

Evaluation de la prise en charge de lombalgiques rebelles par un centre de traitement de la douleur

J. Nizard¹, P. Lombrail², G. Potel³, Y. Meas¹, J.-M. Lanoiselée¹, B. Robin, J.-M. Nguyen² et Y. Lajat¹

¹ Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

² Laboratoire de Santé Publique

³ Laboratoire de Thérapeutique, Centre Hospitalier Universitaire, Nantes, France

Résumé Nous décrivons les caractéristiques et les modalités de prise en charge d'une cohorte de 46 patients lombalgiques chroniques rebelles hospitalisés sur une période de 13 mois dans le Centre de Traitement de la Douleur d'un Centre Hospitalier Universitaire français, et évaluons les résultats obtenus à un an grâce à une batterie d'indicateurs reconnus. Nous avons inclus 26 femmes et 20 hommes, d'âge 50.8 ± 13.9 ans, lombalgiques chroniques depuis plus de 6 mois (la durée des lombalgies était de 130 ± 91 mois), sans distinction d'âge, rebelles aux thérapeutiques antérieures, ayant eu plus de 3 mois d'arrêt de travail la dernière année chez les patients en activité. Dix-neuf patients (41%) avaient été opérés du rachis, 5 avaient été victimes d'un accident du travail. Vingt-neuf patients (63%) présentaient des diagnostics associés douloureux à d'autres sites.

Les patients ont bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire médicale, fonctionnelle, psychologique, et socio-professionnelle, avec une hospitalisation initiale de 10 jours, et un suivi à 3, 6 et 12 mois. A 12 mois, une amélioration significative a été observée pour l'ensemble des critères de jugement: l'échelle visuelle de la douleur (sur 10), cotée à 7.2 ± 1.5 avant traitement est passée à 4.1 ± 1.9 à 12 mois ($p < 0.0001$); l'échelle du retentissement fonctionnel est passée de 7.2 ± 1.3 avant traitement à 4.1 ± 1.9 ($p < 0.0001$); le périmètre de marche est passé de 1664 ± 2485 mètres avant traitement à 3254 ± 3108 mètres ($p < 0.0001$); le temps d'inactivité diurne est passé de 2.4 ± 1.9 heures avant traitement à 1.1 ± 1 heures à 6 mois ($p < 0,001$). Chez les 23 patients en arrêt de travail, 10 patients (43%) ont repris leur activité antérieure à 12 mois; 16 patients ont bénéficié d'une adaptation de poste ou d'une procédure de reclassement professionnel, 7 patients d'une mise en invalidité. Au terme du suivi, 10 patients avaient réalisé une nouvelle imagerie de seconde intention, 11 avaient consulté un autre spécialiste différent du réseau initial et aucun n'avait eu recours à nouveau à la chirurgie.

Il s'agit d'une étude préliminaire, sans groupe contrôle, qui semble confirmer l'efficacité, se maintenant à 12 mois, des Centres de Traitement de la Douleur chez le lombalgique rebelle.

Mots-clés: Lombalgie chronique, Centre de Traitement de la douleur, évaluation.

Summary Objectives: This study describes the methods used to manage a cohort of 46 patients with refractory low back pain during a 13-month period in the Multidisciplinary Pain Center of a French teaching hospital.

Methods: The patients (26 women and 20 men, 51 years of age (13.9 SD) had experienced chronic low back pain for more than 6 months (130 ; 91 SD), and were refractory to previous therapy. Twenty-three patients (50%) had undergone spinal surgery. These patients received multidisciplinary care (medical, functional, psychological and socioprofessional), with initial hospitalization for 10 days and follow-up at 3, 6 and 12 months.

Results: At 12 months, significant improvement was observed for all judgment criteria. Pain evaluations on a Visual Analog Scale (0-10), decreased from 7.2 (1.5 SD) before treatment to 4.1 (1.9 SD) at 12 months ($p < 0.001$); those for functional effects from 7.2 (1.3 SD) to 4.1 (1.9 SD) ($p < 0.001$). Walking distance increased from $1,664$ m ($2,485$ SD) to $3,254$ m ($3,108$ SD) ($p < 0.001$); daily inactivity time decreased from 2.4 h (1.9 SD) to 1.1 h (1 SD) ($p < 0.001$). Ten (43%) of 23 sick leave patients had returned to their jobs at 12 months, 16 benefited from an adaptation of their working conditions, and 7 were considered as disabled. At 12 months, 11 patients had seen another specialist outside the initial network, none had undergone surgery. Conclusions: This preliminary study without a control group confirms the efficacy of a Pain Center in managing refractory low back pain over a 12-month period.

Key-words: Chronic low back pain, multidisciplinary Pain Center, evaluation.

Introduction

Les syndromes douloureux constituent en France le premier motif de consultation et d'appel des médecins,

Correspondance: Dr Julien Nizard, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nord, F-44093 Nantes Cedex.

E-mail: julien.nizard@chu-nantes.fr

qui pratiquent six millions de consultations annuelles pour lombalgies communes. Le soulagement de la douleur figure en tête des attentes des usagers français sur l'amélioration de la qualité de vie à l'hôpital.

Le retentissement des douleurs chroniques des patients sur leur qualité de vie, leurs capacités fonctionnelles, leur insertion socio-professionnelle ainsi que les

coûts directs et indirects qu'elles engendrent, en font un problème de santé publique dans les pays développés. Les pouvoirs publics français en ont pris conscience, comme en témoignent les textes réglementaires parus depuis 5 ans, relatifs à l'organisation des soins et de la prise en charge de la douleur chronique (1994) et à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle (1998).

La lombalgie chronique constitue un bon traceur pour l'évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur, par sa fréquence, son impact fonctionnel et économique, la possibilité d'un diagnostic lésionnel précis. La chronicité et l'invalidité lombalgique sont le fait d'une minorité de patients souffrant de lombalgies (moins de 10%), mais c'est sur eux que repose l'essentiel de son poids socio-économique (Gepner, 1994; Burkiel, 1996; Linton, 1998; Valat, 1998; Maniadakis, 2000). Une enquête canadienne (Rossignol 1988) a montré que 7,4% seulement des malades lombalgiques avaient un arrêt de travail supérieur à 6 mois mais qu'ils représentaient 68% des journées perdues et 76% des coûts d'indemnisation.

La prise en charge des lombalgies fait appel en première intention aux traitements « conventionnels » médicaux, chirurgicaux et rééducatifs, qui méritent d'être rapidement mis en œuvre par les secteurs libéral et hospitalier: en effet, la durée de l'arrêt de travail conditionne fortement la probabilité de reprise qui est évaluée à 40% après 6 mois d'arrêt, et seulement 10% après 2 ans (Spitzer, 1987). L'échec d'une prise en charge de première intention justifie de faire appel à une stratégie pluridisciplinaire, avec un abord psychologique (Jensen, 1998; Crombez, 1999) et professionnel (Charlot, 1998; Fautrel, 1998). Les lombalgiques chroniques sont un motif de recours fréquent aux Centres de Traitement de la Douleur (environ 50% dans notre expérience, dont la moitié après chirurgie lombaire). L'abord thérapeutique est global, pluridisciplinaire: médical, réadaptatif, psychologique, social, professionnel. La littérature rapporte des résultats encourageants dans cette population en situation d'échec (Turk, 1996; Lynch, 1998) sur les critères suivants: baisse de la douleur, augmentation de l'activité, diminution des traitements médicamenteux générateurs de dépendance, retour au travail, diminution des demandes d'invalidité, amélioration de la qualité de vie. On connaît moins bien les modalités d'accès aux soins et l'accessibilité des structures de lutte contre la douleur, la place de l'hospitalisation et du suivi ambulatoire pour les douloureux chroniques rebelles non cancéreux, ainsi que les modalités optimales qualitatives et quantitatives, de la prise en charge pluridisciplinaire et du suivi. Si une évaluation plus précise de l'amélioration des patients traités est en développement dans les Centres français, on s'interroge encore sur la nature des critères de jugement à retenir et sur la faisabilité d'une telle évaluation en pratique quotidienne.

Nous décrivons dans cette étude les caractéristiques de la cohorte de patients lombalgiques chroniques rebelles pris en charge en hospitalisation pendant 13 mois (avril 1999 à mai 2000), au Centre de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes et évaluons l'efficacité de la prise en charge hospitalière en fonction de la typologie du patient, grâce à une batterie d'indicateurs, à la sortie du Centre de traitement de la douleur, à 3, 6 et 12 mois, ainsi que la nature des démarches effectuées en vue d'une reprise du travail lorsqu'il est encore envisageable, et l'utilisation du système de santé dans les 12 mois suivant la prise en charge.

Patients et méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une étude pilote, prospective, ouverte non comparative, portant sur l'ensemble des patients lombalgiques rebelles hospitalisés au Centre de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes, d'avril 1999 à mai 2000.

• Critères d'inclusion

- lombalgie chronique depuis plus de 6 mois, associée ou non à une radiculalgie, sans distinction d'âge;
- caractère rebelle des lombalgies, malgré les différents traitements entrepris;
- chez les patients en âge de travailler, au moins 3 mois d'arrêt de travail durant l'année écoulée.

- **Critères d'exclusion:** étiologie secondaire; indication chirurgicale urgente; chirurgie rachidienne récente inférieure à 6 mois.

Patients

La description de l'échantillon porte sur les dimensions suivantes:

• Diagnostic lésionnel

Nous avons analysé l'existence et le nombre d'interventions rachidiennes antérieures, la nature de l'atteinte disco-vertébrale, les diagnostics associés, somatiques et psychologiques pouvant influencer la nature et degré de complexité de la prise en charge.

• Modalités de prises en charge antérieures

Nous avons analysé la nature des traitements médicamenteux antérieurs: antalgiques, classés selon les trois paliers de l'OMS, anti-inflammatoires non stéroïdiens ou stéroïdiens, co-analgésiques (anti-dépresseurs, anti-épileptiques, myorelaxants); traitements fonctionnels: rééducation antérieure (ambulatoire ou en Centre de Rééducation), port d'un corset; expériences psychothérapeutiques antérieures et leur nature; prise en charge par une structure de lutte contre la douleur; prises en charge socio-professionnelle antérieures.

Nature et spécificité de la prise en charge pluridisciplinaire

En France, depuis 1998, la pluridisciplinarité est une condition impérative d'identification et de reconnaissance par les tutelles des structures de lutte contre la douleur, classées en trois niveaux de prise en charge: *niveau I*: Consultations (comportant obligatoirement un neurologue ou neurochirurgien, un médecin de la douleur et un psychiatre); *niveau II*: Unité, avec lits d'hospitalisation et plateau technique, *niveau III*: Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, associant les niveaux précédents, l'enseignement et la recherche sur la douleur.

Le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle non cancéreuse de niveau III, comportant 7 lits d'hospitalisation, un plateau technique où peuvent être réalisés des gestes techniques algologiques ainsi qu'un bloc opératoire (bloc de neuro-chirurgie).

Activité du Centre

En 2001, le Centre a assuré la prise en charge hebdomadaire de 30 patients en moyenne en consultation et de

7 à 9 patients en hospitalisation de semaine, soit environ 1400 consultations et 1400 journées d'hospitalisation.

Accessibilité du Centre et conditions de prise en charge

Les patients sont admis au Centre après un processus de sélection (Burkiel, 1996), évaluant leurs demandes, objectifs et motivation. Les délais de prise en charge sont longs (en moyenne 4 mois, sauf cas considérés comme « urgences ressenties »), du fait de l'importance croissante de la demande. A l'issue des consultations se tient un staff pluridisciplinaire qui décide les modalités de suivi : lorsqu'un avis diagnostique et/ou thérapeutique est requis ou lorsque le caractère relativement bénin du cas présenté le permet, une prise en charge ambulatoire peut être décidée. Lorsque le caractère chronique rebelle et complexe des douleurs et du handicap, leur retentissement socio-professionnel, psychologique et familial, aboutit à une situation d'échec thérapeutique, une prise en charge initiale en milieu hospitalier peut être proposée.

Les objectifs de prise en charge personnalisés sont négociés avec le patient avant son admission. Une étude de motivation et de compréhension des objectifs de prise en charge est effectuée par la psychologue du Centre. Le patient est invité à visiter le Centre et faire connaissance avant son admission avec l'équipe soignante. Il reçoit un document explicitant les modalités pratiques de la prise en charge et le rôle de chaque intervenant.

Abord pluridisciplinaire des douloureux chroniques

(Deardoff, 1991 ; Maruta, 1998). Le Centre propose aux patients une confrontation diagnostique plurielle et une prise en charge médicale, fonctionnelle, psychologique, sociale et professionnelle. Les patients sont pris en charge en hospitalisation au moins cinq jours et au mieux deux semaines consécutives en hôpital de semaine, la première semaine étant consacrée à la mise en œuvre du traitement et la seconde à son adaptation ainsi qu'à une réflexion sur la réinsertion socio-professionnelle du patient. L'ensemble des données concernant les patients hospitalisés est colligé sur un **dossier unique** par chacun des intervenants de l'équipe leur permettant d'être informés en temps réel des propositions thérapeutiques de chacun.

Le médecin hospitalier, **rhumatologue et algologue**, responsable de l'Unité, examine les patients en consultation puis les prend en charge en hospitalisation lors de ses 3 visites hebdomadaires, dont une pluridisciplinaire. Il coordonne l'action de l'équipe sur les bases de staffs hebdomadaires, avec le psychiatre, l'équipe soignante et médico-sociale. Le **neurochirurgien**, spécialiste des affections rachidiennes, se prononce sur une indication opératoire et effectue les gestes algologiques spécifiques lorsqu'ils sont jugés nécessaires (cathéters épiduraux, stimulateurs intra-médullaires, chirurgie antalgique). Le médecin **thérapeute manuel et acupuncteur** adapte et/ou associe ces techniques non médicamenteuses en tenant compte des traitements antérieurs, et de la personnalité du patient. Le **psychiatre** intervient pour porter un diagnostic psychiatrique éventuel (dépression, anxiété, atteinte psychotique...); évaluer le retentissement psychologique de la maladie douloureuse; mettre en route un traitement psychotrope et/ou une approche en psychothérapie. Le médecin de **pathologie professionnelle**, assisté d'un interne, effectue le bilan des exercices

professionnels antérieurs, des ressources actuelles, et des possibilités d'adaptation ou de reconversion professionnelle. Le **médecin conseil** de la Sécurité Sociale et l'assistante sociale interviennent pour conseiller les travailleurs salariés sur l'obtention ou la réévaluation d'un taux d'invalidité, aplanir un éventuel contentieux avec la Sécurité Sociale ou se prononcer sur des aides sociales complémentaires. Les deux **kinésithérapeutes** à mi-temps, mettent en route les techniques antalgiques et correctives adaptées. La **psychologue** à mi-temps est formée à la prise en charge des patients douloureux, ainsi qu'aux thérapies dites « brèves ». L'équipe soignante est recrutée pour sa motivation et reçoit des formations régulières sur l'évaluation et la prise en charge des patients douloureux chroniques. La **secrétaire hospitalière** à mi-temps, accueille et conseille les patients, organise les prises en charge, tandis que la **secrétaire universitaire** consacre 1/3 de son temps à la douleur.

Nature de la prise en charge

- **Médicale**: les traitements habituellement mis en place en milieu hospitalier pour les lombalgies chroniques (Legrand, 1998) ont été proposés, tenant compte des symptômes allégués, de la nature de l'atteinte discolombaire, de la notion de chirurgie rachidienne antérieure, et des expériences thérapeutiques antérieures. Nous avons eu recours aux antalgiques et aux anti-inflammatoires, le cas échéant en perfusions, aux co-analgésiques, aux infiltrations radioguidées (péridurales, foraminales et articulaires postérieures).
- **Fonctionnelle** (Frost, 1998 ; Mannion, 1999): les patients bénéficient d'une masso-kinésithérapie associant selon les cas des techniques antalgiques, de la physiothérapie, un réentraînement à l'effort et des techniques correctives et éducatives, à raison d'une à deux séances quotidiennes. Un corset lombaire en coutil est prescrit pendant une période d'au moins 6 semaines chez les patients n'en ayant pas encore bénéficié ou ayant mal toléré les corsets plâtrés ou thermo-moulés. Des électrostimulations transcutanées (TENS) sont proposées chez tous les patients, mais particulièrement encouragées lorsque les douleurs ont une composante neurogène dominante. Une information claire sur la localisation des électrodes et les modalités pratiques du traitement est donnée en vue de la poursuite de la technique à domicile en cas d'efficacité.
- **Psychologique**: des entretiens psychologiques individuels sont proposés deux à trois fois par semaine. Le soutien psychologique est associé au travail d'objectifs pragmatiques progressifs. L'entretien avec le psychiatre a lieu en deuxième semaine ou plus tôt, si nécessaire.
- **La thérapie manuelle et l'acupuncture** sont proposées de façon bihebdomadaire.
- **Prise en charge infirmière**: les effectifs attribués au Centre permettent aux soignants d'accorder aux douloureux chroniques un temps pour l'écoute, l'évaluation de la douleur et de son retentissement chez le patient et sa famille.
- **L'abord professionnel et médico-social** est généralement réalisé en milieu de deuxième semaine. Lorsqu'un geste algologique ou chirurgical spécifique

est envisagé, le neurochirurgien est contacté, et la décision de recourir au geste est prise à l'issue du staff pluridisciplinaire, comprenant l'avis du psychiatre.

Adaptation de la prise en charge en fonction de la typologie du patient

- Les objectifs personnalisés négociés sont définis dès la consultation de pré-admission et colligés dans le dossier unique. Le contrat thérapeutique, généralement accepté oralement, peut devenir écrit lorsque la motivation du patient est douteuse et/ou lorsqu'il a changé d'équipe à plusieurs reprises.
- La prise en charge tient compte des traitements antérieurs, médicamenteux et non médicamenteux, de leur efficacité, de leur tolérance et de leur vécu général (Walker, 1999).

Critères de jugement

Les variables étudiées sont celles régulièrement retenues dans la littérature, particulièrement lors des méta-analyses étudiant l'efficacité des Centres de Traitement de la Douleur (Deardorff, 1991 ; Flor, 1992 ; Turk, 1996).

Ces critères ont été évalués à l'entrée et à la sortie du Centre, à 3, 6 et 12 mois.

1. Diminution de la douleur

La douleur a été mesurée par l'échelle visuelle analogique (EVA) à l'entrée du patient puis toutes les deux heures lors du séjour.

2. Amélioration de la fonction

Pour améliorer la pertinence de cette mesure, essentielle, mais variable selon les études, nous avons choisi d'utiliser trois marqueurs complémentaires de l'amélioration de la fonction, adaptés aux patients lombalgiques chroniques : l'Echelle Visuelle Analogique du retentissement fonctionnel (« Sur cette échelle visuelle, comment mesurez-vous votre gêne dans les activités de la vie quotidienne, entre 0 (aucune gêne) et 10 (gêne maximale : aucune activité possible)? ») ; le **périmètre de marche** (en mètres) qui permet une analyse quantitative de la gêne éprouvée par les lombalgiques chroniques dans cette activité essentielle de la vie quotidienne et le **temps inactivité diurne** (en heures). L'inactivité est désormais déconseillée chez le lombalgique, même lors des épisodes aigus (Waddell, 1997 ; Vroomen, 1999), considérée comme un facteur pronostique défavorable, particulièrement socio-professionnel.

3. Diminution de la prise de médicaments générateurs de dépendance

Les traitements médicamenteux générateurs de dépendance et/ou altérant les fonctions supérieures rendent difficiles la réadaptation socio-professionnelle (Turk, 1996 ; Kouyanou, 1998). La diminution des doses ou l'arrêt de ces traitements, objectif à moyen terme du Centre de la douleur, a été relevée à la sortie du patient, à 3, 6 et 12 mois. Lorsqu'un sevrage a été possible lors de l'hospitalisation initiale, le suivi à 12 mois permet de vérifier son maintien.

4. Démarches en vue d'une reprise d'activité : pour les patients en arrêt de travail, la **reprise du travail** est un des critères majeurs d'efficacité de la prise en charge

des lombalgiques chroniques, tant du point de vue du patient que de celui de la collectivité. En France, l'obtention d'un statut de travailleur handicapé permet au patient de postuler à un poste aménagé ou à un reclassement professionnel. Lorsque les capacités restantes du travailleur sont limitées ou réduites, un statut d'Invalidité peut être demandé. Dans tous les cas, y compris chez les patients sans activité professionnelle, la reprise progressive d'activités extra-professionnelles (activités de loisir, tâches ménagères) a été encouragée. La recherche de contentieux éventuels, considérés comme source d'entretien des syndromes douloureux chroniques (Turk, 1996 ; Valat, 1997) a été effectuée, et des solutions suggérées chaque fois que cela était possible par l'équipe, dans le cadre de ses compétences.

5. L'amélioration de la qualité de vie n'est pas encore mesurée en pratique courante dans les Centres de Traitement de la Douleur, les méta-analyses sur leur efficacité ne rapportant pas cette donnée. Néanmoins les études récentes la considérant comme une donnée essentielle de la prise en charge des douloureux chroniques (Skevington, 1998 ; Bech, 1999), sa mesure mériterait d'être effectuée dans les Centres de traitement de la douleur.

L'analyse de cette variable ne figurait pas dans notre dossier unique initial. Il nous a semblé intéressant d'effectuer, à moyen terme, une mesure de qualité de vie générique (Questionnaire de Duke) et spécifique du lombalgique chronique (Dallas Pain Questionnaire, version française). Une enquête comprenant ces deux questionnaires a été effectuée par courrier chez les 30 premiers patients inclus, en Juin 2000. Les patients ont été joints téléphoniquement afin d'être éclairés sur les modalités de réponse.

6. La satisfaction des patients a été évaluée de façon concomitantes chez les 30 premiers patients inclus, qui ont reçu par courrier un questionnaire validé aux propriétés métrologiques satisfaisantes (Pourin, 1999), associé aux échelles de qualité de vie, après explication téléphonique des modalités de réponse.

7. Utilisation du système de soins : nous avons analysé au terme du suivi la pratique d'examen complémentaires de seconde intention, le recours à de nouveaux spécialistes différents du réseau initial de prise en charge, et le recours à la chirurgie rachidienne pouvant entraîner une surconsommation de ressources.

Analyse

Nous avons procédé à une analyse descriptive et évaluative des données.

Une analyse de variance pour des mesures répétées dans le temps a été utilisée pour évaluer l'évolution des paramètres suivants, à plusieurs temps fixes : douleur, retentissement fonctionnel, durée d'inactivité, périmètre de marche.

Dans un premier temps, seuls les sujets ayant des données complètes sont analysés avec les programmes 2V et 4V. Dans un deuxième temps, nous avons utilisé le programme 5V pour intégrer les patients ayant des données incomplètes.

L'âge et le sexe ont été considérés comme des covariables fixes.

S'il existait un effet significatif de l'évolution des mesures au cours du temps, la localisation de ces différences a été effectuée en utilisant des comparaisons (Wilcoxon apparié) 2 à 2 avec correction de Bonferroni.

Pour ne pas augmenter le risque de conclure à tort à l'existence de variations significatives du fait de la multiplication des tests, avons pris comme critère principal l'évolution des variables entre T0 (avant traitement) et T12 mois (suivi à 12 mois). Il importe en effet de considérer prioritairement l'évolution à moyen terme des critères de jugement, les autres temps, après traitement, à 3 et 6 mois, ayant été pris comme critères secondaires.

Résultats

Nature des cas pris en charge

Caractéristiques socio-démographiques (tableau I)

46 patients (26 femmes et 20 hommes) ont été inclus, âgés de $50,9 \pm 13,9$ ans.

Les lombalgiques étaient mariés 32 fois (70%), et plus rarement veufs (7 fois), divorcés (5 fois), ou célibataires (2 fois). Parmi les vingt-huit patients en âge de travailler, on comptait 23 patients en arrêt de travail, 1 chômeur, 2 patients en activité dont un en atelier protégé pour travailleur handicapé, patients en invalidité. Parmi les 18 patients inactifs, on retrouvait 13 retraités, 6 mères au foyer. La durée des lombalgies était de 131 ± 91 mois, soit plus de 10 ans en moyenne.

Tableau I: Caractéristiques des patients à l'entrée.

Femmes	N = 26	56.5%
Hommes	N = 20	43.5%
Age	50.8 (moyenne)	13.9 (écart-type)
Intensité Douleur EVA (0- 10)	7.2 (moyenne)	1.5 (écart-type)
Retentissement fonctionnel EVA (0- 10)	7.2 (moyenne)	1.3 (écart-type)
Périmètre de marche (mètres)	1664 (moyenne)	2485 (écart-type)
Durée des douleurs (mois)	130 (moyenne)	91 (écart-type)
Patients opérés du rachis lombaire	N = 23	50%
Patients en âge de travailler	N = 28	61%
Patients en arrêt de travail	N = 23	82% patients en âge travailler
Durée arrêt de travail (mois)	14.9 (moyenne)	8.4 (écart-type)
Demande de passage en invalidité	N = 7	25% patient en âge travailler

Facteurs de chronicité chez les lombalgiques (Gatchel, 1995; Valat, 1997)

- Facteurs psychologiques: 18 patients (39%) présentaient une dépression avérée à l'entrée confirmée par le psychiatre de l'équipe, 21 (45%) un état anxieux et 35 (76%) des troubles du sommeil, pour lesquels ils prenaient des benzodiazépines 15 fois et des antidépresseurs 14 fois.

- Facteurs professionnels: des travaux manuels et/ou professionnels pénibles ont été retrouvés chez 18 patients (39%).
- Facteurs médico-légaux: retrouvés chez 7 patients (soit 29% des patients en âge de travailler) dont 5 accidents du travail, 1 reconnaissance en Maladie Professionnelle, et 1 litige avec un employeur.

Diagnostic lésionnel

Vingt-trois patients (50%) avaient été opérés du rachis dont 6 au moins 2 fois. Quatorze patients (30%) étaient porteurs d'une fibrose post-opératoire authentifiée par Imagerie par Résonance Magnétique. Quatorze patients (30%) présentaient une discopathie isolée, 25 (54%) une arthrose inter-apophysaire postérieure, 24 (52%) une discopathie ou discarthrose avec arthrose interapophysaire et 6 un canal lombaire rétréci.

Des syndromes douloureux associés étaient présents chez 29 patients (63%), notamment 9 rachialgies (6 cervicalgies et 3 dorsalgies), 17 douleurs des membres (dont 14 arthroses des membres et 3 polyneuropathies), 4 syndromes fibromyalgiques.

Modalités de prise en charge antérieures

- Traitements médicaux: Un seul patient n'avait reçu antérieurement que des antalgiques de pallier I, 33 avaient bénéficié d'antalgiques de niveau I et II. Des antalgiques de pallier III (morphiniques forts) avaient déjà été prescrits chez 12 patients (26%), mais seuls 8 en prenaient encore à l'entrée. Des anti-inflammatoires avaient été déjà prescrits chez 43 patients. Des traitements co-analgésiques avaient été prescrits chez 22 patients (48%), seuls ou en association: 22 antidépresseurs, 6 anti-épileptiques, anti-dépresseurs et anti-épileptiques. Onze patients avaient déjà bénéficié d'infiltrations rachidiennes (24%), six d'électro-stimulations transcutanées, un seul d'un cathéter péri-dural, considérés comme des échecs par le patient.
- Abord fonctionnel: une rééducation antérieure a été prescrite chez 40 patients (87%), seulement 6 fois dans un centre de rééducation spécialisé (13%). Un corset avait déjà été prescrit chez 24 patients (dont 7 thermo-moulés et 4 plâtres).
- Abord psychologique: seuls 7 patients (11%) avaient déjà bénéficié d'un abord psychologique ou psychothérapeutique antérieur.
- Abord socio-professionnel: 16 patients (35%) avaient déjà constitué un dossier professionnel qui avait abouti à la reconnaissance du statut de travailleur handicapé, 12 fois. Deux patients de plus de 50 ans avaient déjà obtenu un statut d'invalidité.
- Structure de Lutte contre la Douleur: douze patients (26%) avaient déjà été pris en charge dans une structure de lutte contre la douleur: 7 par une structure de niveau I, 2 par une structure de niveau II et 3 par une structure de niveau III.

Modalités de prise en charge pluridisciplinaire

- **Recours aux soins:** 33 patients (72%) ont été adressés au Centre de Traitement de la Douleur par le secteur libéral: 26 par des médecins généralistes, 5 par

médecins spécialistes et 2 par des structures de lutte contre la douleur de niveau inférieur du privé. Treize patients ont été adressés par le secteur hospitalier.

- Traitements médicaux mis en route au Centre:** trente-deux patients (70%) ont bénéficié d'une prise en charge de deux fois cinq jours, les autres de cinq jours seulement en hôpital de semaine. Trente-huit patients (82%) ont reçu des anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie intraveineuse (ketoprofène, 200 mg/j pendant 48 heures, avec relais par voie orale pendant 15 jours. Des corticoïdes par voie intraveineuse ont été prescrits 3 fois en cas d'allergie ou intolérance aux anti-inflammatoires. Trente-sept patients ont bénéficié d'une association d'antalgiques de palier I (propacétamol intraveineux 2g x 3 pendant 48 heures avec relais par paracétamol, per os, 3g/j) et II (tramadol à libération prolongée, 100 à 200 mg/jour). Sept patients ont reçu un traitement antalgique de palier II seul (tramadol) et un de niveau I seul. Quarante-et-un (90%) n'ont pas reçu d'antalgiques de palier III pendant l'hospitalisation. Trente-six patients (78%) ont reçu des coanalgésiques, souvent en association: 35 des anti-dépresseurs (tricycliques 17 fois, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine 24 fois), des anti-épileptiques (clonazépam) 10 fois. Trente-et-un patients (67%) ont bénéficié de 38 infiltrations radioguidées: 29 infiltrations des articulaires postérieures sous scopie, 6 infiltrations foraminales sous scanner, 3 infiltrations péridurales sous scopie.
- Prise en charge non médicamenteuse:** les patients ont bénéficié des trois entretiens quotidiens avec l'équipe infirmière et d'une prise en charge kinésithérapique (au moins 1 séance quotidienne). Un corset de maintien lombaire sur mesures a été prescrit chez 41 patients pour une durée de 6 semaines. Les électrostimulations transcutanées (TENS) ont été testées chez 41 patients. Quarante-quatre patients ont bénéficié d'entretiens psychologiques, vingt-sept d'un entretien avec le psychiatre: un suivi psychologique a été proposé en externe 25 fois (54%), et effectivement mis en œuvre quatorze fois. Tous les patients ont bénéficié de 2 séances hebdomadaires d'acupuncture et thérapie manuelle. Le médecin de pathologie professionnelle a pris en charge l'ensemble hospitalisés en arrêt de travail. Le médecin conseil de l'assurance maladie et l'assistante sociale ont pris en charge douze patients (26%). Aucun geste algologique n'a été proposé chez 45 patients. Une fois, une adaptation de stimulateur intra-médullaire a été proposée. Aucun cathéter péri-

dural de morphine et/ou co-analgésique n'a été mis en place, même si le Centre est équipé pour en poser. Vingt-et-un avis spécialisés complémentaires ont été demandés. Sur 10 avis auprès du neurochirurgien du Centre pour évaluer le recours éventuel à la chirurgie lombaire, l'intervention a été refusée 9 fois, et un seul patient s'est vu proposer une intervention curative sur canal lombaire rétréci dégénératif.

Efficacité de la prise en charge (tableau II)

1. Diminution de la douleur

A l'entrée, 40 patients déclaraient une douleur permanente et 36 (78%) des douleurs nocturnes. L'intensité de la douleur était de 7.2 ± 1.5 sur l'EVA avant traitement; 5.9 ± 2.5 à la sortie du Centre; 4.4 ± 1.7 à 6 mois, et 4.1 ± 1.9 à 12 mois ($p < 0.0001$). La baisse moyenne d'intensité de la douleur sur l'EVA après 12 mois a été de 3.1 points.

2. Amélioration de la fonction

Le retentissement fonctionnel était coté à 7.2 ± 1.3 sur l'EVA avant traitement; 6.7 ± 1.4 à la sortie du centre; 4.5 ± 1.3 à 6 mois et à 4.1 ± 1.9 à 12 mois ($p < 0.0001$). La baisse moyenne du retentissement fonctionnel sur l'EVA à 12 mois a été de 2.8 points. Le périmètre de marche était de 1663 ± 2485 m avant traitement; 1579 ± 2111 m à la sortie du centre; 2720 ± 2332 à 6 mois; et 3254 ± 3108 m à 12 mois ($p < 0.0001$). L'augmentation moyenne du périmètre de marche à 12 mois a été de 1200 m. Le temps d'inactivité diurne était coté à 2.4 ± 1.9 heures avant traitement; 2.4 ± 1.8 h à la sortie du centre; 1.3 ± 1.3 à 6 mois et 1.1 ± 1 à 12 mois ($p < 0.0001$). La diminution moyenne du temps d'inactivité diurne a été d'une heure.

3. Diminution de la prise de médicaments générateurs de dépendance

Huit patients (17%) étaient traités par antalgiques de palier III à leur arrivée au Centre. Chez 7 patients, le sevrage a été complet lors du séjour au Centre, chez un patient incomplet (baisse de 50% de la dose initiale de 120 mg/j de sulfate de morphine). A 12 mois, un seul d'entre eux avait repris le traitement morphinique antérieur (sulfate de morphine à libération prolongée, 60 mg par jour), un autre patient s'était fait prescrire un traitement par fentanyl en patch à la dose de 25 microgramme/heure, qu'il ne prenait pas antérieurement.

Tableau II: Efficacité de la prise en charge.

	Avant traitement	Fin hospitalisation	Evolution à six mois	Evolution à 12 mois	p
Intensité Douleur EVA (0-10)	7.2 (1.5)	5.9 (2.5)	4.4 (1.7)*	4.1 (1.9)*	*p < 0.001
Amélioration fonctionnelle					
1. EVA (0-10)	7.2 (1.3)	6.7 (1.4)	4.5 (1.3)*	4.1 (1.3)*	*p < 0.001
2. Périmètre de marche (m)	1.663 (2.488)	1.579 (2.111)	2.720 (2.332)*	3.254 (3.108)*	*p < 0.001
3. Temps Inactivité diurne (h)	2.4 (1.9)	2.4 (1.8)	1.3 (1.8)*	1.1 (1)*	*p < 0.001
Patients en arrêt travail n = 23					
Retour au travail	-	-		N = 10 (43%)	
Formation/reclassement	-	-		N = 16 (70%)	
Mise en invalidité	N = 2	N = 2		N = 7 (30%)	

Data are mean and (SD); * p < 0.001.

4. Démarches en vue d'une reprise d'activité

Chez les vingt-trois patients en arrêt de travail, l'arrêt de travail était de 14,9 + ou - 8,4 mois. Dix patients (43%) avaient repris le travail à 12 mois, 7 patients étaient en attente de reprise dont une femme enceinte. Pour 7 patients de plus de 55 ans, le passage en invalidité a été proposé. Par ailleurs, qu'ils aient repris ou non le travail, seize patients, avaient bénéficié d'une demande de reconversion professionnelle et/ou d'un stage de formation.

5. Echelles de qualité de vie à 6 mois

- Echelle de qualité de vie générique de *Duke* : on constate une grande variabilité des réponses des patients concernant chacune des dimensions : santé physique, mentale, sociale, générale et auto-évaluation.
- *Dallas Pain Questionnaire*, version française 98 : les scores les plus élevés sont obtenus dans les dimensions : « répercussion sur les activités de la vie quotidienne et sur les activités professionnelles et de loisirs ». Les dimensions anxiété-dépression et comportement social varient notablement selon les patients.

6. Satisfaction à 6 mois

Seize patients sur trente ont renvoyé le questionnaire de satisfaction ; les patients n'ayant pas répondu ont allégué au téléphone le manque de temps pour le remplir et/ou la trop grande complexité des questions. Quarante-vingt-un pour cent des patients répondus se sont déclarés très satisfaits ou satisfaits de la prise en charge, 13% assez satisfaits et 6% un peu mécontents. Quatre vingt treize pour cent des patients ont trouvé la prise en charge de la douleur bonne ou très bonne (50% excellente et très bonne et 43% bonne), 7% l'ont trouvée moyenne ou mauvaise.

7. Utilisation du système de soins :

- Une nouvelle imagerie de seconde intention avait été réalisée chez 2 patients à 6 mois et 10 patients à 12 mois.
- Quatre patients avaient consulté un nouveau spécialiste à 6 mois, onze à 12 mois.
- Aucun patient n'avait eu recours à un avis ou un geste chirurgical à 6 et 12 mois.

Discussion

Caractéristiques de la cohorte

Nous avons inclus l'ensemble des patients lombalgiques quel que soit leur âge, en identifiant toutefois le sous-groupe des 22 patients en âge de travailler. La majorité des études dans la littérature (*Flor*, 1992 ; *Turk*, 1996 ; *Bingsten*, 1997) rapportent des résultats dans des populations plus jeunes (âge de 18 à 57 ans) naturellement plus motivées pour une réadaptation socio-professionnelle.

Pertinence des variables mesurées et méthodes de mesure

- **Diminution de la douleur :** Cette variable est retenue comme critère principal pour l'évaluation de l'ensemble

des traitements des lombalgiques qu'elles soient aiguës ou chroniques. L'échelle visuelle analogique est la méthode de mesure la plus souvent retrouvée dans la littérature internationale, car standardisée, reproductible. L'échelle visuelle analogique, unidimensionnelle, peut être mesurée fréquemment (dans notre étude toutes les 2 heures dans la journée) et permet d'évaluer l'évolution du patient sous traitement.

- **L'amélioration de la fonction** est un paramètre essentiel de la prise en charge des douloureux chroniques, particulièrement lombalgiques (*Pfingsten*, 1997 ; *Frost*, 1998). Mais les méthodes de mesure de l'augmentation de l'activité varient selon les études. Il est cependant préférable, ce que nous n'avons pas pu faire dans cette étude, d'utiliser des critères fonctionnels validés, comme l'évaluation de la force motrice par les tests de Sorensen (spinaux) et Shivado (abdominaux), et l'invalidité fonctionnelle du lombalgique (grille EIFFEL) version française validée du questionnaire de *Roland* et *Moris*.

- **Diminution de la prise de médicaments générateurs de dépendance**

Moulin (1996) a comparé la morphine au placebo actif dans une population de 43 patients, dont environ 50% de lombalgiques chroniques : la posologie maximale de morphine était de 120 mg par jour, la posologie moyenne de 83 mg : le groupe de patients sous morphine a vu sa douleur significativement améliorée par rapport au placebo, seulement pendant la phase de titration de 3 semaines. Mais l'état fonctionnel et psychologique des patients ne s'est pas amélioré, et les effets indésirables ont été plus fréquents sous morphine.

L'utilisation d'antalgiques de niveau III fait désormais l'objet de recommandations dans les douleurs non cancéreuses (*Perrot*, 1999). Alors qu'elle peut être justifiée dans les épisodes aigus hyperalgiques, mieux vaut l'éviter au long cours chez le lombalgique chronique rebelle, particulièrement lorsque les autres aspects de la prise en charge pluridisciplinaire sont négligés. *Flor* (1992) rapporte que près de 50% des patients douloureux chroniques prennent des morphiniques avant leur admission dans un Centre de Traitement de la Douleur. Dans notre étude 8 patients (17%) prenaient des antalgiques de niveau III à l'entrée.

- **Démarche en vue d'une reprise d'activité**

Pour les patients en âge de travailler, la reprise du travail, critère majeur d'efficacité de la prise en charge, représente une mesure composite de facteurs fonctionnels, sociaux et psychologiques. Les coûts associés aux arrêts prolongés ou aux indemnités constituent une part importante des coûts relatifs à la prise en charge des lombalgiques, la reprise effective étant d'autant plus rarement observée que l'arrêt a été prolongé. Certains auteurs (*Linton*, 1992) attribuent la variabilité des résultats de la littérature concernant cette variable (les taux variant de « aucun retour au travail », jusqu'à des taux 90%, avec une moyenne de 68% de reprise à 1 an), aux différences de conditions de travail et de normes psychosociales de modalités de prise en charge, particulièrement entre les pays européens et les Etats-Unis.

La reprise du travail dans des conditions identiques est souvent difficile, voire impossible, particulièrement

pour les travailleurs manuels. Dans ce cas, l'avenir professionnel du travailleur peut passer l'obtention d'une adaptation de poste, d'une formation et/ou d'un reclassement professionnel. En cas d'échec, une mise en invalidité peut être proposée. Très peu d'études ont évalué les interventions professionnelles sur le devenir des lombalgiques chroniques, mais l'encouragement à la reprise d'activité, quelle qu'elle soit, semble être la seule intervention validée (Van der Weide, 1995). Certaines interventions professionnelles (reclassement ou accompagnement dans la reprise) ont montré leur effet bénéfique sur les possibilités de reprise du travail, mais on ne sait pas si ces interventions gardent une efficacité dans le temps, notamment en terme de prévention des rechutes (Van der Weide, 1998).

- **Mesure de la qualité de vie**

Cette mesure, actuellement non réalisée en pratique courante dans les Centres de Traitement de la Douleur français, nous paraît être un paramètre essentiel de l'évolution sous traitement de ces patients chroniques. Dans cette étude nous n'avons pas mesuré la qualité de vie initiale, mais seulement au terme du suivi, grâce à deux échelles validées, y compris dans leurs traductions françaises. Nous évaluons désormais l'évolution de l'Echelle de Dallas sous traitement chez tous nos lombalgiques hospitalisés.

- **Enquête de satisfaction**

La satisfaction des patients hospitalisés en France est globalement bonne à la sortie de l'établissement de santé mais la qualité des résultats peut s'altérer à distance de la prise en charge. En réalisant notre enquête de satisfaction 6 mois au moins après la sortie du Centre, nous obtenons des résultats paraissant globalement favorables malgré ce délai.

- **Utilisation du système de soins**

Les coûts importants générés par la prise en charge des lombalgies chroniques (Linton, 1998; Hutubessy, 1999; Maniadakis, 2000) sont liés notamment à la pratique parfois excessive d'examen complémentaires de seconde intention, au recours à des spécialistes nombreux, à la multiplication des transports sanitaires et au recours parfois abusif à la chirurgie. Dans ce dernier cas, l'absence de résultats est la règle et l'on peut même constater une aggravation des douleurs, de la fonction et du statut psychologique, avec l'apparition de complications propres à la période post-opératoire (Goupille, 1996).

Il aurait été intéressant de comparer les valeurs obtenues 6 et 12 mois après la prise en charge, à des valeurs comparables dans les 6 mois précédant la prise en charge.

Nos résultats sont-ils généralisables?

Nos patients lombalgiques chroniques sont comparables à ceux des autres études, particulièrement américaines et scandinaves, étudiant l'efficacité des Centres de Traitement de la Douleur chez cette population en situation d'échec thérapeutique, après une procédure de sélection. La spécificité de notre prise en charge tient à l'association des intervenants médicaux (neurochirurgien, rhumatologue et médecin de la douleur, acupuncteur et thérapeute manuel, psychiatre), paramédicaux (kinésithérapeute, psychologue) mais aussi médecin du travail,

médecin conseil pour la sécurité sociale et assistante sociale. Le nombre et la qualité des intervenants d'un Centre de Traitement de la Douleur ne font pas encore l'objet d'un consensus, même si ceux-ci influencent probablement la qualité du résultat.

L'ensemble des Centres peuvent-ils utiliser cette procédure?

Il paraît souhaitable de généraliser l'utilisation d'outils d'évaluation communs de l'efficacité des Centres de Traitement de la Douleur. L'utilisation d'échelles communes de mesure de la douleur chez l'adulte paraît désormais acquise. D'autres critères de jugement, généralisables à l'ensemble des centres, méritent d'être utilisés: retentissement fonctionnel, diminution de la iatrogénie, qualité de vie, reprise du travail et/ou des activités non professionnelles, voire utilisation du système de soins... La faisabilité d'un tel recueil de données en pratique quotidienne nous paraît bonne dans un centre pluridisciplinaire.

Que peut-on tirer de cette étude?

- **Considérations méthodologiques**

L'étude n'est pas randomisée et nous n'avons pas eu recours à un groupe contrôlé. Des considérations éthiques pourraient limiter le recours à un groupe contrôlé chez cette population souffrant d'une forme sévère de lombalgies chroniques pour lesquelles les traitements standards ont déjà échoué et présentant au moment de l'inclusion une durée d'arrêt de travail déjà importante (supérieure à 1 an en moyenne). Cependant des études contrôlées ont déjà été publiées, évaluant l'efficacité comparée des Centres de Traitement de la Douleur, entre groupes traités et non traités (Deardorff, 1991), ou entre Centre de Traitement de la Douleur et prise en charge en médecine générale (Becker, 2000). Ce travail préliminaire avait pour ambition de décrire la nature de la prise en charge pluridisciplinaire dans un Centre de Traitement de la Douleur français et de tester la faisabilité d'une évaluation de son efficacité. Notre échantillon ne comportant que 46 patients, ce qui limite sa portée. Il comporte toutefois l'ensemble des lombalgiques rebelles hospitalisés dans un Centre de Traitement de la Douleur, à vocation régionale, sur une période de 13 mois.

- **Les recommandations professionnelles pour la prise en charge des lombalgiques chroniques**

proposées en France en décembre 2000 par l'Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé sont insuffisamment appliquées: avant inclusion, seuls 11% de nos patients avaient bénéficié d'une aide psychologique, 13% d'un réentraînement à l'effort et 35% d'une approche professionnelle.

- **Quels patients hospitaliser dans les Centres de Traitement de la douleur?**

Les critères d'hospitalisation et de suivi ambulatoire n'ont pas fait l'objet d'un consensus en France comme ailleurs. Ils conditionnent pourtant en partie la qualité des résultats. Afin de mieux préciser et uniformiser les critères d'hospitalisation, il faut tenir compte de la motivation du patient à faire évoluer ses croyances et son comportement par rapport à ses douleurs, de la compréhension de son état actuel et des objectifs communs définis avec le Centre (Coping

strategy, Kerns, 1997; Jensen, 1998; Mc Cracken, 1998; Crombez, 1999). La procédure de pré-admission des patients dans les Centres de Traitement de la Douleur est nécessaire pour exclure les patients pour lesquels une stratégie pluridisciplinaire est inutile car n'ayant pas encore fait appel aux stratégies adaptées de première et de seconde intention (en milieu hospitalier) et les patients dont les objectifs et la motivation ne sont pas encore clairement définis.

Les Centres de Traitement de la Douleur restent considérés par les patients, les médecins voire les organismes sociaux, comme un « traitement de dernier ressort ». Pourtant la qualité des résultats pourrait dépendre d'une prise en charge plus précoce avant les conséquences de la chronicité (Turk, 1996). Cependant les délais de prise en charge dans les structures de lutte contre la douleur restent souvent importants (3 à 6 mois en France en moyenne), une réflexion sur les filières optimales de prise en charge des lombalgies chroniques dans le cadre d'un réseau lombalgique ville-hôpital, est nécessaire (quel intervenant, libéral ou hospitalier, et à quel moment optimal ?).

- **Efficacité de la prise en charge**

Dans cette population souvent à la recherche de « traitements miracles », de nombreuses thérapeutiques médicales, fonctionnelles ou chirurgicales, ont pu permettre des résultats favorables à court terme (d'une durée inférieure à 3 mois) mais ne se maintiennent pas à moyen terme: infiltrations péridurales (Koes, 1995), chirurgie rachidienne dont les résultats peuvent se dégrader à moyen ou long terme (Goupille, 1996). Les travaux concernant l'efficacité des Centres de Traitement de la Douleur (Flor, 1992; Fishbain, 1993; Turk, 1996; Maruta, 1998) ont apporté des réponses précises sur leur efficacité se maintenant à moyen terme et les économies importantes qu'ils permettent de réaliser. Dans notre étude, les résultats sont positifs, concordants, et se maintiennent à 12 mois pour l'ensemble des critères de jugement utilisés chez des patients lombalgiques chroniques, après une durée moyenne des lombalgies de plus de 10 ans et malgré un arrêt de travail de 13 mois en moyenne.

- **Quelle filière de soins pour ces patients ?**

Le modèle pluridisciplinaire de prise en charge des lombalgies chroniques s'est développé rapidement depuis les années 90. La chronicité douloureuse, un arrêt de travail prolongé et l'échec des thérapeutiques antérieures font l'unanimité pour constituer l'indication de recours aux structures hospitalières de seconde intention: mais la conception et l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire varient selon la structure, avec, en France, une certaine bipolarisation:

- les Centres de traitement de la douleur, où l'intervention pluridisciplinaire est conçue comme une confrontation du lombalgique chronique à plusieurs intervenants, prenant en compte les dimensions somatiques, psychologiques et socio-professionnelles de sa souffrance;
- les Centres de Rééducation Fonctionnelle, où l'approche pluridisciplinaire est d'avantage mise au service d'une réinsertion professionnelle par des techniques de reconditionnement à l'effort. C'est pourquoi, nous étudions actuellement l'efficacité d'une nouvelle filière de prise en charge pluri-

disciplinaire des lombalgies chroniques, en comparant le passage séquentiel en Centre de Traitement de la Douleur puis en Centre de Rééducation, versus la prise en charge habituelle.

Conclusion

Nous avons voulu analyser, au travers d'une étude descriptive portant sur 46 patients hospitalisés au Centre de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes, les modalités pratiques de prise en charge pluridisciplinaire de patients lombalgiques rebelles et les résultats obtenus. La littérature étrangère, notamment anglo-saxonne, rapporte des résultats prometteurs dans cette population pourtant en situation d'échec thérapeutique mais aucune étude française n'était disponible à notre connaissance, les Centres de Traitement de la Douleur étant en France de labellisation récente (1998). Cette étude constitue une étape nécessaire pour mieux connaître les acteurs de la pluridisciplinarité et les critères de jugement retenus pour l'évaluation des Centres français, même si elle comporte des limites méthodologiques. Les critères d'adressage et de sélection des patients dans les Centres méritent d'être mieux définis. Il importe de favoriser l'utilisation de critères de jugement de l'évolution sous traitement: en association avec les indicateurs reconnus comme la diminution de la douleur, l'amélioration de la fonction, la diminution de la iatrogénie, la reprise du travail ou la diminution du système de soins, il nous paraît important d'introduire l'amélioration de la qualité de vie.

Les résultats positifs obtenus dans cette étude confirment ceux de la littérature étrangère sur l'efficacité des Centres de Traitement de la Douleur sur l'ensemble des indicateurs retenus, cette efficacité se maintenant à moyen terme.

Parmi les perspectives envisageables pour mieux comprendre la nature et la place des Centres au sein du système de soins pour la prise en charge des lombalgies chroniques, de nouvelles études pourraient comporter des échantillons plus importants éventuellement dans le cadre d'études multicentriques; des protocoles contrôlés et randomisés, avec une différenciation précise des stratégies de soins mises en place, mettant en évidence des facteurs prédictifs de réussite du traitement, une étude médico-économique, la prise en charge des lombalgies rebelles constituant un problème de santé publique, en France comme dans tous les pays développés.

Remerciements

Nous remercions pour leur contribution les professeurs *J.P. Valat*, Service de Rhumatologie du Centre hospitalier Universitaire de Tours et *Yves Maugars*, Service de Rhumatologie du Centre hospitalier Universitaire de Nantes ainsi que le Dr *Maurice Bensignor*.

Nous remercions également *Françoise Chupin* et *Pascale Roger* pour leur aide à la préparation de cet article.

Bibliographie

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique (décembre 2000). *Douleurs* 2, 283-289, 2001.
- Bech P.: Health-related quality of life measurements in the assessment of pain clinic results. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 43, 893-896, 1999.

- Becker N., Bondegaard Thomsen A., Olsen A.F., Sjogren P. and Eriksen J.: Epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a danish multidisciplinary pain center. *Pain* 73, 393-400, 1997.
- Becker N., Sjogren P., Bech P., Olsen A.K. and Eriksen J.: Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. *Pain* 84, 203-211, 2000.
- BenDebba M., Torgerson W.S. and Long D.M.: Personality traits, pain duration and severity, functional impairment and psychological distress in patients with persistent low back pain. *Pain* 72, 115-125, 1997.
- Charlot J., Rozenberg S. et Bourgeois P.: Facteurs de risque professionnels psycho-sociaux et lombalgie. *Rev. Rhum.* 65, 11S-14S, 1998.
- Crombez G., Vlaeyen J.W., Heuts P.H. and 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* 80, 329-339, 1999.
- Dearford W.W., Rubin H.S. and Scott D.W.: Comprehensive multidisciplinary treatment of chronic pain: a follow-up study of treated and non-treated groups. *Pain* 45, 35-43, 1991.
- Fautrel B., de Sauverzac C., Rozenberg S. et Bourgeois P.: Facteurs de risques professionnels d'origine biomécanique et physiologique et lombalgies. *Rev. Rhum.* 65, 7S-10S, 1998.
- Fishbain D.A., Rosomoff H., Goldberg M. et al.: The prediction of return to the workplace after multidisciplinary pain center treatment. *Clin. J. Pain* 9, 3-15, 1993.
- Flor H., Fydrich T. and Turk D.C.: Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain* 49, 221-230, 1992.
- Frost H., Lamb S.E., Klaber Moffett J.A., Fairbank J.C.T. and Moser J.S.: A fitness programme for patients with chronic low back pain: 2-year follow-up of a randomised controlled trial. *Pain* 75, 273-279, 1998.
- Gatchel R.J., Polatin P.B. and Mayer T.G.: The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine* 20, 2702-2709, 1995.
- Goupille P.: Causes des échecs de la chirurgie discale. *Rev. Rhum.* 63 (4), 255-260, 1996.
- Hutubessy R.C., van Tulder M.W., Vondeling H. and Bouter L.M.: Indirect costs of back pain in the Netherlands: a comparison of the human capital method with the friction cost method. *Pain* 80, 201-207, 1999.
- Moulin D.E., Lezzi A., Amireh R., Sharpe W.K., Boyd D. and Merskey H.: Randomized trial of oral morphine for noncancer pain. *Lancet* 347, 143-147, 1996.
- Jensen I.B. and Bodin L.: Multimodal cognitive-behavioural treatment for workers with chronic spinal pain: a matched cohort study with an 18 month follow-up. *Pain* 76, 35-44, 1998.
- Kerns R.D., Rosenberg R., Jamison R.N., Caudill M.A. and Haythornthwaite J.: Readiness to adopt a self management approach to chronic pain: the pain stages of change questionnaire (PSOCQ). *Pain* 72, 227-234, 1997.
- Kouyanou K., Pither C.E., Rabe-Hesketh S.R. and Wessely S.: A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 76, 417-426, 1998.
- Linton S.J.: The socioeconomic impact of chronic back pain: is anyone benefiting? *Pain* 75, 163-168, 1998.
- Macfarlane G.J., Thomas E., Croft P.R., Papageorgiou A.C., Jayson M.I. and Silman A.J.: Predictors of early improvement in low back pain amongst consultants to general practice: the influence of pre-morbid and episode-related factors. *Pain* 80, 113-119, 1999.
- Maniadakis N. and Gray A.: The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 84, 95-103, 2000.
- Mannion A.F., Muntener M., Taimela S. and Dvorak J.: A randomized clinical trial of three active therapies for chronic low back pain. *Spine* 24, 2435-2448, 1999.
- Maruta T., Malinchoc M., Offord K.P. and Colligan R.C.: Status of patients with chronic pain 13 years after treatment in a pain management center. *Pain* 74, 199-204, 1998.
- McCracken L.M.: Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 74, 21-27, 1998.
- Perrot S., Bannwarth B., Bertin P., Javier R.M., Glowinski J., Lebars M. et Trèves R.: Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses. *Rev. Rhum.* (Ed. fr.) 66 (11), 651-657, 1999.
- Pfingsten M., Hildebrandt J., Leibing E., Franz C. and Saur P.: Effectiveness of a multimodal treatment program for chronic low-back pain. *Pain* 73, 77-85, 1997.
- Roland M. and Morris R.: A study of the natural history of back pain, part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine* 8, 141-144, 1983.
- Sanders S.H.: Why do most patients with chronic pain not return to work? In: Cohen M.J., Campbell J.M.: Pain Treatment Centers at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal. International Association for the Study of Pain. *Progress in Pain Research and Management*, vol. 7, 1996.
- Skevington S.M.: Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain* 76, 395-406, 1998.
- Turk D.C.: Efficacy of Multidisciplinary Pain Centers in the Treatment of chronic pain in: Cohen M.J., Campbell J.M.: Pain Treatment Centers at a crossroads. International Association for the Study of Pain. *Progress in Pain Research and Management*, vol 7, 1996.
- Valat J.P., Goupille P. et Vedère V.: Lombalgies: Facteurs de risque exposant à la chronicité. *Rev. Rhum.* 64, 203-208, 1997.
- Van der Weide W.E., Verbeek J.A. and Van Dijk F.H.: In Balans, op weg naar richtlijnen voor social-medische begeleiding bij rucklachten. *Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde* 55, 375-382, 1995.
- Van de Weide W.E., Verbeek J.A., Van Dijk F.J. and Hulshof C.T.: Development and evaluation of a quality assessment instrument for occupational physicians. *Occup. Env. Med.* 55, 375-382, 1998.
- Vroomen P.C., de Krom M.C., Wilmick J.T., Kester A.D. and Knottnerus J.A.: Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *N.Engl. J. Med.* 1999; 340: 418-23.
- Waddell G., Feder G. and Lewis M.: Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br. J. Gen. Pract.* 1997; 47: 647-52.
- Walker J., Holloway I. and Sofaer B.: In the system: the lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain* 80, 621-628, 1999.