1992;49(2):221-230.
16. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff HL, Abdel-Moty E, Khalil TM, Rosomoff RS. Does nonsurgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature. *Spine*. 15 mars 1994;19(6):643-652.
17. Vanvelcenaher J, Raevel D, O'Miel G, Voisin P, Struk P, Weissland T, et al. Programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis dans les lombalgies chroniques. *Encycl Méd Chir Elsevier Paris Kinésithérapie-Médecine Phys-Réadapt*. 1999;26-294-B-10:13 p.
18. Steffens D, Ferreira ML, Latimer J, Ferreira PH, Koes BW, Blyth F, et al. What triggers an episode of acute low back pain? A case-crossover study. *Arthritis Care Res*. mars 2015;67(3):403-410.
19. Fisher TJ, Osti OL. Do bacteria play an important role in the pathogenesis of low back pain? *ANZ J Surg*. 3 févr 2015;
20. Bener A, Dafeeah EE, Salem MO. Determinants of depression and somatisation symptoms in low back pain patients and its treatment: global burden of diseases. *JPMA J Pak Med Assoc*. mai 2015;65(5):473-479.
21. Crombez G, Vlaeyen JW, Heuts PH, Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*. mars 1999;80(1-2):329-339.
22. Denison E, Åsenlöf P, Lindberg P. Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*. oct 2004;111(3):245-252.
23. Lethem J, Slade PD, Troup JDG, Bentley G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. *Behav Res Ther*. 1983;21(4):401-408.
24. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. mars 2001;17(1):52-64.
25. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain Lond Engl*. janv 2012;16(1):3-17.
26. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. oct 2006;124(3):330-337.

27. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *BMJ*. 23 juin 2001;322(7301):1516-1520.
28. 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.
29. 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.
30. 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*. févr 1993;52(2):157-168.
31. 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*. mars 2006;15(S2):s192-s300.
32. World Health Organisation, éditeur. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases; report of a WHO working group. Copenhagen; 1998. 77 p.
33. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droites des femmes. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. *Journal Officiel de la République Française*, n°19. 23 janv 2015; Texte n°10.
34. HAS. Education thérapeutique du patient - Définition, finalités et organisation. 2007.
35. HAS. Education thérapeutique du patient - Comment la proposer et la réaliser? 2007.
36. HAS. Education thérapeutique du patient - Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique? 2007.
37. CHU de Nice. Education thérapeutique des patients souffrant de lombalgie chronique [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.oscarsante.org/actions/oscars_detail_fiche.php?ref=13709&titre=education-therapeutique-des-patients-souffrant-de-lombalgie-chronique--hopital-de-l-archet
38. World Health Organization. Skills for health. 2003; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42818>

39. HAS - Service évaluation économique et santé publique. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques - Analyse économique et organisationnelle - Synthèse.
40. Haute Autorité de santé - Service évaluation médico-économique et santé publique. Analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. 2008.
41. Johnson RE, Jones GT, Wiles NJ, Chaddock C, Potter RG, Roberts C, et al. Active exercise, education, and cognitive behavioral therapy for persistent disabling low back pain: a randomized controlled trial. *Spine*. 1 juill 2007;32(15):1578-1585.
42. Laroche F. Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. *Douleur Analgésie*. déc 2011;24(4):197-206.
43. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2 oct 2007;147(7):478-491.
44. Gremeaux V, Benaïm C, Poiraudéau S, Hérisson C, Dupeyron A, Coudeyre E. Evaluation of the benefits of low back pain patients' education workshops during spa therapy. *Joint Bone Spine*. janv 2013;80(1):82-87.
45. Roland M, Waddell G, Klaber Moffett J, Main C. *Le Guide du dos*. TSO; 2009.
46. Coudeyre E, Givron P, Gremeaux V, Lavit P, Hérisson C, Combe B, et al. French translation and cultural adaptation of the « Back Book ». *Ann Réadapt Médecine Phys Rev Sci Société Fr Rééduc Fonct Réadapt Médecine Phys*. nov 2003;46(8):553-557.
47. Udermann BE, Spratt KF, Donelson RG, Mayer J, Graves JE, Tillotson J. Can a patient educational book change behavior and reduce pain in chronic low back pain patients? *Spine J Off J North Am Spine Soc*. août 2004;4(4):425-435.
48. Sherman KJ, Cherkin DC, Erro J, Miglioretti DL, Deyo RA. Comparing yoga, exercise, and a self-care book for chronic low back pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 20 déc 2005;143(12):849-856.
49. Gremeaux V, Coudeyre E, Givron P, Hérisson C, Pélissier J, Poiraudéau S, et al. Qualitative evaluation of the expectations of low back pain patients with regard to information gained through semi-directed navigation on the Internet. *Ann Réadapt Médecine Phys Rev Sci Société Fr Rééduc Fonct Réadapt Médecine Phys*. juill 2007;50(6):348-355, 339-347.
50. Gremeaux V, Coudeyre E. The Internet and the therapeutic education of patients: A systematic review of the literature. *Ann Phys Rehabil Med*. déc 2010;53(10):669-692.

51. Symonds TL, Burton AK, Tillotson KM, Main CJ. Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? *Occup Med.* 1996;46(1):25-32.
52. Engers A, Jellema P, Wensing M, van der Windt D a. WM, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD004057.
53. Little P, Lewith G, Webley F, Evans M, Beattie A, Middleton K, et al. Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. *Br J Sports Med.* déc 2008;42(12):965-968.
54. Gagnon S, Lensele-Corbeil G, Duquesnoy B, Renodos. Multicenter multidisciplinary training program for chronic low back pain: French experience of the Renodos back pain network (Réseau Nord-Pas-de-Calais du DOS). *Ann Phys Rehabil Med.* févr 2009;52(1):3-16.
55. Gagnon S. Evaluation et approche multicentrique de la prise en charge pluridisciplinaire du patient lombalgique chronique, à travers l'expérience du Réseau Nord-Pas de Calais du Dos (RENODOS). Université du Droit et de la Santé - Lille II; 2008.
56. Foltz V, Laroche F, Dupeyron A. Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. *Rev Rhum Monogr.* juin 2013;80(3):174-178.
57. HAS, INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007.

ANNEXES

Annexe 1 : Feuille de recueil de données standardisée Renodos

FICHE PATIENT RENODOS

NOM : _____ SEXE : _____
 CODE - PATIENT : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ AGE : _____ TAILLE (cm) : _____
 ATCD de chirurgie du rachis lombaire : OUI NON

	ENTREE	SORTIE	3 MOIS	6 MOIS	1 AN
Date (jj/mm/aa)					
Poids (kg) / IMC	/				
EVA douleur (mm)	0 100	0 100	0 100	0 100	0 100
Traitement antalgique (I-IIA-IIB-III)					
Troubles du sommeil (/ 4)					
Prise de somnifères (/ 4)					
Profession (code INSEE)					
Nombre jours d'arrêt de travail					
Travaille actuellement (O/N)					
Chômage (O / N)					
Invalidité (O / N)					
Dossier COTOREP (O / N)					
Accident du travail (O/N)					
EVA satisfaction au travail (mm)	0 100	0 100	0 100	0 100	0 100
EVA relations avec la hiérarchie	0 100	0 100	0 100	0 100	0 100
EVA qualité de vie (mm)	0 100	0 100	0 100	0 100	0 100
Tabac (paquets/années)					
Distance doigts-sol (cm)					
Endurance abdominaux (sec)					
Endurance spinaux (sec)					
Endurance carré des lombes (sec)					
Endurance quadriceps (sec)					
Pic de couple 30 °/sec (valeur brute / valeur rap poids)	F : / E : /				
Travail 30 °/sec (valeur brute / valeur rap poids)	F : / E : /				
Travail 120 °/sec (valeur brute / valeur rap poids)	F : / E : /				
Ratio F/E (pic 30°/sec / travail 120°/sec)	30° : 120° :				
P.I.L.E. T (Kgm) P (W)	T : P :				
Bilan fonctionnel ergothérapique C (sur 40) – D (sur 100)	C : D :				
Score de Dallas (sur 100)	AQ : AP : A/D : S : Total :				
EIFEL (sur 24)					
HAD A – D (sur 21)	A : D :				

Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction des patients

Pouvez vous évaluer votre satisfaction sur :	parfaitement satisfait	moyennement satisfait	peu satisfait	pas du tout satisfait
les informations reçues au cours du séjour				
les statistiques concernant les lombalgies				
l'anatomie du dos et de la moelle épinière				
l'origine des douleurs				
les facteurs de gravité et quand consulter un médecin				
avez vous été informé sur le faible intérêt des imageries (radio, scanner, IRM)				
les indications de chirurgie				
comment gérer la douleur avec des traitements antalgiques				
comment gérer la douleur avec des traitements non médicamenteux				
les lombalgies et les cures thermales				
comment prévenir les récurrences				
l'importance de l'activité physique				
l'importance des étirements				
la possibilité de faire des activités physiques en présence de douleurs				
les informations sur le rôle du médecin du travail				
les conséquences des arrêts de travail prolongé				
les adaptations de poste possible				
la reconnaissance travailleur handicapé				
les conditions de reclassement professionnel				
quelle position utiliser pour soulever des charges ou des enfants				
comment se positionner pour les activités ménagères				
quelle position utiliser pour travailler assis				
comment adapter son poste de conduite automobile				
l'intérêt d'un matelas dur/d'un oreiller ergonomique				
vous a t'on recommandé des sites d'information sur internet ?				

Annexe 3 : Quelques pages du livret « Vivre son dos au quotidien »

remis à Swynghedauw



LA COLONNE VERTEBRALE: UNE BELLE MÉCANIQUE

Vue de face, la colonne vertébrale est un empilement rectiligne de 24 vertèbres, mais de profil elle présente des courbures: une lordose cervicale, une cyphose dorsale, une lordose lombaire. Cet édifice protège la moëlle épinière.

Les vertèbres du cou et de la région lombaire possèdent de grandes fentes articulaires. C'est pourquoi les problèmes de la colonne siègent souvent à ces endroits-là.

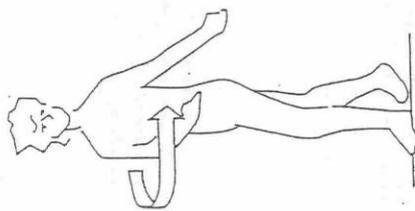
DOTÉE D UN SYSTÈME D AMORTISSEMENT UN DISQUE ENTRE CHAQUE VERTÈBRE

Ce disque se compose d'un manchon externe fibreux et d'un noyau interne gélatineux.

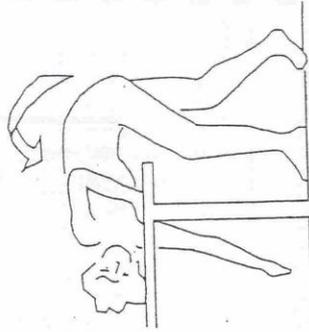
Ce noyau interne répartit la pression entre deux vertèbres en se déformant et en se déplaçant à l'intérieur de son manchon fibreux au cours des mouvements de la colonne vertébrale.

Lorsque la colonne vertébrale est droite, les disques intervertébraux jouent leur rôle normal de répartiteur de pression.

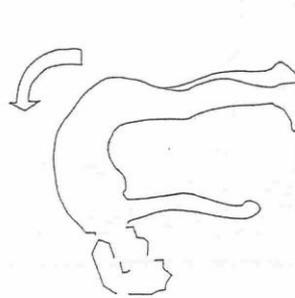
DES MOUVEMENTS À ÉVITER EN POSITION EXTRÊME



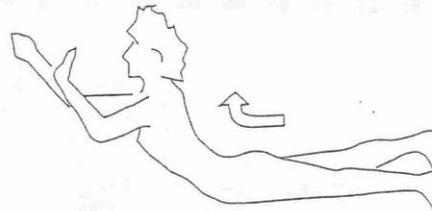
La rotation



l'association rotation-flexion



Se courber en avant



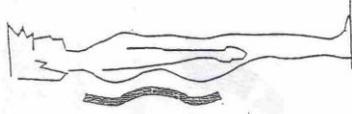
Se pencher en arrière

Attention

- à la fréquence
- à la brutalité
- des gestes

BIEN SE TENIR DANS LES DIFFÉRENTES POSITIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Debout



En position spontanée: je m'avachis, avec la fatigue, le bas de mon dos se creuse et peut provoquer des douleurs.



En position corrigée: par auto-grandissement et en basculant mon bassin, j'empêche l'apparition de douleurs. Mais c'est une position que l'on ne garde pas longtemps.

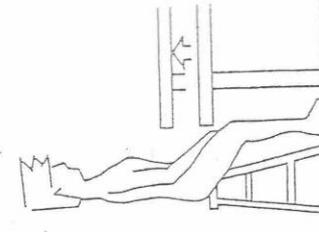
Il existe aussi des positions de soulagement qui permettent la bascule du bassin et la détente musculaire.



Debout contre le mur



Avec une hanche fléchie

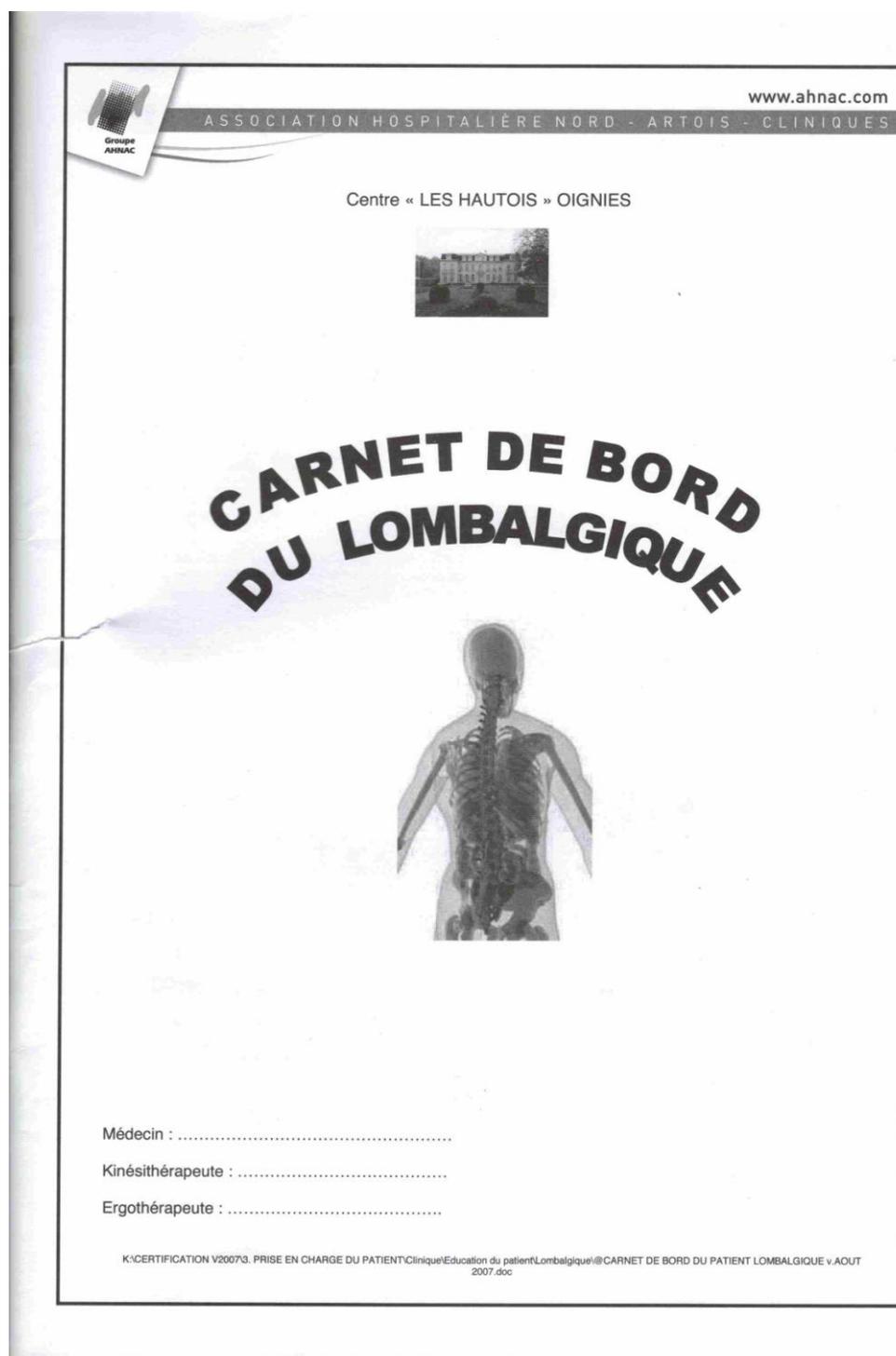


Assis-Debout

À éviter

- les positions debout prolongées.
- les talons hauts ou les chaussures plates.

Annexe 4 : Quelques pages du « Carnet du lombalgique » remis à Oignies



Groupe AHNAC

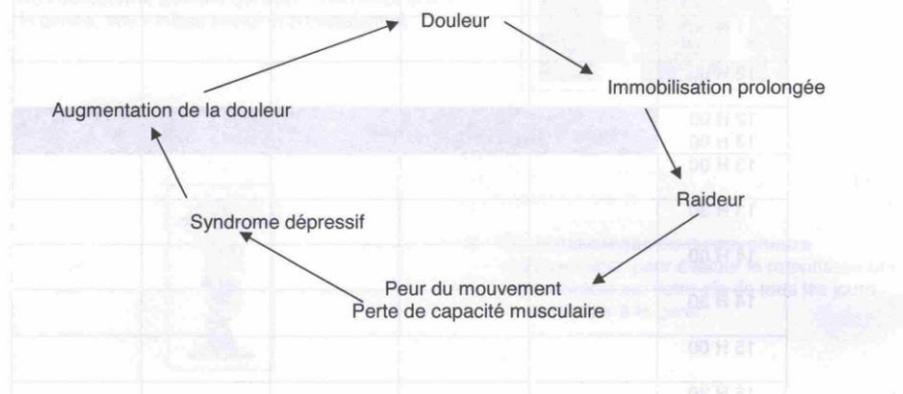
Centre « LES HAUTOIS » OIGNIES

III. PRINCIPES ET OBJECTIFS DU TRAITEMENT

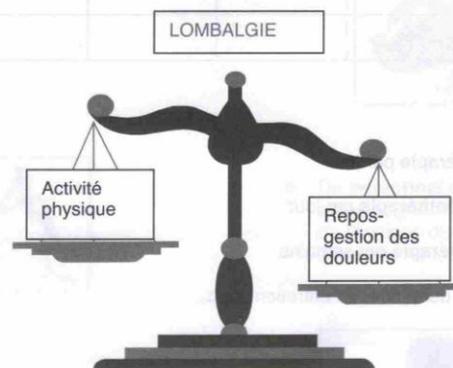
A. Principes :

UN DOS INACTIF EST UN DOS VULNERABLE

L'accident lombaire quel qu'il soit va être source de douleurs et d'immobilisation. Si, dans un premier temps (phase aiguë), le repos et l'immobilisation sont indispensables (comme pour n'importe quelle articulation : exemple en cas d'entorse du genou), elle ne doit pas durer trop longtemps. En effet, l'immobilisation est source de déconditionnement général du corps avec le risque de rentrer dans la « spirale infernale » de la chronicité.



Il faudra donc trouver un équilibre entre les activités physiques et les temps de repos pour retrouver une vie normale.



Cet équilibre est à rechercher au niveau de la quantité d'exercices à effectuer et du choix de ces exercices. Votre Kiné est là pour vous aider à retrouver et à affiner cet équilibre.

Groupe AHNAC

Centre « LES HAUTOIS » OIGNIES

LES DOULEURS ??



La mobilité joue un rôle déterminant dans la lutte contre la douleur.

Ex : bloquez un doigt dans un sparadrap toute la nuit, vous verrez qu'au réveil le bouger sera douloureux.

Si la nature a fait qu'il existe des articulations, c'est pour que « cela bouge ».

Donc, si en phase aiguë, il faut effectuer « un repli » à cause des douleurs, assez vite, il faut bouger son dos ...mais pas n'importe comment !

Il faudra apprendre à analyser votre douleur.

Certaines douleurs sont normales...après une immobilisation, il faut « dérouiller » l'articulation.

Les étirements que l'on vous fera exécuter peuvent être au départ un peu douloureux.

Après la musculation, le lendemain, certaines douleurs sont normales : ce sont des courbatures (comme chez le sportif qui reprend son entraînement après la trêve des vacances).

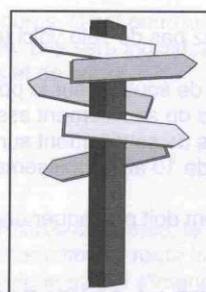
Ces douleurs disparaîtront au fur et à mesure.

Par contre, certains exercices peuvent être contre-indiqués et entraîner des douleurs aiguës. Il faudra apprendre à les détecter et à les gérer avec l'aide de votre kiné.

B. OBJECTIFS

Les objectifs de la récupération physique sont donc :

- De retrouver la souplesse générale du corps
- De récupérer en force et en endurance au niveau musculaire
- De retrouver coordination et capacité à l'effort
- De reprendre un sport ou une activité physique pour s'entretenir.

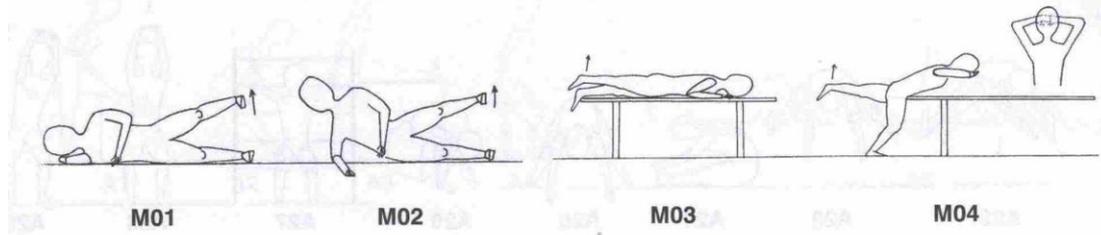


MUSCULATION

Carré des lombes

Moyen fessier

Fessiers / paravertébraux lombaires



Fessiers paravertébraux

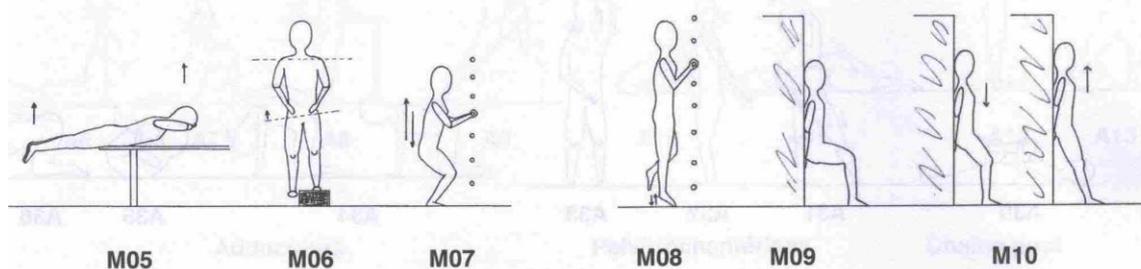
carré des lombes

membres inf

triceps

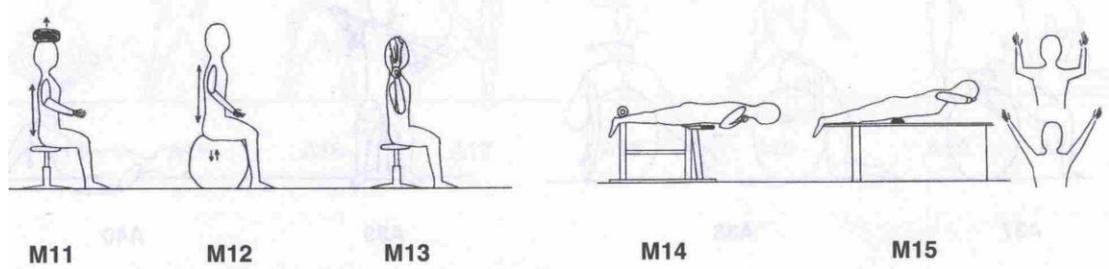
quadriceps

quadi + bascule de bassin



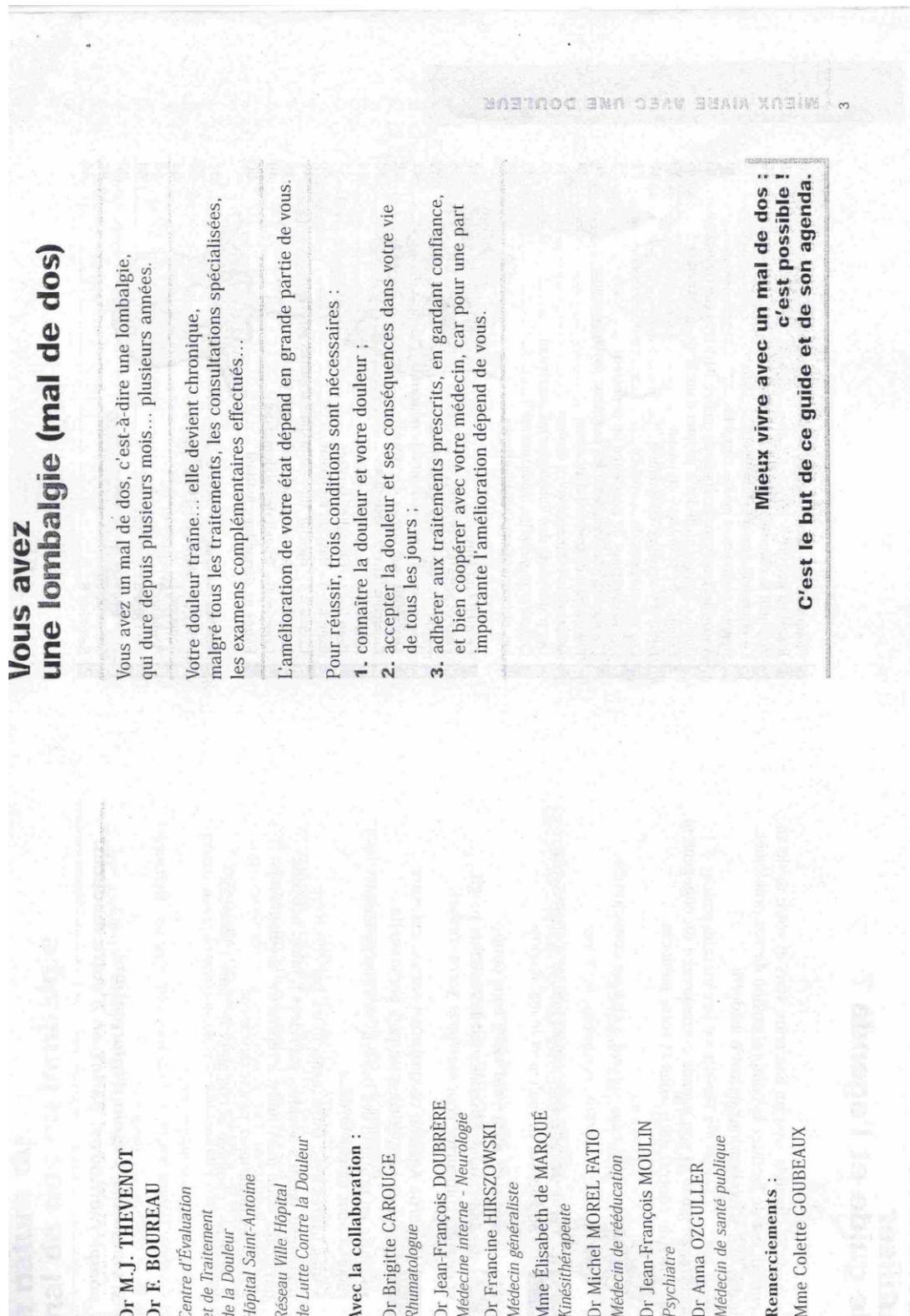
Paravertébraux profonds

Dorsaux + paravertébraux



ATTENTION : il ne faut en aucun cas effectuer des exercices qui ne vous sont pas indiqués par le kinésithérapeute, ils ne sont pas adaptés à votre situation et peuvent être dangereux. Respectez scrupuleusement le contenu du programme et le nombre de répétitions donné.

Annexe 5 : Quelques pages du livret sur la lombalgie remis à Wattlelos



INTRODUCTION

Comment utiliser le guide et l'agenda ?

Le guide et l'agenda sont un lien entre vous et votre médecin. Leur but est de faciliter la compréhension de vos problèmes de dos et des explications de votre médecin.

Recevoir ce guide et son agenda correspond à un engagement, une sorte de contrat entre vous et votre médecin.

Ils vous aideront s'ils vous suivent à chaque consultation.

 La partie **CE QU'IL FAUT SAVOIR** permet d'approfondir les notions sur la douleur et le mal de dos.

 La partie **CE QU'IL FAUT FAIRE** vous donne des indications générales sur la façon de réagir et de vous comporter pour améliorer votre confort.

 La partie Agenda, **CE QUE VOUS FAITES**, est votre carnet de bord et vous est plus personnelle :

- la mise en pratique des conseils et l'entraînement régulier sont indispensables ;
- vous fixerez avec votre médecin les buts de votre traitement (gestes adaptés, exercices à faire, activités physiques et/ou motivantes à reprendre, médicaments) ;
- vous les planifierez progressivement (exercices : combien et comment les faire ; pauses).

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, parlez-en à votre médecin.

Sommaire

	PAGES
Comprendre la nature du mal de dos ou lombalgie.....	6
Repos ou activité ?	9
Pourquoi le repos aggrave-t-il la douleur ?	10
Le repos doit être une stratégie	11
Bonnes positions et gestes corrects	12
À vous de trouver vos positions de confort. Il n'y a pas de règle absolue.....	13
Quelles bonnes attitudes à adopter dans la vie quotidienne ?	15
Comprendre la douleur chronique	18
Douleurs aiguës et chroniques.....	19
Les mécanismes de la douleur	21
Les mécanismes de l'entretien de la douleur	23
L'impact psychologique ou les réactions psychologiques	28
Phénomène d'attention-distracted	29
Accepter la réalité de votre douleur	31
Les traitements des lombalgies qui persistent.....	32
Comment prendre les médicaments ?	33
Les autres moyens thérapeutiques.....	35
CE QU'IL FAUT FAIRE	
Ce qu'il faut faire	37
Faire les gestes corrects.....	38
Savoir "relaxer" et gérer le stress.....	39
Programme d'entraînement à la relaxation	41
Augmenter son niveau d'activité	42
Comment faire les exercices	43
Exercice 1 - Accroupissements	44
Exercice 2 - Chevalier servant	45
Exercice 3 - Bascule du bassin.....	46
Exercice 4 - Bascule du bassin dans d'autres positions	47
Exercice 5 - Autoétirement axial actif (AAA).....	48
Exercice 6 - Travail des abdominaux	49
Faites un dérouillage matinal.....	50
CE QUE VOUS FAITES	
Agenda.....	51
Comment remplir l'agenda ?	52
Semaine 1	54
Semaine 2	56
Semaine 3	58
Semaine 4	60
Semaine 5	62
Semaine 6	64

Annexe 6 : Feuille de diagnostic éducatif, centre de Cambrai

NOM _____
 AGE _____
 sexe _____
 lombalgie : durée d'évolution _____
 niveau socio économique _____
 niveau éducation _____
 retentissement prof _____
 perso _____
 familial _____

1 **DIAGNOSTIC**
 2 comment qualifiez vous vos douleurs ?
 lombalgies chroniques _____
 lombalgies aiguës _____
 lombosciatique _____
 sciatique _____

3 **POURQUOI AVEZ-VOUS MAL DANS LE DOS ?**
 4 pour vous, quelle est l'origine de vos douleurs ?
 arthrose _____
 hernie discale _____
 tassement vertébral _____
 bec de perroquet _____
 canal lombaire étroit _____
 perte ou accentuation des courbures _____
 autre _____

5 qu'est ce qu'on vous a dit pour ce problème
 médecin _____
 radiologue _____
 le médecin du travail _____
 l'entourage _____
 autres _____

6 est ce pour vous important de connaître la cause
 non _____ pourquoi ? _____
 oui _____ pourquoi ? _____

7 **Quels sont les facteurs engendrant votre mal de dos**
 quelles sont les causes / facteurs aggravant de votre maladie ?
 le travail _____ pourquoi ? _____
 la voiture _____ quelle distance _____
 les activités physiques _____ lesquelles _____
 les loisirs _____ lesquelles _____
 le stress _____ lesquelles _____
 les tâches ménagères _____
 l'inactivité _____
 tabac _____
 poids _____

8 **Peut-on gérer sa douleur**
 non dirigé _____ pourquoi ? _____
 dirigé _____ pourquoi ? _____

9 **TRAITEMENTS QUELS TRAITEMENTS CONNAISSEZ VOUS ?**
 médicaments _____ en avez-vous bénéficié _____ pourquoi ? _____
 infiltrations _____ dirigé _____ pourquoi ? _____
 10 **chirurgicaux** _____ mode d'action _____ pourquoi ? _____
 11 **physiques** _____ dirigé _____ pourquoi ? _____
 kinésithérapie _____ lesquelles _____
 ostéopathie _____
 relaxation _____
 balnéothérapie _____
 centre anti douleurs _____
 autres traitements _____
 12 **autres traitements** _____
 diététique _____
 quels sont les activités qui peuvent améliorer vos lombalgies _____

13 **QUEL EST LE PRONOSTIC ?**
 14 **PROJET DE VIE**
 quel est votre projet de vie à 3 ans ? _____
 professionnel _____
 familial _____
 loisirs _____

Annexe 7 : Questionnaire DORIS

Répondez aux questions suivantes. Une seule bonne réponse.

1. Faut-il maigrir en cas de lombalgie ?
 - Oui
 - Non

2. Le risque d'avoir une lombalgie est-il plus important si on est de grande taille ?
 - Oui
 - Non

3. Le tabagisme peut-il constituer un risque de lombalgie ?
 - Oui
 - Non

4. Existe-il un rapport entre le stress et la lombalgie ?
 - Oui
 - Non

5. Vaut-il mieux éviter de jardiner, bricoler et faire du sport lorsqu'on souffre du dos ?
 - Oui
 - Non

6. S'il existe déjà des membres de votre famille qui souffrent de lombalgie, est-ce que le risque de souffrir de la même affection est augmenté pour les autres membres de la famille ?
 - Oui
 - Non

7. Le pourcentage de la population souffrant ou ayant souffert de lombalgie est-il supérieur à 25% ?
 - Oui
 - Non

8. A-t-on obligatoirement une hernie discale si l'on souffre de lombalgie ?
 - Oui
 - Non

9. Est-ce que l'existence de lombalgie est toujours visible sur une radiographie ?
 - Oui
 - Non

10. Est-il nécessaire de se reposer le plus possible quand on a mal au dos ?
 - Oui
 - Non

Annexe 8 : Score CSQ, utilisé à Wattrelos

CSQ (Rosenstiel et Keefe, 1983 – version française d'Irachabal et Koleck)

Dans quelle mesure utilisez-vous les stratégies proposées ci-dessous pour faire face à votre douleur au quotidien ?

Remplissez vous-même ce questionnaire de la manière la plus spontanée possible, ceci ne vous prendra que quelques minutes.

Quand j'ai mal ...

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
1. J'essaie de prendre de la distance par rapport à la douleur, comme si elle était dans le corps de quelqu'un d'autre.				
2. J'essaie de penser à quelque chose d'agréable.				
3. C'est terrible et j'ai l'impression que jamais ça n'ira mieux.				
4. Je prie Dieu que ça ne dure pas longtemps.				
5. J'essaie de ne pas penser à la douleur.				
6. J'essaie de ne pas y penser comme si c'était mon corps, mais plutôt comme quelque chose séparé de moi.				
7. Je ne porte aucune attention à la douleur.				
8. Je fais comme si elle n'était pas là.				
9. Je m'inquiète tout le temps de savoir si ça va finir.				
10. Je repense à des moments agréables du passé.				
11. Je pense à des personnes avec lesquelles j'aime être.				
12. Je prie pour que la douleur disparaisse.				
13. J'imagine que la douleur est en dehors de mon corps.				
14. Je continue comme si de rien n'était.				
15. Je fais quelque chose que j'aime comme regarder la télé ou écouter de la musique.				
16. J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur.				
17. J'ignore la douleur.				
18. Je compte sur ma foi en Dieu.				
19. J'ai l'impression de ne plus pouvoir continuer.				
20. Je pense aux choses que j'aime faire.				
21. Je fais comme si la douleur ne faisait pas partie de moi.				

Annexe 9 : Feuille de suivi de Wattrelos

LOMBALGIES CHRONIQUES

Recueil des données – Autres consultations

Date :

Nom - Prénom : Age :

Situation de famille :

Profession :

Poids : Taille :

- Estimez vos douleurs de dos aujourd'hui :

(échelle visuelle analogique de 0 à 100 mm, à mesurer en mm)

|-----|
 Absence de douleur douleur la plus extrême imaginable

- Estimez votre amélioration clinique par rapport aux douleurs d'avant stage :

0 |-----| 100
 Absence d'amélioration amélioration totale

- Actuellement, pratiquez-vous une activité sportive ? OUI NON
si oui, quel sport : combien d'heures par semaine ?
- Effectuez-vous vos exercices d'étirement ? OUI NON combien de fois par semaine
- Effectuez-vous vos exercices de renforcement ? OUI NON
combien de fois par semaine
- Avez-vous des troubles du sommeil ? jamais parfois souvent régulièrement
- Prenez-vous des somnifères ? jamais parfois souvent régulièrement
- Estimez votre qualité de vie :

(échelle visuelle analogique de 0 à 100 mm, à mesurer en mm)

|-----|
 pas du tout satisfaisante très satisfaisante

- Travaillez-vous actuellement ? OUI date de reprise :
- NON arrêt de travail depuis le :
- chômage depuis le :
- retraité
- handicapé
- sans profession
- invalidité depuis le :
- autre :
- Eprenez-vous des difficultés financières ? OUI NON
 - Avez-vous eu des arrêts de travail pour le problème de dos depuis la dernière consultation ?
 OUI NON
si oui, nombre de jours
 - S'agissait-il d'un accident de travail ? OUI NON
 - Depuis la dernière consultation chez nous, avez-vous consulté le médecin (généraliste ou spécialiste) pour des problèmes liés à vos douleurs du bas du dos (par exemple : prescription de médicaments, de kinésithérapie, bilan radiologique, d'arrêt de travail ...) ? OUI NON
Si oui, combien de consultations ?
 - Depuis la dernière consultation chez nous, avez-vous été hospitalisé pour des problèmes de dos :
 OUI NON
 - Estimez votre capacité à reprendre :
votre travail au même poste :
|-----|
impossible sans aucun doute
 - votre travail au même poste mais aménagé :*
|-----|
impossible sans aucun doute
 - une activité professionnelle quelle qu'elle soit (autre travail) :*
|-----|
impossible sans aucun doute
 - Satisfaction au travail :
|-----|
très mauvaise excellente
 - Relation avec la hiérarchie :
|-----|
très mauvaise excellente
 - Relation avec les collègues:
|-----|
très mauvaise excellente

Annexe 10 : Feuille d'évaluation des ateliers de Cambrai**« Nom de l'atelier »**

1. Comment jugez-vous le déroulement de cette séance d'Education Thérapeutique :

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Insuffisant	Très Insuffisant	Sans Opinion	Commentaires
Durée de la réunion						
Clarté des explications						
Qualité des outils pédagogiques						
Réponses aux questions posées						
Ambiance durant cette réunion						
Qualité de l'intervenant						

2. Avez-vous des questions à poser concernant le thème abordé ?

- Oui
 Non

Si, oui les avez-vous posés ?

- Oui
 Non

Si oui, avez-vous eu une réponse satisfaisante ?

- Oui
 Non

3. La séance vous a-t-elle paru interactive : discussion ouvert entre vous et les intervenants, et entre vous et les autres patients ?

.....

4. Avez-vous appris des choses durant cette séance

- Oui
 Non

5. Autres commentaires ?

.....

AUTEUR : SEICHEPINE Anne-Laure

Date de Soutenance : Lundi 9 novembre 2015

Titre de la Thèse : Education thérapeutique des patients lombalgiques chroniques dans les centres de rééducation du Nord-Pas de Calais

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine Physique et Réadaptation

DES de Médecine Physique et Réadaptation

Mots-clés : Lombalgies chroniques ; Education thérapeutique

Résumé :

Contexte et objectifs : La lombalgie chronique est fréquente et coûteuse pour les sociétés développées. L'ETP permet aux patients d'acquérir les connaissances permettant une meilleure prise en charge de leur maladie, et elle peut compléter les programmes de reconditionnement de ces patients. Nos objectifs étaient d'évaluer les pratiques d'éducation dans la région Nord-Pas-de-Calais et d'évaluer les possibilités de développer un programme d'éducation commun.

Méthode : Nous avons étudié 8 centres de la région dont 6 participants au réseau Renodos avec entretiens auprès des médecins, et si possible des thérapeutes, ainsi que par le biais d'un questionnaire de satisfaction des patients concernant l'information reçue.

Résultats : Seuls les centres de Zuydcoote et Cambrai (programme accrédité par l'ARS) proposaient des séances d'éducation séparées des séances de reconditionnement. La moitié des centres n'avaient pas de personnels formés à l'ETP en dehors des infirmières. Médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et professeurs d'APA participaient systématiquement à l'information du patient. Seuls 2 centres n'utilisaient aucun support pour réaliser l'information et ne remettaient pas de livret éducatif aux patients. Le thème le plus traité était l'importance de l'activité physique, avec une bonne satisfaction des patients. Le seul centre qui évaluait les connaissances des patients était le centre de Cambrai.

Conclusion : Il existe une certaine homogénéité des pratiques, qui respectent une partie des critères officiels de l'ETP, permettant d'envisager le développement d'un programme commun via le réseau Renodos.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur A. Thévenon

Assesseurs : Madame le Professeur S. Fantoni-Quinton

Monsieur le Professeur B. Cortet

Monsieur le Docteur V. Tiffreau (Directeur de Thèse)