



La place des programmes de restauration fonctionnelle du rachis à destination de patients atteints de lombalgie chronique dans les centres de rééducation : les nouvelles orientations thérapeutiques et leurs efficacités.

Atelier Sherpas, URePSSS (ULR 7369), Université d'Artois
Crombecque S., Toulotte C., Martin Y., Delahaye H., Caby I.



L'ESPOIR | GENIT

NOTE DE SYNTHÈSE

Ce document est la version synthétique de l'étude effectuée dans le cadre du contrat de Recherche entre le Centre L'ESPOIR et le Laboratoire de recherche « SHERPAS » de l'Université d'Artois (équipe 2 de l'URePSSS, ULR 7369).

POUR EN SAVOIR PLUS ET SUIVRE L'ACTUALITÉ DU SHERPAS

Site internet

sherpas.univ-artois.fr

Twitter

@SHERPASArtois

Atelier Sherpas

Faculté des sports
et de l'éducation physique
Chemin du Marquage
62800 LIÉVIN

Contacts

Coralie Dabin Reske
Gestionnaire
Tél : 03 21 60 38 18

Nathalie Cabiran
Responsable
Tél : 03 21 60 38 21

Williams Nuytens
Directeur
Tél. : 03 21 45 85 10

ÉQUIPE

CABY, I.

Maître de conférences en STAPS,
Atelier SHERPAS (ULR 7369),
Université d'Artois.

TOULOTTE, T.

Maître de conférences en STAPS,
Atelier SHERPAS (ULR 7369),
Université d'Artois.

CROMBECQUE, S.

Doctorant en STAPS, Atelier
SHERPAS (ULR 7369), Université
d'Artois.

DELAHAYE, YVES.

Médecin de médecine physique et
de réadaptation Centre l'Espoir.

MARTIN, YVES.

Coordonnateur de l'espace
Recherche Innovation
Développement du Centre l'Espoir.
Réfèrent métier du service
orthophonie/neuropsychologie.

INTRODUCTION

La lombalgie, considérée comme le mal du siècle, préoccupe à la fois le monde médical et le monde politique quant à ses causes, sa prévention et aux moyens thérapeutiques d'y remédier. Avec le développement de la recherche en santé, les prises en soins n'ont cessé d'évoluer, allant de la mise au repos à une activité physique soutenue et programmée, le tout plus ou moins accompagné d'une intervention psychosociale. Actuellement, les centres de rééducation et de réadaptation proposent des prises en charge rapides, intensives, pluridisciplinaires et le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) l'Espoir de Lille-Hellemmes s'inscrit pleinement dans cette démarche.

Il est d'ailleurs le premier CRRF en France, en 1989, à avoir proposé à ses patients un programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR), basé sur le reconditionnement physique, psychique et fonctionnel afin qu'ils reprennent le travail au plus vite.

Avec le temps, ce programme n'est plus exclusivement centré sur des patients en arrêt de travail mais s'est élargi à toute la population qui souffre de lombalgie chronique. Pour cela, il a dû évoluer sur le fond et la forme.

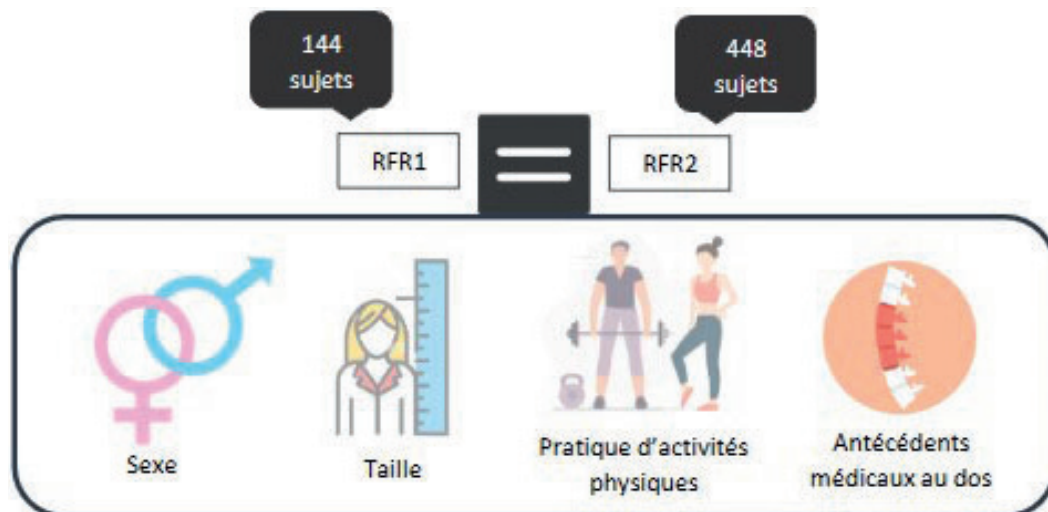
Notre étude répond à une double problématique : la première est celle d'optimiser la prise en charge des patients, en réduisant le délai d'inclusion et la seconde est de répondre aux nouvelles directives de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2016) relatives au développement de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) et des pratiques douces.

Ainsi, le programme actuel intègre le patient comme acteur principal de sa santé, d'une part en lui proposant des séances d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), d'autre part en l'intégrant dans un groupe, enfin en lui proposant des tâches reproductibles en toute autonomie. C'est en 2017 que ce dernier remaniement est intervenu. Tout naturellement alors, s'est posée la question de l'efficacité de cette dernière version du programme par rapport à la précédente.

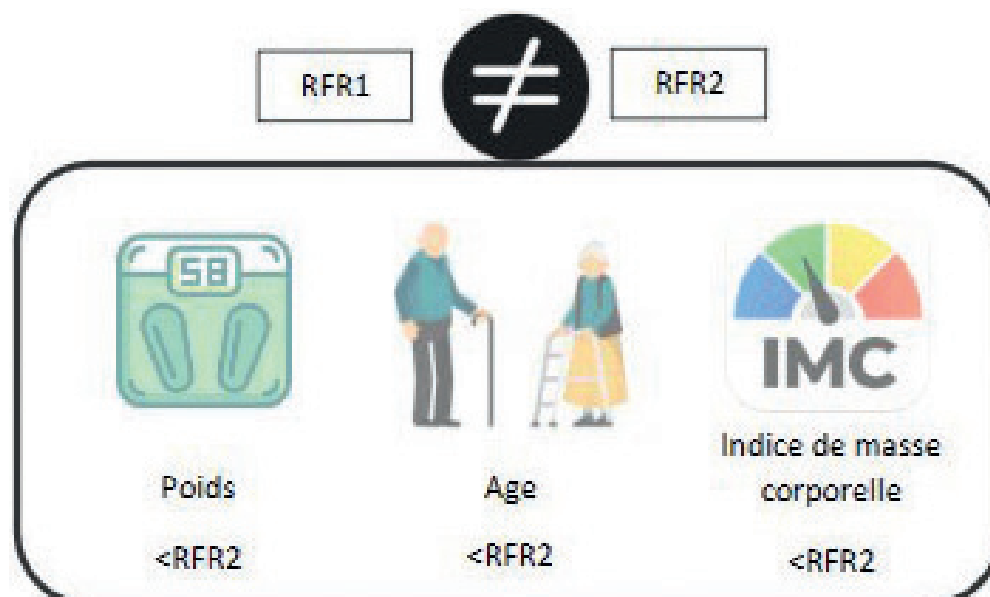
Cette étude est donc une comparaison du programme actuel, RFR2, au précédent, RFR1 : se valent-ils ? Les variables physiques sont-elles un bon indicateur de l'efficacité de ce type de programme ? Impactent-elles le rapport du patient à sa pathologie ? La diversification des séances contre-balance-t-elle les effets des séances axées sur le reconditionnement physique ?

Autant de questions auxquelles nous allons tenter de répondre à partir de l'analyse des données physiques (Sorensen, Ito shirado) et

▲ SIMILITUDES ENTRE LES POPULATIONS RFR1 (JUSQU'À 2017) ET RFR2 (DEPUIS 2017)

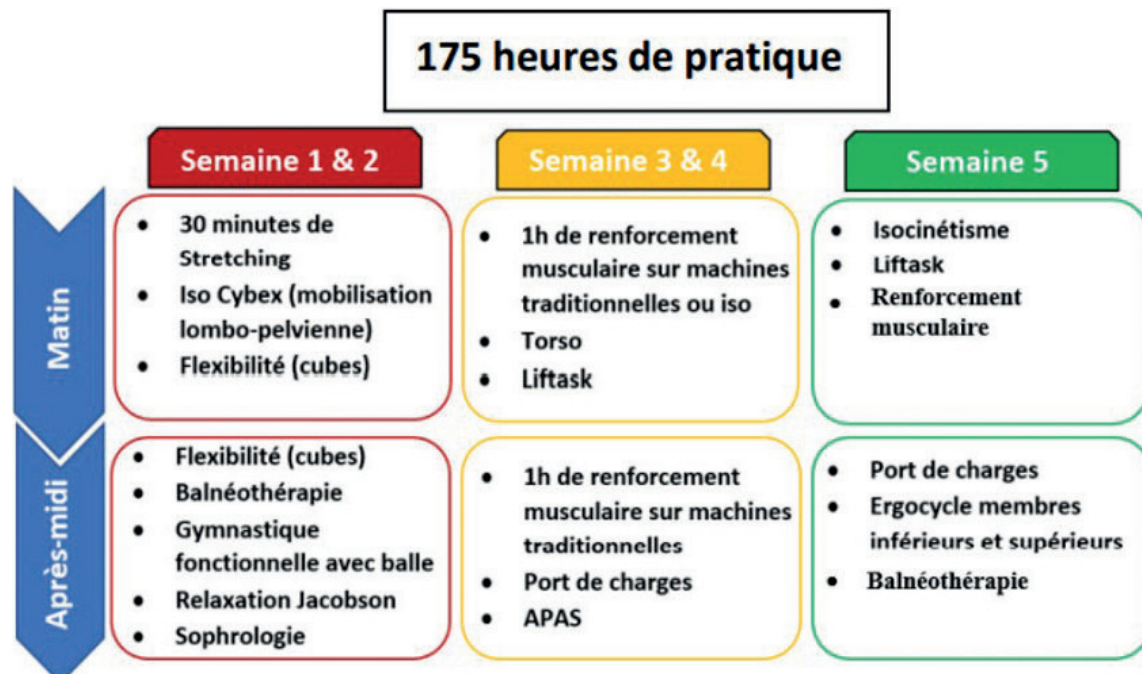


▲ DIFFÉRENCES ENTRE LES POPULATIONS RFR1 ET RFR2

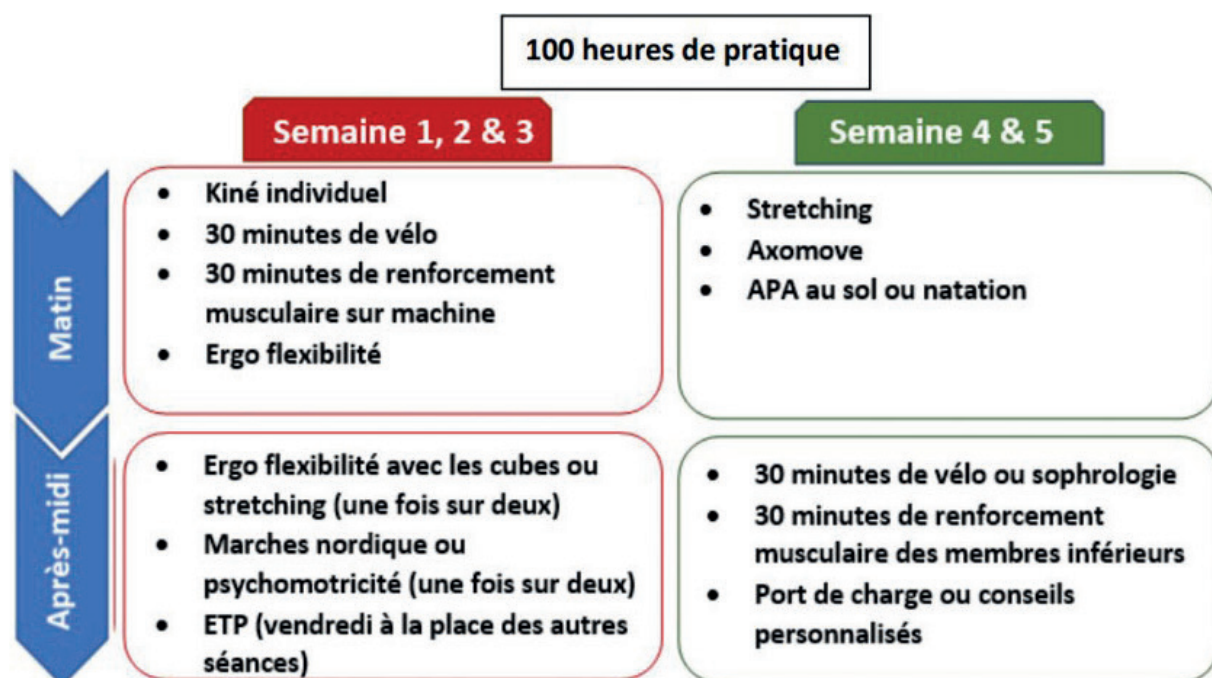


PROGRAMMES

▲ LA VERSION 1 DU PROGRAMME RFR (RFR1) SE CONSTITUAIT DE LA MANIÈRE SUIVANTE :



▲ LA VERSION 2 DU PROGRAMME RFR (RFR2) :



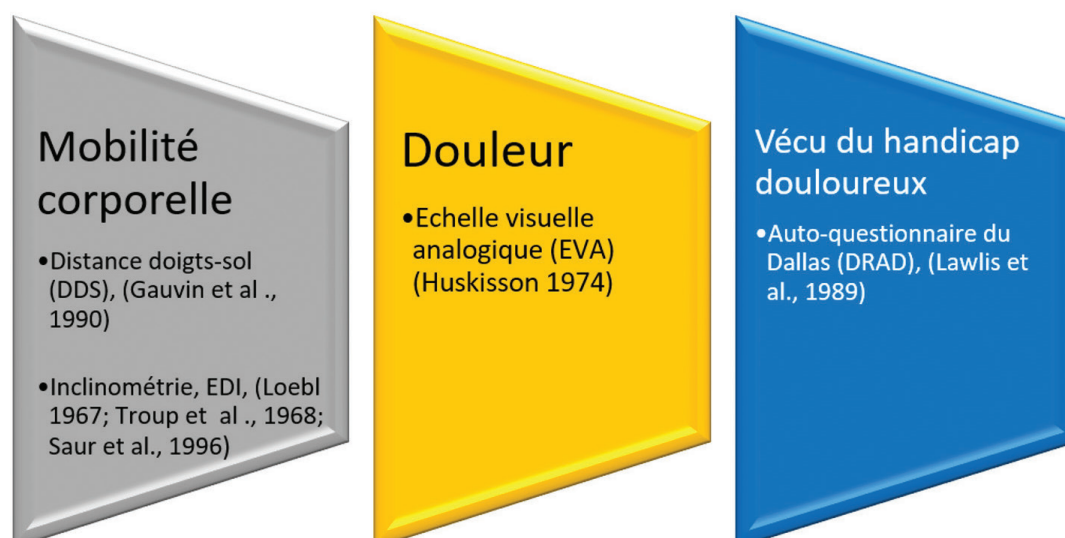
Globalement, le RFR2 propose moins de séances de musculation, un arrêt de l'utilisation des machines isocinétiques, plus de pratiques cognitivo-comportementales et des séances qui se font désormais en groupe.

OUTILS

▲ LA VERSION 2 DU PROGRAMME RFR (RFR2) :

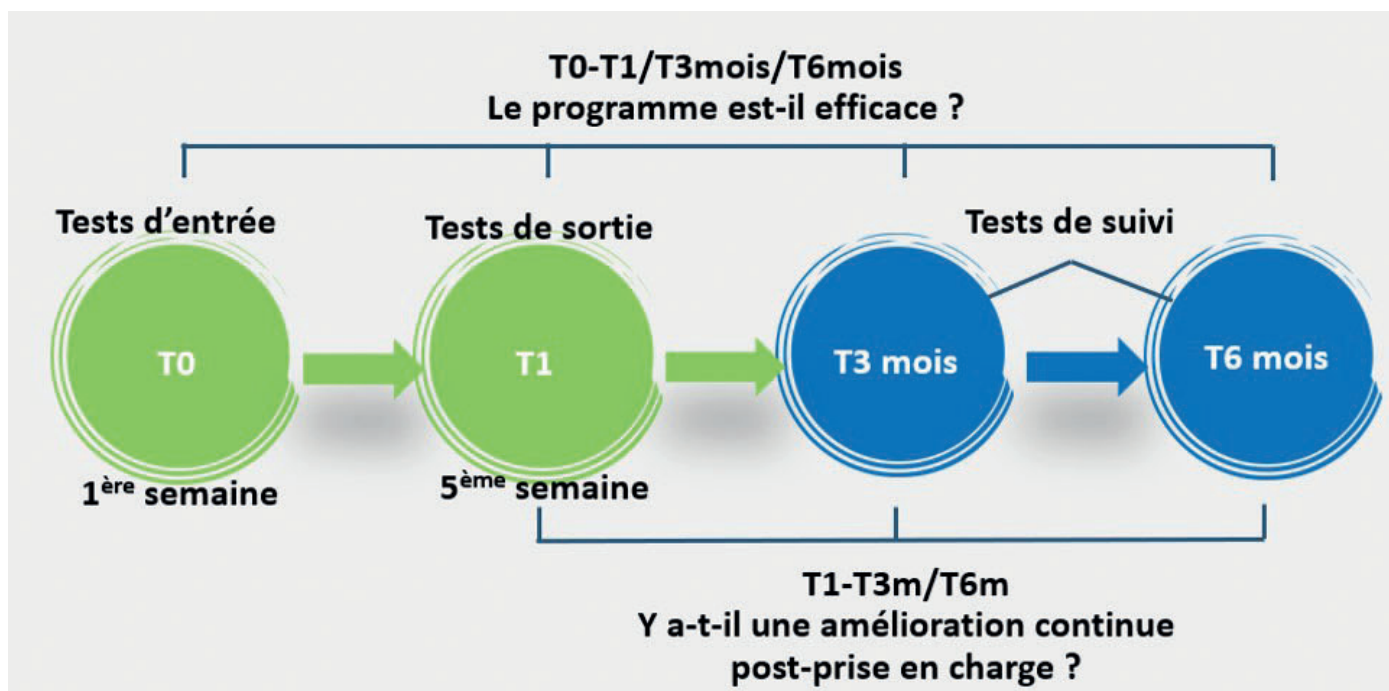


▲ PARAMÈTRES RETENUS POUR LA COMPARAISON RFR1 ET RFR2 :



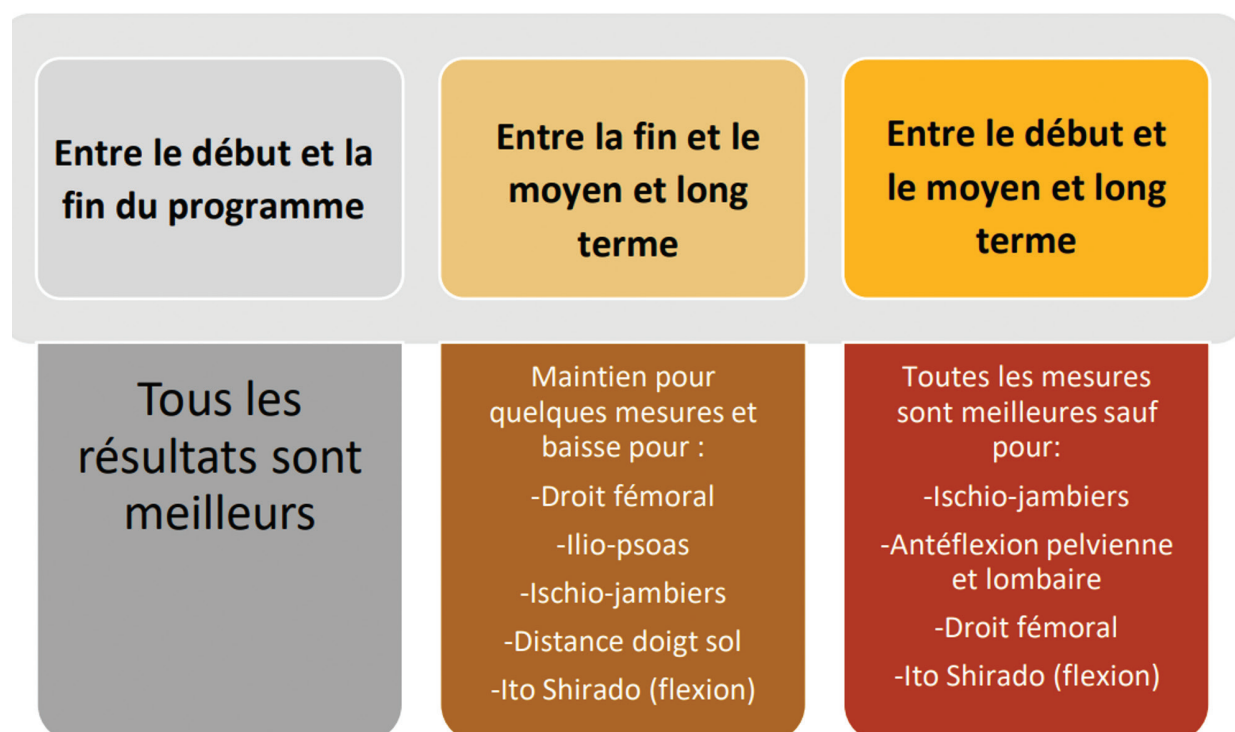
COMPARAISON RFR1 – RFR2

▲ PASSATIONS DES TESTS ET MESURES :

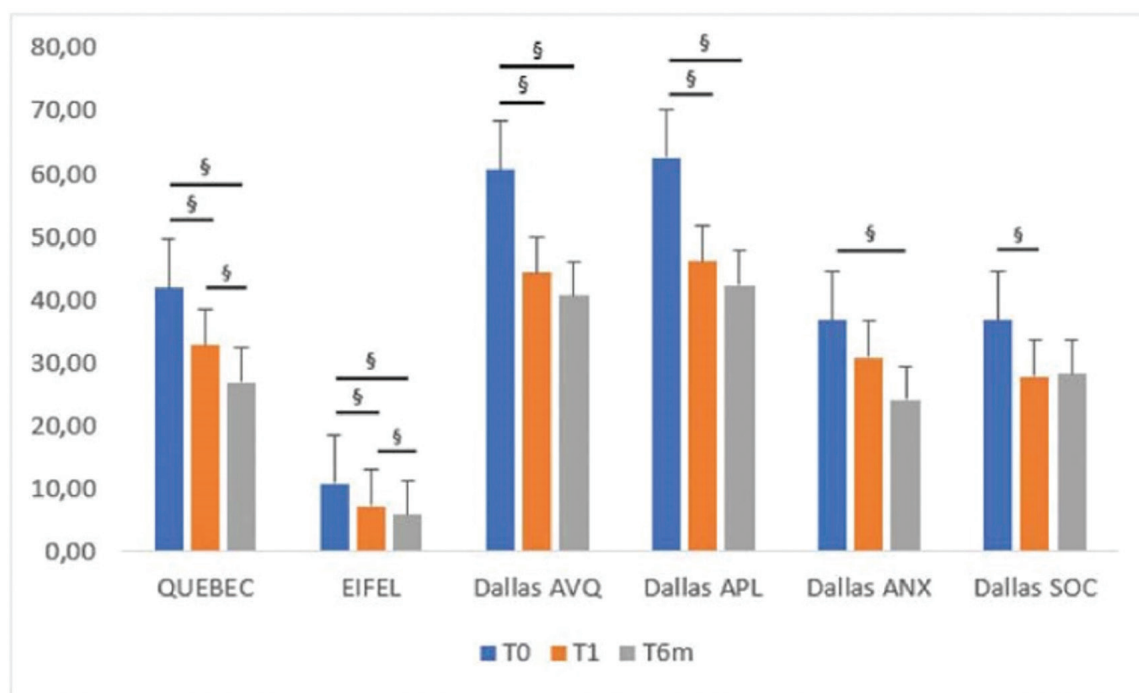


RÉSULTATS

▲ EFFICACITÉ DU RFR2 :



▲ QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS RFR2



AVQ : Activités de la Vie Quotidienne ; APL : Activités professionnelles et de loisirs ; ANX : Anxiété et dépression ; SOC : Sociabilité

§ = Différence significative intra-groupe ($p < 0,05$)

Pour les patients du RFR2, le ressenti vis-à-vis de la lombalgie chronique est significativement meilleur que ce soit à court ou moyen terme (à la sortie du programme et à 6 mois post-programme). Le patient est moins impacté sur les plans fonctionnels et qualité de vie (vie quotidienne, activités professionnelles et de loisirs, anxiété et dépression).

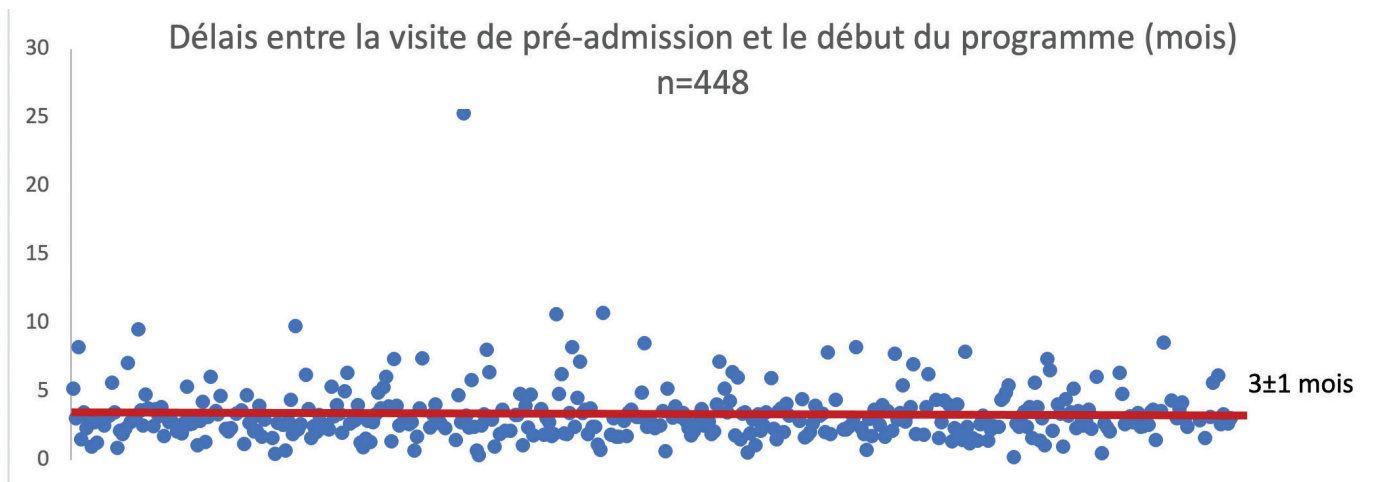
▲ COMPARAISON RFR1 ET RFR2 :

Au début du programme	A la sortie	A 6 mois
Nos deux populations sont identiques sur le plan physique mais légèrement différentes sur le plan du vécu du handicap douloureux (meilleurs scores pour RFR2)	Le RFR 1 est significativement plus efficace sur le plan physique mais similaire sur le plan du vécu du handicap douloureux .	Une dégradation des tests physiques constatée plus importante pour la population RFR1. Tendance similaire à revenir à un état initial pour les populations concernant la variable psychologique .

CONCLUSION

D'un point de vue général, comment pouvons-nous expliquer cette différence d'évolution entre les versions 1 et 2 du programme RFR (RFR1, RFR2) à court terme ?

Premièrement, l'objectif principal de cette refonte de programme en 2017 était de répondre à la forte affluence de patients pour le programme lombalgique. Ceci est une réussite car le centre a réduit de moitié ou presque le délai d'inclusion, passant de 160 jours en moyenne pour le RFR1 (attente entre la visite de préadmission et le début du programme) à 90 jours pour le RFR2 (différence significative $p=0.001$).



Le second objectif était de mettre à jour le programme en y intégrant les nouvelles recommandations de l'HAS (2016) avec l'ajout de séances d'ETP ou de Qi-Qong et ceci a amené la suppression de tests et d'entraînements physiques sur machines isocinétiques. De plus, ont été ajoutées pour le RFR2 des séances d'activité physique se faisant au sol et en extérieur dans l'optique que ce soit reproductible pour le patient. Le programme RFR2 a donc un impact plus multidimensionnel que la version RFR1 et est moins axé sur un travail physique et analytique sur machine. Ceci a en partie amené à des résultats sur le plan physique moins importants pour la population RFR2 comparativement à la population du RFR1.

Que faut-il retenir de cette comparaison et des résultats obtenus ?

- 1) Les deux versions du programme RFR sont efficaces à différents niveaux.
- 2) Les mesures physiques ne sont pas exclusivement représentatives du niveau d'atteinte du lombalgique chronique. Le ressenti du patient est une variable importante à prendre compte (tests Eifel, Dallas, Québec).
- 3) La pratique d'activités en groupe porte de nombreux bénéfices et intérêts pour les programmes de type RFR en termes de motivation (Triplett, 1997 ; Meumann, 1904 ; Wheeler, 1966 ; Vallerand et Thill, 1993 ; George 1995 ; Deci et Ryan, 2002).
- 4) Les séances au sol et l'ajout de séances cognitivo-comportementales auront permis de rendre efficace le RFR2 à moyen et long terme sur les plans physique et psychique des patients. On remarque des améliorations physiques certes moins importantes que le programme RFR1 à court terme mais avec un maintien égal sur le moyen terme.
- 5) Comme de nombreuses études, l'observance des patients post-programme est une limite à l'analyse scientifique. La cause de cette défection est multiple mais il reste nécessaire d'améliorer le suivi pour mieux se rendre compte de la réelle efficacité de ces programmes.

BIBLIOGRAPHIE

- **Biering-Sorensen F (1984)**. Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period. *Spine* 9 (Bortz):106-119
- **Coste J, Parc JM, Berge E, Delecoeuillerie G, Paolaggi JB (1993)**. Validation française d'une échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL). *Rev. Rhum. [Ed Fr]*, 1993, 60(5), 335-341. *Rev. Rhum. [Engl. Ed.]*, 60(5), 295-301.
- **Gauvin MG, Riddle DL, Rothstein JM (1990)**. Reliability of clinical measurements of forward bending using the modified fingertip-to-floor method. *Phys Ther* 70 (7):443-447
- **Haute Autorité de Santé (2016)**. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie
- **Ito T, Shirado O, Suzuki H, Takahashi M, Kaneda K, Strax TE (1996)**. Lumbar trunk muscle endurance testing: An inexpensive alternative to a machine for evaluation. *Arch Phys Med Rehabil* 77 (1):75-79
- **Kopec, J. A., Esdaile, J. M., Abrahamowicz, M., Abenhaim, L., Wood-Dauphinee, S., Lamping, D. L., & Williams, J. I. (1995)**. The Quebec Back Pain Disability Scale. *Spine*, 20(3), 341–352. <https://doi.org/10.1097/00007632-199502000-00016>
- **Lawlis GF, Cuencas R, Selby D, McCoy CE (1989)**. The development of the dallas pain questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine* 14 (5):511-516
- **Liemohn W, Sharpe GL, Wasserman JF (1994)**. Criterion related validity of the sitand-reach test. *J Strength Cond Res* 8:91-94.
- **Loebl WY (1967)**. Measurement of spinal posture and range of spinal movement. *Ann Phys Med* 9 (3):103-110
- **Marmion, J. (2016, October 24)**. Triplett fonde (peut-être) la psychologie sociale 1897, Bloomington. Retrieved October 4, 2022, from https://www.scienceshumaines.com/triplett-fonde-peut-etre-la-psychologie-sociale-1897-bloomington_fr_37001.html
- **Viau, R. (1994). Vallerand, R. J. et Thill, E. E. (1993)**. Introduction à la psychologie de la motivation. Laval : Éditions Études Vivantes. *Revue Des Sciences De L'éducation*, 20(2), 411. <https://doi.org/10.7202/031733ar>
- **Wheeler, L. (1966)**. Motivation as a determinant of upward comparison. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1, 27–31. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(66\)90062-x](https://doi.org/10.1016/0022-1031(66)90062-x)

CONTACTS :

Direction Atelier Sherpas :
Williams NUYTENS
Tél : 03 21 45 85 10

Administration de la Recherche :
Nathalie CABIRAN, Responsable - 03 21 60 38 21
Coralie DABIN RESKE, Gestionnaire - 03 21 60 60 44

POUR CONTACTER LES CHERCHEURS :

Isabelle CABY
isabelle.caby@univ-artois.fr

Claire Toulotte
claire.toulotte@univ-artois.fr

PARTENAIRES



DERNIERS CONTRATS DE RECHERCHE DE L'ATELIER SHERPAS :

- Évaluer et accompagner le dispositif des M3S de l'UF0LEP sur le territoire français, 2019-2022.
- Caractérisation des sujets lombalgiques chroniques, individualisation et optimisation des prises en charge pré et post réhabilitation - 2022 - 2025 - CIFRE, ANRT, Centre Hélène Borel.
- Identification et développement de protocoles d'apprentissages corporels adaptés à des catégories de populations socialement vulnérables, Communauté d'Agglomérations de Lens-Liévin, 2021-2024.
- Mindfulset. Réussir en changeant d'état d'esprit, DSG/MESRI/UA, 2021-2023.
- Le Sport - Santé à la Ligue du Sport Adapté des Hauts de France pour les personnes en situation de vulnérabilité : construire une démarche interventionnelle innovante. Ligue du Sport Adapté des Hauts-de-France, 2020-2023.