
MISE EN PLACE ET ÉVALUATION D'ATELIERS D'ÉDUCATION POUR LA LOMBALGIE EN MILIEU THERMAL

**E COUDEYRE*¹, C BENAÏM², V GREMEAUX², S POIRAUDEAU³,
C HERISSON²**

¹ Centre de médecine physique et réadaptation Notre Dame, 63404 Chamalières Cx

² Service central de rééducation fonctionnelle, CHU Lapeyronie, 34295 Montpellier Cx5

³ Service de rééducation et de réadaptation, Hôpital Cochin, 75679 Paris Cx 14

Résumé

Introduction : Différentes études ont établi l'intérêt du thermalisme dans la prise en charge des lombalgies communes. L'éducation des curistes est l'une des missions des établissements thermaux qu'il est nécessaire d'évaluer et de valoriser.

Objectifs : Evaluer l'impact d'ateliers d'éducation sur la lombalgie commune en milieu thermal.

Matériel et méthodes : Etude prospective randomisée de type "alternate month design".

De juillet à septembre 2003, 360 curistes admis aux thermes d'Amélie-les-Bains pour lombalgie commune sont inclus, 188 dans le groupe intervention (ateliers d'éducation et information orale non standardisée), 172 dans le groupe contrôle (information orale non standardisée). Trois ateliers d'1 h 30 constituent "l'école du mouvement" qui comporte des informations validées, pratiques et théoriques, issues du "Guide du dos". Le critère d'analyse principal concerne les croyances de peur et d'évitement (FABQ phys), les critères secondaires sont : l'incapacité fonctionnelle (Québec) et l'intensité douloureuse évaluées à J0, J21, J180 et la satisfaction sur l'information reçue évaluée en fin de cure.

Résultats : La cure thermale a un effet antalgique significatif pour l'ensemble des sujets inclus ($p < 0,05$). Les ateliers d'éducation permettent de réduire significativement les croyances de peurs et d'évitement pendant et jusqu'à six mois après la cure. L'incapacité fonctionnelle des curistes ayant participé à l'école du mouvement est significativement plus faible ($p < 0,05$) en fin de séjour. Ces ateliers ont également un effet significatif sur la satisfaction vis-à-vis de l'information reçue.

Conclusion : L'apport d'ateliers d'éducation sur la lombalgie au contenu validé contribue à améliorer le service médical rendu par les cures thermales en réduisant les peurs et croyances et l'incapacité fonctionnelle au moyen d'une information de meilleure qualité.

Mots clefs : Education, Information, Lombalgie, Thermalisme

* Correspondance et tiré à part : Dr Emmanuel Coudeyre Centre de médecine physique et réadaptation Notre Dame, BP 86, 4 Avenue Joseph Claussat, 63404 Chamalières Cedex Tél : 04 73 19 58 58 Fax : 04 73 19 58 03 Courriel : e.coudeyre@alfainfo.net

Introduction

L'incapacité résultant de la pathologie lombaire commune est liée pour une grande part à des facteurs sociaux, culturels et environnementaux, en particulier à des croyances de peur et d'évitement [1]. Un certain nombre de travaux ont montré l'impact positif d'une information ciblée sur la relation activité physique et lombalgie [2, 3].

Améliorer l'information des patients lombalgiques peut permettre de modifier leurs connaissances et secondairement leurs attitudes face aux douleurs lombaires. Le séjour en cure thermale peut être l'occasion de proposer aux patients lombalgiques une information ciblée via des sessions d'éducation pour la santé. L'impact et le bénéfice potentiels de ce type d'actions doivent être évalués afin de valider leur utilisation.

L'intérêt du thermalisme dans la prise en charge de la lombalgie commune a été largement démontré dans la littérature par des études de niveau de preuve satisfaisant [4] et les recommandations de l'Anaes sur la lombalgie chronique [5] ont confirmé cette efficacité du thermalisme qui a un « effet antalgique direct » et « contribue à restaurer la fonction » (recommandation de grade B).

L'éducation des patients est l'une des missions reconnues des établissements thermaux, le séjour en cure étant un moment privilégié pour l'éducation des patients en raison de leur disponibilité et de leur motivation. L'analyse de la littérature indexée retrouve un faible nombre d'études s'étant intéressé à des actions d'éducation en milieu thermal, elles concernent la fibromyalgie [6], l'insuffisance veineuse [7], la pédiatrie [8]. Aucune de ces études ne concerne la lombalgie commune. De plus, la qualité du message concernant la lombalgie commune, délivré par l'ensemble des intervenants lors d'un séjour en cure thermale, est inconnue à ce jour.

En réponse à cette problématique, des ateliers d'éducation sur la lombalgie sont mis en place aux thermes d'Amélie-les-Bains. L'élaboration des ateliers respecte une procédure comportant quatre étapes successives : sélection d'informations validées devant être délivrées, réalisation d'un document de référence sous la forme de diaporamas, validation des ateliers par les intervenants chargés de les animer et, enfin, administration à un groupe de curistes « test ». La sélection des informations s'appuie sur une revue systématique de la littérature afin de sélectionner un document source. Cette revue utilise la base de données électronique Pubmed, sur la période 1966 - 2003, en utilisant les mots clés « information booklet », « low back pain », « randomized controlled trial » pour effectuer la recherche. Les documents sélectionnés doivent répondre aux critères suivants :

- informations contenues basées sur des données objectives issues de la littérature sur la relation activité physique et lombalgie,
- données validées par un comité d'experts pluridisciplinaires,
- documents validés par au moins une étude clinique randomisée pour s'assurer de leur efficacité et de leur qualité scientifique,
- édition du document en langue française.

Une démarche pragmatique est associée afin de retrouver les documents ou recommandations les plus utilisés en pratique courante quel que soit leur niveau de validation. Ce travail

a permis de retenir le « Guide du dos », seul document répondant aux critères précités [2, 9]. Pour la réalisation d'un document de référence, le format de diaporama est choisi en raison de sa simplicité et de son caractère interactif entre les animateurs de l'atelier et les patients y participant. La rédaction du document initial est réalisée par une équipe multidisciplinaire, constituée d'un médecin spécialisé en médecine physique et réadaptation (EC*), d'un ergothérapeute (PF*), d'un kinésithérapeute (LR*). Une réunion de synthèse avec le chef de projet (EC*) permet ensuite d'analyser les différences entre les trois ateliers-type pour réaliser les adaptations nécessaires afin d'aboutir à une version consensuelle entre les différents membres de l'équipe rédactionnelle. La version intermédiaire issue de la réunion de rédaction est revue par un comité d'experts (CH*, PG*, BM*). Pour s'assurer de la compréhension et de la simplicité des ateliers, la version intermédiaire est évaluée par l'équipe animant les ateliers, constituée de trois agents thermaux provenant d'horizons professionnels différents : un kinésithérapeute, une infirmière, un professeur d'éducation physique. Ces trois animateurs commentent le contenu informatif des ateliers et apportent les adaptations nécessaires.

Enfin, une évaluation des ateliers auprès d'un échantillon de curistes volontaires est faite. Cette mise en situation permet de compléter la formation des animateurs, et de vérifier la bonne compréhension par les curistes du message délivré.

La version finale des ateliers comporte trois sessions d'une heure trente chacune, à raison d'une session par semaine de cure. Elle comporte trois ateliers intitulés "apprendre à gérer le mal de dos", "reconditionnement et auto-entretien", "le dos au quotidien". Le premier atelier, "apprendre à gérer le mal de dos" est animé par une infirmière durant la première semaine de cure. Il a pour objectif de dédramatiser la lombalgie commune, situer la place du repos et de l'activité physique, enseigner des techniques simples de relaxation et aider les patients à la gestion des antalgiques lors des poussées douloureuses. Le deuxième diaporama "reconditionnement et auto-entretien" est présenté par un professeur de sport lors de la deuxième semaine de cure. Il insiste sur l'intérêt du reconditionnement aérobie dans la gestion de la douleur chronique. Il enseigne également un programme d'étirements simple et de renforcement musculaire des membres inférieurs et du couple abdominaux/spinaux. Ce programme est réalisable de façon autonome sans équipement spécifique. Le troisième diaporama, "le dos au quotidien" est présenté lors de la troisième semaine de cure par un kinésithérapeute. Il apporte des notions d'ergonomie et réalise un travail de proprioception à travers des mises en situation en prévision du retour au domicile.

Cette démarche complémentaire aux soins thermaux a reçu un accueil très favorable des curistes ayant participé à l'atelier test mais son impact doit être évalué avant une diffusion plus large.

Objectifs

Évaluer l'impact d'ateliers d'éducation auprès d'une population de curistes pris en charge pour une pathologie lombaire commune.

* Initiales des auteurs

Matériel et méthode

1. Site de l'étude

L'étude se déroule aux thermes d'Amélie-les-Bains, établissement membre de la Chaîne thermale du soleil, de juillet à septembre 2003.

2. Sélection des patients

L'ensemble des patients de 18 à 70 ans admis aux thermes dont le motif principal de prise en charge est une lombalgie commune sont inclus dans cette étude.

Ne sont pas incluses les personnes présentant des troubles cognitifs, auditifs, visuels majeurs, qui n'ont pas une bonne compréhension du français parlé et/ou écrit, qui ont recours à l'aide d'un tiers pour lire ou compléter un document. La sélection des patients est réalisée par les médecins thermaux collaborant à l'étude, lors de la consultation initiale à l'entrée en cure.

3. Plan expérimental

L'étude est réalisée conformément à la méthodologie des essais contrôlés prospectifs randomisés de type « alternate month design » [10] qui correspond à une randomisation par période de temps (un mois) alternée. Les mois pairs correspondent aux périodes d'inclusion, les mois impairs aux périodes de contrôle. Les soins thermaux délivrés durant les deux périodes sont identiques. La cure ayant une durée de trois semaines, cette méthode permet d'éviter une contamination entre les groupes en respectant un « wash out » entre les périodes d'inclusion et de contrôle.

4. Description de l'intervention

Dans le groupe contrôle, le patient reçoit une information orale non standardisée de la part de l'ensemble des intervenants de la cure thermale (médecin, infirmière, kinésithérapeute, agents thermaux), qui est conforme aux pratiques habituelles de l'établissement thermal participant à l'étude.

Dans le groupe contrôle, le patient, en plus de l'information orale, participe à des ateliers d'éducation tels que décrits dans l'introduction. Ces ateliers se déroulent en trois sessions sur les trois semaines de cure, soit une session par semaine. Ils complètent l'information orale usuelle.

L'ensemble des patients inclus reçoit les mêmes soins thermaux qui comportent cataplasmes, piscine de mobilisation, trombes en piscine, douche.

5. Consentement

Le consentement oral est recueilli lors de l'inclusion dans l'étude après information par l'agent thermal d'accueil. Pour ce type d'étude, en l'absence d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, le consentement écrit n'est pas requis. De plus, il n'existe pas d'arguments formels en faveur de la supériorité d'un mode d'information par rapport à un autre. En revanche, l'accord de la Cnil (commission nationale informatique et liberté) est nécessaire pour la constitution d'un fichier des patients inclus dans l'étude permettant l'envoi d'un questionnaire six mois après la cure.

6. Critères d'évaluation

Le critère principal d'évaluation est l'importance des croyances de peurs et d'évitement concernant le rachis lombaire liées à l'activité physique, mesurées à l'aide du FABQ

phys (Fear Avoidance Belief Questionnaire) [1,11]. Ce score comporte quatre items différents, pour lesquels les patients doivent exprimer leur accord sur une échelle semi quantitative à 7 classes, aboutissant à un score compris entre 0 points (absence de croyances erronées) à 24 (croyances élevées).

Les critères secondaires sont - la déficience et l'incapacité mesurées par le score de Québec [12], dont les valeurs sont comprises entre 0 (absence de gêne) et 100 (gêne maximale) ; - l'intensité de la douleur ressentie durant les 48 heures précédentes à l'aide d'une échelle visuelle numérique s'étendant de 0 (absence de douleur) à 100 (douleur maximale insupportable) ; - la satisfaction liée à l'information reçue mesurée par une échelle semi-quantitative à quatre niveaux (tout à fait, presque, pas vraiment, pas du tout satisfait) portant sur les items suivants : l'intérêt de l'activité physique, comment maîtriser les douleurs rachidiennes, quand consulter un médecin, comment utiliser au mieux les médicaments, comment prévenir le retour des douleurs.

7. Recueil des données

L'ensemble des données sont recueillies à l'aide d'auto-questionnaires.

Pour chaque patient, sont recueillies lors de l'admission en cure les données socio-démographiques et cliniques qui concernent l'âge, le sexe, le niveau d'étude, les caractéristiques des douleurs lombaires.

Le premier jour de la cure et avant de débiter les soins, le patient remplit un premier cahier d'auto-questionnaires évaluant les peurs et croyances (FABQ phys), la douleur, l'incapacité fonctionnelle. Le dernier jour de la cure, le patient remplit un 2^{ème} cahier d'auto-questionnaires. Ils comportent les critères sus-cités ainsi que l'évaluation de la satisfaction liée à l'information reçue. Six mois après la cure, le patient reçoit un 3^{ème} cahier d'auto-questionnaires par courrier évaluant les peurs et croyances (FABQ phys), la douleur, l'incapacité fonctionnelle.

8. Analyse statistique

Toutes les analyses sont réalisées à l'aide du programme NCSS 2000 pour Windows NT/97/98. Les variables quantitatives sont décrites en utilisant la moyenne et les déviations standards (DS). Les variables qualitatives sont décrites en utilisant les données brutes et les pourcentages. Les comparaisons de moyenne sont réalisées en utilisant un test t de Student, les comparaisons de variables qualitatives en utilisant un test de Chi 2.

Résultats

1. Patients inclus

Pendant la période de l'étude, les thermes d'Amélie-les-Bains ont reçu près de 1500 curistes par jour. Parmi ces curistes, 360 ont accepté de participer à l'étude, 188 dans le groupe intervention, 172 dans le groupe contrôle (Fig 1). En fin de cure, les données concernant 355 curistes ont été analysées, 184 dans le groupe intervention et 171 dans le groupe contrôle. Enfin, pour l'analyse à six mois, nous disposons des données concernant 262 curistes, avec 20 perdus de vue dans le groupe intervention et 60 dans le groupe contrôle.

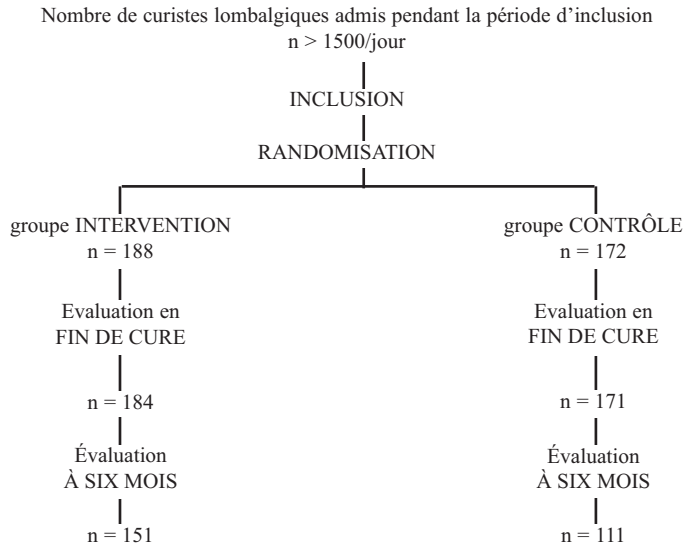


Figure 1 - Patients inclus et suivis au cours de l'étude

Il n'y a pas de différence significative pour les données cliniques et démographiques entre les deux groupes à l'inclusion en dehors d'un âge significativement plus élevé ($p = 0,05$) dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (tableau I).

Tableau I : Données démographiques à l'inclusion

| | Groupe intervention (n = 188) | Groupe contrôle (n = 172) |
|---|----------------------------------|------------------------------|
| Âge | 59,37 ($\pm 8,31$) | 54,98 ($\pm 8,50$) |
| Sexe (m/f) | 28/72 | 25/75 |
| Niveau d'études | | |
| - primaire | 29 | 37 |
| - secondaire | 83 | 65 |
| - universitaire | 76 | 70 |
| Nombre d'épisodes douloureux dans l'année | | |
| aucun | 1 | 4 |
| 1 / mois | 40 | 43 |
| 1 à 2 / semaine | 43 | 47 |
| 1 / jour | 104 | 78 |
| Douleur (EVN) (0-10) | 5,03 ($\pm 2,30$) | 5,08 ($\pm 2,42$) |
| Peurs et croyances (FABQ phys) (0-24) | 12,24 ($\pm 6,51$) | 12,47 ($\pm 6,82$) |
| Incapacité Fonctionnelle (Québec) (0-100) | 31,91 ($\pm 16,40$) | 32,93 ($\pm 17,22$) |

Moyenne (\pm SD)

2. Évolution des peurs et croyances liées à l'activité physique (FABQ physique)

À l'inclusion, l'ensemble des curistes ont des peurs et croyances élevées, score FABQ phys supérieur à 12 points pour l'ensemble de la population (tableau II). Au cours de la cure thermale, on constate une diminution du FABQ phys dans les deux groupes, mais cette réduction est significativement plus importante dans le groupe intervention respectivement 7,40 ($\pm 4,32$) points pour le groupe intervention, versus 10,85 ($\pm 5,13$) pour le groupe contrôle ($p < 10^{-5}$). Cette différence se maintient 6 mois après la cure.

Tableau II : Evolution du score FABQ phys entre l'entrée, la fin de cure et à 6 mois

| FABQ phys | Groupe intervention | Groupe Contrôle | Test t |
|----------------|----------------------|----------------------|---------------|
| À l'inclusion | 12,24 ($\pm 6,51$) | 12,47 ($\pm 6,82$) | $p = 0,75$ |
| En fin de cure | 7,40 ($\pm 4,32$) | 10,85 ($\pm 5,13$) | $p < 10^{-5}$ |
| À six mois | 6,35 ($\pm 3,91$) | 10,14 ($\pm 4,86$) | $P < 10^{-4}$ |

Moyenne (\pm SD)

3. Évolution de l'incapacité fonctionnelle sur le score de Québec, l'intensité douloureuse
 À l'entrée en cure, l'incapacité fonctionnelle moyenne de l'ensemble des curistes est modérée (tableau III), supérieure à 30 points sur le questionnaire de Québec. L'intervention permet une diminution significative de l'incapacité fonctionnelle en fin de cure qui ne se maintient pas à six mois.

Tableau III : Évolution du score de Québec entre l'entrée, la fin de cure et à 6 mois

| Québec | Groupe intervention | Groupe Contrôle | Test t |
|----------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| À l'inclusion | 31,91 ($\pm 16,40$) | 32,93 ($\pm 17,22$) | $p = 0,55$ |
| En fin de cure | 26,35 ($\pm 14,62$) | 30,86 ($\pm 15,51$) | $p < 0,05$ |
| À six mois | 29,00 ($\pm 14,35$) | 30,51 ($\pm 14,70$) | $p = 0,47$ |

À l'entrée en cure, l'intensité douloureuse est de l'ordre de 5 sur 10 (tableau IV). La cure thermale permet une réduction significative de l'intensité douloureuse lombaire en fin de cure pour les deux groupes, respectivement 3,35 ($\pm 2,01$) pour le groupe intervention, 3,03 ($\pm 2,10$) pour le groupe contrôle, et cet effet se maintient à six mois (tableau IV). En revanche, l'apport d'ateliers d'éducation ne contribue pas à réduire davantage l'intensité douloureuse.

Tableau IV : Évolution de la douleur entre l'entrée, la fin de cure et à 6 mois

| Douleur | Groupe intervention | Groupe Contrôle | Test t |
|----------------|---------------------|---------------------|------------|
| À l'inclusion | 5,03 ($\pm 2,30$) | 5,08 ($\pm 2,42$) | $p = 0,83$ |
| En fin de cure | 3,35 ($\pm 2,01$) | 3,03 ($\pm 2,10$) | $p = 0,40$ |
| À six mois | 3,66 ($\pm 2,18$) | 3,56 ($\pm 2,15$) | $p = 0,74$ |

4. Impact des ateliers sur la satisfaction liée à l'information reçue

Le niveau de satisfaction liée à l'information reçue est significativement supérieur ($p < 10^{-6}$) dans le groupe intervention ; plus de 90 % de patients sont satisfaits (tout à fait ou presque satisfaits) dans le groupe intervention quel que soit l'item considéré alors que le nombre de patients insatisfaits (pas vraiment ou pas du tout satisfaits) dans le groupe contrôle est supérieur à 30 % (tableau V, voir plus bas).

Discussion

Ce travail confirme l'intérêt des cures thermales dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Les soins thermaux ont un effet direct sur l'intensité douloureuse et l'incapacité fonctionnelle de la lombalgie commune. Cette étude confirme également la rémanence de l'effet antalgique du thermalisme [4-5].

L'ajout d'ateliers d'éducation aux soins thermaux permet de modifier favorablement et durablement les peurs et croyances des patients lombalgiques pris en charge en cure thermique. L'effet sur l'incapacité fonctionnelle est significatif durant la réalisation des ateliers mais ne se poursuit pas à distance de ces sessions d'information et d'éducation. Cela peut s'expliquer par une faible compliance des curistes aux exercices enseignés à distance de l'intervention reçue lors de la cure. L'absence d'effet à distance est connu pour l'ensemble des programmes de rééducation du rachis lombaire en particulier pour les programmes dynamiques dont l'effet se réduit au fil du temps en l'absence « d'injection de rappel » sous la forme de relance téléphonique ou de nouvelle consultation ou prescription de kinésithérapie [13]. Ce travail a également permis de montrer la faisabilité de ce type de programme éducatif en milieu thermal qui est propice à ce type d'action. Cette mise en place a été favorisée par la motivation des curistes à s'investir dans un « soin supplémentaire » dont ils sont les acteurs ; mais également par la logistique de l'établissement thermal et la motivation des personnels ; enfin par l'investissement des médecins thermaux ayant accepté de participer à l'étude.

L'intervention proposée est simple à mettre en œuvre et nécessite des moyens humains et matériels restreints. Aucune analyse médico-économique n'a été réalisée lors de ce travail, (notamment en termes de consultations ou de consommation d'antalgiques ou d'Ains). Ce n'était pas le propos de l'étude et cela reste techniquement difficile. Cependant, on peut penser que les principes d'auto-prise en charge enseignés lors de la cure peuvent conduire à une meilleure autonomie des patients et, par conséquent, à une consommation médicale plus faible, en particulier en terme de séances de kinésithérapie. La simplicité de ce type d'intervention doit également permettre une large diffusion à d'autres établissements thermaux désireux d'apporter une plus value aux curistes pris en charge.

Limites

La principale limite de ce travail concerne la comparabilité entre les groupes, les patients du groupe intervention ayant participé aux ateliers sont significativement plus âgés que les patients du groupe contrôle. Cette différence est certainement liée au mode de randomisation par période de temps [10]. Cette technique nous paraît être la plus adaptée à ce

Tableau V : Satisfaction liée à la qualité de l'information reçue

| Satisfaction et information | Groupe intervention | Groupe contrôle | Test du Chi 2 |
|---|---------------------|-----------------|----------------|
| <i>Satisfaction et information sur l'intérêt de l'activité physique</i> | | | |
| Tout à fait satisfait | 90.70% | 54.20% | Valeur = 51,48 |
| Presque satisfait | 7.10% | 16.90% | |
| Pas vraiment satisfait | 1.60% | 6.80% | Df = 3,000 |
| Pas du tout satisfait | 0.50% | 22.00% | |
| Total | 100 | 100 | $p < 10^{-6}$ |
| <i>Satisfaction et information sur la maîtrise des douleurs</i> | | | |
| Tout à fait satisfait | 66.30% | 22% | Valeur = 78,82 |
| Presque satisfait | 26.60% | 25.40% | |
| Pas vraiment satisfait | 6.50% | 20.30% | Df = 3,000 |
| Pas du tout satisfait | 0.50% | 32.20% | |
| Total | 100 | 100 | $p < 10^{-6}$ |
| <i>Satisfaction et information sur l'utilisation des médicaments</i> | | | |
| Tout à fait satisfait | 74.90% | 24.60% | Valeur = 77,27 |
| Presque satisfait | 17.90% | 17.50% | |
| Pas vraiment satisfait | 5% | 24.60% | Df = 3,000 |
| Pas du tout satisfait | 2.20% | 33.30% | |
| Total | 100 | 100 | $p < 10^{-6}$ |
| <i>Satisfaction et information sur quand consulter un médecin</i> | | | |
| Tout à fait satisfait | 77.30% | 31.00% | Valeur = 59,89 |
| Presque satisfait | 10.50% | 13.80% | |
| Pas vraiment satisfait | 8.30% | 20.70% | Df = 3,000 |
| Pas du tout satisfait | 3.90% | 34.50% | |
| Total | 100 | 100 | $p < 10^{-6}$ |
| <i>Satisfaction et information sur la prévention des récives</i> | | | |
| Tout à fait satisfait | 64.10% | 19% | Valeur = 93,01 |
| Presque satisfait | 25.40% | 12.10% | |
| Pas vraiment satisfait | 8.30% | 24.10% | Df = 3,000 |
| Pas du tout satisfait | 2.20% | 44.80% | |
| Total | 100 | 100 | $p < 10^{-6}$ |

type d'étude, la randomisation par sujet étant inadaptée ; mais il est possible qu'en fonction des périodes de l'année, les établissements thermaux recrutent des populations d'âges différents. En revanche sur l'ensemble des autres critères évalués à l'entrée, aucune différence significative n'a été mesurée entre les deux groupes. Cette différence

liée à l'âge, peut expliquer l'absence d'effet durable des ateliers d'éducation sur l'incapacité fonctionnelle à six mois. En effet, cette limitation fonctionnelle est en rapport avec la lombalgie mais d'autres pathologies intercurrentes dégénératives y contribuent également. De plus, les composantes organiques de la lombalgie liées à l'âge, ont certainement pris une part plus importante dans l'incapacité fonctionnelle lombaire par rapport au caractère comportemental ou cognitif de la douleur chronique.

L'autre limite concerne le nombre de perdus de vue supérieur dans le groupe contrôle par rapport au groupe intervention malgré une relance téléphonique. Ceci est certainement lié aux contraintes de l'étude : renseignement de trois auto-questionnaires successifs sans contre-partie en dehors des soins thermaux pour le groupe contrôle alors qu'à l'inverse le groupe intervention a bénéficié des ateliers lors de son séjour avec une satisfaction très supérieure.

Conclusion

Ce travail a confirmé l'intérêt du thermalisme dans la prise en charge de la lombalgie chronique ; d'une part, par l'effet direct des soins thermaux sur la composante algique de la douleur chronique, d'autre part, sur la composante cognitivo-comportementale de la douleur par l'apport d'information ciblée à travers les ateliers d'éducation.

Le développement d'ateliers d'éducation au contenu validé contribue à améliorer le service médical rendu par les cures thermales. Il est adapté à la lombalgie chronique mais également à d'autres pathologies invalidantes de l'appareil locomoteur comme la gonarthrose ou l'ostéoporose. La diffusion de ce type de démarche peut contribuer à valoriser le thermalisme dans la prise en charge des pathologies chroniques invalidantes.

Références

1. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52:157-68.
2. Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with low back pain can have a positive effect : a randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine* 1999;24:2484-91.
3. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability : three part evaluation. *BMJ* 2001;322:1516-1520.
4. Queneau P, Francon A, Graber-Duvernay B. Methodological reflections on 20 randomized clinical hydrotherapy trials in rheumatology. *Thérapie* 2001;56:675-84.
5. ANAES ; Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Service des recommandations et références professionnelles. : Paris, Décembre 2000.
6. Zijlstra TR, van de Laar MA, Bernelot Moens HJ, Taal E, Zakraoui L, Rasker JJ. Spa treatment for primary fibromyalgia syndrome: a combination of thalassotherapy, exercise and patient education improves symptoms and quality of life. *Rheumatology* (Oxford). 2005;44:539-46.
7. Satger B, Carpentier PH, Poensin D, Fechoz C, Colomb M, Kalinowski I. Vein School." A program of education for chronic venous insufficiency patients at the La Lechere Hot Spring. *J Mal Vasc* 2002;27:26-30

8. Benigno M, Fourot-Bauzon M, Fourot H, Besancon F. Health education for about 100 children (aged 6 to 14) in heat therapy at La Bourboule, compared to controls. *Sem Hop* 1984;60:630-4.
9. Coudeyre E, Givron P, Gremeaux V, Lavit P, Hérisson C, Combe B, Burton K, Poiraudéau S. French translation and cultural adaptation of the « Back Book ». *Ann Readapt Med Phy* 2003;46:553-7.
10. Coudeyre E, Poiraudéau S, Revel M, Kahan A, Drape JL, Ravaud P. Beneficial effects of information leaflets before spinal steroid injection. *Joint Bone Spine* 2002;69:597-603.
11. Chaory K, Fayad F, Rannou F, Fermanian J, Revel M, Poiraudéau S. Validation of the French version of the Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). *Spine* 2004 14;29:908-13.
12. Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, Abenhaim L, Wood-Dauphinee S, Lamping DL, Williams JI. The Quebec Back Pain Disability Scale. Measurement properties. *Spine* 1995;20:341-52.
13. Genet F, Poiraudéau S, Revel M. Effectiveness and compliance to a center-based short rehabilitation program with a home-based program for chronic low back pain. *Ann Readapt Med Phys* 2002;45:265-72

