

7

Actions de réinsertion des lombalgiques chroniques

La prise en charge de patients souffrant de lombalgie chronique doit tenir compte à la fois de l'aspect médical de sujets ayant une douleur chronique plus ou moins invalidante et des conséquences socioprofessionnelles qu'elle entraîne. Un processus de déconditionnement sur les plans physique et psychologique apparaît en même temps qu'une désinsertion du milieu du travail. Par déconditionnement physique, il faut comprendre un ensemble de réactions physiologiques à l'immobilisation partielle ou totale de la personne qui peut résulter des recommandations faites au patient par le médecin et/ou de la crainte, par le patient, de réveiller ou d'exacerber la douleur par un mouvement ou un effort banal. Pour illustrer la relation entre ces différentes dimensions, Waddell et coll. (1993) ont modélisé sur le plan cognitif, affectif et comportemental les relations entre la douleur, la lésion et l'incapacité (Fig. 7-1) et les conséquences que cela entraîne (Fig. 7-2). Ils proposent la théorie du *Fear Avoidance Beliefs* (attitude d'évitement par peur de créer une lésion ou de se faire du mal) pour rendre compte du cheminement de certains patients de la douleur vers l'incapacité chronique, la perte d'emploi et l'isolement social (Waddell et coll., 1993).

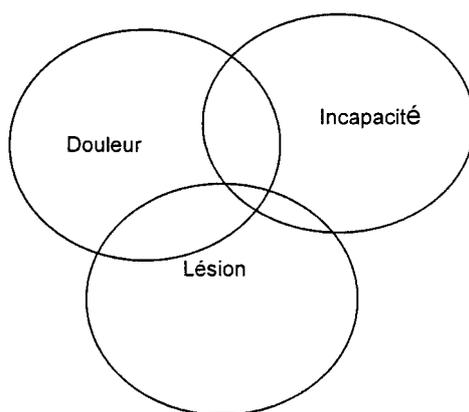


Fig. 7-1 Relations entre incapacité, douleur et lésion d'après Waddell et coll. (1993).

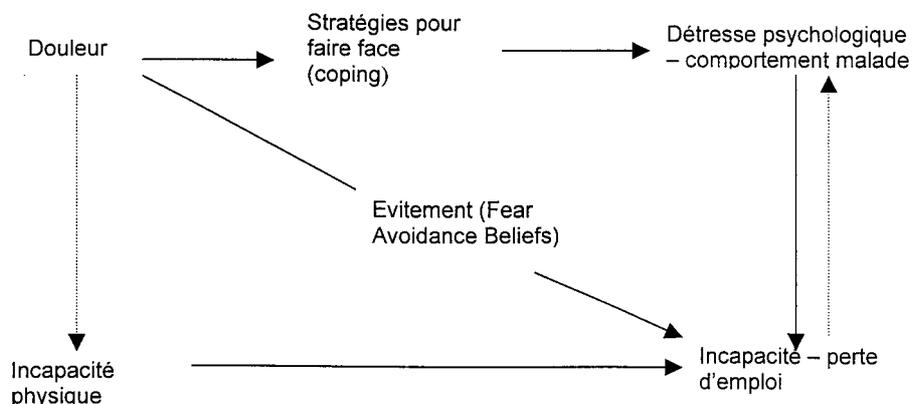


Fig. 7-2 Principaux circuits cognitifs, comportementaux et affectifs possibles entre lombalgie et incapacité d'après Waddell et coll. (1993).

Sur le plan psychologique, le maintien prolongé à domicile a pour effet d'isoler le patient sur le plan social, de focaliser ses centres d'intérêt sur son problème médical, et de l'installer progressivement dans un rôle de malade tant vis-à-vis de la cellule familiale que vis-à-vis des structures de soin ; un phénomène de distorsion sensorielle apparaît avec une augmentation progressive de la composante émotionnelle de la douleur aux dépens de ses composantes sensorielles (nociception) et cognitives.

Le modèle bio-psychosocial de la douleur chronique et de l'incapacité, décrit par Waddell (Fig. 7-3) résume la cascade d'événements partant de la douleur et arrivant à l'isolement social. Ce modèle permet de situer les enjeux et les difficultés des actions de réinsertion des lombalgiques chroniques.

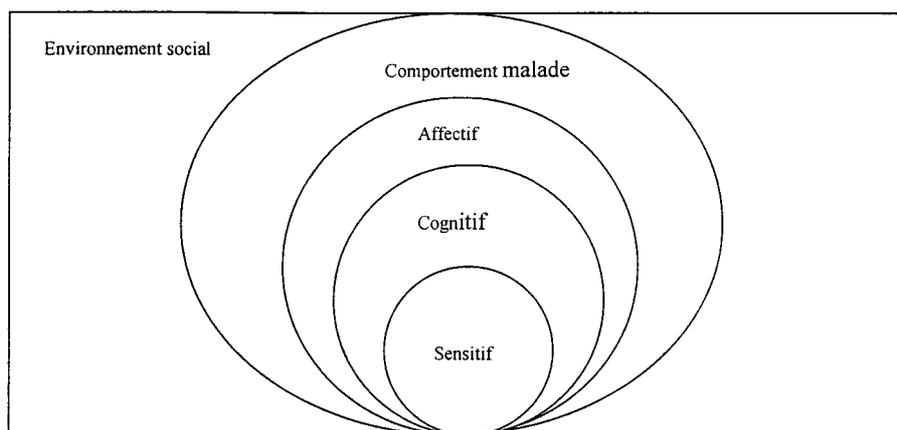


Fig. 7-3 Modèle biopsychosocial de la douleur chronique et de l'incapacité d'après Waddell et coll. (1993).

Les actions de réinsertion des lombalgies chroniques traduisent l'aspect multidimensionnel de cette pathologie en proposant des modalités de prise en charge variées qui sont plus ou moins combinées :

- prise en charge de l'aspect « mécanique » de la lombalgie, en proposant une remise en conditionnement physique (programmes d'exercices physiques, manipulations,...) ;
- prise en charge plus globale, d'un patient douloureux chronique : intervention comportementale, *coping* ou renforcement de la motivation... ;
- le passage du stade de lombalgie aiguë ou subaiguë à celui de lombalgie chronique qui concerne près de 10 % des patients (INSERM, 1995 ; IASP, 1995). La définition de la lombalgie chronique, comme la définition de la lombalgie, n'est pas unique. La définition la plus fréquemment retrouvée est une lombalgie d'une durée égale ou supérieure à 12 semaines. Cependant, les études menées dans ce domaine prennent souvent en compte différentes autres définitions ou dimensions : arrêt de travail prolongé, durée variable de la douleur, notion de récurrence ou statut d'invalidité.

Par conséquent, l'analyse d'actions de réinsertion des lombalgies chroniques, comme pour la prévention précoce, se heurte à certaines difficultés :

- comparer des populations cibles différentes : l'absence de définition commune rend difficile la comparabilité des études. De plus, les interventions testées sont souvent comparées à des groupes contrôles variables : abstention thérapeutique, autre type de prise en charge, ou combinaison de diverses interventions ;
- comparer des objectifs différents : la lombalgie chronique entraîne des problèmes multidimensionnels tels que douleur, incapacité, invalidité, désinsertion socioprofessionnelle, consommation de soins. Ceux-ci ne sont pas tous pris en compte dans les études ; certaines études s'intéressent uniquement à l'aspect « intensité de la douleur », d'autres au retour au travail et/ou à la consommation d'antalgiques, d'autres encore au renforcement musculaire. Par ailleurs, certaines dimensions comme l'invalidité ou l'incapacité sont évaluées par des outils différents.
- La variété des modalités de prise en charge découle de ces nombreuses facettes de la lombalgie chronique. En 1997, Van Tulder et coll. ont réalisé une revue de la littérature sur des interventions concernant des lombalgies (Van Tulder et coll., 1997). Ils ont différencié les interventions proposées aux lombalgies chroniques en : programmes d'exercices physiques, écoles du dos, interventions comportementales, mais aussi *EMG-biofeedback*¹, tractions, manipulations, orthoses, TENS², acupuncture et traitement médicamenteux.

1. *EMG-biofeedback* : traitement basé sur le principe d'interaction entre la douleur et la contraction musculaire : la tension musculaire induite par la douleur entraîne à son tour un stress, une contraction musculaire et de la douleur. Les sujets objectivent leur tension musculaire par une Électromyographie et apprennent à se relaxer.

2. TENS : *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*, traitement utilisé dans les lombalgies (et plus largement dans des douleurs d'origine neurogènes), consistant en une stimulation électrique transcutanée des fibres nerveuses inhibant la douleur.

Dans ce chapitre, nous reprendrons les principales modalités de prise en charge proposées dans le cadre de programmes de réinsertion des lombalgiques chroniques tels que les programmes d'exercices physiques, les interventions de type comportemental, les écoles du dos ou les interventions multidimensionnelles. Il ne sera pas traité dans ce chapitre des prises en charge individuelles telles que les traitements médicamenteux ou chirurgicaux.

Programmes d'exercices physiques

Le repos n'est plus considéré comme un traitement approprié pour le traitement de l'épisode de lombalgie aiguë. Il aurait à terme des effets délétères de déconditionnement physique. La tendance est actuellement de le remplacer par une incitation à une reprise la plus précoce possible des activités fonctionnelles (voir chapitre précédent) (Wheeler et Hanley, 1995). La nécessité d'une bonne condition physique et la pratique d'exercices physiques chez le patient lombalgique semblent actuellement établies. La réactivation physique d'un patient qui a cessé toute activité en partie à cause de sa douleur, paraît efficace dans la plupart des revues (Faas, 1996 ; Van Tulder et coll., 1997). Il est recommandé de pratiquer des exercices adaptés à la condition physique de chaque personne avec des programmes individualisés. Le principal problème semble être celui de l'observance de ces programmes, notamment à long terme. Le déconditionnement physique est souvent évoqué comme un facteur d'aggravation de la douleur. L'effet attendu des programmes d'exercices physiques se fonde sur des modèles bio-mécaniques.

Les programmes proposés sont en fait très hétérogènes, avec des modèles de type MacKenzie (Simonsen, 1998) (mouvements d'extension du rachis contrôlés par des kinésithérapeutes et adaptés à chaque individu), des mouvements de flexion, des mouvements rotatoires ou des combinaisons de ces divers mouvements. Parmi ces différentes écoles, aucun type de programme ne semble émerger pour constituer une référence.

Manniche (Manniche, 1996), dans une synthèse sur les bénéfices de la pratique intensive d'exercices physiques, insiste sur l'importance de la dose totale (fréquence et durée) de l'entraînement physique. Il considère également que l'entraînement physique provoque un regain de confiance en soi. Cependant, quand il y a association à des problèmes psychologiques plus graves, il pense qu'une prise en charge multidisciplinaire devrait être privilégiée.

Certaines études récentes tempèrent ces résultats en montrant que d'autres alternatives sont aussi efficaces. Tortensen et coll. (1998) ont comparé trois interventions parmi des patients lombalgiques chroniques (définis par un arrêt de travail compris entre 8 semaines et 1 an) : 1 – pratiques d'un programme d'exercices spécifiques (méthode norvégienne de Holten) ; 2 – kinésithérapie conventionnelle ; 3 – maintien d'activités physiques à domicile.

106 Les deux premières interventions ont été significativement efficaces pour la

réduction de l'intensité douloureuse et le niveau d'incapacité ; près de 59 % des patients étaient retournés au travail, quelle que soit l'intervention proposée. Cette étude n'a donc pas montré de différence entre une prise en charge classique par kinésithérapie et la pratique d'exercices physiques sur le plan de la diminution de la douleur ou du retour au travail. Mais ces deux alternatives étaient plus efficaces que la pratique d'exercices physiques non contrôlée, à domicile.

Avec une population particulière (des femmes âgées de 57 ans) Bentsen et coll. (1997) ont également comparé l'effet d'un programme d'entraînement dynamique par rapport à un entraînement à domicile. La lombalgie chronique était définie ici par une lombalgie durant plus de 30 jours ou par une lombalgie quotidienne durant les 12 mois précédents. Un premier groupe était assigné à une série d'exercices dans un centre de remise en forme (*fitness center*) et à un entraînement à domicile pendant les 3 premiers mois puis, durant les 9 autres mois, à un entraînement à domicile. Le second groupe devait pratiquer pendant 12 mois des exercices à domicile. Les résultats montrent une plus grande adhésion au programme pour le premier groupe avec une diminution globale de la durée d'arrêt de travail à 1 an. Les deux groupes ne différaient pas lors du bilan effectué à 3 ans : moindre consommation de soins médicaux. Sur ce plan, l'entraînement à domicile était aussi efficace que le programme d'intervention et plus apprécié.

Interventions de type comportemental

Dans la prise en charge du patient douloureux chronique, l'approche comportementale proposée dans la littérature nord-américaine débouche sur des propositions d'interventions tenant compte du comportement conditionné du patient à la douleur. L'hypothèse est que la douleur chronique est un comportement appris qui peut perdurer au-delà de la persistance de la cause nociceptive initiale. Les travaux de Fordyce (Fordyce, 1974 ; 1991) proposent une théorisation du comportement du patient douloureux : le comportement va opérer sur l'environnement dont l'effet, en retour, va induire un mécanisme d'apprentissage.

La réactivation physique est considérée ici aussi comme une composante essentielle de la prise en charge du malade douloureux chronique. L'intervention comportementale propose un reconditionnement progressif à l'activité physique pour des patients qui évitent certaines activités par peur de la douleur ou par peur d'aggraver des lésions, ou qui pensent que le repos est bénéfique.

La réactivation physique permet d'accroître les performances des patients, c'est-à-dire d'augmenter les activités - quelles qu'elles soient - et de diminuer les comportements d'évitement.

Les grands principes de cette intervention sont l'établissement d'une ligne de base pour les comportements cibles, l'augmentation progressive des performances selon des quotas, l'apprentissage de la famille (et des soignants) à ignorer les comportements douloureux et à renforcer les comportements bien portants.

Dans leur revue de la littérature, Van Tulder et coll. (1997) n'ont pas trouvé d'étude randomisée de qualité permettant de conclure à l'efficacité de cette intervention. Les études concernent en fait des interventions associant l'intervention comportementale à d'autres interventions. Parmi les études récentes, on retrouve celle de Basler et coll. (1997) qui a incorporé une intervention de type cognitivo-comportemental dans le cadre d'un traitement classique dans un centre de la douleur en Allemagne. Les 94 patients étaient considérés comme lombalgiques chroniques selon la classification de la « Quebec Task Force on Spinal Disorders » (douleurs égales ou supérieures à 7 semaines). Ils étaient partagés après randomisation en deux groupes, l'un recevant l'association des deux traitements (cognitivo-comportemental et médical), l'autre (groupe témoin) recevant le traitement médical seul. Après un suivi de 6 mois, le premier groupe présentait un meilleur état de santé aussi bien en termes d'intensité de la douleur, de contrôle de la douleur que vis-à-vis des attitudes d'évitement de la douleur et de « catastrophisme ».

Goossens et coll. (1998), dans une étude randomisée, ont comparé trois groupes : 1 – intervention de type comportemental ; 2 – intervention de type comportemental associée à un traitement cognitif ; 3 – un groupe assigné à une liste d'attente. Les 148 patients étaient inclus dans l'essai quand ils présentaient une lombalgie d'une durée supérieure à 6 mois, avec un comportement patent de douloureux et un décalage entre la plainte et l'examen clinique. Les deux premières interventions sont comparables et apportent plus de bénéfice que le groupe en liste d'attente en terme d'utilité (les patients devaient se situer sur une échelle numérique pour décrire leur incapacité, la douleur, le niveau émotionnel, l'auto-traitement et les effets secondaires du traitement). Les auteurs concluent à l'intérêt de l'intervention de type comportemental en terme d'utilité et de coûts.

Écoles du dos

Comme tout type d'intervention dans la lombalgie, le terme d'*école du dos* regroupe une multitude de variantes qui ont été évoquées lors de l'expertise collective de 1995 (INSERM, 1995). Elles s'adressent aussi bien à des patients ayant une lombalgie aiguë qu'à ceux qui sont lombalgiques chroniques, avec des programmes d'hospitalisation ou en consultation externe, de durée et de contenu variables.

En 1995, Di Fabio a tenté de synthétiser les résultats des écoles du dos. Il a inclus dans son travail 19 études randomisées et prospectives. Il considère

comme école du dos des interventions ayant au minimum une composante didactique (anatomie du dos, enseignement des techniques de port de charges...) avec des séances d'exercices. Il différencie également les écoles du dos « simples » de celles faisant partie d'un programme de prise en charge plus globale (étude de poste de travail, conditionnement physique général). Il conclut à l'efficacité des écoles du dos en termes de renforcement musculaire, d'endurance et d'amélioration des connaissances si elles sont couplées à une prise en charge plus globale (Di Fabio, 1995).

Van Tulder et coll. (1997) dans leur revue ne retrouvent que deux études de bonne qualité et huit études de moindre qualité, et concluent à l'efficacité d'un programme d'école du dos dans un contexte professionnel (plus efficace que l'absence d'intervention). Mais ils considèrent qu'il n'y a pas de preuve de son efficacité par rapport à une autre forme d'intervention. Il faut cependant noter que dans cette revue, le terme d'école du dos n'est pas défini et correspond en fait à des interventions de contenus très variables.

Interventions multidimensionnelles

Le terme est employé ici pour désigner diverses formes d'interventions associant exercices physiques, interventions cognitivo-comportementales et/ou écoles du dos.

Programmes de restauration fonctionnelle

Parmi les interventions multidimensionnelles, le concept de *functional restoration program* est certainement l'un des plus répandus. L'objectif d'une telle réadaptation n'est pas seulement fonctionnel (Mayer et coll., 1985). Il s'agit d'intervenir énergiquement sur les déterminants potentiels de l'invalidité chez les patients lombalgiques chroniques : déconditionnement physique, facteurs psychosociaux individuels ou relatifs au milieu de travail, facteurs socio-économiques. Des spécialistes américains ont fait œuvre de pionniers dans cette perspective.

Ces programmes de restauration fonctionnelle comportent les éléments suivants :

- quantification exhaustive et répétée de divers paramètres fonctionnels physiques pour guider la réadaptation ;
- évaluation psychosociale approfondie ;
- entraînement physique actif et intensif, la kinésithérapie passive étant proscrite ;
- répétitions de tâches industrielles simulées ;
- apprentissage éducatif du type école du dos ;
- approche cognitivo-comportementale centrée sur la réduction de l'incapacité fonctionnelle (plutôt que sur la douleur elle-même).

Le premier programme répondant à ces spécifications, le « Pride program » a été créé par Mayer à l'Université du Texas en 1983 (Mayer et coll., 1985). Il comportait 57 heures par semaine d'activités pendant 3 semaines successives (soit 171 heures au total), se répartissant pour moitié entre l'entraînement physique, d'une part, et des activités de soutien et de conseil, d'autre part. Les participants à ce programme étaient pour la plupart des accidentés du travail (96 % des cas) souffrant d'une lombalgie à un stade avancé de chronicité : une incapacité de travail de 12 mois en moyenne, au moins une intervention chirurgicale antérieure pour le dos, et un traitement médicamenteux dans 42 % des cas. Dans ces conditions, les résultats obtenus sont a priori inespérés (Mayer et coll., 1987) : 2 ans après la revalidation, 87 % des participants ont repris le travail, ce taux n'étant que de 41 % chez les sujets témoins et de 25 % chez ceux ayant abandonné le programme (Fig. 7-4). Des résultats similaires ont été enregistrés dans un autre centre américain ayant adopté le même protocole (Hazard et coll., 1989). Ces résultats impressionnants ont eu pour effet de favoriser aux États-Unis la prolifération de centres faisant de la « restauration fonctionnelle » et affirmant obtenir les mêmes résultats. Le développement de ce marché médico-commercial, financé par les employeurs à travers les compagnies d'assurances, a également suscité des controverses liées à la publication de résultats négatifs par des équipes non américaines (Gatchel et coll., 1992 ; Oland et Tveiten, 1991) et à certaines réflexions critiques quant à la validité scientifique de l'approche adoptée (Teasell et Harth, 1996). Il a notamment été souligné que les études présentées ne comportaient pas de véritable groupe témoin, le groupe qualifié de tel (Fig. 7-4 par exemple) étant constitué des sujets qui s'étaient vu refuser, par leur compagnie d'assurance, le financement du programme (de 5 000 à 9 000 US dollars par patient pour le « Pride program »).

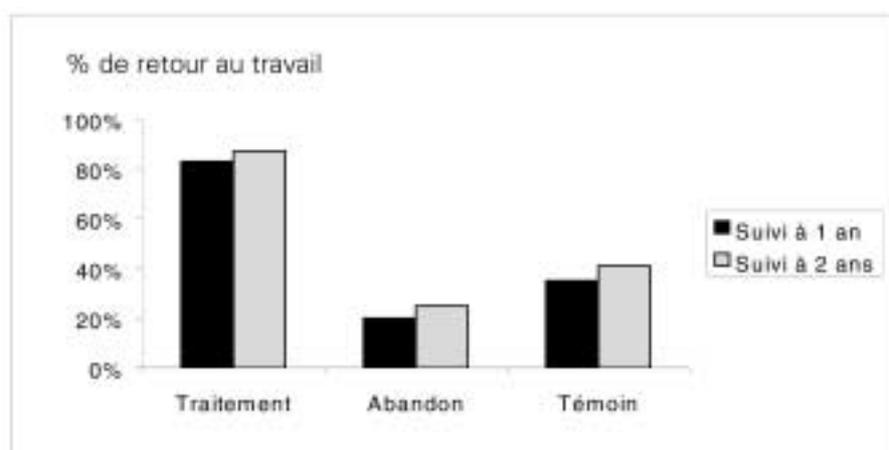


Fig. 7-4 Pourcentage de patients de retour au travail dans chacun des 3 groupes à 1 et 2 ans de suivi.

Depuis la publication initiale de l'équipe de Mayer aux États-Unis, un grand nombre de publications ont répercuté le contenu et les résultats de différents programmes mis en œuvre, dans la même perspective, aux États-Unis, au Canada et en Europe (Pays scandinaves, Allemagne, France). Bien que les mesures de résultats utilisées dans ces différentes études ainsi que les protocoles suivis pour les programmes diffèrent, parfois de façon importante, d'une étude à l'autre, il est peu contestable que toutes ces études permettent d'affirmer qu'un programme d'exercices contrôlés améliore les capacités fonctionnelles (puissance aérobie, force et endurance musculaire, mobilité lombaire), réduit la douleur perçue par le patient, et améliore la confiance en soi de celui-ci (Alaranta et coll., 1994 ; Bendix et coll., 1997 ; Estlander et coll., 1991 ; Hildebrandt et coll., 1997 ; Jensen et coll., 1994 ; Mellin et coll., 1993 ; Mitchell et Carmen, 1994 ; Teasell et Harth, 1996 ; Vanvelcenaher et coll., 1994) Dans certaines études, on a pu également observer une réduction des comportements liés à la maladie, comme la kinésiophobie, c'est-à-dire la peur de réaliser des mouvements jugés susceptibles de réveiller la douleur.

Une méta-analyse réalisée par Guzman et coll. en 1998 (Guzman et coll., 1998) permet d'apprécier l'efficacité relative de ces programmes sur le plan de la reprise du travail (Fig. 7-5). Cette figure montre que la plupart des programmes permettent d'améliorer le taux de reprise du travail chez les sujets traités par rapport aux sujets témoins ; cet effet est cependant d'amplitude plus modérée dans les quelques programmes (scandinaves et canadiens) qui ont randomisé la distribution des sujets entre le groupe traité et le groupe témoin. Il faut en outre commenter les deux résultats négatifs de cette figure : l'étude réalisée par Altmaier et coll. (Altmaier et coll., 1992) comparait en fait, sur un nombre restreint de patients (n = 45), un programme de réadaptation intensif et un autre programme intensif incluant une composante de prise en charge psychologique. Cette dernière n'a pas favorablement influencé l'efficacité du traitement. Quant aux résultats obtenus par Mitchell et Carmen

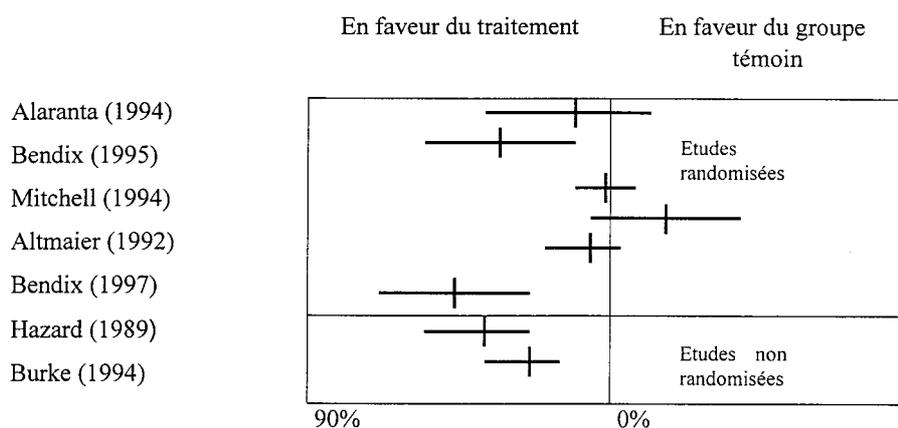


Fig. 7-5 Effets de l'intervention par rapport au retour au travail.

(Mitchell et Carmen, 1994) en Ontario, ils concernaient une cohorte de 542 travailleurs accidentés du travail encore en incapacité au 90^e jour après l'accident et présentant un comportement « inapproprié » de malade selon les critères proposés par Waddell (Waddell, 1987). Cette étude a donc sélectionné délibérément des sujets au profil potentiellement défavorable.

Une observation particulièrement frappante de plusieurs de ces études est l'absence de toute relation significative, ou la faiblesse de la corrélation, entre l'amélioration des capacités fonctionnelles observées à l'issue de ces programmes et la probabilité pour les patients concernés de reprendre leur activité habituelle. D'après certains auteurs (Hildebrandt et coll., 1997), d'autres facteurs que les capacités fonctionnelles influencent la reprise du travail du lombalgique :

- l'importance de la chronicité de la douleur dont témoigne, en général, la durée de l'absence au travail ;
- la notion d'auto-efficacité ou *self-efficacy* du patient, c'est-à-dire la conviction que celui-ci a, dès le départ, de pouvoir retravailler après le traitement ;
- le niveau de qualification du travailleur : plus celui-ci est bas, plus la probabilité de reprise du travail est faible ;
- des caractéristiques socio-économiques telles que le système d'indemnisation, le niveau de la rémunération du patient, les conditions locales du marché de l'emploi,...

D'autres auteurs (Lindström et coll., 1994) ont montré que la reprise ou non du travail n'était pas influencée par la situation clinique préalable du patient, donc la gravité de la lombalgie initiale, ni par l'importance des contraintes biomécaniques associées au travail.

En Europe, les travaux de Bendix et coll. (Bendix et coll., 1995 ; 1997 ; 1998b) présentent les résultats sur différentes périodes de temps (suivi à 4 mois, 1, 2 et 5 ans). Ils comparent trois groupes dont l'un bénéficie du programme de restauration fonctionnelle décrite par Tom Mayer, le deuxième d'un programme d'exercices physiques avec école du dos (selon l'école suédoise), et le troisième combine un programme psycho-physique (apprentissage de la gestion de la douleur) et un entraînement physique actif et progressif. Les deux derniers groupes bénéficiaient d'une intervention représentant au total 24 heures contre 135 heures pour le premier groupe. Les patients inclus sont des lombalgiques avec incapacité durant depuis 6 mois ou plus. Dans ces études, les perdus de vue étaient un peu plus fréquents dans le deuxième programme comparé au premier et au troisième groupe. Cependant, après un suivi à 5 ans, on note un taux moyen de réponse de 79 % (72 % dans le groupe 2 versus 84 % dans le groupe 1).

Si l'on considère différents paramètres évalués dans ces études, on note qu'en termes de *capacité à travailler* (statut de travailleur, demandeur d'emploi, étudiant ou sujet en formation), les résultats sont en faveur du premier programme jusqu'à 1 an. A 5 ans, sachant qu'une partie de la population avait

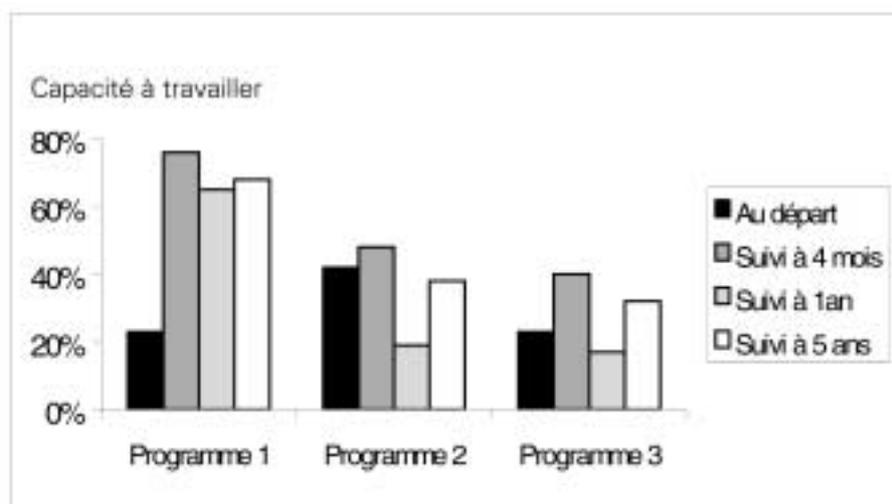


Fig. 7-6 Capacité à travailler, d'après Bendix et coll. (1995 ; 1997 ; 1998b)

pu obtenir une pension d'invalidité (13 personnes), l'efficacité du premier programme est supérieure aux alternatives (Fig. 7-6).

L'intensité de la douleur semble diminuer jusqu'à 1 an, notamment dans les deux premiers programmes, puis les résultats remontent vers la moyenne à 5 ans. Dans le programme 1, l'intensité est moins élevée qu'au départ (5 → 4) (Fig 7.7).

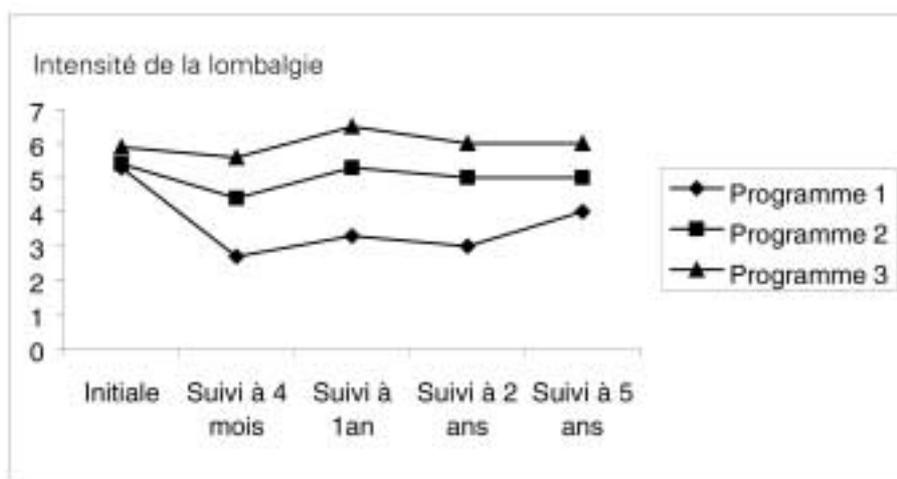


Fig. 7-7 Intensité de la lombalgie d'après Bendix et coll. (1995, 1997, 1998a, 1998b)

Concernant l'incapacité (évaluée sur une échelle de 0 à 30), il n'y a pas de modification pour le groupe 3 ; pour le groupe 1, on note une persistance de l'amélioration à 5 ans (Fig. 7-8).

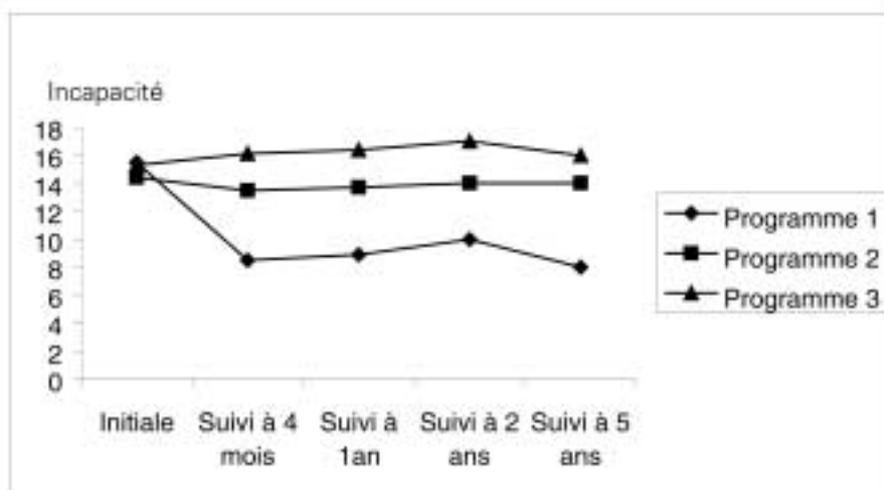


Fig. 7-8 Incapacité d'après Bendix et coll. (1995, 1997, 1998)

Bendix et coll. (Bendix et coll., 1998b) concluent après le suivi à 5 ans que le programme de restauration fonctionnelle a été efficace sauf sur la douleur sciatique, l'utilisation d'antalgiques et l'activité sportive. Dans le même article, ils comparent un essai de restauration fonctionnelle avec un groupe sans intervention et là, ils ne retrouvent pas de différence sur les paramètres cités (incapacité, capacité à travailler ou lombalgie) mais moins de consommation médicale et moins d'arrêt de travail.

La diversité des contextes dans lesquels ces programmes sont mis en œuvre, (hôpital universitaire versus centre de réadaptation, initiatives privées versus systèmes para-étatiques, sécurité sociale à l'européenne ou à l'américaine,...) n'a pas permis de dégager un consensus général quant aux critères optimaux de sélection des patients les plus susceptibles de bénéficier de ces programmes de réadaptation intensive. Il est clair que certains traits de personnalité peuvent rendre possible ou au contraire difficile l'insertion du sujet dans un groupe de patients ; ce critère est diversement apprécié par les différents auteurs. Toutefois, les recommandations suivantes peuvent être répercutées pour la sélection des patients (Hazard, 1995) :

- l'absence confirmée d'indication chirurgicale ;
- le caractère volontaire de la participation au programme ;
- une incapacité de travail d'au minimum 4 mois après l'épisode aigu.

La prise en charge ne doit donc pas intervenir trop tôt mais il semble aussi qu'il ne faille pas qu'elle intervienne trop tard : des résultats récents montrent que la probabilité d'un résultat favorable est meilleure pour des patients en incapacité de travail depuis 4 à 8 mois qu'avec des patients en incapacité depuis plus de 18 mois (Jordan et coll., 1998).

Un dernier élément à prendre en compte est le taux d'abandon spontané en cours de programme, qui est rarement répercuté dans les résultats de recherche. Il va naturellement dépendre du caractère plus ou moins volontaire de la participation. A titre d'exemple, un programme canadien (Mitchell et Carmen, 1994) mentionne un abandon précoce en début de programme de 13 % de l'effectif de départ. Les promoteurs du « Pride program » donnent une ventilation plus précise du taux d'abandon (Gatchel et coll., 1992) : 10 % des patients sont absents à la convocation pour le bilan initial avant inclusion, 8 % de ceux ayant fait l'objet du bilan initial ne se présentent pas lors de la première séance du programme et enfin 7 % abandonnent durant le programme lui-même.

Autres formes d'interventions multidimensionnelles

D'autres programmes incluant une prise en charge multidisciplinaire ont été proposés. Tous ces programmes incluent une remise en condition physique associée à une autre intervention. Les articles suivants illustrent des interventions proposées ces dernières années. Pflingsten (Pflingsten et coll., 1997) dans un essai non randomisé a proposé un programme de 8 semaines : 3 semaines de pré-programme avec éducation du patient et exercices, et 5 semaines d'exercices (exercices aérobiques, renforcement musculaire, école du dos, intervention comportementale, relaxation, orientation professionnelle), à 90 patients ayant une lombalgie chronique incapacitante. Les patients étaient comparés à leur état initial. Le recul à 6 et 12 mois retrouve une diminution de l'intensité douloureuse mesurée sur une échelle visuelle analogique, l'amélioration de la flexibilité et moins de consommation médicale (moins de consultations, moins de traitement). Dans cet article, le retour au travail a été évalué suivant différents paramètres : auto-évaluation de la capacité à retourner au travail, demande de pension d'invalidité et absence au travail inférieure à 6 mois. Ces paramètres mettent en évidence un fort taux de retour au travail dans cette population.

Keel (Keel et coll., 1998) propose un programme de 27 jours d'hospitalisation : 5 jours d'évaluation, 1 à 4 heures de remise en forme physique, endurance et renforcement musculaire, groupe de discussion et d'éducation, et traitement individuel avec traitement symptomatique, kinésithérapie et conseils versus un traitement classique. Il a comparé 243 patients participant au programme à 168 patients ayant un traitement classique. Il s'agit de patients ayant une lombalgie persistante sans indication chirurgicale immédiate et avec soit un arrêt de travail de 6 semaines les 2 années précédentes soit en incapacité à travailler depuis au moins 3 mois, sans incapacité à long terme.

Le suivi à 6 et 12 mois permet de montrer, qu'à long terme, le programme proposé a de meilleurs résultats notamment sur la « capacité à travailler » plus que sur le retour au travail effectif.

La question de savoir quel pouvait être l'apport d'un programme multidisciplinaire par rapport à la pratique d'exercices physiques a été posée par Friedrich et coll. (Friedrich et coll., 1998) qui ont comparé un programme d'exercices physiques classique au même programme associé à des séances de « motivation » avec explication du « rationnel » de l'intervention. Il s'agissait de patients ayant une lombalgie chronique (durée de 4 mois ou 3 épisodes dans les 6 mois, et avec une douleur quotidienne les 2 derniers mois). Dans le second groupe, ils ont noté une plus forte diminution de l'intensité de la douleur et de l'incapacité au travail

Conclusion

En conclusion, les actions de réinsertion des lombalgiques chroniques, en particulier les interventions multidimensionnelles, ont une efficacité supérieure aux traitements classiques proposés. Les résultats obtenus dans différents pays industrialisés montrent que la plupart de ces programmes intensifs et pluridisciplinaires ont permis de prévenir (ou d'inverser) l'installation d'une invalidité en favorisant d'une façon significative la reprise du travail chez des lombalgiques chroniques (en incapacité depuis plus de 3 mois). Il semble, notamment, que le maintien ou la reprise d'exercices physiques adaptés joue un rôle central. La composante réactivation psychologique est plus variée associant souvent une prise en charge de type théorie comportementale plus ou moins associée à d'autres types d'intervention (actions sur le milieu du travail, thérapie cognitive, etc.). Le programme de restauration fonctionnelle semble le plus répandu, il pose cependant le problème du coût : de 5 000 à 9 000 dollars aux États-Unis. En France, le prix est superposable si l'on considère que les patients sont hospitalisés durant 4 à 6 semaines et que le prix moyen d'une journée d'hospitalisation en centre de rééducation est au minimum de 1 500 francs. Enfin les limitations de ces programmes tiennent essentiellement au trois problèmes suivants :

- nécessité de définir, a priori, les sujets susceptibles de pouvoir bénéficier de ce type de programme qui renvoie à la question de la proposition d'une prise en charge des patients lombalgiques chroniques à un stade adéquat ;
- volonté des structures sanitaires de promouvoir des programmes nécessitant un certain investissement financier de départ dans l'appareillage et une organisation particulière ;
- petit nombre seulement de patients (5 à 10 %) concernés qui sont à un stade avancé de la maladie.

RÉFÉRENCES

ALARANTA H, RYTÖKOSKI U, RISSANEN A, TALO S, RÖNNEMAA T, PUUKKA P, *et al.* Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. *Spine* 1994 **19** : 1339-1349

ALTMAYER EM, LEHMANN TR, RUSSELL DW, WEINSTEIN JN, KAO CF. The effectiveness of psychological interventions for the rehabilitation of low back pain : a randomized controlled trial evaluation. *Pain* 1992 **49** : 329-335

BASLER HD, JÄKLE C, KRÖNER-HERWIG B. Incorporation of cognitive-behavioral treatment into medical care of chronic low back pain patients : a controlled randomized study in German pain treatment centers. *Patients Education and Counseling* 1997 **31** : 113-124

BENDIX AF, BENDIX T, OSTENFELD S, BUSH E, ANDERSEN. Active treatment for patients with chronic low back pain : a prospective, randomized, observer-blinded study. *Eur Spine J* 1995 **4** : 148-152

BENDIX AF, BENDIX T, LUND C, KIRKBAK S, OSTENFELD S. Comparison of three intensive programs for chronic low back pain patients : a prospective, randomized, observer-blinded study with one-year follow-up. *Scand J Rehab Med* 1997 **29** : 81-89

BENDIX AF, BENDIX T, LABRIOLA M, BOEKGAARD P. Functional restoration for chronic low back pain : two-year follow-up of two randomized clinical trials. *Spine* 1998a **23** : 717-725

BENDIX AF, BENDIX T, HÆRSTRUP C, BUSCH E. A prospective, randomized 5-year follow-up study of functional restoration in chronic low back pain patients. *Eur Spine J* 1998b **7** : 111-119

BENTSEN H, LINDGÄRDE F, MANTHORPE R. The effect of dynamic strength back exercise and/or a home training program in 57-year-old women with chronic low back pain : results of a prospective randomized study with a 3- year follow-up period. *Spine* **22** : 1494-1500

BURKE SA, HARMS-CONSTAS CK, ADEN PS. Return to work/work retention outcomes of a functional restoration program. A multi-center, prospective study with a comparison group. *Spine* 1994 **19** : 1880-1885

DI FABIO R. Efficacy of comprehensive rehabilitation programs and back schools for patients with low back pain : a meta-analysis. *Phys Ther* 1995 **75** : 865-878

ESTLANDER AM, MELLIN G, VANHARANTA H, HUPLI M. Effects and follow-up of a multimodal treatment program including intensive physical training for low back pain patients. *Scand J Rehab Med* 1991 **23** : 97-102

FAAS A. Exercises : which ones are worth trying, for which patients, and when ? *Spine* 1996 **21** : 2874-2878

FORDYCE WE. The office management of chronic pain. *Learning factors Minn Med* 1974 **57** : 185-188

FORDYCE WE. Behavioral factors in pain. *Neurosurg Clin N Am* 1991 **2** : 749-759

FRIEDRICH M, GITTLER G, HALBERSTADT Y, CERMAK T, HEILLER I. Combined exercise and motivation program : effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain : a randomized controlled trial. *Arch Physical Med Rehab* 1998 **79** : 475-487

GATCHEL RJ, MAYER TG, HAZARD RG, RAINVILLE J, MOONEY V. Editorial : Functional restoration. Pitfalls in evaluating efficacy. *Spine* 1992 **17** : 988-995

GOOSSENS MEJB, RUTTEN-VAN MÖLKEN MPMH, KOLE-SNIJDERS AMJ, VLAEYEN JWS, VAN BREUKELLEN G, LEIDL R. Health economic assessment of behavioural rehabilitation in chronic low back pain : a randomized clinical trial. *Health Econ* 1998 **7** : 39-51

GUZMAN J, ESMAIL R, IRVIN E, BOMBARDIER C. A systematic review of multidisciplinary team approaches for the treatment of chronic low back pain. Proc. 3rd International Scientific Conference on Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders, PREMUS-ISEOH 98, Helsinki, Finland. 1998, 5 Abstract

HAZARD RG, FENWICK JW, KALISCH SM, REDMOND J, REEVES V, REID S, *et al.* Functional restoration with behavioral support. A one-year prospective study of patients with chronic low-back pain. *Spine* 1989 **14** : 157-161

HAZARD RG. Spine update. Functional restoration. *Spine* 1995 **20** : 2345-2348

HILDEBRANDT J, PFINGSTEN M, SAUR P, JANSEN J. Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. *Spine* 1997 **22** : 990-1001

INSERM. Expertise collective *Rachialgies en milieu professionnel : Quelles voies de prévention ?* Éditions INSERM, Paris, 1995

International Association for the Study of Pain. *Back Pain in the work place*. IASP Press, Seattle, 1995

JENSEN IB, NYGREN Å, LUNDIN A. Cognitive-behavioural treatment for workers with chronic spinal pain : a matched and controlled cohort study in Sweden. *Occup Environ Med* 1994 **51** : 145-151

JORDAN KD, MAYER TG, GATCHEL RJ. Should extended disability be an exclusion criterion for tertiary rehabilitation ? Socioeconomic outcomes of early versus late functional restoration in compensation spinal disorders. *Spine* 1998 **23** : 2110-2117

KEEL PJ, WITTIG R, DEUTSCHMANN R, DIETHELM U, KNÜSEL O, LÖSCHMAN C, MATATHIA R., RUDOLF T, SPRING H. Effectiveness of in-patient rehabilitation for sub-chronic and chronic low back pain by an integrative group treatment program (Swiss Multicentre Study). *Scand J Rehab Med* 1998 **30** : 211-219

LINDSTRÖM I, ÖHLUND C, NACHEMSON A. Validity of patient reporting and predictive value of industrial physical work demands. *Spine* 1994 **19** : 888-893

MANNICHE C. Clinical benefits of intensive dynamic exercises for low back pain. *Scand J Med Sci Sports* 1996 **6** : 82-87

MAYER T, GATCHEL RJ, KISHINO ND. Objective assessment of spine function following industrial injury : a prospective study with comparison group and one-year follow-up. *Spine* 1985 **10** : 482-493

- MAYER TG, GATCHEL RJ, MAYER H, KISHINO ND, KEELEY J, MOONEY V. A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury. *JAMA* 1987 **258** : 1763-1767
- MELLIN G, HÄRKÄPÄÄ K, VANHARANTA H, HUPLI M, HEINONEN R, JÄRVIKOSKI A. Outcome of a multimodal treatment including intensive physical training of patients with chronic low back pain. *Spine* 1993 **18** : 825-829
- MITCHELL RI, CARMEN GM. The functional restoration approach to the treatment of chronic pain in patients with soft tissue and back injuries. *Spine* 1994 **19** : 633-642
- OLAND G, TVEITEN G. A trial of modern rehabilitation for chronic low-back pain and disability. Vocational outcome and effect of pain modulation. *Spine* 1991 **16** : 457-459
- PFINGSTEN M, HILDEBRANDT J, LEIBING E, FRANZ C, SAUR P. Effectiveness of a multimodal treatment program for chronic low back pain. *Pain* 1997 **73** : 77-85
- SIMONSEN RJ. Principles-centered spine care : McKenzie principles. *Occup Med* 1998 **13** : 167-183
- TEASELL RW, HARTH M. Functional restoration. Returning patients with chronic low back pain to work : revolution or fad ? *Spine* 1996 **21** : 844-847
- TORSTENSEN TA, LJUNGGREN AE, MEEN HD, ODLAND E, MOWINCKEL P, GEIJERSTAM S. Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy and self exercise in patients with chronic low back pain : a pragmatic, randomized, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine* 1998 **23** : 2616-2624
- VANVELCENAHÉ J, VOISIN P, STRUK P, GOETHALS M, AERNOUDTS E, HELOIR L, *et al.* Programme de restauration fonctionnelle du rachis (RFR) dans le cadre des lombalgies chroniques. Nouvelle approche thérapeutique. (1^{re} partie : données du problème – évaluation). *Ann Réadapt Méd Phys* 1994 **37** : 317-321
- VAN TULDER MW, KOES BW, BOUTER LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997 **22** : 2128-2156
- WADDELL G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987 **12** : 632-644
- WADDELL G, NEWTON M, HENDERSON I, SOMERVILLE D, MAIN CJ. A Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993 **52** : 157-168
- WHEELER AH, HANLEY EN. Non operative treatment for low back pain. *Spine* 1995 **20** : 375-378