



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com



Article original

## Efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle pour lombalgie chronique : étude prospective sur un an

Johann Beaudreuil<sup>a,\*</sup>, Hinna Kone<sup>a</sup>, Sandra Lasbleiz<sup>a</sup>, Eric Vicaut<sup>b</sup>, Pascal Richette<sup>a</sup>,  
 Martine Cohen-Solal<sup>a</sup>, Frédéric Lioté<sup>a</sup>, Marie-Christine de Vernejoul<sup>a</sup>, Rémy Nizard<sup>c</sup>,  
 Alain Yelnik<sup>d</sup>, Thomas Bardin<sup>a</sup>, Philippe Orcel<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de rhumatologie, groupe hospitalier Lariboisière–Fernand-Widal, université Paris 7, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France

<sup>b</sup> Unité de recherche clinique, groupe hospitalier Lariboisière–Fernand-Widal, université Paris 7, 75475 Paris cedex 10, France

<sup>c</sup> Service de chirurgie orthopédique, groupe hospitalier Lariboisière–Fernand-Widal, université Paris 7, 75475 Paris cedex 10, France

<sup>d</sup> Service de médecine physique et de réadaptation, groupe hospitalier Lariboisière–Fernand-Widal, université Paris 7, 75475 Paris cedex 10, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 10 novembre 2009

Disponible sur Internet le 5 avril 2010

Mots clés :

Lombalgie chronique

Restauration fonctionnelle

Incapacité

Activité professionnelle

### RÉSUMÉ

**Objectif.** – Étude de l'efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle chez des patients lombalgiques chroniques avec pour critères de jugement principaux l'incapacité et l'activité professionnelle.

**Méthodes.** – Il s'agit d'une étude prospective. Les critères d'inclusion étaient : âge supérieur ou égale à 18 ans ; lombalgie commune ; arrêt de travail supérieur à trois mois avec poste en attente. Le traitement était réalisé quotidiennement, en hôpital de jour, pendant cinq semaines. Les patients ont été suivis un an.

**Résultats.** – Trente-neuf patients ont été inclus : âge  $43 \pm 8$  ans ; ratio F/H 11/28 ; durée d'arrêt de travail  $10 \pm 7$  mois. À un an, 26 patients (67 %) se considéraient améliorés et 25 (64 %) étaient en activité professionnelle. Le nombre de jours d'arrêt de travail était réduit de 51 % ( $120 \pm 140$  versus  $244 \pm 114$ ,  $p < 0,05$ ) comparativement à l'année précédant la restauration fonctionnelle. Le score du DRAD était amélioré dans sa dimension travail et loisirs ( $57 \pm 24$  versus  $70 \pm 17$ ,  $p < 0,05$ ). Les patients n'ayant pas repris le travail à un an étaient plus âgés, et avaient les scores initiaux d'anxiété-dépression et d'activité quotidienne les plus perturbés.

**Conclusions.** – Notre programme a été bénéfique et a permis une reprise de travail chez deux patients sur trois. Les conditions associées à un échec correspondent à des facteurs de chronicité connus. Nos résultats soulignent l'intérêt de la restauration fonctionnelle au cours des lombalgies chroniques invalidantes. Ils incitent à proposer cette prise en charge au plus tôt – dès trois mois d'évolution – aux patients lombalgiques chroniques en situation d'incapacité professionnelle.

© 2010 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### 1. Introduction

La lombalgie commune est un motif de consultation et de demande de soins fréquent en France comme dans les autres pays industrialisés [1,2]. Son histoire naturelle, ou ce qui s'en approche, soit l'évolution du symptôme sous quelque traitement conservateur, est marquée par une résolution à un an dans la majorité des cas [3,4]. La proportion de patients lombalgiques restant douloureux à trois mois, et donc évoluant vers la chronicité, est estimée entre 10 et 50 %. La lombalgie commune est le premier motif d'arrêt de travail avant 45 ans aux États-Unis [5]. En France, son impact en

milieu professionnel peut être approché à partir des données suivantes : parmi plus de 7000 salariés en région parisienne, suivis a posteriori sur un an, 30 % ont eu une lombalgie au moins huit jours et 4 % un arrêt de travail pour ce motif [6] ; selon une étude moselloise de 95 patients en arrêt de travail pour lombalgie depuis au moins trois mois en 1998, le coût et la durée de la prise en charge dans la perspective de l'Assurance maladie étaient de 16 000 euros et 352 jours, pour chacun en moyenne [2] ; les rachialgies dont on s'accorde à dire qu'elles intéressent pour l'essentiel la région lombaire, sont à l'origine de 12,5 % du total des incapacités partielles persistantes, après accident du travail [7].

La restauration fonctionnelle est une thérapeutique multidisciplinaire et intensive des lombalgies chroniques invalidantes [8,9]. Son argumentaire repose sur la reconnaissance de facteurs de risque de chronicité potentiellement réversibles et sur celle d'un syndrome de déconditionnement. Ces facteurs de risque sont d'ordre psychologique (détresse, anxiété, dépression, peurs

☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais sa référence anglaise dans le même volume de *Joint Bone Spine*.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [johann.beaudreuil@lrp.ap-hop-paris.fr](mailto:johann.beaudreuil@lrp.ap-hop-paris.fr) (J. Beaudreuil).

et croyances inadaptées) et socioprofessionnel (contentieux, insatisfaction au travail). Le syndrome de déconditionnement associe hypomobilité lombopelvienne, déficit de force musculaire prédominant sur les extenseurs du tronc, incapacité au soulèvement, anxiété et dépression. La restauration fonctionnelle répond donc au déterminisme multifactoriel de la condition des patients lombalgiques chroniques en situation de handicap lourd. Plusieurs études randomisées décrivent l'intérêt de ce mode de prise en charge pour réduire l'incapacité à court et moyen termes [10–15]. Les données concernant l'activité professionnelle en particulier restent toutefois controversées [10–16]. Les populations, programmes thérapeutiques et environnements médicosociaux pourraient être à l'origine de ces divergences, à l'échelon international notamment [8].

L'objectif de ce travail est la description de notre expérience de la restauration fonctionnelle, dans une population de patients lombalgiques chroniques lourdement handicapés, vivant en Île-de-France, avec pour critères de jugement principaux, l'incapacité et l'activité professionnelle.

## 2. Méthodes

### 2.1. Patients

Les patients ont été inclus et suivis de façon prospective entre octobre 2002 et février 2005. Ils ont été recrutés à partir des secteurs de consultation et d'hospitalisation du service de rhumatologie. Les critères d'inclusion dans l'étude étaient : âge supérieur ou égal à 18 ans ; lombalgie commune évoluant depuis au moins trois mois ; arrêt de travail depuis au moins trois mois avec poste en attente ; consentement éclairé ; suivi d'au moins un an. Les critères de non inclusion étaient : cardiopathie non équilibrée ; insuffisance respiratoire ; affection psychiatrique – dépression sévère et états psychotiques – jugée incompatible avec le suivi du programme ; traitement percutané intradiscal ou chirurgie lombaire dans les six derniers mois.

### 2.2. Critères d'évaluation

Les patients ont fait l'objet d'une évaluation préthérapeutique clinique, sociale et professionnelle. Ils étaient testés à travers les différents exercices du programme de restauration fonctionnelle afin d'évaluer leur capacité fonctionnelle initiale et afin d'établir leur progression ultérieure. La charge maximale était, pour les exercices de renforcement musculaire sur appareil et la manutention, la charge la plus lourde mobilisée cinq fois. La résistance maximale correspondait à la puissance maximale développée lors de l'épreuve ECG d'effort réalisée de façon systématique. Elle servait à définir la résistance sous-maximale des activités aérobies.

Les critères de jugement principaux étaient : l'incapacité (score de Québec, sous-scores activités quotidiennes et activités professionnelles/loisirs du DRAD), et l'activité professionnelle déclarée par le patient (reprise de travail, nombre de jours d'arrêt de travail). Les critères secondaires étaient : l'amélioration globale perçue par le patient « êtes-vous globalement amélioré ? Réponse oui/non),

**Tableau 2**

Critères de progression au cours du programme de restauration fonctionnelle.

	Semaine n° 1	Semaine n° 2	Semaine n° 3	Semaine n° 4	Semaine n° 5
Activités gymniques	1 à 5 séries de 5 pour chaque exercice		1 à 3 séries de 10 pour chaque exercice		
Renforcement musculaire	50 % de la charge maximale	75 % de la charge maximale	100 % de la charge maximale		
Manutention	25 % de la charge maximale		50 % de la charge maximale	75 % de la charge maximale	100 % de la charge maximale
Activités aérobies	6 minutes × 4	8 minutes × 3	12 minutes × 2	20 minutes × 1	30 minutes × 1

**Tableau 1**

Organisation journalière du programme de restauration fonctionnelle.

Horaires	Modules thérapeutiques
8 h 30–9 h	Consultation médicale
9 h–10 h	Activités gymniques
10 h–11 h	Activités aérobies
11 h–12 h	Manutention
13 h 30–15 h	Renforcement musculaire sur appareil
15 h–15 h 30	Assouplissements et relaxation

l'anxiété/dépression et la sociabilité (sous-scores du DRAD), la douleur (EVA), la distance doigts–sol, l'indice de Schöber, les tests de Sorensen et de Shirado. Tous ces critères ont été renseignés à trois, six et 12 mois.

### 2.3. Programme de restauration fonctionnelle

Le protocole de rééducation utilisé était une adaptation du programme de restauration fonctionnelle proposé par Poiraudeau et al. [17]. Il était réalisé en hôpital de jour, à raison de cinq journées hebdomadaires de 5 h 30, pendant cinq semaines. Il comprenait l'intervention de kinésithérapeutes, d'une ergothérapeute, d'une assistante sociale et d'un médecin rhumatologue et rééducateur. Deux à six patients étaient pris en charge de façon synchrone, lors d'une même session. Les différents modules du programme de restauration fonctionnelle sont indiqués dans le **Tableau 1**.

Une progression hebdomadaire par quota était proposée sur la base d'une évaluation initiale individuelle et des critères suivants : le nombre de séries et le nombre d'exercices par séries pour les activités gymniques ; la charge maximale pour le renforcement musculaire sur appareil et la manutention ; la durée pour les activités aérobies. Le détail de la progression du programme de restauration fonctionnelle est présenté dans le **Tableau 2**.

Le programme de restauration fonctionnelle comprenait, outre les modules de rééducation sus cités, un certain nombre de mesures d'accompagnement : un suivi médical rapproché dont les objectifs étaient la poursuite du traitement de la douleur, l'identification et le traitement verbal des peurs et croyances inadaptées, le soutien psychologique, voire l'orientation au cas par cas pour une prise en charge spécialisée conjointe en psychiatrie, et l'adaptation des différentes thérapeutiques mises en œuvre ; un conseil social visant à informer et à aider le patient dans ses démarches auprès des organismes sociaux ; la préparation consensuelle systématique des conditions de reprise avec le patient et son médecin du travail. En fin de programme, chaque patient rencontrait ainsi son médecin du travail en consultation pour finaliser le projet élaborer conjointement au cours du suivi médical.

### 2.4. Analyse statistique

L'ensemble des données a été saisi en un temps. Les résultats ont été exprimés en moyenne ± déviation standard (DS) pour les variables quantitatives et sous forme de pourcentages pour les variables qualitatives. Les différences entre les temps d'évaluation ont été étudiées par analyse de variance (Anova) pour mesures répétées. Pour le nombre de jours d'arrêt de travail, la valeur

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387997>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387997>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)