

**RÉFÉRENTIEL RÉGIONAL
D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS**

**SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION ET
LOMBALGIES CHRONIQUES**

PRÉCONISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL

Contributeurs du groupe de travail

Ces travaux ont été coordonnés et animés par Lou PHILIPPE, stagiaire M1 Santé publique, Sciences sociales et Management à l'Ecole des Hautes Études de Santé publique pour l'ARS Bretagne.

- Dr Philippe CARSON JOUZEL et Pr Isabelle BONAN — Centre hospitalier universitaire de Rennes
- Dr Claire AMIOT et Quentin MOISAN, Centre hospitalier Bretagne-Atlantique de Vannes
- Dr Estelle ELIE, Olivier BONAVENTUR, directeur, Servane MARIVAIN, directrice du plateau de rééducation et Béatrice MABEAU, cadre de santé — Centre mutualiste de rééducation et réadaptation fonctionnelle de Kerpape
- Dr Éric MEVELLEC, Yann-Mikaël JACQUEMET, directeur — CLINEA Centre de Rééducation fonctionnelle de Treboul
- Dr Arnaud MARTY — Service de Médecine Physique et Réadaptation - Clinique des Augustines
- Dr Jean-Sébastien BOURSEUL, Dr Marieke DAVION, Dr Olivier HA, Arnaud BRASSEUR, cadre de rééducation et Hélène BLAIZE, directrice — Fondation Ildys (site de Perharidy)
- Dr Ala BABAN et Sophie PELLIER, directrice — Centre de réadaptation du Patis Fraux
- Dr Edouard FALCOZ — Pôle de réadaptation de Cornouaille (site de Concarneau)
- Dr Jephté T. HOUEDAKOR et Dr Benoît NICOLAS — Pôle Saint-Hélier
- Dr Frédéric BIZEAU et Dr Marie-Hélène POASEVARA — Santé au travail au pays de Fougères
- Anne VIVIES, référente thématique SSR — ARS Bretagne
- Gaëtan SUHARD, chargé de mission études et statistiques — ARS Bretagne

Abréviations, acronymes et sigles

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

AT: Arrêt de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS: Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète

HTP : Hospitalisation à Temps Partiel

INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MP : Maladie Professionnelle

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

RFR : Restauration Fonctionnelle du Rachis

SMR : Soins Médicaux de Réadaptation

SSR : service de Soins de Suite et de Réadaptation

Table des matières

CONTRIBUTEURS DU GROUPE DE TRAVAIL	<u>1</u>
ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	<u>2</u>
TABLE DES MATIERES	<u>3</u>
1. GENERALITES	<u>4</u>
1.1. POINT EPIDEMIOLOGIQUE ET DEFINITION DES PRISES EN CHARGE	<u>4</u>
1.2. LE CADRE JURIDIQUE NATIONAL POUR LE SSR/SMR AFFECTION DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR	<u>6</u>
1.3. ÉTAT DES LIEUX SUR LES PRATIQUES ET L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT SOUFFRANT DE LOMBALGIE CHRONIQUE EN BRETAGNE	<u>9</u>
2. PROPOSITIONS D'ORGANISATION	<u>15</u>
2.1. ORGANISATION DE L'UNITE HC/HTP	<u>16</u>
2.2. PROGRAMME DE REEDUCATION	<u>17</u>
2.3. LIENS PRE ET POST SEJOUR	<u>21</u>
3. INNOVATIONS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELLES	<u>22</u>
3.1. INNOVATIONS NUMERIQUES ET TECHNIQUES	<u>22</u>
3.2. GRADATION DE L'OFFRE DE SOINS	<u>23</u>
3.3. PLAN D'ACTION EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	<u>24</u>
ANNEXES	<u>26</u>

1. Généralités

Le document présent est un référentiel régional d'orientation et d'organisation des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur centré sur la prise en charge des lombalgies chroniques chez les adultes en hospitalisation complète et partielle. Réalisé avec le groupe de travail régional, il pose les constats régionaux sur les besoins et l'offre existants, mais également propose un socle commun d'organisation des unités et des programmes de soin afin d'harmoniser les pratiques, de partager les retours d'expériences et de renforcer la cohérence de parcours le plus souvent chroniques.

1.1. Point épidémiologique et définition des prises en charge

➤ Point épidémiologique sur les lombalgies chroniques

En 2007, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la lombalgie par une « *sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située au niveau du dos* ». En France, la lombalgie est un motif fréquent de consultation en médecine générale : quatre personnes sur cinq souffriront de lombalgie au cours de leur vie (Assurance Maladie, 2017). Son évolution spontanée est souvent favorable dans les quatre à six semaines suivant un épisode aigu. En 2012-2013, dans la cohorte Constances (INSERM), il a été estimé que les lombalgies persistantes (au-dessus de trente jours au cours des douze derniers mois) touchaient 24,2 % des hommes et 28,9 % des femmes actifs du régime général.

Les professionnels de santé en charge des soins des patients atteints de cette pathologie se confrontent toutefois à de nombreux défis lorsque la lombalgie persiste. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la lombalgie chronique par « *une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de trois mois* ». Au-delà d'une souffrance physique, la lombalgie chronique relève d'un véritable enjeu de santé publique par son retentissement sur le bien-être du patient. Ses conséquences sociales, professionnelles, psychologiques sont multiples : cessation d'activité physique, sortie prématurée du marché du travail et détérioration de la santé mentale et des capacités fonctionnelles. À l'échelle de la société, les lombalgies génèrent des coûts directs des soins de santé et des coûts indirects liés à l'absentéisme au travail. L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) souligne que chaque année, 11,5 millions de journées de travail sont perdues du fait des arrêts de travail (AT) et maladies professionnelles (MP) liés aux lombalgies. Les lombalgies chroniques représentent alors 30 % des arrêts de plus de six mois et la troisième cause d'admission en invalidité.

➤ Définition des prises en charge des lombalgies chroniques

En dépit de revues de littérature foisonnantes et des campagnes de communication récentes et régulières sur les lombalgies (Assurance Maladie, 2019), des divergences d'approche dans la prise en charge des patients et des problématiques d'errance diagnostique et thérapeutique génèrent une amplification des risques de chronicisation de la pathologie. L'appellation « école du dos » est parfois utilisée par certains praticiens, même lorsqu'ils utilisent la RFR comme méthode thérapeutique dans leur établissement, voire par certains établissements pour qualifier leur offre. Sur l'aspect médical, deux méthodes de prise en charge sont proposées aujourd'hui, avec une approche différente.

Créé en 1969, le programme suédois pluridisciplinaire de « l'École du dos » repose sur un enseignement éducatif d'une trentaine d'heures pour des patients de moins de 62 ans. Le but était d'effectuer une prévention des pathologies rachidiennes et plus particulièrement du disque intervertébral. La préconisation majeure était le verrouillage du dos par l'anatomie et la biomécanique. Cette méthode dite « passive » a été progressivement interrogée quant à sa pertinence.

En 1984, la restauration fonctionnelle du rachis (RFR) devient la méthode prônée aux États-Unis par le Docteur Tom Mayer. Introduite en France par le centre Espoir à Lille en 1989, cette prise en charge dynamique et intensive sur le plan physique présente des résultats positifs. L'effet majeur est le changement de perception et de comportement du patient vis-à-vis de sa pathologie. Dans *Programme de restauration fonctionnelle du rachis (RFR) dans le cadre des lombalgies chroniques* de 1994, les chercheurs avancent que « *tout doit concourir à organiser une dynamique proche de celle que l'on retrouve dans le milieu sportif : structuration d'un entraînement, suivi de la progression, adaptation des séances en fonction des objectifs, contrôle diététique, apprentissage des méthodes de récupération après l'effort, soins d'hygiène corporels et entretien des acquis.* ». L'aspect physique n'est plus l'unique facteur de maladie : « *L'ensemble des perturbations liées à la pathologie (syndrome de déconditionnement, handicap psychique, social et professionnel) doit être appréhendé globalement.* ». Dans le texte de recommandations « *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune* » de mars 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) affirme que l'exercice physique demeure le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie, et que les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément, car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie. Cette recommandation va donc dans le sens des pratiques étasuniennes de restauration fonctionnelle du rachis.

1.2. Le cadre juridique national pour le SSR/SMR des affections de l'appareil locomoteur

Afin de soutenir le patient dans son parcours de soins, une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire et prévue par les textes.

➤ Les décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 et la circulaire N° DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008

Les objectifs spécifiques de la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur sont définis dans la fiche A dans la circulaire N° DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation : « *La prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur en SSR a pour objectif la mise en œuvre des procédures permettant de prévenir ou de réduire au minimum les conséquences des traumatismes ou des affections de l'appareil locomoteur sur l'état physique, fonctionnel, mental et social du patient. Elle doit lui permettre de retrouver des aptitudes de posture, d'équilibre et de coordination gestuelle, nécessaires à une mobilité, des transferts et des déplacements réalisés de façon autonome et qui soient compatibles avec ses habitudes de vie.* ».

○ Les patients pris en charge

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients pouvant nécessiter :

- Une rééducation complexe et intensive ; c'est à dire multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour pour l'adulte et d'au moins une heure par jour pour l'enfant ;
- La mise en place, le suivi et/ou l'adaptation d'appareillage ou d'aides techniques ;
- Une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de comorbidités, ou de risques cliniques/séquelles/complications de l'affection causale ;
- Une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, post opératoire précoce...).

○ Les compétences

- Compétences médicales obligatoires : MPR ou médecin justifiant d'une formation attestée en MPR.
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute et ergothérapeute.
- Compétences recommandées : chirurgien orthopédiste, rhumatologue. La structure peut également apporter une prise en charge par : orthoprothésiste, podologue, équipe d'insertion sociale et professionnelle, éducateur, enseignant en activité physique adaptée, diététicien, etc. La mise en œuvre d'une consultation medicotechnique d'appareillage doit être possible. L'articulation avec les autres consultations spécialisées doit être simple (avis infectiologue, psychiatre, douleur...).

o Les moyens matériels

- Éléments obligatoires : En complément des articles D.6124-177-7 et D.6124-177-8 (conditions générales des espaces de rééducation), la structure doit disposer sur place d'équipement d'électrophysiothérapie et d'installation de balnéothérapie.
- En cas de besoin, elle dispose d'un accès sur place ou par convention à un atelier d'ajustement d'aides techniques, un atelier d'appareillage et de confection de prothèses, un laboratoire d'analyse du mouvement.
- Éléments spécifiques minimaux souhaitables : Plateau de kinésithérapie avec appareils d'isocinétisme, différentes techniques de physiothérapie notamment pour le traitement de la douleur (chaleur, électrostimulation, protoxyde d'azote...), équipements pour la rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort (cycloergomètre, tapis roulant...), salle de sport, plateau d'ergothérapie avec équipements pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages et la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel, accès à un EMG sur place ou par convention et un accès à un atelier fauteuil roulant (adaptations spécifiques et maintenance).

➤ Le décret n° 2022-24 et n° 2022-25 du 11 janvier 2022

À partir du 1^{er} juin 2023, les SSR deviennent les Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). Leur objectif principal est de « *prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales.* » (Décret n° 2022-24).

Le **décret n° 2022-25** fixe les **conditions techniques de fonctionnement** de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.

o Les patients pris en charge

Pour le SMR des affections de l'appareil locomoteur, la condition technique principale de fonctionnement est la réalisation d'au moins **deux séquences de traitement dont au moins une séquence de soins individualisés** chaque jour ouvré dans le cadre de l'hospitalisation complète, et à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel. Au préalable, le patient bénéficie d'un **bilan initial** et construit avec l'équipe médicale un **projet thérapeutique**, en liaison avec le médecin adresseur. Les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique sont déterminés et périodiquement réévalués.

o Les compétences

Concernant la composition de l'équipe pluridisciplinaire, le service SMR locomoteur doit compter au minimum : **deux médecins** (dont le médecin coordinateur), **un infirmier, un assistant du service social, un masseur-kinésithérapeute, un ergothérapeute et un psychologue**. S'ajoute en tant que de besoin des auxiliaires médicaux, des personnels des professions sociales et éducatives et des enseignants en activité physique adaptée. Selon l'état clinique du patient, une prise en charge d'au moins **trois pratiques thérapeutiques** parmi la **masso-kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthoprothésie, la psychomotricité**, la prise en charge **psychologique** et **l'activité**

physique adaptée doit être réalisée. Un infirmier doit être présent en permanence sur le site où sont hébergés les patients. Le médecin coordinateur doit être spécialisé soit en médecine physique et de réadaptation (MPR), soit en rhumatologie et justifie d'une formation ou expérience attestées en réadaptation.

○ Les moyens matériels

Les moyens matériels nécessaires à la prise en charge des lombalgies chroniques en SMR locomoteur doit pouvoir être appréciés en distinguant ce qui peut est obligatoire ou non. De cette manière, Outre les salles dédiées à la réadaptation, à la convivialité, au secteur d'hospitalisation et au secteur de repos pour les sites proposant une hospitalisation à temps partiel prévu à l'article D. 6124-177-1, les structures SMR locomoteur doivent être dotées d'une ou plusieurs salles de **simulation d'espace de vie** (cuisine thérapeutique par exemple). Il comprend également, tout le matériel adapté à la réalisation des programmes de réadaptation et à la suppléance de l'autonomie. La **balnéothérapie n'est plus obligatoire** en locomoteur, car elle peut être substituée par un **système d'allègement du poids du corps**. L'électrophysiothérapie est en revanche toujours obligatoire. Le titulaire de l'autorisation en SMR locomoteur doit, comme dans la précédente circulaire, avoir un accès sur site ou par convention à un **atelier d'ajustement d'aides techniques et de prothèses** et à un **laboratoire d'analyse du mouvement**.

➤ Les recommandations du groupe de travail

Le nouveau décret semble présenter des risques d'éparpillement par la diversité des pratiques proposées dans un contexte de fortes contraintes budgétaires. Le groupe de travail régional propose alors une standardisation des procédés afin de répondre aux besoins du territoire breton.

- **Recommandations d'équipements et de salles** : balnéothérapie, salle de musculation, salle de réentraînement à l'effort-rameur-tapis de marche-stepper -cyclo-elliptique, salle d'APA ludique, parcours de marche, plateforme dynamique Huber, réalité virtuelle, traction, physiothérapie, isocinétisme, salle de simulation de vie quotidienne, cuisine thérapeutique (mise en situation) ...
- **Point de vigilance sur l'aspect non obligatoire de la balnéothérapie** : Les alternatives bien qu'utiles ne rendent pas le même service. Un bassin de natation est un atout qu'il faut souligner pour la réadaptation des patients lombalgiques. La prise en charge est globale (haut du tronc et membres supérieurs) et bien souvent réalisée en groupe. En outre, c'est une activité physique qui peut facilement être poursuivie après le séjour. Les systèmes d'allègement du poids seraient plutôt une alternative réservée aux reprises d'appui et à la présence de plaies en cours de cicatrisation.
- **Point sur la place de la psychologie** : Le psychologue peut intervenir lors de l'évaluation initiale et permettre un accompagnement lors du séjour en cas de besoin. Les séances individuelles sont recommandées afin que le patient puisse aborder des sujets personnels. Pour effectuer le suivi, la mise en place de relais vers les Centres Médicaux Psychologiques ou psychologues libéraux est recommandée.

1.3. État des lieux sur les pratiques et l'organisation de la prise en charge du patient souffrant de lombalgie chronique en secteur sanitaire

Figure 1 Cartographie des SSR spécialisés en Bretagne

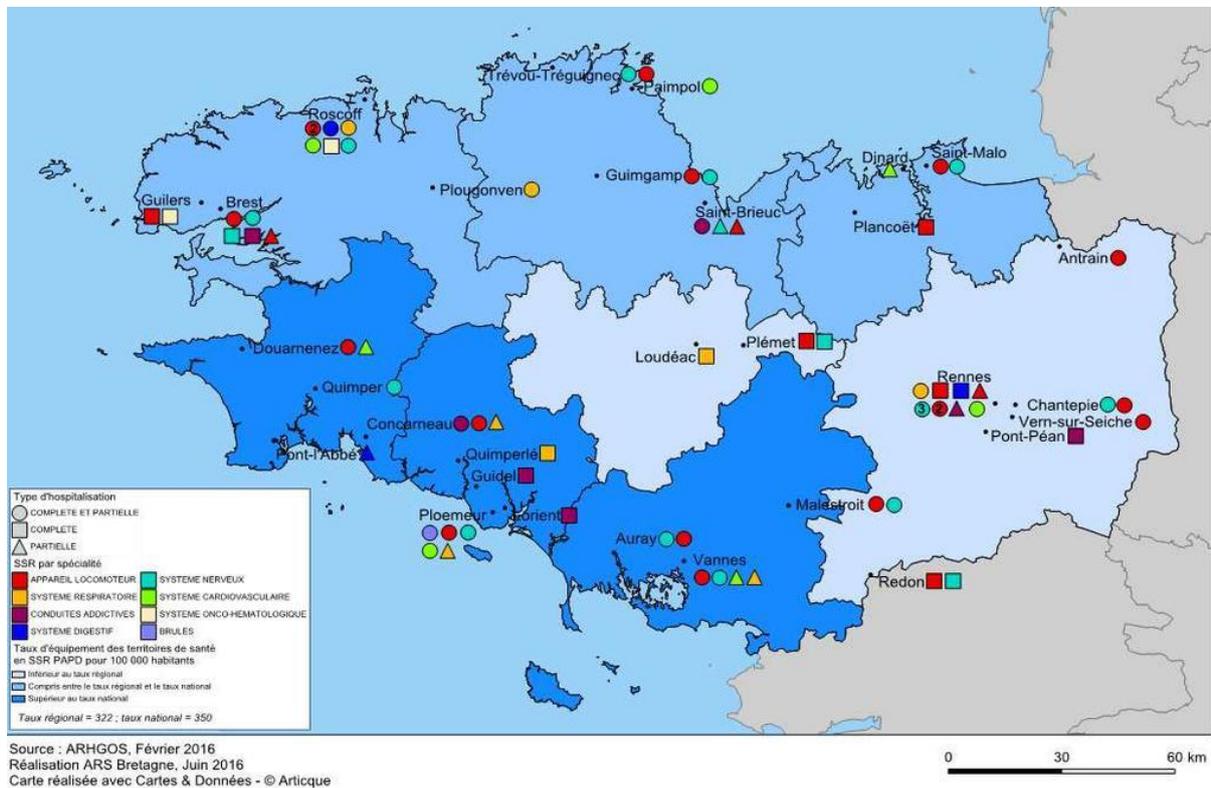
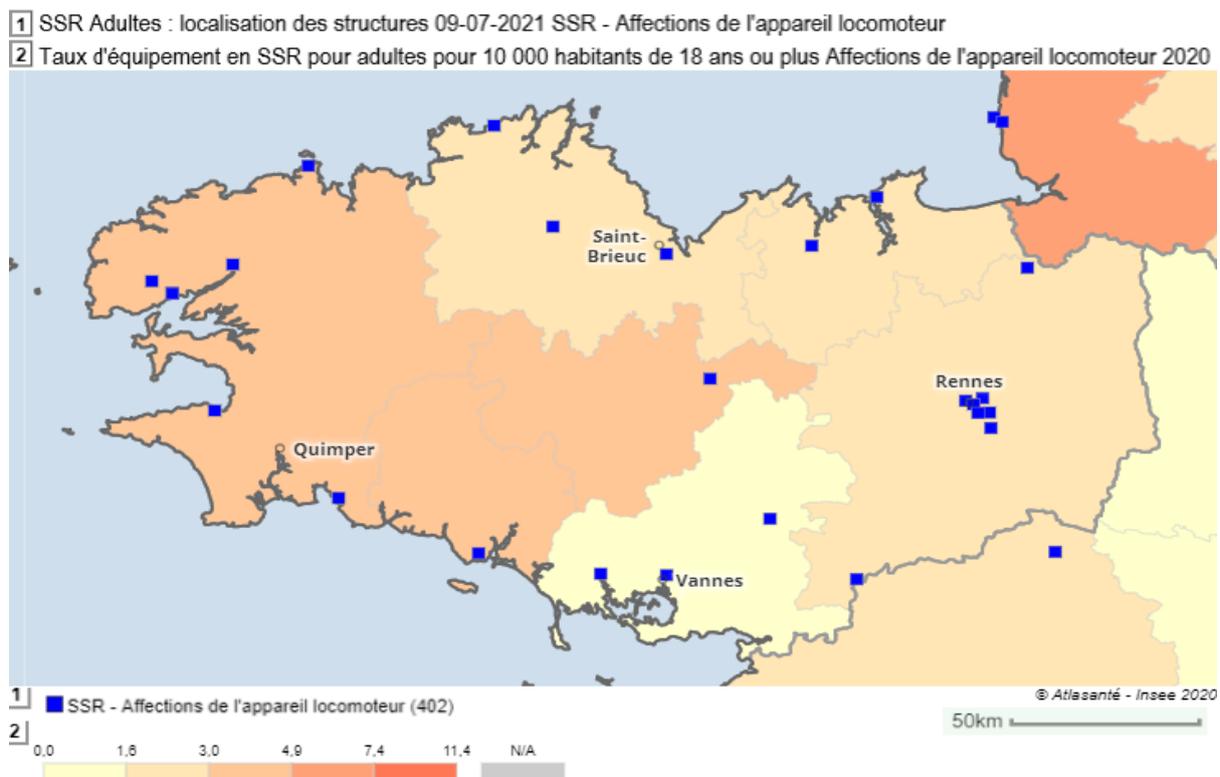


Figure 2 Cartographie des SSR locomoteur et du taux d'équipement pour adultes en Bretagne



➤ Pathologies choisies

Catégorie majeure	CM 08 – Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire de patients
Groupes nosologiques	0876 — Scolioses, hernies discales et autres dorsalgies 0875 — Affections du rachis (à l'exclusion des scolioses et hernies discales)

➤ Groupe nosologie 0875 et 0876/Taux de recours par région en HP

Taux de recours SSR par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé
 Groupe Nosologique (GN) - 0875 - Affections du rachis (à l'exclusion des scolioses et hernies discales)
 Taux de recours national : 0,06

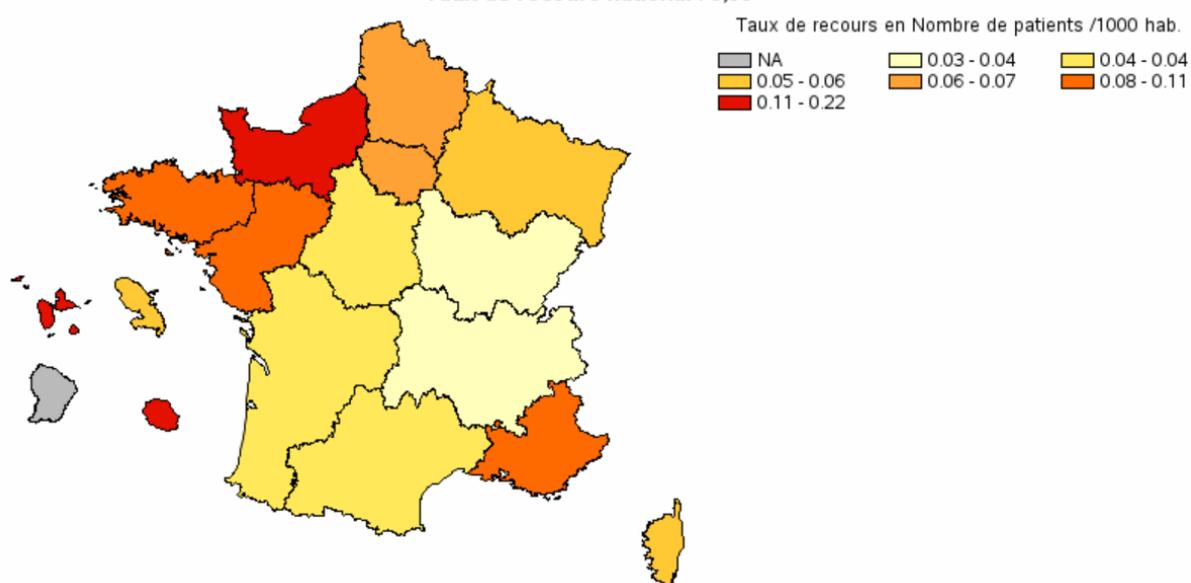


Figure 1 Taux de recours SSR en HP — GN 0875

Taux de recours SSR par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé
 Groupe Nosologique (GN) - 0876 - Scolioses, hernies discales et autres dorsalgies
 Taux de recours national : 0,28

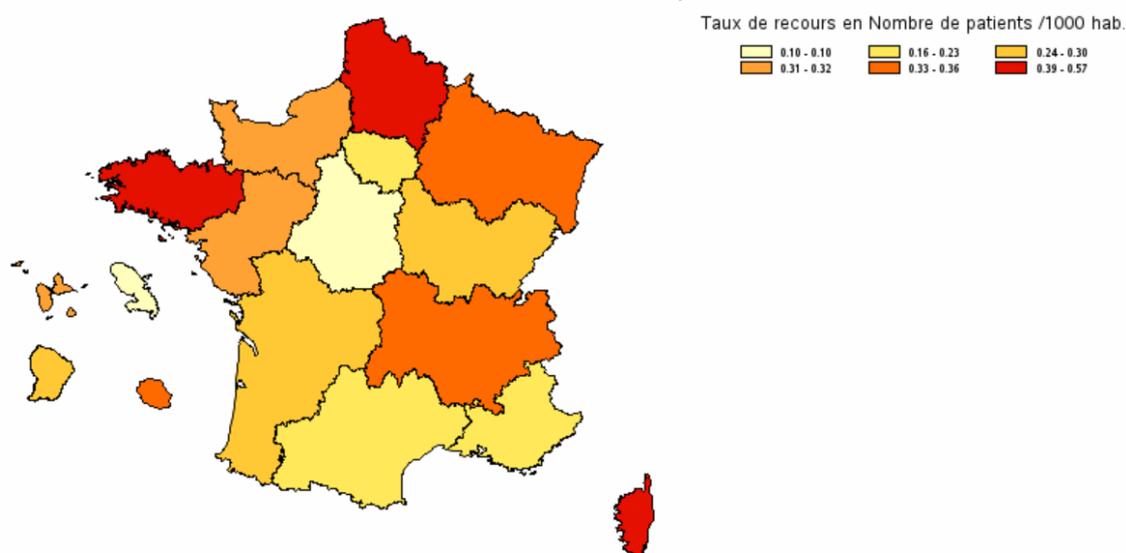
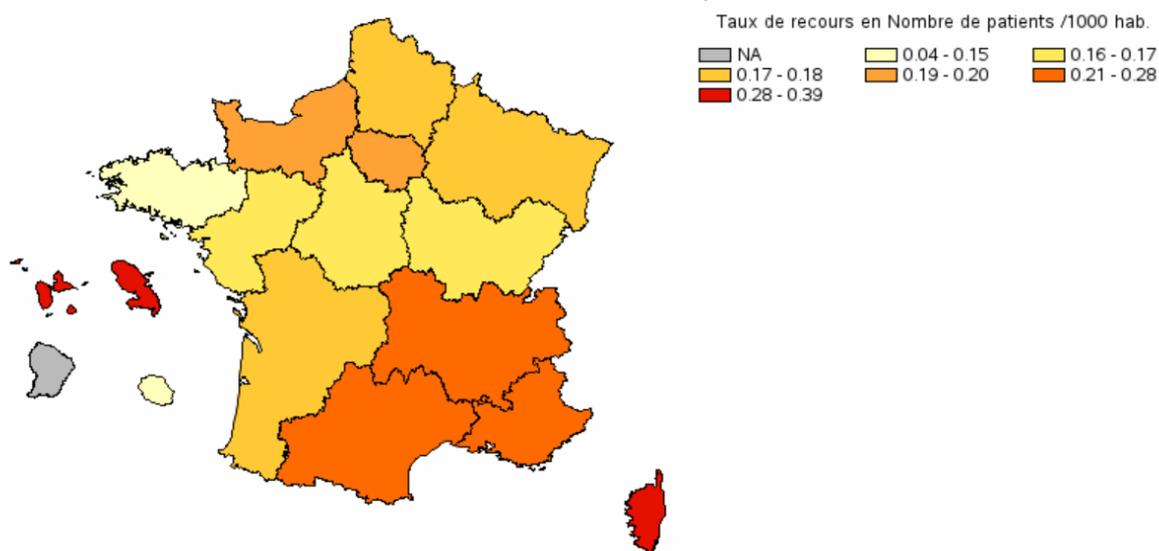


Figure 2 Taux de recours SSR en HP — GN 0876

Taux de recours SSR par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé
Groupe Nosologique (GN) - 0875 - Affections du rachis (à l'exclusion des scoliozes et hernies discales)
Taux de recours national : 0,20



➤ **Groupe nosologie 0875 et 0876/Taux de recours par région en HC**

Taux de recours SSR par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé
Groupe Nosologique (GN) - 0876 - Scoliozes, hernies discales et autres dorsalgies

Figure 3 Taux de recours en SSR en HC — GN 0875

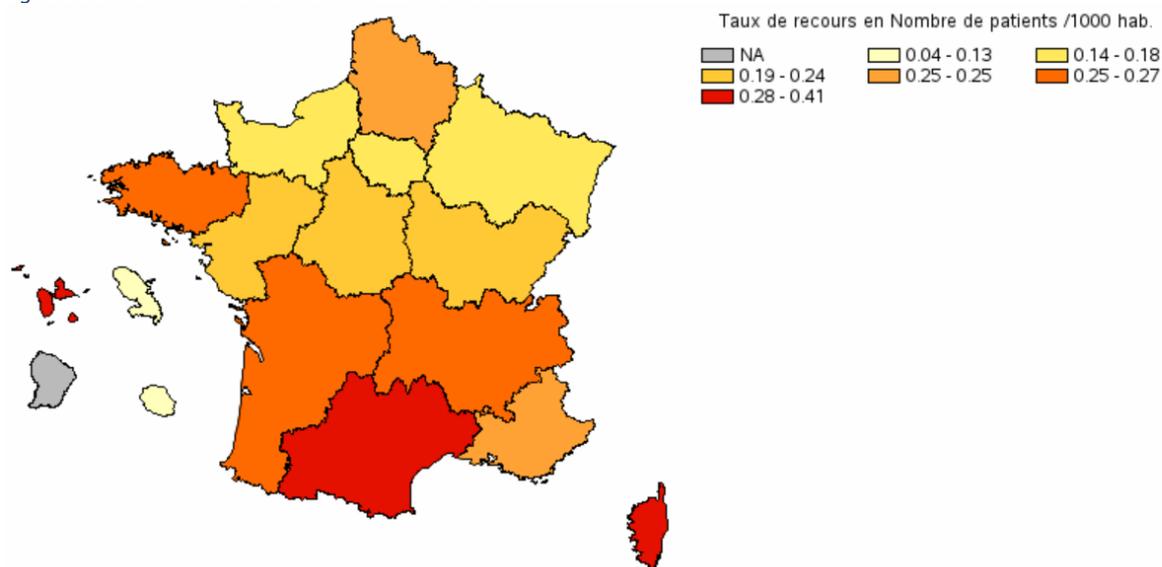


Figure 4 Taux de recours en SSR en HC — GN 0876

En Bretagne en 2021, les GN 0875 et 0876 représentent **86 715 journées (45 901 en HTP et 40 814 en HC)** sur **271 149 journées** pour les affections de locomoteur, soit environ 32 % de l'activité des unités spécialisées.

➤ **Activités et organisation de l'offre de soins dans les établissements SSR locomoteurs pour les CM 08, GN 0875 et 0876 en 2020**

Structure SSR locomoteur	Capacité en HC et en HP en locomoteur 2020-2021	Journées en 2021 GN 0875 et GN 0876 en HP	Équivalent en places occupées	Évolution 2017 – 2021 (en %)	Nombre de patients en HC	Nombre de patients en HP
Fondation ILDYS — Site de Perharidy	HC = 30 lits (+10 lits) HP = 20 places	GN 0875 = 673 GN 0876 = 3841	GN 0875 = 1,8 GN 0876 = 10,2	GN 0875 = 168 % GN 0876 = 129 %	245	376
Le Patis Fraux VERN SUR SEICHE	HC = 24 lits HP = 12 places	GN 0875 = 274 GN 0876 = 3347	GN 0875 = 0,7 GN 0876 = 8,9	GN 0875 = 442 % GN 0876 = 217 %	77	174
CRRF de Kerpape/Centre de Keraliguen PLOËMEUR	HC = 53 lits HP = 27 places	GN 0875 = 804 GN 0876 = 5017	GN 0875 = 2,1 GN 0876 = 13,3	GN 0875 = 249 % GN 0876 = 130 %	308	1019
Pôle MPR Saint Hélier RENNES	HC = 34 lits HP = 33 places	GN 0875 = 665 GN 0876 = 4846	GN 0875 = 1,7 GN 0876 = 12,9	GN 0875 = 204 % GN 0876 = 118 %	225	498
CRF de Tréboul — DOUARNENEZ	HC = 105 lits HP = 28 places	GN 0875 = 1658 GN 0876 = 5616	GN 0875 = 4,4 GN 0876 = 14,9	GN 0875 = 241 % GN 0876 = 474 %	693	824
CHU de RENNES	HC = 30 lits HP = 6 places	GN 0875 = 73 GN 0876 = 1288	GN 0875 = 0,1 GN 0876 = 3,4	GN 0875 = 3550 % GN 0876 = 77 %	12	184
CHBA site de VANNES	HC = 23 lits HP = 6 places	GN 0875 = 256 GN 0876 = 1302	GN 0875 = 0,6 GN 0876 = 3,4	GN 0875 = 79 % GN 0876 = 79 %	93	127
Clinique des Augustines MALESTROIT	HC = 10 lits HP = 4 (+4 places)	GN 0875 = 203 GN 0876 = 1728	GN 0875 = 0,5 GN 0876 = 4,6	GN 0875 = 128 % GN 0876 = 232 %	97	52
Pôle de Réadaptation de Cornouaille CONCARNEAU	HC = 20 lits HP = 9 places	GN 0875 = 260 GN 0876 = 982	GN 0875 = 0,6 GN 0876 = 2,6	GN 0875 = ? GN 0876 = ?	185	141

➤ Profil des patients en SSR GN 0875 et 0876 en 2021/HC - Exemples établissements bretons

Recueil du profil des patients en SSR GN 0875 et 0876 — Hospitalisation complète en 2021						
Structures	Groupe nosologique	Âge médian patient	Score moyen de dep. phys. à l'entrée en SSR	Score moyen de dep. phys. à la sortie en SSR	Délai moyen admission après chirurgie (en jours)	Score RR médian
Fondation ILDYS — Site de Perharidy	GN0875	41,5	8,3	6,5	8,5	94,5
	GN0876	14,0	10,0	7,9	4,2	84,0
Pôle de Réadaptation de Cornouaille CONCARNEAU	GN0875	59,0	6,8	5,3	-	99,5
	GN0876	48,5	5,0	4,0	92,8	105,5
La Clinique des Augustines MALESTROIT	GN0875	61,0	8,0	6,1	-	69,5
	GN0876	51,5	7,2	6,3	-	62,5
CRRF de Kerpape/Centre de Keraliguen PLOËMEUR	GN0875	53,0	4,6	4,3	48,0	82,0
	GN0876	46,0	5,6	5,3	37,9	92,0
Centre Hospitalier Bretagne Atlantique VANNES	GN0875	60	5,9	7,3	32,9	72
	GN0876	53	4,7	6,5	39,8	54
Pôle MPR Saint Hélier RENNES	GN0875	55,0	6,0	4,8	139,3	86,0
	GN0876	50,5	5,2	4,3	174,1	83,0
Le Patis Fraux VERN SUR SEICHE	GN0875	56,0	4,0	4,0	-	122,0
	GN0876	43,0	4,1	4,1	-	135,5
CHU RENNES	GN0875	84,0	8,5	8,4	17,3	77,5
	GN0876	13,0	8,0	7,7	13,4	114,0
CRF de Tréboul — DOUARNENEZ	GN0875	74,0	6,4	5,7	29,1	100,0
	GN0876	56,0	5,1	4,6	50,2	106,0

Source : E-PMSI 2021

➤ Profil des patients en SSR GN 0875 et 0876 en 2021/HTP - Exemples établissements bretons

Recueil du profil des patients en SSR GN 0875 et 0876 — Hospitalisation partielle en 2021						
Structures	Groupe nosologique	Âge médian patient	Score moyen de dep. phys. moyen en SSR	RHA post chirurgie (en %)	Délai moyen admission après chirurgie (en jours)	Score RR médian
Fondation ILDYS — Site de Perharidy	GN0875	52,0	4,6	8,6 %	120,3	124,0
	GN0876	46,0	4,6	4,6 %	259,0	122,0
Pôle de Réadaptation de Cornouaille CONCARNEAU	GN0875	62,0	4,0	-	-	106,0
	GN0876	47,0	4,1	15,8 %	148,6	111,0
La Clinique des Augustines MALESTROIT	GN0875	57,5	4,6	-	-	104,0
	GN0876	49,0	4,1	1,3 %	120,5	94,0
CRRF de Kerpape/Centre de Keraliguen PLOËMEUR	GN0875	51,0	4,0	6,1 %	93,1	67,0
	GN0876	44,0	4,1	5,8 %	184,3	64,0
Centre Hospitalier Bretagne Atlantique VANNES	GN0875	54,5	4,2	-	-	78,0
	GN0876	48,0	4,1	3,8 %	230,5	72,0
Pôle MPR St Hélier RENNES	GN0875	54,0	4,9	5,9 %	97,4	83,0
	GN0876	49,0	4,7	13,1 %	186,1	85,0
Le Patis Fraux VERN SUR SEICHE	GN0875	48,0	4,0	-	-	118,0
	GN0876	41,0	4,0	-	-	114,0
CHU RENNES	GN0875	52,5	4,0	-	-	78,0
	GN0876	39,0	4,4	1,1 %	147,1	78,0
CRF de Tréboul — DOUARNENEZ	GN0875	65,0	4,0	1,3 %	123,3	105,0
	GN0876	53,0	4,0	5,1 %	126,7	107,0

Source : E-PMSI 2021

Sur le territoire breton en 2021 :

- **Pour le GN 0875** : L'âge médian du patient est de **57 ans en HTP**, et de **79 ans en HC**. Le nombre moyen d'actes à visée thérapeutique par journée de présence est de **2,5 en HC et de 5,4 en HTP**. Le nombre d'actes à visée d'éducation et d'information par séjour est de **9,5 en HC et de 13,8 en HTP**. Le nombre moyen de séances par séjour est de **15,5 en HTP**.
- **Pour le GN 0876** : L'âge médian du patient est de **46 ans en HTP**, et de **60 ans en HC**. Le nombre moyen d'actes à visée thérapeutique par journée de présence est de **3,7 en HC et de 5,1 en HTP**. Le nombre d'actes à visée d'éducation et d'information par séjour est de **12,0 en HC et de 13,7 en HTP**. Le nombre moyen de séances par séjour est de **14,0 en HTP**.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit de patients en situation professionnelle.

La file active est principalement tournée vers l'HTP. Les délais d'admission pour une prise en charge médicale, sans chirurgie, sont entre **deux et trois mois pour les programmes de RFR**, et de **six à huit mois pour les programmes individuels**. La part de la post-chirurgie y est faible. Une des hypothèses serait que les patients opérés sont majoritairement orientés vers des unités de SSR polyvalents, pour un reconditionnement physique. Cette orientation ne semble pas interrogée par les professionnels.

La durée estimée des séjours est de **trois à quatre semaines pour une prise en charge individuelle**, et de **quatre semaines pour une RFR**.

2. Propositions d'organisation

- **Quels sont les objectifs de la prise en charge de la lombalgie chronique ?**
 - Une restauration des capacités fonctionnelles
 - Une réinsertion sociale, familiale, professionnelle optimale
 - La limitation des facteurs de risque pour éviter la décompensation ultérieure avec le maintien des acquis
 - La limitation de la consommation de soins ultérieurs
- **Quel est le cadre général du programme de soins ?**
 - Rassurer le patient
 - Apprendre à gérer la douleur
 - Limiter le retentissement psychologique
 - Engager une éducation thérapeutique qui accompagne une auto-gestion de la pathologie
 - Engager un reconditionnement physique pour limiter le retentissement de la lombalgie sur l'état fonctionnel
 - Encourager le retour rapide à une activité physique dès les premières douleurs
 - Limiter la réalisation d'examen d'imagerie qui n'est pas recommandée en l'absence de signes d'alerte (drapeaux rouges HAS) avant 4 à 6 semaines
 - Accompagner le retour rapide à l'emploi

2.1. Organisation de l'unité HC/HTP

➤ Recommandations d'organisation de l'unité en HC

Dans un nombre limité de cas, l'hospitalisation complète ou l'hébergement sur site peut se justifier. Les principales indications sont les suivantes :

- L'éloignement géographique (>45 min) entre le domicile et l'établissement
- Un retentissement fonctionnel majeur (impossibilité de conduire par exemple)
- Des comorbidités associées (neurologiques, cardiologiques...) ou un tableau douloureux résistant particulièrement invalidant et nécessitant une prise en charge spécialisée

➤ Recommandations d'organisation de l'unité en HTP

Les organisations autour d'un plateau technique accueillant plusieurs spécialités peuvent mutualiser certains personnels, notamment en secrétariat, cadre et rééducateurs.

Une équipe type pour 10 patients en HTP, hors fonctions supports		
Personnel	ETP	Effectif-présence
MPR ou médecin justifiant d'une formation attestée en MPR	1,80	Tous les jours
IDE	1,75	Tous les jours
Assistant de service social	0,2	
Masseur-kinésithérapeute	1,80	Tous les jours
Ergothérapeute	1,6	Tous les jours
Professionnels d'APA	1,80	Tous les jours
Psychologue	0,3	Un par semaine minimum
Psychiatre	accès	
Podologue	accès	
Orthoprothésiste	accès	
Algologue	accès	
Chirurgien orthopédiste	accès	
Rhumatologue	accès	
Diététicien	0,2	Un par stage et plus au besoin
Fonction support (planification, secrétariat, standard)	1	Mutualisé

Les professionnels qui composent l'équipe rachis sont les médecins MPR, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les infirmiers, les psychologues, des assistants de service social et les enseignants APA. De façon moins systématique, des diététiciens et des hypnotérapeutes peuvent intervenir dans la prise en charge du patient, en fonction des besoins et de l'évaluation initiale prescrite.

2.2. Programme de rééducation

➤ Évaluation initiale

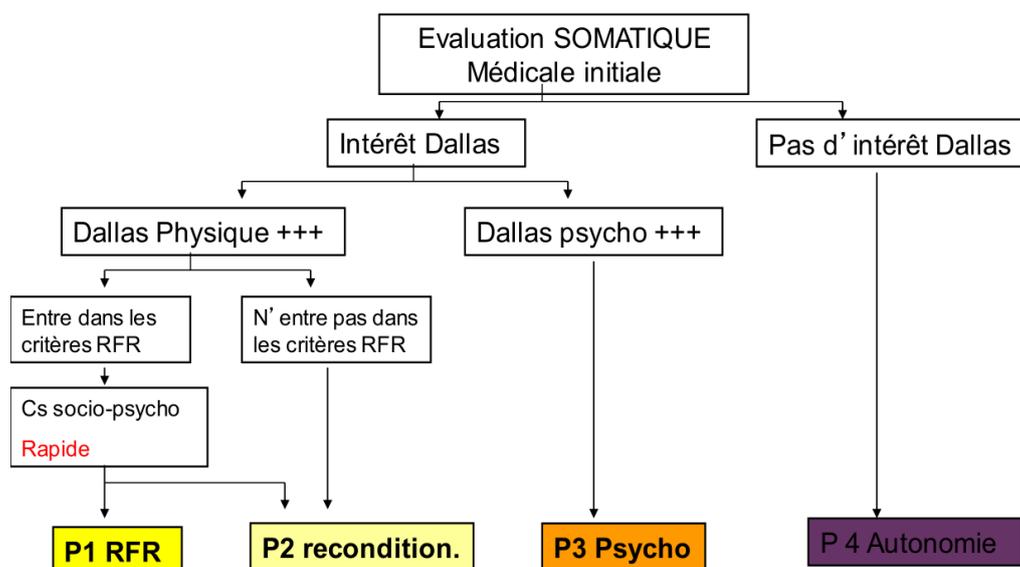
Le patient peut d'abord être vu en **consultation par le médecin MPR** de l'unité qui valide chaque adressage. Un dossier peut aussi être utilisé pour valider son admission au sein d'un établissement. Le médecin rééducateur peut être sollicité par les médecins généralistes, médecins du travail, rhumatologue, algologue et les chirurgiens. Ces derniers peuvent demander une rééducation en première intention, avant d'envisager une intervention chirurgicale.

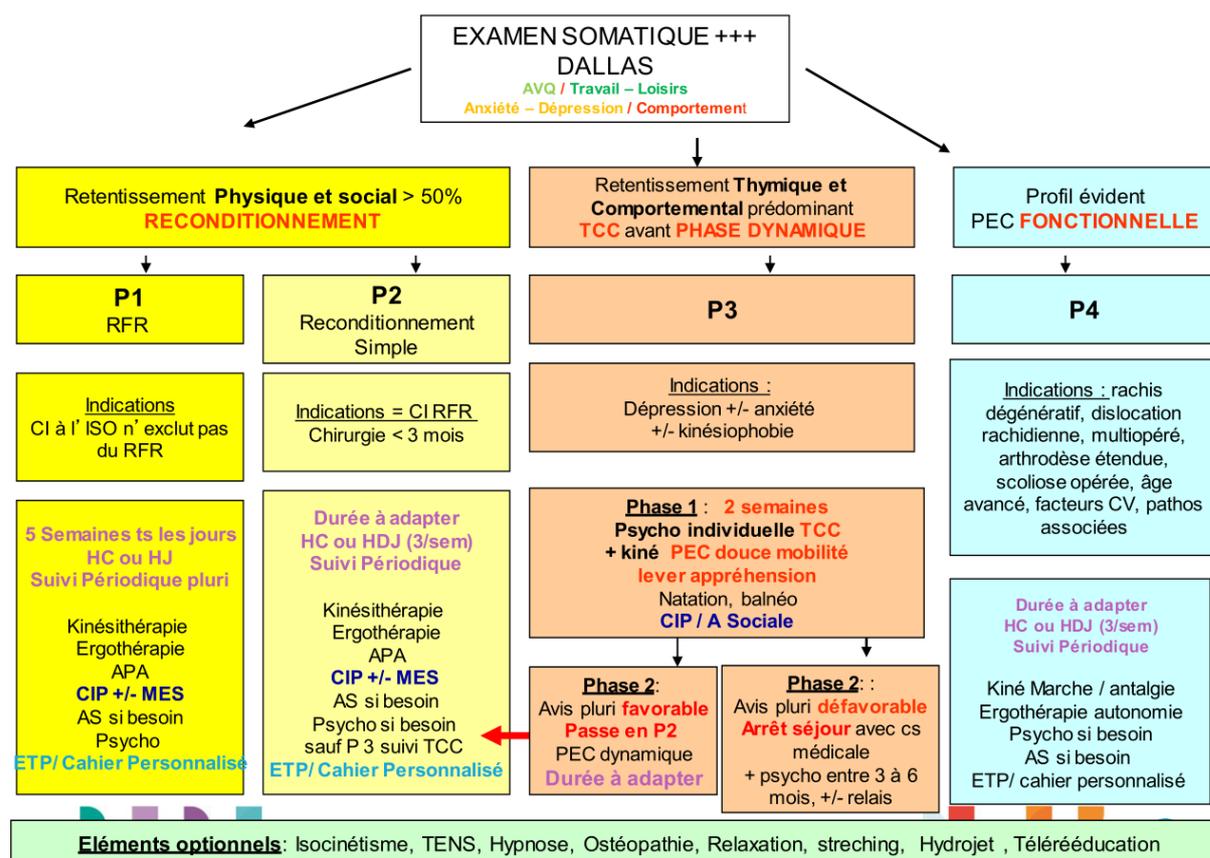
Les principaux **critères de récusation** sont les pathologies intercurrentes ne permettant pas une prise en charge intensive (cardio, pneumo, neuro), les causes secondaires (tumorales, infectieuses, fracture instable, etc.), ainsi que la grossesse, les troubles psychiatriques ou cognitifs invalidants et l'obésité de grade >2.

Les **critères permettant la constitution de groupes homogènes** dans le cadre d'un travail collectif sont le retentissement fonctionnel, la fatigabilité, la douleur (traitements médicamenteux importants, patients corsetés) et les facteurs psychosociaux sévères (psychiatrique, critères d'isolement social). L'idée étant donc de disposer d'un outil de groupage au sein de l'établissement permettant d'orienter le patient vers le programme le plus pertinent.

La prise en charge dynamique est vivement recommandée. Dès lors que les critères d'inclusion sont présents, le consensus semble être de proposer un programme de reconditionnement à l'effort d'une durée d'au moins quatre semaines dans la mesure du possible. Des séances individuelles hors RFR et pendant quatre semaines sont à préconiser pour les patients âgés, avec une grande fatigabilité et/ou avec un retentissement psychologique important.

A titre d'exemple, le Pôle Saint-Hélier propose le principe de phénotypage croisé à l'échelle de Dallas afin de créer des profils types de patients :





➤ **Élaboration du projet personnalisé de soins en lien avec le patient**

Les grands **objectifs de l'élaboration du projet personnalisé de soins** sont :

1. La réinsertion professionnelle.
2. L'amélioration des paramètres analytiques et fonctionnels rachidiens.
3. Le reconditionnement à l'effort.
4. La gestion de la douleur.
5. L'adaptation thérapeutique.
6. L'évaluation des gestes.
7. L'acquisition des postures d'économie rachidienne.

Dès lors que l'orientation est validée, le patient échange avec le médecin MPR, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute et l'enseignant APA pour **définir les objectifs de la rééducation**. Cette étape nécessite un temps d'explication et un recueil de l'adhésion du patient. Lorsque le retentissement fonctionnel est important, il est essentiel de se focaliser sur les besoins du patient par une approche bio-psycho-sociale. L'appropriation d'un programme individualisé est une condition de réussite, particulièrement pour les patients dont le retentissement fonctionnel n'est plus le seul enjeu de la prise en charge.

Le contenu des activités éducatives est ciblé en fonction des aspects socioprofessionnels et physiques. L'accent est aussi mis sur l'enjeu majeur de **l'auto-rééducation après le séjour** afin d'assurer la pérennité des acquis. Un cahier d'exercices personnalisé ou une application peuvent être mis en place pour le patient avec un suivi en consultation médicale de trois à six mois après la fin de la rééducation et en lien étroit avec ses correspondants.

Le stage dure en moyenne quatre à cinq semaines pour tous les profils patients, qu'ils soient en hospitalisation complète ou en hospitalisation partielle. Il fonctionne en journées entières ou en demi-journées pour les patients fatigables avec des interventions d'une équipe pluridisciplinaire. Le programme comprend systématiquement des séances de kinésithérapie active.

Pour les patients étant en capacité de maintenir une vie professionnelle, l'organisation entre trois et quatre heures permet d'alterner entre soins et activité professionnelle. De la même façon, la demi-journée permet d'accompagner sur un rythme léger les patients âgés, multi-opérés ou avec une grande fatigabilité avec pour principal objectif l'amélioration de l'autonomie et la qualité de vie. Il s'agirait de proposer cinq heures par jour au patient, et de répartir les différents ateliers en fonction de son projet personnalisé de soins.

➤ **Place et temps de la réinsertion**

La réinsertion se décline principalement avec la **réinsertion professionnelle**, mais aussi sur **l'aspect psychosocial**. La place du psychologue et de la gestion de la douleur demeure essentielle dans les soins. La réinsertion professionnelle se construit en lien avec l'assistante sociale, le médecin du travail et l'unité d'insertion socioprofessionnelle pendant le séjour et/ou après si intervention de Comète.

Il est nécessaire de repérer, pour chaque patient, les conditions de réussite et d'échec potentiel et de le sensibiliser à travers la recherche d'adhésion. La fragilité psychique demeure un risque majeur de décompensation aiguë de la pathologie. Le repérage précoce des facteurs de risques (addictions notamment) conduit à insérer une dimension de prévention dans le programme de soin et de suivi.

➤ **Place du collectif et de l'accompagnement individuel**

Un équilibre sera trouvé entre la place du collectif et l'accompagnement individuel dans le programme de soins d'un patient souffrant de lombalgie chronique. La rééducation individuelle en kinésithérapie n'est pas systématique. En revanche, lorsqu'elle a lieu, les proportions entre soins individuels et collectifs sont à établir. Une **rééducation individualisée dans un cadre collectif** est envisageable avec un ratio de deux patients maximum pour un kinésithérapeute. Pour certaines prises en charge spécifiques, les séances sont individuelles en kinésithérapie. Enfin, seules la physiothérapie, l'accompagnement psychologique, et les entretiens du service de réinsertion se réalisent en individuel.

Les **groupes** doivent idéalement être constitués en fonction des activités communes aux différents profils. Il n'y a pas de constitution précise pour les activités de réentraînement à l'effort, mais les activités physiques peuvent être organisées en fonction des aptitudes spécifiques des patients, de leurs besoins et d'une éventuelle préférence directionnelle mise en évidence notamment lors d'un bilan initial. La **pairémulation** entre patients apporte indéniablement des bénéfices dans la réalisation des différents exercices proposés par l'équipe médicale. De la même façon, des **patients-experts** peuvent être rattachés à une équipe pluridisciplinaire et animer des ateliers.

Les **deux modalités** (individuelle et collective) coexistent pour les séances d'ergothérapie, d'activités physiques adaptées ou de rééducation en piscine. Les séances d'ETP se font en groupe ou en individuel. Cela dépend des besoins et attentes du patient en ergothérapie et des activités préconisées en APA.

Le programme de soins est régulièrement ré-évalué et ajusté le cas échéant. L'organisation des unités est facilitée par l'atteinte d'un seuil critique de file active. Un programme-type sur quatre semaines, aménageant des plages individualisées pour la bonne prise en compte des besoins singuliers, permet d'optimiser les moyens et les organisations. Cette structuration peut se réaliser en continu sur douze mois ou de manière itérative au cours de l'année.

➤ **Éducation thérapeutique**

L'ETP peut parfois être considéré comme la modalité globale de prise en charge d'un patient en SSR. Or, le cadre d'un programme d'ETP est différent de la posture éducative lors de l'évaluation réalisée en début et en fin de séjour. Le programme d'ETP est complémentaire à la prise en charge de l'établissement. Le programme contient un bilan éducatif initial et final et propose cinq à six séances de deux heures autour d'un thème. L'objectif principal est l'acquisition de compétences psychosociales. La mise en place d'un programme ETP pour les personnes atteintes de lombalgie chronique est pertinente lorsqu'elle permet une évolution de la représentation de la maladie, la réduction de son impact sur la qualité de vie.

➤ **Échéances des évaluations et/ou réajustements du projet**

La prise en charge est d'une durée déterminée avant même l'intégration du patient au sein de l'établissement. Afin de suivre l'avancée du programme, l'équipe pluridisciplinaire se réunit chaque semaine afin d'évaluer la progression du patient. Les critères sont l'amélioration analytique, le progrès de reconditionnement et les acquis fonctionnels. Lorsque la situation présente plus de résistance, un suivi MPR en externe est proposé en fonction des explorations complémentaires, d'un avis chirurgical, d'essai autre thérapeutique et d'un suivi de la rééducation libérale. Le résultat de la prise en charge en centre est bien souvent un élément décisionnel important pour le chirurgien.

2.3. Liens pré et post séjour

Les PRS successifs ont préconisé une répartition territoriale des SSR locomoteurs. Ce maillage n'est actuellement pas remis en question. Le développement attendu de l'accueil en ambulatoire implique néanmoins une organisation des transports et/ou de l'hébergement non médicalisé compatible avec un séjour de quatre semaines.

➤ En amont : liens et critères d'admission

Niveau de recours	Adressage	Type de SSR ou autre modalité de PEC	Profils cliniques
Niveau 1 : de proximité	Médecin généraliste Médecin du travail Rhumatologue Chirurgien Algologue	SSR Locomoteur – RFR (4 semaines) – Autres (ex : séances individualisées, 4 semaines) – Éducation/Prévention (1 semaine)	Profils hétérogènes
Niveau 2 : Spécificités territoriales d'établissements	SSR polyvalents PAPD Médecins spécialistes Echec niveau 1	SSR Locomoteur	Personnes âgées Profils complexes Dimension cognitive ou psychiatrique à accompagner Handicap associé

Les patients sont adressés essentiellement par les médecins traitants, les rhumatologues, chirurgiens du rachis, les centres antidouleur et les neurochirurgiens. Le médecin généraliste joue un rôle déterminant dans le repérage des patients présentant une lombalgie, la sensibilisation et l'orientation vers le spécialiste approprié. Il existe déjà des outils sur lesquels il est possible de s'appuyer afin d'aider à affiner l'adressage des patients. **L'échelle de Dallas** (auto-évaluation sur le retentissement de la douleur rachidienne) permet notamment un meilleur adressage auprès des établissements SSR locomoteurs prenant en charge des patients souffrants de lombalgies chroniques. La HAS recommande aussi l'utilisation du questionnaire **STarT Back screening tool** (qui propose une prise en charge stratifiée sur le risque), et **l'échelle d'Oswestry** (qui évalue la capacité fonctionnelle du patient). Ces échelles peuvent être utilisées pour évaluer le risque de chronicité.

Le secteur géographique, le post-chirurgical immédiat ou la douleur sévère constituent des motifs du refus dans un établissement. Dans la pratique, les récusations sont rares lorsque des programmes thérapeutiques gradués sont mis en œuvre par l'unité. L'aspect communication-promotion de l'offre proposée sur un bassin de santé reste une condition de pertinence des orientations et limite l'errance diagnostique et thérapeutique ; il peut être associé aux propositions de formation continue sur cette thématique. L'accès aux médecin référent de l'unité pour ses confrères libéraux doit être organisé.

Comme énoncé précédemment, afin de limiter la chronicisation de la maladie, il est nécessaire d'améliorer la réactivité et la densité des échanges avec les adresseurs. **Réduire le délai de pour l'accès aux soins** et limiter la prolongation de l'arrêt de travail, sont des enjeux clés pour les lombalgies chroniques. L'augmentation des capacités d'accueil et d'hébergement demeure un sujet à objectiver pour réduire les délais d'admission dans les établissements au regard également d'adressages davantage structurés. Travailler avec une infirmière en pratiques avancées pourrait être un levier

d'amélioration. C'est aussi l'amélioration de la communication autour des profils de patients et du type de prise en charge réalisé qui apparaît être une nécessité. Pour éviter l'errance diagnostique et thérapeutique, l'offre doit pouvoir être lisible par l'ensemble des professionnels du territoire.

➤ **En aval : modalités de suivi**

Le **suivi après le séjour du patient** est essentiel pour limiter le déconditionnement et la perte de motivation liée à l'activité physique. Il semble toutefois nécessaire de trouver un équilibre entre l'intervention régulière de l'établissement et le souhait de faire gagner le patient en autonomie. Il convient de proposer un programme auto rééducatif adapté à chaque patient après un bilan final avec un entretien téléphonique avec un rééducateur avant la consultation à **six mois**. Une ligne fixe auprès d'un IDE de coordination peut aussi être une solution afin de répondre aux professionnels lorsqu'ils ont des interrogations sur la réalisation d'exercices. Les établissements en charge des soins des lombalgies chroniques sont souvent perçus par certains patients comme « la dernière chance » pour retrouver une vie normale. Le maintien des acquis avec relais en libéral semble être une passerelle afin de ne pas laisser le patient face aux risques de déconditionnement. Un *coaching* pourrait aussi être développé par l'établissement. De la même façon, un passage de l'ergothérapeute, en collaboration avec les services de santé au travail, au domicile et au poste de travail pour donner une évaluation et des conseils.

3. Innovations techniques et organisationnelles

3.1. Innovations numériques et techniques

➤ **Innovations numériques : télééducation et télésuivi**

Lors de la prise en charge, le patient peut se voir attribuer du temps sur des plateformes numériques. Au sein du Pôle Saint-Héliier, le **parcours hybride** avec une combinaison HTP présentiel et HTP numérique semble apporter de bons résultats chez certains patients, surtout avec retentissement thymique et de sociabilité prédominante. Une thèse est en cours à ce sujet pour montrer l'efficacité des télésoins pour ce profil de patients. Le Pôle Saint-Héliier avance dans son protocole que : « *La rééducation à distance via le télésoin est recommandée dans la lombalgie chronique dans les recommandations de Bonnes Pratiques éditées par la Haute Autorité de Santé en février 2021 et les actes rééducatifs qui s'y rapportent figurent dans la révision du Code de Santé Publique (art 4321-5). La HAS stipule que « le télésoin est particulièrement adapté aux patients chroniques qui pourront éviter des déplacements. C'est aussi un moyen d'améliorer l'autonomisation du patient et l'observance. »*. Le caractère innovant, outre la thématique, tient à l'utilisation des nouvelles TIC. Il s'agira de l'une des premières études de suivi rééducatif par télé-médecine en France, constituant un nouveau mode de suivi et de prise en charge des patients porteurs d'une douleur chronique. Ce projet participera donc au développement des connaissances sur le sujet, de l'évaluation de l'efficacité médico économique dans le contexte de remboursement des soins de santé français et favorisera le déploiement de ces solutions sur le territoire national. L'étude présente propose d'évaluer l'impact d'un programme multidisciplinaire biopsychosocial rééducatif en télésoin au niveau fonctionnel chez des personnes lombalgiques chroniques présentant un retentissement psycho-comportemental majeur. »

Des applications peuvent aussi permettre la rééducation à distance, notamment **après la phase de rééducation** au sein de l'établissement. Lors de la crise Covid19, certains établissements bretons ont utilisé l'application AXOMOVE.

Les **limites** de ces modalités de soins à distance résident principalement dans l'acquisition de matériel informatique, de son utilisation et de la zone géographique (pourvue ou non de réseau). De même, l'installation et le suivi de ces dispositifs sont chronophages et requièrent une formation des professionnels en amont. Un équilibre entre le temps soignant et l'utilisation de l'outil numérique est nécessaire pour envisager une rééducation en fonction du seuil d'activité critique et des critères d'inclusion.

➤ **Innovations techniques**

Sur le plan technique, en prévention, les exosquelettes sont souvent cités pour limiter les risques liés notamment au port de charge. Même si l'origine des lombalgies est multifactorielle, les contraintes biomécaniques d'une activité physique professionnelle sont prépondérantes (INRS). Afin de limiter ces risques, l'utilisation des exosquelettes semble être pertinente. Il faut toutefois pouvoir trouver un équilibre dans leur utilisation afin de ne pas entraîner de compensation significative (muscles abdominaux principalement).

Le groupe Satisform propose des dispositifs médicaux appliqués à la rééducation, la prévention et la performance physique. Un de ses champs d'action est la mobilisation passive et active sur les pathologies du dos (complexes lombo-pelvi-fémoral et thoraco-lombaire). De nombreux appareils sont proposés pour les kinésithérapeutes et les médecins qui souhaitent garantir un gain d'autonomie aux patients.

La réalité virtuelle peut aussi être un outil pertinent pour que le patient puisse gagner en mobilité et réduire le retentissement fonctionnel. La projection ludique grâce aux casques de réalité virtuelle peut réduire l'appréhension de certains patients. Le Pâtis-Fraux débute depuis juin la mise en place de caques de réalité virtuelle et effectue les premiers tests auprès de ses patients. Cette proposition novatrice dans la prise en charge des lombalgies chroniques s'appuie sur un ensemble de données scientifiques proposé en annexe.

3.2. Gradation de l'offre de soins

La gradation de l'offre de soins concerne autant l'amont que l'aval de la prise en charge. L'accès à l'hospitalisation partielle est parfois difficile lorsque les liens entre la médecine libérale et la médecine hospitalière ne sont pas établis. L'amont du séjour est source d'enjeux de connaissance mutuelle, de confiance, de réactivité et de qualité du parcours chronique. Favoriser l'échange entre rééducateurs libéraux et ceux en structure permettrait de mieux repérer les patients à risque de chronicisation. L'errance médicale, le manque de cohérence des adressages, la douleur, la dramatisation de la situation parfois liée à des commentaires de l'imagerie et les représentations du patient sur sa maladie sont des facteurs qui renforcent la perte de temps, et donc l'augmentation des risques de chronicisation de la maladie. Une proportion significative de patients reste encore isolée, en prise avec des discours contradictoires sur la lombalgie, ses causes et son traitement.

Il existe déjà des outils sur lesquels l'adresseur peut s'appuyer afin d'aider à affiner l'adressage des patients (**questionnaires validés par le groupe de travail en annexe**). De la même façon, l'aval du séjour peut s'établir avec des kinésithérapeutes libéraux afin de s'inscrire dans une gradation plus explicite entre le séjour dans l'établissement et le retour au domicile. Une aide à la prescription d'une rééducation active avec des supports à la prescription de kinésithérapie libérale de sport-santé semble pertinente.

La construction d'un accompagnement intermédiaire et gradué entre hôpital et offre ambulatoire peut s'effectuer en hôpital de proximité, dans le volet prévention des contrats locaux de santé ou au travers des projets de santé des CPTS, en lien avec des établissements SSR spécialisés.

A titre d'illustration, le CRRF Kerpape a construit un partenariat avec le centre de santé de Kervignac afin d'y proposer un programme d'éducation thérapeutique pour les douleurs chroniques du rachis. Une rééducation active ainsi que quatre ateliers de groupe sont programmés sur un mois, avec l'appui de professionnels partagés. Un relai au CRRF peut être proposé à l'issue si nécessité de densifier l'accompagnement. Ce dispositif suppose une concertation initiale pour préconiser l'orientation la plus pertinente au regard des besoins du patient.

3.3. Plan d'action en prévention et promotion de la santé

Pour prévenir les risques de lombalgies chroniques et promouvoir des activités physiques sportives auprès de la population, les SSR des affections de l'appareil locomoteur peuvent s'appuyer sur un partenariat étroit avec la médecine du travail.

Une majorité de patients sont encore en activité professionnelle et le retour à l'emploi avec ou sans adaptation de poste est un des volets-clé de la réinsertion. La médecine du travail peut intervenir avant même que la lombalgie soit reconnue ou déclarée lors d'un arrêt de travail, dès lors que le salarié sollicite un rendez-vous et souhaite une intervention sur son lieu de travail (**schéma de l'ensemble des pratiques de la médecine du travail en annexe**). Comme pour de nombreuses pathologies chroniques, il est nécessaire de pouvoir intervenir précocement sur l'ensemble des facteurs pouvant impacter un individu. Le lien avec la médecine du travail est indispensable tout au long du parcours du patient ; son analyse, notamment dans l'aménagement de poste pour limiter les risques représente une condition de réussite majeure. Des leviers d'amélioration peuvent être proposés, avec notamment des temps dédiés à l'échauffement avant l'activité professionnelle ou à l'APA. La sensibilisation des employeurs et le respect des contre-indications du médecin du travail est essentielle dans la limitation des risques de lombalgie, tout comme l'intervention précoce des préventeurs du SST pour limiter les facteurs de risque.

Les structures de rééducation peuvent s'appuyer sur le dispositif « *sport-santé* » qui recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribuent au bien-être et à la santé (définition de la santé par l'OMS). Les professionnels de santé peuvent orienter leurs patients vers le secteur libéral ou associatif après une première consultation pour éviter un séjour en CRF ou en aval de la prise en charge au centre. Les acteurs des dispositifs sport-santé deviennent des acteurs majeurs en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Afin de prévenir la population des facteurs de risque comme l'obésité

et la sédentarité, un stage court de sensibilisation après un premier épisode de lombalgie pourrait être proposé par les professionnels de santé en établissement ou en structures d'exercices partagés.

Créer une culture commune sur l'intégralité du parcours, qui aille de la réduction des risques à la prise en charge thérapeutique est un enjeu clef de la limitation des lombalgies sur le territoire. La création de campagnes de sensibilisation et d'information et d'outils de communication pour limiter les facteurs de risque est nécessaire aussi bien au niveau national que régional. À l'échelle nationale, l'Assurance Maladie propose de nombreuses campagnes de sensibilisation depuis 2017 afin de combattre les croyances liées aux lombalgies, avec notamment son programme « *Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement* ». L'impact de ces campagnes sont parfois remarquées sur le terrain avec l'évolution de la représentation de la maladie par le patient, mais avec des résultats encore très perfectibles.

La formation initiale des médecins et autres professionnels de santé, mais également en formation continue, apparaît aussi comme un changement majeur à venir pour bousculer les représentations des lombalgies chroniques et espérer la création d'un socle commun de connaissances pour une prise en charge pertinente du patient.

Annexes

Annexe n° 1 : Échelle de Dallas, estimation du retentissement de la douleur dans la vie du patient



Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas (D.R.A.D.)
Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.

étiquette

Date :

A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout		parfois		tout le temps	
0%					100%

2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc) ?

pas du tout (pas de douleur)		moyennement		je ne peux pas sortir du lit	
0%					100%

3. La possibilité de soulever quelque chose:

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout (comme avant)		moyennement		je ne peux rien soulever	
0%					100%

4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

Je marche comme avant		presque comme avant		presque plus du tout		plus du tout
0%						100%

5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

Pas du tout (pas d'aggravation de la douleur)		moyennement		je ne peux pas rester assis (e)	
0%					100%

6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

Pas du tout (je reste debout comme avant)		moyennement		je ne peux pas rester debout	
0%					100%

7. Le sommeil :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

Pas du tout (je dors comme avant)		moyennement		je ne peux pas dormir du tout	
0%					100%

Total X 3 = -----% de répercussion sur les activités quotidiennes

Annexe n° 2 : Échelle d'Oswestry, évaluation de la capacité fonctionnelle du patient

Échelle d'incapacité d'Oswestry

Ce questionnaire a été conçu pour donner au thérapeute des renseignements sur la manière dont la lombalgie a perturbé votre vie quotidienne. Ayez l'amabilité de remplir chacune des sections, et cochez dans chaque section uniquement la boîte qui s'applique à votre cas.

Il se peut que deux des questions d'une section paraissent représenter votre cas, mais prenez soin de cocher seulement celle qui décrit très précisément votre problème.

Veillez, s'il vous plaît, répondre à ce questionnaire. Il est conçu pour nous informer de l'effet de votre problème de dos (ou de jambe) dans votre vie de tous les jours.

S'il vous plaît, répondez à **chaque section**. Cochez **une seule case** pour chaque section qui vous décrit le mieux **aujourd'hui**.

Section 1--- Intensité de la douleur

- Je n'ai pas de douleur en ce moment.
- La douleur est très légère en ce moment.
- La douleur est modérée en ce moment.
- La douleur est assez forte en ce moment.
- La douleur est très forte en ce moment.
- La douleur est la pire qu'on puisse imaginer en ce moment.

Section 2--- Soins personnels (se laver, s'habiller, etc)

- Je peux faire mes soins personnels sans augmenter la douleur.
- Je peux faire mes soins personnels mais cela augmente la douleur.
- C'est douloureux de faire mes soins personnels et je les fais lentement et avec précaution.
- J'ai besoin d'un peu d'aide mais je peux faire la plupart de mes soins personnels.
- J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de mes soins personnels.
- Je ne m'habille pas, je me lave avec difficulté et je reste au lit.

Section 3--- Soulever des objets

- Je peux soulever des objets lourds sans augmenter la douleur.
- Je peux soulever des objets lourds mais cela augmente la douleur.
- La douleur m'empêche de soulever des objets lourds à partir du sol mais je peux les soulever s'ils sont bien placés, par exemple sur une table.
- La douleur m'empêche de soulever des objets lourds mais je peux soulever des objets légers ou moyens s'ils sont bien placés.
- Je peux seulement soulever des objets très légers.
- Je ne peux rien soulever ni transporter.

Section 4--- Marcher

- La douleur ne m'empêche pas de marcher peu importe la distance.
- La douleur m'empêche de marcher plus d'un mille (1,5 kilomètres).
- La douleur m'empêche de marcher plus d'un demi-mille (0,75 kilomètre).
- La douleur m'empêche de marcher plus de 100 verges (100 mètres).
- Je peux marcher seulement à l'aide d'une canne ou de béquilles.
- Je suis au lit la plupart du temps et je dois ramper pour aller aux toilettes.

Section 5--- S'asseoir

- Je peux m'asseoir sur n'importe quel fauteuil aussi longtemps que je le veux.

- Je peux m'asseoir sur mon fauteuil préféré aussi longtemps que je le veux.
- La douleur m'empêche de m'asseoir plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de m'asseoir plus d'une demi-heure.
- La douleur m'empêche de m'asseoir plus de 10 minutes.
- La douleur m'empêche complètement de m'asseoir.

Section 6--- Se tenir debout

- Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux sans augmenter la douleur.
- Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux mais cela augmente la douleur.
- La douleur m'empêche de me tenir debout plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de me tenir debout plus d'une demi-heure.
- La douleur m'empêche de me tenir debout plus de 10 minutes.
- La douleur m'empêche complètement de me tenir debout.

Section 7--- Dormir

- Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur.
- Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur.
- À cause de la douleur, j'ai moins de 6 heures de sommeil.
- À cause de la douleur, j'ai moins de 4 heures de sommeil.
- À cause de la douleur, j'ai moins de 2 heures de sommeil.
- La douleur m'empêche complètement de dormir.

Section 8--- Vie sexuelle (si s'applique)

- Ma vie sexuelle est normale et elle ne cause pas d'augmentation de la douleur.
- Ma vie sexuelle est normale mais elle cause une certaine augmentation de la douleur.
- Ma vie sexuelle est presque normale mais elle est très douloureuse.
- Ma vie sexuelle est très limitée par la douleur.
- Ma vie sexuelle est presque absente à cause de la douleur.
- La douleur empêche toute vie sexuelle.

Section 9--- Vie sociale

- Ma vie sociale est normale et ne me cause pas d'augmentation de la douleur.
- Ma vie sociale est normale mais elle augmente le niveau de la douleur.
- La douleur n'a pas d'effet important sur ma vie sociale à part de limiter mes activités les plus vigoureuses, par exemple le sport, etc.
- La douleur a limité ma vie sociale et je ne sors plus autant qu'avant.
- La douleur a limité ma vie sociale à mon domicile.
- Je n'ai pas de vie sociale à cause de la douleur.

Section 10--- Se déplacer

- Je peux me déplacer n'importe où sans douleur.
- Je peux me déplacer n'importe où mais cela augmente la douleur.
- La douleur est forte mais je peux me déplacer plus de deux heures.
- La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure.
- La douleur me limite à de courts déplacements nécessaires de moins de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de me déplacer sauf pour recevoir des traitements.

Annexe n° 3 : STarT Back Screening Tool, envisager une prise en charge spécifique

STarT Back Outil Triant

Pour ce premier ensemble de questions, veuillez penser à votre mal de dos pendant ces deux dernières semaines.

		Pas d'accord 0	D'accord 1
1	Mon mal de dos a irradié dans la/les jambe(s) à un certain moment ces 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	J'ai ressenti des douleurs dans l'épaule ou dans le cou à un certain moment ces 2 dernières semaines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ces 2 dernières semaines, je n'ai marché que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ces 2 dernières semaines, je me suis habillé plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Il n'est vraiment pas prudent, pour une personne dans un état comme le mien, d'être physiquement active.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Des pensées préoccupantes m'ont souvent traversé l'esprit ces 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	J'estime que mon mal de dos est épouvantable et je pense que cela n'ira jamais mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	En général, ces 2 dernières semaines, je n'ai pas profité de toutes les choses que j'avais l'habitude d'apprécier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné pendant ces 2 dernières semaines?

Pas du tout	Légerement	Modérément	Beaucoup	Enormément
<input type="checkbox"/>				
0	0	0	1	1

Score total (tout 9) : _____ Sous Score (Q5-9): _____

Traduit par Christophe Demoulin, l'Université de Liege, Belgique, le 2009 juin

© Keele University 01/08/07

Cotation de l'instrument :

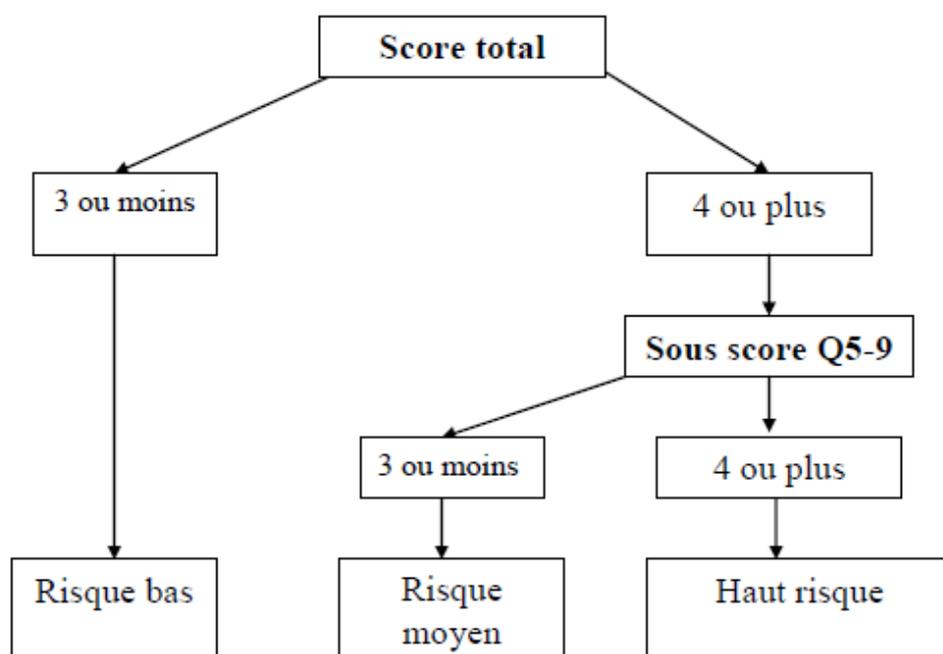
1 point est attribué à l'item 1 si « beaucoup » ou « énormément » est coché.

1 point est attribué pour chacun des autres items (2 à 9) si « d'accord » est coché.

La sous-échelle psychosociale comprend les items 1, 4, 7, 8 & 9.

Un patient est assigné au groupe à haut risque si le score de la sous-échelle psychosociale est supérieur ou égal à 4.

Les patients restants sont assignés au groupe à faible risque si le score global de l'instrument est inférieur à 4 et au groupe à risque moyen si ce score global est supérieur ou égal à 4.



Annexe n° 4 : Drapeaux de l'HAS

DRAPEAUX ROUGES

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
- Perte de poids inexplicquée.
- Antécédent de cancer.
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
- Déformation structurale importante de la colonne.
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales).
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
- Fièvre.
- Altération de l'état général.

DRAPEAUX JAUNES

Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

- Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée.
- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).

DRAPEAUX BLEUS

Facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur

- Charge physique élevée de travail.
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.
- Manque de capacité à modifier son travail.
- Manque de soutien social.
- Pression temporelle ressentie.
- Absence de satisfaction au travail.
- Stress au travail.
- Faible espoir de reprise du travail.
- Peur de la rechute.

DRAPEAUX NOIRS

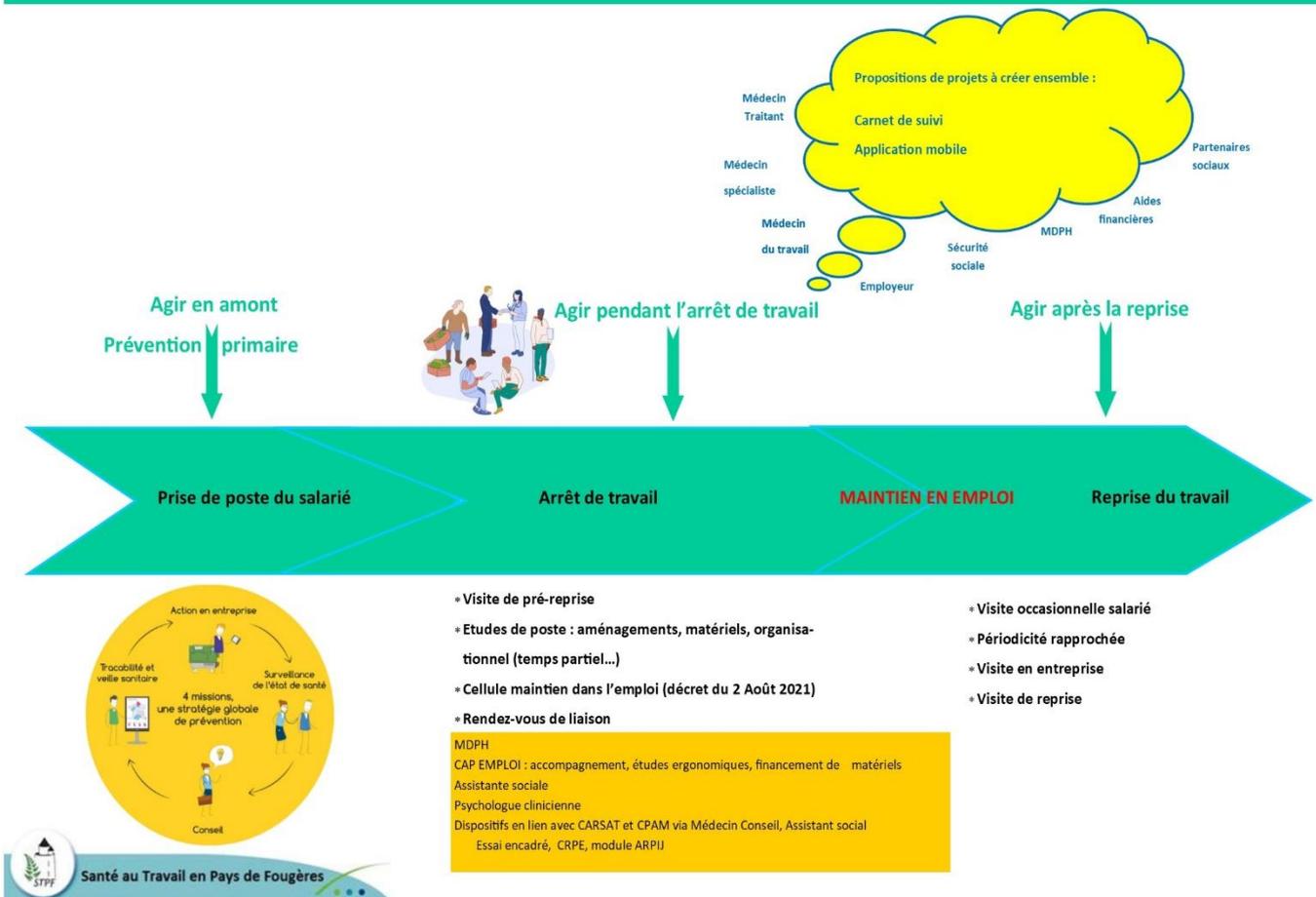
Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance

- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste.
- Insécurité financière.
- Critères du système de compensation.
- Incitatifs financiers.
- Manque de contact avec le milieu de travail.
- Durée de l'arrêt maladie.

D'après la Société française de médecine du travail (SFMT). Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de bonne pratique. Rouen: SFMT; 2013.

Annexe n° 5 : Schéma parcours du patient avec la médecine du travail

PARCOURS DE SUIVI EN SANTE AU TRAVAIL



Annexe n° 6 : Articles scientifiques, casque de réalité virtuelle et maladie chronique

- Alemanno, F., Houdayer, E., Emedoli, D., Locatelli, M., Mortini, P., Mandelli, C., Raggi, A., & Iannaccone, S. (2019). Efficacy of virtual reality to reduce chronic low back pain : Proof-of-concept of a non-pharmacological approach on pain, quality of life, neuropsychological and functional outcome. *PLOS ONE*, 14(5), e0216858. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216858>
- Jones, T., Moore, T., & Choo, J. (2016). The Impact of Virtual Reality on Chronic Pain. *PLOS ONE*, 11(12), e0167523. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167523>
- Matheve, T., Bogaerts, K., & Timmermans, A. (2020). Virtual reality distraction induces hypoalgesia in patients with chronic low back pain : A randomized controlled trial. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 17(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12984-020-00688-0>
- Sato, K., Fukumori, S., Matsusaki, T., Maruo, T., Ishikawa, S., Nishie, H., Takata, K., Mizuhara, H., Mizobuchi, S., Nakatsuka, H., Matsumi, M., Gofuku, A., Yokoyama, M., & Morita, K. (2010). Nonimmersive Virtual Reality Mirror Visual Feedback Therapy and Its Application for the Treatment of Complex Regional Pain Syndrome : An Open-Label Pilot Study. *Pain Medicine*, 11(4), 622-629. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00819.x>
- Tack, C. (2021). Virtual reality and chronic low back pain. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 16(6), 637-645. <https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1688399>
- Yilmaz Yelvar, G. D., Çırak, Y., Dalkılıç, M., Parlak Demir, Y., Guner, Z., & Boydak, A. (2017). Is physiotherapy integrated virtual walking effective on pain, function, and kinesiophobia in patients with non-specific low-back pain? Randomised controlled trial. *European Spine Journal*, 26(2), 538-545. <https://doi.org/10.1007/s00586-016-4892-7>