



# Consensus interdisciplinaire CHUV-HUG sur la prise en charge des douleurs du dos

## Son application lausannoise dans la filière du dos

Rev Med Suisse 2014; 10: 970-3

P. de Goumoens  
S. Genevay  
E. Tessitore  
M. Zaarour  
J. M. Duff  
A. Faundez  
C. Schizas  
M. Schindler  
D. Zoccatelli  
A. Foletti  
I. Norberg  
L. Belgrand  
A.-C. Griesser  
G. Kulik

### Inter-hospital CHUV-HUG medical consensus of back pain management. Its application in care pathways within CHUV of Lausanne

Back pain is a considerable economical burden in industrialised countries. Its management varies widely across countries, including Switzerland. Thus, the University Hospital and University of Lausanne (CHUV) recently improved intern processes of back pain care. In an already existing collaborative context, the two university hospitals in French-speaking Switzerland (CHUV, University Hospital of Geneva), felt the need of a medical consensus, based on a common concept. This inter-hospital consensus produced three decisional algorithms that bear on recent concepts of back pain found in literature. Eventually, a fast track was created at CHUV, to which extern physicians will have an organised and rapid access. This fast track aims to reduce chronic back pain conditions and provides specialised education for general practitioners-in-training.

Les douleurs du dos représentent une charge considérable dans l'économie des pays industrialisés. Leur prise en charge est caractérisée par une grande variété de modalités au niveau mondial, y compris en Suisse. Afin d'améliorer ses procédures, le CHUV a lancé un projet qualité. Celui-ci a conclu à la nécessité d'un consensus CHUV-HUG définissant un concept commun aux deux hôpitaux universitaires de Suisse romande. Ce consensus a produit des algorithmes décisionnels, basés sur les concepts les plus récents de la lombalgie. Au CHUV, des modifications ont donc été apportées aux procédures en cours, avec la création d'une consultation rapide dans le contexte d'une filière du dos nouvelle, destinée à s'ouvrir rapidement aux médecins de l'extérieur, dans une optique de service mais également de formation.

### LOMBALGIE

#### Lombalgies et santé publique

Les douleurs vertébrales lombaires représentent le premier problème en termes de santé publique en Suisse, selon les chiffres de l'Office fédéral de la statistique de 2005, cités dans une étude helvétique<sup>1</sup> résumée dans le [tableau 1](#).

Le problème n'est donc pas négligeable. Un rappel est ainsi indispensable sur l'état des lieux des connaissances concernant l'origine, l'évolution naturelle et la prise en charge de ce qui n'est pas une maladie, mais un tableau clinique.

#### Des données radiologiques statiques qui conduisent à un concept structurel obsolète

Depuis la description d'une protrusion du disque intervertébral dans le canal vertébral, en 1909 par Oppenheim et Krause, c'est le modèle de lésion structurelle qui prévaut encore dans une partie des approches non spécialisées des pathologies rachidiennes. La spondylarthrose, la hernie discale ou le spondylolisthésis ont été systématiquement incriminés lors de leur mise en évidence à l'occasion d'un épisode douloureux. Il en est découlé une utilisation systématique des radiographies standards, de l'imagerie par CT-scan, puis de l'IRM, qui s'est révélée rapidement erronée et présentée comme telle dans la littérature spécialisée, puis dans les consensus. Par exemple, Bigos et coll. insistaient sur l'absence de corrélation entre les modifications structurelles et les déficiences fonctionnelles dans leurs recommandations pour la pratique clinique des lombalgies aiguës.<sup>2</sup> Ces recommandations ont été largement reprises par la suite.<sup>3-5</sup> Ces travaux ont conduit à la conclusion qu'en l'absence de pathologie spécifique suggérée par des « alertes rouges », la mise en évidence de lésions structurelles ne modifiait ni le diagnostic ni l'approche thérapeutique ni le pronostic, mais augmentait par contre les coûts de la santé.

#### Des données cliniques dynamiques, à l'origine du concept fonctionnel

La recherche des lésions structurelles ne résolvant pas le problème des lombalgies chroniques, d'autres pistes ont été étudiées et publiées. En 1998, la *Revue*



**Tableau 1. Coût de la lombalgie en Suisse en 2005**

PIB: produit intérieur brut.

Coûts humains (montant de la perte de gains)	10 milliards de francs suisses
Coûts de friction (temps nécessaire à l'employeur pour récupérer la productivité antérieure)	
Coût global pour l'économie helvétique	1,6 à 2,3% du PIB
70% des coûts directs provoqués par 10% de la population concernée	
73,4% de perte de productivité provoquée par 5% de la population concernée	

du *Rhumatisme*, dans un numéro de revue consacré aux lombalgies, a souligné l'importance des éléments biopsychosociaux et non anatomiques comme facteurs de risque de chronicisation.<sup>6</sup> De ce paradigme biopsychosocial ont émergé de nouvelles alertes, selon le modèle des «Red Flags», nouvelles alertes jaunes, bleues, noires et, plus tard, oranges,<sup>7,8</sup> qualifiant les atteintes psychosociales pour les trois premières, psychiatriques pour la dernière, complétant ainsi le volet médical des alertes rouges. Les détailler ici dépasse le cadre de cet article, mais les informations sont disponibles sur le site [www.kendallburton.com/Flags](http://www.kendallburton.com/Flags) et dans la référence.<sup>8</sup>

Ce concept biopsychosocial, toutefois, n'exclut pas les lésions structurelles. Il remplace le concept anatomique ostéo-articulaire par celui d'une atteinte fonctionnelle dynamique chronique sous forme de troubles musculaires posturaux et de surcharges articulaires. Il faut des muscles pour bouger et ces muscles, en l'absence d'entretien, se transforment au niveau de leurs fibres. Celles de types I, ou fibres de l'endurance (posturales) se raccourcissent, entraînant l'affaiblissement concomitant de celles de types II, ou fibres de la force explosive (phasiques). Ces modifications sont généralisées, mais ont une importance particulière au niveau des muscles du rachis par leur activation systématique dans tous les mouvements du corps. Une rupture de l'enchaînement des mouvements de la colonne vertébrale peut conduire à une situation de déséquilibre musculo-articulaire et de douleurs. Or, ces déséquilibres peuvent s'observer précocement mais, dans les situations multifactorielles de la lombalgie chronique, ne deviennent manifestes que chez l'adulte, en parallèle avec le remplacement physiologique de la musculature phasique par de la musculature posturale.<sup>9</sup> Tant que celle-ci reste raccourcie, les efforts pour renforcer les antagonistes «phasiques» restent vains, raison pour laquelle la correction des hypoextensibilités est un élément nécessaire au traitement. Ces désordres fixés par l'absence de correction, puis d'entretien par exercices physiques réguliers et adéquats, ne se corrigent pas spontanément. Il apparaît ainsi un processus de dérèglement important,<sup>10</sup> mais réversible, de la mobilité active du rachis qui ouvre la voie au cercle vicieux du déconditionnement physique. Le sujet ignorant ce qui lui arrive choisit une mise au repos qui ne peut qu'aggraver la situation.<sup>11</sup> En effet, le repos entraîne une atrophie musculaire qui peut atteindre 3%/jour, avec une perte de force double.<sup>2,12</sup> Ce syndrome de déconditionnement<sup>13,14</sup> est global, physique par les limitations musculo-articulaires statiques ainsi que par les troubles de la coordination, qui vont faire à leur tour le lien avec des composantes psycho-

comportementales, induisant des conséquences socio-environnementales, complétant ainsi la trilogie biopsychosociale. Les éléments initiaux s'associent rapidement à une kinésiophobie, puis à des comportements d'évitement, engendrant anxiété et dépression. L'étude prospective d'une cohorte de 1023 personnes montre la rapidité et la fréquence de ces processus dans la lombalgie, puisqu'après dix-huit jours d'arrêt de travail, 10% du collectif est à risque de chronicisation.<sup>15</sup>

Ainsi, trois règles essentielles décident de la prise en charge correcte d'un épisode de lombalgie:

1. détection précoce des facteurs de risque de chronicisation selon le questionnaire STarT Back<sup>16</sup> et recherche des alertes jaunes, bleues et noires déjà après deux semaines d'arrêt de travail sans évolution favorable.
2. Information complète sur la nature du problème, la durée habituelle d'évolution, son pronostic favorable et la nécessité impérative de rester actif (sans repos au lit).
3. Délégation du patient à une consultation spécialisée en cas d'évolution défavorable > 1 mois.

## FILIÈRE DOS

La prise en charge d'une pathologie d'évolution habituellement favorable par les urgences d'un hôpital universitaire relève d'un dysfonctionnement de prise en charge. Pour cette raison, la direction médicale du CHUV a suscité un projet visant à évaluer les modalités de cette prise en charge, d'en dégager les aspects dysfonctionnels et d'y apporter des propositions de modifications constructives.

Entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 30 avril 2014, nous avons défini deux impératifs principaux: une réorganisation interne au CHUV et la création d'une collaboration directe avec les médecins traitants.

### Le premier impératif précisait trois objectifs, tous atteints

- Au triage médical des urgences, définition des critères d'orientation et de prise en charge dans les filières existantes;
- identification des itinéraires cliniques à créer;
- enregistrement des prises en charge dans un registre international.

### Travail interuniversitaire

A la même période, la direction médicale des HUG a réactivé un projet d'amélioration de la prise en charge de ses patients lombalgiques, axé sur la standardisation des procédures de soins entre les services concernés. Cette synchronicité, qui souligne l'importance du problème, a permis de réunir autour d'une table tous les acteurs médicaux des deux hôpitaux universitaires romands. L'état des lieux a révélé des failles dans l'information au médecin traitant et a souligné la nécessité d'inclure ces derniers à tous les niveaux de la prise en charge. Fort de cet intense travail de collaboration, des filières générales de prise en charge du mal de dos ont été élaborées, incluant l'ensemble des acteurs concernés (chirurgicaux et non chirurgicaux), avec des algorithmes proposant une marche à suivre pour la majorité des situations cliniques rencontrées.

**Tableau 2. Effet de l'adaptation au tri initial des Urgences sur le recours au neurochirurgien**

Nombre de cas de radiculopathie	Consultations pour radiculopathie aux urgences CHUV/PMU	Nombre des recours à la garde de neuro-chirurgie	Recours à la garde de neurochirurgie justifié selon l'algorithme radiculopathie
Avant	19	12	4
Après	17	6	6

**Tableau 3. Détails sur la nouvelle consultation qui est une collaboration entre le Service de rhumatologie et la Polyclinique médicale universitaire (PMU) RHU: rhumatologie.**

Nouvelle consultation «VOIE RAPIDE DOS (VRDos)»
Est sous la responsabilité du Service de rhumatologie (Pr A. So)
• Existe depuis février 2013
Fonctionnement:
• Assumée par deux médecins-assistants PMU se destinant à la carrière de médecin de famille
• Chacun d'eux consultant 1 x/sem, ½ journée, pendant deux mois
• Supervisée par un cadre RHU

**Tableau 4. Critères d'inclusion et d'accès à la consultation**

Fast Track NCH = en neurochirurgie, précurseur de la VRDos.  
AT: arrêt de travail.

Critères d'inclusion et accès de la VOIE RAPIDE DOS (VRDos)
Critères
• En pratique, peut se justifier dès 2 semaines AT
• Atteinte complexe d'emblée
• Atteinte lombaire, également cervicale/dorsale
Accès
• Depuis urgences CHUV-PMU
• Depuis le Fast Track NCH (si prise en charge non chirurgicale)

### Conséquences pour le CHUV et pour les médecins de premier recours vaudois

1. A l'échelon premier recours, adaptation du tri initial permettant de remplacer les recours prématurés au neurochirurgien par une alternative spécialisée (tableau 2).
2. Création d'un nouvel itinéraire clinique, la Voie Rapide Dos (VRDos), consultation spécialisée animée par les assistants se destinant à la médecine de famille de la Polyclinique médicale universitaire (PMU), réalisée dans le Service de rhumatologie (RHU) sous la surveillance d'un cadre expérimenté. Cet itinéraire peut recevoir un patient envoyé des urgences dans un délai d'une semaine avec information immédiate au médecin traitant. Il complète ainsi les prestations de l'Unité rachis (tableaux 3 et 4).
3. Création d'un poste d'infirmière de recherche, visant l'intégration du registre dans le CHUV.

### Le second impératif est actuellement en cours. Il implique:

1. la poursuite et le renforcement de l'activité de la VRDos.
2. La suite du processus de création des nouvelles filières avec, comme objectif, la réalisation d'une porte d'entrée

unique pour les médecins traitants désirant soumettre le cas d'un de leurs patients aux spécialistes chirurgicaux et non chirurgicaux, qui décideront ensemble du choix du service adéquat.

3. La création d'un bref questionnaire standardisé permettant d'accéder à la porte d'entrée mentionnée ci-dessus.
4. La création de rapports standardisés spécifiques.
5. La création d'un site Web dédié à la description de l'activité de la filière dos, la mise à disposition des outils cliniques (dont les algorithmes) et des références scientifiques.
6. Une information, a) individuelle auprès d'un certain nombre de collègues installés; b) plus générale, à travers les instances existant dans le corps médical vaudois et c) le retour de ces informations en interne au CHUV.

En outre, est venue se greffer à la dynamique du projet celle du processus en cours actuellement avec l'AI, pour définir une convention cadre de collaboration sur les possibilités diagnostiques et de prise en charge des rachialgies, par le CHUV.

## CONCLUSION

La création de la filière dos découle de la volonté du CHUV d'améliorer la prise en charge locale des douleurs du dos et d'instaurer une collaboration interdisciplinaire entre les HUG et le CHUV dans ce domaine difficile. Cette collaboration interhospitalière a permis de créer des algorithmes communs de prise en charge, d'alléger – par des modifications de procédure seules – la partie des urgences CHUV concernée par cette atteinte et, toujours au CHUV, de créer une nouvelle consultation spécialisée apportant une composante importante de formation spécialisée pour les futurs généralistes. Pour l'instant, la consultation est encore réservée aux demandes émanant des urgences, mais la suite du projet prévoit l'intégration rapide des praticiens de ville dans le processus. Enfin, le concept fonctionnel, tel que décrit en début d'article, constitue le socle consensuel entre les deux institutions et leurs spécialistes de la prise en charge de la lombalgie chronique. Découlant des données récentes de la littérature spécialisée, il est appelé à remplacer chez tous les intervenants, les données anciennes qui ont fait la preuve de leur inefficacité. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### Implications pratiques

- Un consensus médical multidisciplinaire entre le CHUV et les HUG propose une filière de soins structurée, du médecin de premier recours aux spécialistes, afin d'améliorer l'évolution des patients lombalgiques
- Cette vision globale intègre les assurances sociales et en particulier l'AI qui, avec la cinquième révision, est devenue un partenaire dynamique et incontournable pour une prise en charge réussie des cas complexes
- Des informations complémentaires seront disponibles avant l'été sur les sites web des institutions (pour le CHUV: [www.chuv.ch/rhu\\_home](http://www.chuv.ch/rhu_home))

## Adresses

Drs Pierre de Goumoens, John Norberg et Lilliana Belgrand  
Unité du rachis  
Service de rhumatologie  
Pr Constantin Schizas  
Service de l'orthopédie et traumatologie  
Département de l'appareil locomoteur  
Drs Antonio Foletti et Maroun Zaarour  
Département des Services de chirurgie et d'anesthésiologie  
Centre d'antalgie  
Dr John Michael Duff  
Département des neurosciences cliniques  
Anne-Claude Griesser et Gerit Kulik  
Direction médicale  
Direction opérationnelle clinique  
CHUV, 1011 Lausanne  
pierre.de-goumoens@chuv.ch  
john.norberg@chuv.ch  
lilliana.belgrand@chuv.ch  
c.schizas@hotmail.com  
antonio.foletti@chuv.ch  
maroun.zaarour@chuv.ch  
john-michael.duff@chuv.ch  
anne-claude.griesser@chuv.ch  
gerit.kulik@chuv.ch

Dr Maximilian Schindler  
Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique  
Département de chirurgie  
Dr Stéphane Genevay  
Consultation multidisciplinaire du dos  
Service de rhumatologie  
Hôpital Beau-Séjour – HUG  
Av. Beau-Séjour 26, 1206 Genève  
maximilian.schindler@hcuge.ch  
stephane.genevay@hcuge.ch

Dr Davide Zoccatelli  
Service d'anesthésiologie  
Dr Enrico Tessitore  
Chirurgie du rachis  
Service de neurochirurgie  
Département Neucli  
Dr Antonio Faundez  
Chirurgie de la colonne vertébrale  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur  
HUG, 1211 Genève 14  
davide.zoccatelli@hcuge.ch  
enrico.tessitore@hcuge.ch  
antonio.faundez@hcuge.ch

## Bibliographie

- 1 \*\* Wieser S, et al. Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *Eur J Health Econ* 2011;12:455-67.
- 2 Bigos SSJ, et al. Acute low back problems in adults (clinical guide). AHCPR publication U.S. Agency for Health Care Policy and Research 1994;95-0642.
- 3 Carragee EJ. Clinical practice. Persistent low back pain. *N Engl J Med* 2005;352:1891-8.
- 4 \* Balague F, Dudler J. Place de l'imagerie dans la douleur lombaire: limites et réflexions. *Rev Med Suisse* 2013;9:1351-9.
- 5 van Tulder M, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl. 2):S169-91.
- 6 Nukleus SFR. Identification des facteurs de risque de la lombalgie. *Rev Rhum* 1998;65:7S-14.
- 7 \*\* Shaw WS, et al. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors (blue flags) in back disability. *J Occup Rehabil* 2009;19:64-80.
- 8 Main CJ, Phillips CJ, Watson PJ. Secondary prevention in healthcare and occupational settings in musculoskeletal conditions (focusing on low back pain), ed. i.a.p.l.Z.S.R.J.G. Handbook of complex occupational disability claims: Early risk identification. New York: Springer Science & Business Media, 2005.
- 9 Spring H, Schneider W, Tritschler T. Diagnosis and prevention of muscular imbalances. *Ther Umsch* 1987;44:868-77.
- 10 Kupper D, Cedraschi C, Genevay S. Hygiène posturale et économie rachidienne dans la lombalgie commune – une pratique à repenser. *Rev Med Suisse* 2012;8:592-7.
- 11 Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine* 2000;25(Suppl. 4):1S-33.
- 12 Wall BT, Dirks ML, van Loon LJ. Skeletal muscle atrophy during short-term disuse: Implications for age-related sarcopenia. *Ageing Res Rev* 2013;12:898-906.
- 13 Chambon X, et al. Etude comparative et préliminaire d'un réentraînement à l'effort au sein de deux populations de sujets déconditionnés douloureux ou non. *Ann Readapt Med Phys* 2003;46:198-204.
- 14 \*\* Smeets RJ, et al. The association of physical deconditioning and chronic low back pain: A hypothesis-oriented systematic review. *Disabil Rehabil* 2006;28:673-93.
- 15 Turner JA, et al. Worker recovery expectations and fear-avoidance predict work disability in a population-based workers' compensation back pain sample. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006;31:682-9.
- 16 Bruyere O, et al. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Arch Public Health* 2012;70:12.

\* à lire

\*\* à lire absolument