

Évaluation d'un traitement comportemental de la lombalgie chronique: l'«école interactionnelle du dos»

JEAN-RENÉ CHENARD¹, SERGE MARCHAND¹, JACQUES CHAREST¹,
JINXUE LI^{1,3}, BENOÎT LAVIGNOLLE²

¹Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Rouyn-Noranda, Québec

²Université de Bordeaux II
Centre hospitalier régional

Départements d'orthopédie et de rééducation réadaptation fonctionnelles

³Université de Beijing
Institut d'orthopédie et de traumatologie

La lombalgie chronique est désormais perçue comme un problème multifactoriel plutôt qu'un problème strictement médical. Cette nouvelle perception a donné lieu à l'apparition de diverses approches thérapeutiques dont les approches comportementales et éducationnelles comme les écoles du dos. L'« école interactionnelle du dos », développée à partir du modèle de l'école suédoise du dos, va au-delà d'enseigner au patient comment prendre en charge son problème dorsal en mettant l'accent sur le rôle actif et déterminant de l'intervenant aux cours de ses interactions avec le patient-e. Le but de la présente étude vise justement à vérifier l'efficacité de l'école interactionnelle du dos pour réduire la perception de la douleur en comparaison avec un groupe de contrôle et une manipulation placebo. Les résultats sont clairs. L'école interactionnelle du dos est significativement supérieure au simple passage du temps et à une manipulation placebo pour réduire la perception de l'intensité et de l'aspect désagréable de la douleur à court et à moyen terme (3 mois). Les résultats obtenus sont d'autant plus importants qu'aucune étude, à ce jour, n'a mesuré l'effet placebo lié à de tels traitements; de même, ils sont suffisamment intéressants pour envisager une vérification à plus long terme de l'école interactionnelle du dos.

Pour tenter de soulager les lombalgies chroniques, plusieurs programmes éducationnels ou comportementaux ont été mis sur pied durant la dernière décennie. La récurrence de la problématique justifie ces programmes en exigeant des straté-

La présente recherche a été supportée par une subvention du fonds pour la Formation des Chercheurs et l'Aide à la Recherche du Gouvernement du Québec (FCAR: EQ-3030).

Les demandes pour informations ou tirés à part doivent être adressées au Dr Jean-René Chenard, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, C.P. 700, Rouyn-Noranda (Québec) CANADA J9X 5E4

gies différentes de celles utilisées pour faire face aux douleurs lombaires aiguës (Nachemson, 1980; Anderson, 1980). En Europe, le modèle suédois de l'« école du dos » reste le plus utilisé des programmes d'intervention (Zachrisson, 1981). Le modèle éducationnel canadien (Hall et Icton, 1983) ou californien (Mattmiller, 1980), ainsi que certaines approches plus comportementales (Fordyce, Roberts et Sternbach, 1985), ont aussi fait l'objet d'études.

Récemment, à l'intérieur du cadre hospitalier, certains programmes plus agresseurs ont vu le jour. A raison de six jours par semaine et de six heures d'activités par jour, ces thérapies se prolongent jusqu'à quatre semaines (Cassisi, Sypert, Salomon et Kapel, 1989). A l'opposé, d'autres thérapeutes réduisent leurs interventions à trois rencontres seulement (Moffet, Chase, Portek et Ennis, 1986). Il existe même des « mini-écoles du dos » limitées à une seule rencontre (Stankovic et Johnson, 1990). Mais, plus conformes au modèle suédois original, la plupart des programmes comprennent entre six et dix rencontres avec des groupes de six à huit patients (Berquist et Larsson, 1977). Fait à noter, dans la littérature francophone, il n'existe pas encore de modèle structuré qui propose ce type d'intervention; une lacune que veut combler la présente école du dos.

En quelques mots, l'école interactionnelle du dos (Chenard, Lavignolle et Charest, 1991) se déroule en dix rencontres hebdomadaires et comporte les trois principaux éléments suivants: d'abord, une adaptation de certaines composantes de l'école suédoise du dos comme l'activité physique, des notions de biomécanique et des informations de base sur l'anatomie et la pathologie dorsale. Ensuite, une classification originale et simple de la douleur lombalgique permettant au patient d'évaluer lui-même l'état de sa lombalgie chronique à partir de cinq « cartes de la douleur » et de choisir les exercices physiques appropriés à sa condition. Enfin, des stratégies interactionnelles qui permettent à l'intervenant de maximiser son pouvoir d'influence auprès du patient-e au cours de chacune des dix rencontres (Charest, 1989; Charest, Chenard, Marchand et Li, 1990). Le rationnel sous-jacent à notre école a été défini dans une publication parue antérieurement (Chenard, Charest, Lavignolle et Marchand, 1988).

Un problème majeur subsiste toutefois avec les écoles du dos. À notre connaissance, aucune recherche bien contrôlée n'a encore démontré leurs effets thérapeutiques. Par exemple, on ne connaît pas encore la part d'effet placebo d'un tel traitement. Or, cet aspect est particulièrement important si l'on considère que 20 à 30 pourcent des patients répondent de façon sensible à une manipulation placebo (Jospe, 1978). Cette lacune au plan du contrôle méthodologique peut cependant s'expliquer par l'impossibilité de faire une école du dos placebo, autant pour des raisons déontologiques que pratiques.

D'autre part, il faut se rappeler que la valeur d'un traitement placebo est directement reliée à l'efficacité du traitement avec lequel il est comparé (Evans, 1985). Ainsi, dans une étude sur l'analgésie par stimulation électrique transcutanée (TENS), Thorsteinsson, Stonnington, Stillwell et Elveback (1978) font ressortir que l'effet placebo qu'ils obtiennent est d'autant plus important que la stimulation est appliquée sur la région où l'on observe les meilleurs résultats avec le

TENS actif. Il est donc important de produire un placebo le plus semblable possible au traitement auquel nous voulons le comparer.

En tenant compte des contraintes mentionnées, nous avons opté pour un placebo à partir d'une approche physique du traitement de la douleur, soit le TENS-placebo (Marchand, Bushnell et Duncan, 1991a).

En plus d'un groupe placebo, l'ajout d'un groupe de contrôle est aussi indispensable pour évaluer l'efficacité d'un traitement de la lombalgie chronique. Comme la majorité des études présentent des résultats à court et à moyen terme et que les patients souffrant de lombalgies chroniques rapportent des variations importantes de leur douleur sur une période de plusieurs jours ou même au cours de la même journée, il est essentiel de contrôler le simple passage du temps en comparant les résultats du groupe traité à ceux d'un groupe de sujets placés sur une liste d'attente (groupe de contrôle).

Enfin, un autre aspect important dans ce type d'études est le choix de la variable dépendante. En effet, les données physiques comme la flexion et l'extension du tronc, la force des muscles des membres inférieurs, ou encore, les mesures électrophysiologiques comme l'électromyographie ne constituent pas des indices fiables de l'état de la lombalgie chronique.

Par contre, étant donné que la douleur constitue la principale raison de consultation pour le patient souffrant de lombalgie chronique, le meilleur indice de l'efficacité d'une approche thérapeutique réside dans la capacité du traitement à réduire le niveau de la douleur.

À ce sujet, il est désormais acquis que la douleur est composée d'au moins deux aspects: sensori-discriminatif et affectivo-motivationnel (Melzack et Casey, 1968; Price, Harkins et Baker, 1987). Selon le type de douleur, un des aspects prédomine souvent par rapport à l'autre (Price et al., 1987). De plus, un des aspects de la douleur peut être affecté de façon plus spécifique selon le type de traitement (Gracely, McGrath et Dubner, 1978; Gracely, 1979). En mesurant la douleur, il est donc essentiel d'évaluer indépendamment les composantes sensori-discriminatives et affectivo-motivationnelles.

Par conséquent, dans la présente étude, nous allons comparer l'effet de l'école interactionnelle du dos avec une procédure placebo et un groupe de contrôle en mesurant l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur lombalgique.

Méthodologie

Patient-es

Cinquante neuf patient-es âgé-es entre 18 et 52 ans (moyenne= 36,76 ans), souffrant de lombalgie chronique depuis plus de six mois (voir tableau 1), ont été recrutés à l'aide d'annonces passées dans les journaux locaux ou à la suite de recommandations médicales. Nous avons utilisé les critères d'exclusion habituellement retenus dans ce genre d'intervention (Nachemson, 1980): scoliose de plus

de 15 degrés (aucun cas), perte importante à la fois de la sensibilité et des réflexes dénotant une compression importante de la racine nerveuse et une indication chirurgicale (un cas), effondrement de plus de trois étages lombaires (aucun cas), un spondylolisthésis de plus d'un cm (un cas), des problèmes d'obésité allant au delà de 20% sur l'échelle retenue par l'association canadienne des maladies du coeur (trois cas). Nous avons aussi éliminé un patient présentant un problème psychosomatique majeur incompatible avec le cadre de cette recherche et une patiente âgée de plus de 60 ans. Par contre, tous les patient-es qui présentent des désordres dégénératifs de la colonne vertébrale sans compression radiculaire sont inclus dans l'étude.

La répartition au hasard des patient-es entre les trois groupes s'effectue après avoir contrôlé les facteurs suivants: le diagnostic, l'intensité de la douleur au niveau de base de l'évaluation maison, le poids et le sexe.

Le diagnostic. Afin de faciliter la tâche de la répartition des sujets entre les trois groupes de la présente recherche, les diagnostics sont subdivisés en trois catégories: (a) les problématiques d'origine essentiellement somatogénique (douleurs musculaires ou syndrome facettaire avec irritation des branches postérieures), (b) les problématiques neurogéniques avec compression de la racine nerveuse, et (c) les pathologies plus spécifiques comme la spondylarthrose, les discarthroses dégénératives, les scoliozes de moins de 15 degrés, le syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID) et le syndrome du pyramidal. Enfin, dans le cas où l'individu présente plusieurs problématiques à la fois, il est classifié dans la catégorie représentant le défi le plus grand pour l'intervenant.

L'intensité de la douleur. Chaque patient-e évalue à domicile sa douleur pendant une période de trois jours selon la procédure décrite ci-après. Trois catégories d'intensité de douleur sont ainsi définies: douleur élevée, moyenne et faible.

Le sexe et le poids. Finalement, la répartition entre les trois groupes tient également compte du sexe des sujets et de leur poids (dans le cas de ceux dont le poids se situe entre 10 et 20% au-dessus de la courbe normale). Une fois ces facteurs contrôlés (diagnostic, intensité de la douleur, sexe et poids), on procède à la distribution au hasard des sujets entre le groupe « école interactionnelle du dos » (n=17), le groupe en attente (n=23) et le groupe placebo (n=19). À remarquer que le nombre de sujets affectés au groupe en attente est plus élevé que dans les autres groupes pour des raisons de contrôle statistique à long terme. Enfin, la présente étude a reçu l'assentiment du comité d'éthique de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 1. Description de l'échantillon

Groupe	Hommes	Femmes	Age et écart type	Durée et écart type
École dos	6	8	39,21 (7,82)	7,79 ans (6,67)
Placebo	6	6	35,08 (7,38)	8,83 ans (6,21)
Contrôle	8	8	37,25 (8,18)	6,51 ans (6,22)

Tableau 2. Type de problèmes rencontrés

Groupe	Problèmes musculaires	Problèmes facettaires	Problèmes du disque	Racines nerveuses et autres problèmes
École dos	11	3	3	spondylarthrose et arthrose
Placebo	11	7	1	discarthroses dégénératives (1) et scoliozes (2)
Contrôle	13	10	1	Compression post-opératoire, SPID, pyramidal

Traitements

L'école interactionnelle du dos fait partie des traitements comportementaux de la lombalgie chronique destinés à des groupes de six à huit patient-es (Chenard et al., 1991). Sa forme obéit au modèle interactionnel de la psychothérapie à court terme (Fisch, Weakland et Segal, 1986). Son fond s'articule autour d'une approche didactique basée sur l'apprentissage d'un certain nombre d'habiletés. Un contrat thérapeutique initial lie participant-es et intervenants. Ce contrat engage les deux parties pour la durée du traitement. Les exigences du travail requis pour participer à l'école interactionnelle du dos sont proportionnelles à l'importance de la réduction souhaitée. Les apprentissages proposés s'articulent autour de 10 rencontres hebdomadaires d'une durée de deux heures chacune (incluant une pause de 20 minutes). Chaque rencontre (ou étape) comprend une présentation didactique et l'apprentissage d'un certain nombre de stratégies destinées à

favoriser le développement optimal de l'efficacité personnelle de chaque participant-e. (voir le tableau 3)

Tableau 3. Étapes du programme

- Étape 1. Cartes de la douleur spécifiques à chaque participant-e. Stratégies à utiliser pour faire face aux crises aiguës; les stratégies diffèrent selon les cartes ou la combinaison de cartes propres à chaque participant-e.
- Étape 2. Préparation physique incluant la mise sur pied d'une routine motrice d'une durée maximale de 15 minutes par jour. (Ici aussi, la routine tient compte des cartes de la douleur de chaque participant-e) Programme de conditionnement physique général de 20 minutes trois fois par semaine, et enfin, des exercices de vigilance basés sur l'automatisation du placement du bassin en rétroversion.
- Étape 3. Préparation mentale et apprentissage de quelques techniques de relaxation et de dérivation de l'attention.
- Étape 4. Notions de base en anatomie. Ces notions sont articulées autour des principales cartes de la douleur rencontrées (muscles, facettes, disques et racines nerveuses).
- Étape 5. Stratégies ergonomiques rattachées aux principales cartes de la douleur et identification des contraintes posturales au travail.
- Étape 6. Médications et stratégies de sevrage.
- Étape 7. Douleur chronique et conséquences non désirées de la guérison.
- Étape 8. Traitements: un regard critique sur l'ensemble des traitements disponibles.
- Étape 9. Chirurgie et cartes de la douleur.
- Étape 10. Faites vous-mêmes vos propres douleurs: quelques stratégies efficaces pour retrouver ou aggraver votre état initial.

L'intervention placebo est réalisée à partir de l'approche analgésique par stimulation électrique transcutanée (Marchand et al., 1991a). Les rencontres se déroulent de la façon suivante. Les patient-es sont allongés sur le ventre sur une table de traitement dans une petite pièce sombre. Quatre électrodes sont placées sur la région lombaire douloureuse du sujet et sont branchées à un TENS (Stéréodynamtor de Siemens). L'appareil est court-circuité de façon à ce que le sujet ne reçoive aucune stimulation tout en conservant actives ses fonctions visuelles et sonores (indicateur de voltage, réaction sonore indiquant le début et la fin de la séance, écran cathodique montrant la fréquence aléatoire de la supposée stimulation, signaux visuels illustrant le passage du temps, etc.). Lorsque la technicienne ajuste l'amplitude de l'appareil, le sujet est invité à se concentrer pour détecter et signaler l'apparition d'une très faible stimulation. Le traitement débute dès que le patient-e indique qu'il « ressent » la supposée stimulation. Chaque sujet reçoit les traitements placebos pendant 30 minutes, deux fois par semaine, pour une période de 10 semaines consécutives.

Le groupe de contrôle participe aux mêmes évaluations que les deux autres groupes, mais il ne reçoit aucun traitement. Les individus assignés à ce groupe sont informés qu'ils bénéficieront d'un traitement dès que l'étude sera complétée.

Mesure de la douleur

A l'aide d'échelles visuelles analogues, les sujets évaluent l'intensité et l'aspect désagréable de leur douleur selon une procédure que nous avons préalablement utilisée à notre laboratoire (Marchand et al., 1991a, 1991b). Au début, le sujet se familiarise avec l'outil d'évaluation au cours d'une période de vingt minutes au laboratoire en présence de l'un des expérimentateurs. L'intensité de la douleur lui est alors décrite en termes de « force avec laquelle se présente la douleur au moment présent ». Le sujet indique l'intensité de sa douleur par un trait de crayon sur une ligne dont les extrémités vont d'une « douleur à peine perceptible » jusqu'à « la douleur la plus intense que je n'ai jamais eue ».

Pour sa part, l'aspect désagréable porte sur le « comment je me sens émotionnellement face à cette douleur ». L'expérimentateur donne l'exemple d'une douleur de faible intensité dont la persistance peut devenir graduellement intolérable à la longue, même si l'intensité demeure constante. Dans ce cas-ci, le sujet assigne à sa douleur (aussi par un trait de crayon sur une ligne) une valeur allant de « pas désagréable du tout » à la « plus désagréable que je n'ai jamais eue ». Ensuite, l'évaluation proprement dite de la douleur est réalisée directement à domicile, compte tenu que la mémoire de la douleur chronique n'est pas une mesure fiable (Erskine, Morley et Pearce, 1990). Après s'être exercé à discriminer entre ces deux aspects au laboratoire, les patient-es complètent donc à domicile, trois jours de suite à toutes les deux heures pendant leurs périodes d'éveil, la double échelle mise à leur disposition (voir la grille d'évaluation quotidienne de la douleur) illustrée à la figure 1).

La consigne stipule de ne pas tenter de remplir ses évaluations à la fin d'une journée, mais plutôt de le faire à l'heure prescrite. Pour s'en assurer, une assistante de recherche vérifie par téléphone, à trois occasions par jour pendant toute la durée des trois journées du niveau de base, le respect des consignes en effectuant elle-même ses propres relevés de l'intensité et de l'aspect désagréable de la douleur au moment même de l'appel téléphonique. Les données du présent article proviennent donc des évaluations de la douleur faites à la maison par les participant-es à toutes les deux heures d'éveil pendant trois jours à trois moments différents: immédiatement avant le traitement, à la fin du traitement de dix semaines et trois mois plus tard.

Résultats

Il n'y a pas de différences significatives entre les trois groupes au pré-test ($F(2)=0,004$; $p=0,996$), indiquant ainsi que les groupes sont équivalents au terme de l'évaluation de la douleur avant le début des traitements (figure 2).

En ce qui concerne le groupe de l'école interactionnelle du dos, l'intensité de la douleur est significativement réduite par le traitement à la fin de l'intervention ($F(1)=735,581$; $p=0,0001$), de même que trois mois plus tard ($F(1)=1138,073$; $p=0,0001$). Plus précisément, à ces deux périodes de mesures, la réduction de l'intensité de la douleur est respectivement de 55 % et 68 %. Il en va de même pour l'aspect désagréable de la douleur. Il y a en effet une réduction de 54 % immédiatement après le traitement ($F(1)=660,57$; $p=0,0001$) et de 68 % trois mois plus tard ($F(1)=1054,726$; $p=0,0001$).

En ce qui a trait au traitement placebo, l'intensité de la douleur est réduite de 9 % à la fin du traitement ($F(1)=7,731$, $p=0,01$) et de 23 % trois mois plus tard ($F(1)=46,683$, $p=0,0001$). De plus, l'analyse révèle des résultats semblables du côté de l'aspect désagréable de la douleur, soit une réduction de 18 % immédiatement après le traitement placebo ($F(1)=32,102$, $p=0,0001$) et de 30 % trois mois plus tard ($F(1)=66,833$, $p=0,0001$).

Enfin, le groupe de contrôle affiche aussi une diminution de la douleur à la suite du simple passage du temps, mais de façon beaucoup moins marquée. Ainsi, il n'y a pas de différence significative pour ces sujets après les dix semaines d'attente au niveau de l'intensité de la douleur ($F(1)=2,918$; $p=0,0995$) et au niveau de l'aspect désagréable de la douleur ($F(1)=3,474$, $p=0,0737$). Par contre, on enregistre trois mois plus tard une baisse significative de 6 % pour l'intensité ($F(1)=12,211$; $p=0,0017$) et une baisse de 17 % pour l'aspect désagréable ($F(1)=23,729$; $p=0,0001$). Cette légère baisse s'explique possiblement par le fait que cette évaluation (trois mois plus tard) a lieu au début de l'été, une période de l'année plus propice aux activités physiques.

École interactionnelle du dos vs contrôle. La comparaison de l'école du dos avec le groupe de contrôle montre que l'évaluation de la douleur est davantage réduite par le traitement (école interactionnelle du dos) que par le simple passage du temps (groupe de contrôle). En effet, l'intensité de la douleur est significativement plus réduite chez les patient-es ayant bénéficié des dix semaines à l'école du dos que chez les sujets du groupe de contrôle; d'ailleurs, cette différence apparaît autant à la fin du traitement ($F(1)=5,416$; $p=0,0255$) que trois mois plus tard ($F(1)=8,199$; $p=0,0069$). On constate en plus les mêmes différences pour l'aspect désagréable de la douleur immédiatement après le traitement ($F(1)=5,380$; $p=0,0260$) et trois mois plus tard ($F(1)=7,061$; $p=0,0117$).

École interactionnelle du dos vs placebo. Afin de vérifier la part de l'effet placebo dans l'école interactionnelle du dos, nous avons comparé les résultats de l'école du dos avec ceux du groupe placebo. En ce qui concerne l'intensité de la douleur, l'effet de l'école du dos demeure significativement supérieure à un traitement placebo immédiatement après le traitement ($F(1)=4,416$; $p=0,0425$). Cet effet persiste encore trois mois après la fin du traitement ($F(1)=4,928$; $p=0,0328$).

Toutefois, il n'en va pas de même de l'aspect désagréable de la douleur. En effet, il n'y a pas de différence significative entre l'école du dos et la manipulation placebo ($F(1)=2,986$; $p=0,0923$) immédiatement après le traitement, alors que trois mois plus tard, l'effet de l'école du dos est significativement supérieure au placebo ($F(1)=3,941$; $p=0,0548$).

Date: _____

Grille d'évaluation quotidienne de la douleur

Intensité

22:00
20:00
18:00
16:00
14:00
12:00
10:00
08:00
06:00
04:00
02:00
00:00

A peine perceptible

La plus intense que j'ai eue

aspect désagréable

22:00
20:00
18:00
16:00
14:00
12:00
10:00
08:00
06:00
04:00
02:00
00:00

Pas désagréable du tout

La plus désagréable que j'ai eue

Inscrivez par un trait sur le graphique l'intensité ou la qualité de la douleur que vous avez présentement

Figure 1. La grille d'évaluation quotidienne de la douleur.

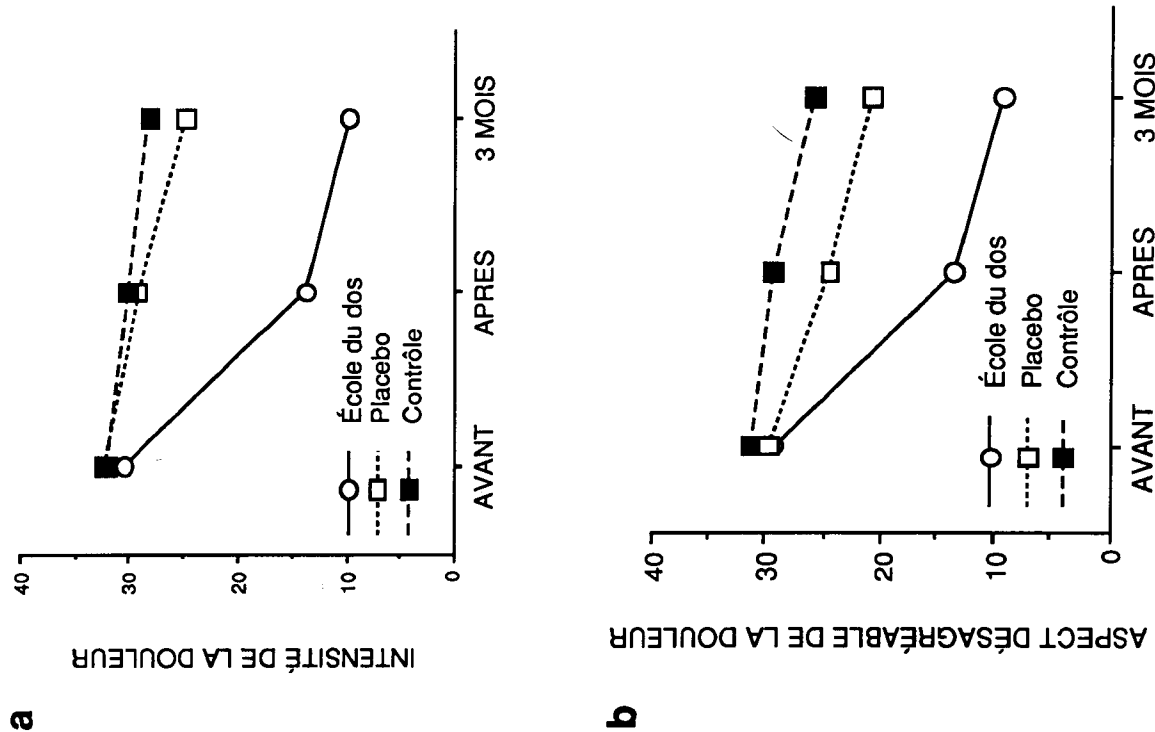


Figure 2. Représentation graphique de l'évaluation moyenne de l'intensité (a) et de l'aspect désagréable (b) de la douleur lombalgique à la maison pour le groupe «école du dos» (cercle vide), placebo (carré vide) et groupe de contrôle (carré plein). Le groupe école du dos est significativement supérieur à un groupe de contrôle et à une manipulation placebo pour réduire l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur.

Discussion

L'analyse des résultats montre que l'école interactionnelle du dos est une méthode effective pour traiter la lombalgie chronique. L'école du dos est en effet significativement plus efficace que le simple passage du temps (groupe de contrôle) pour réduire la douleur à court et à moyen terme (trois mois). De plus, la comparaison entre l'école du dos et le traitement placebo indique que l'école du dos est significativement supérieure au placebo à court et à moyen terme pour diminuer l'intensité de la douleur.

En ce qui concerne l'aspect désagréable de la douleur, l'école du dos n'est pas supérieure au placebo à court terme mais le devient à moyen terme. En fait, le traitement placebo produit des différences plus importantes sur l'aspect désagréable à court et à moyen terme (18% et 30% respectivement) que sur l'intensité de la douleur (9% et 23%). Ces résultats sont d'ailleurs en accord avec les données de Gracely et al. (1979) et Jospé (1978) qui font ressortir que l'effet placebo intervient plus sur les aspects émotionnels que sur les aspects sensoriels de la douleur. Toutefois, trois mois plus tard, l'avantage de l'effet placebo sur l'aspect désagréable de la douleur disparaît. En effet, alors que le traitement placebo est une méthode passive, l'école du dos procure pour sa part au sujet des moyens d'intervenir sur sa douleur lombalgique et produit ainsi des effets plus persistants qui parviennent à se refléter sur l'évaluation de l'aspect désagréable de la douleur à moyen terme. Enfin, ces données font aussi ressortir que le placebo employé dans cette étude s'est montré efficace pour moduler la douleur à court et moyen terme.

Les résultats obtenus dans cette recherche confirment aussi les données de Berquist et Larsson, (1977) à qui nous devons les premiers résultats de traitements du type éducationnel. Cette première recherche n'avait cependant donné lieu à aucune évaluation particulière de la douleur. À nos yeux, l'évaluation de la douleur constitue d'ailleurs un élément crucial pour déterminer l'efficacité d'un traitement de la lombalgie chronique.

En effet, comme nous avons pu le constater avec les résultats du groupe placebo, l'intensité et l'aspect désagréable peuvent être modulés différemment. Parmi les études recensées et qui n'obtiennent pas d'effet avec une approche comportementale, la majorité d'entre elles n'utilisent pas de mesures précises de la douleur (Fordyce et al., 1986; Lindequist, Lundberg, Wikmark, Bergstad, Looft et Ottermark, 1984). Et il en va de même avec celles qui obtiennent des résultats cliniques intéressants (Cairns, Mooney et Crane, 1984; Tollison, Kriegel et Downie, 1985).

Parmi les études qui utilisent des échelles verbales ou visuelles analogues plus précises pour mesurer la douleur, la plupart obtiennent des résultats intéressants (Cohen, Heinrich et Naliboff, 1985; Moffet et al., 1986; Harkapaa, Jarvikoski, Mellin et Hurri, 1989; Hurri, 1989a,b; Hazard, Fenwick, Kalisch, Redmond, Reeves, Reid et Frymoyer, 1989), alors que certaines rapportent des résultats négatifs (Lankhorst et al., 1983; Lindequist et al., 1984) et même, à une occasion, des résultats contradictoires selon le type d'échelles utilisé (Cassisi, Sypert, Salomon et Kapel, 1989). Mais, en dépit de ces quelques différences, toutes ces études parta-

gent une faiblesse en commun: aucune d'entre elles n'utilisent d'échelles qui permettent de différencier clairement l'intensité de l'aspect désagréable de la douleur.

De plus, considérant les variations journalières de la douleur, il est important d'isoler les recherches qui ont mesuré la douleur sur une période de plus d'une journée. Ainsi, sur les trois études vérifiant l'effet de la douleur sur plusieurs jours, deux obtiennent des effets positifs (Hurri, 1989a,b; Hazard et al., 1989) et une des résultats mitigés (Cassisi et al., 1989).

Enfin, l'amélioration de l'efficacité personnelle (Bandura, 1977) reste l'un des principaux postulats sous-jacent à ce type de thérapie. Au travers de l'évaluation du concept de soi, des chercheurs (Beekman, Axtell, Noland et West, 1985) ont tenté de chiffrer cette évolution chez des patients ayant suivis un programme du type «Ecole du dos». Cette étude démontre que les apprentissages comportementaux améliorent ce concept de soi. Comme l'ont établi de façon élégante un groupe de chercheurs (Bandura, O'Leary, Taylor, Gauthier et Gossard, 1987), ces programmes de type éducationnel offrent au patient-e la possibilité d'accroître sa maîtrise de son environnement et lui fournit aussi par la même occasion les éléments nécessaires à une gestion plus efficace de sa douleur.

Finalement, avant toute conclusion trop hâtive sur l'efficacité de ces traitements de la lombalgie, il faut rappeler certaines mises en garde énoncées par Turk et Rudy (1990, 1991). L'une d'entre elles concerne les abandons. Devons-nous les inclure dans nos statistiques en les considérant comme des échecs? Dans notre recherche, leur répartition favoriserait nettement le groupe traité. Leur ajout n'altérerait donc pas nos données. Mais, plus pertinente, la deuxième recommandation concerne la durée du suivi. Ce genre de programme éducationnel est exigeant pour le patient. Si l'on se réfère à d'autres programmes de ce type, notre suivi est trop court. Cinq mois après s'être inscrits à un programme de réadaptation, 39% seulement des patients cardiaques poursuivent leurs efforts initiaux alors que 13% persistent au-delà d'une année (Kentala, 1972). Les programmes associés au contrôle du tabagisme, de l'obésité ou de l'utilisation de drogues ne font guère mieux. Après six mois, la moitié de leurs participants retournent aux conditions du pré-test. Qui plus est, avec des consignes aussi simples que celles associées à la prise de médication, un tiers des patients ne respectent pas les recommandations initiales (Turk et Rudy, 1990). Puisque la participation à des «Écoles du dos» est exigeante, nous croyons qu'il est important de faire des écoles de rappel dans le but de vérifier si les effets à court et à moyen terme persistent à long terme (un an ou plus). Une prochaine étape d'évaluation que nous envisageons réaliser avec nos patient-es.

Références

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, B.C., Gauthier, J., & Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: Opioid and Nonopioid mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 563-571.
- Beekman, C.E., Axtell, L., Noland, K.S., & West, J.Y. (1985). Self concept: an outcome of a program for spinal pain. *Pain*, 22, 59-66.
- Bergquist, U.M., & Larsson, V., (1977). Acute low back pain in industry: a controlled prospective study with special reference to therapy and confounding factors. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, Supp 170, 9-117.
- Cairns, D., Mooney, V., & Crane, P. (1984). Spinal pain rehabilitation: Inpatient and outpatient treatment results and development of predictors for outcome. *Spine*, 9, 91-95.
- Cassisi, J.E., Sypert, G.W., Salomon, A., & Kapel, L. (1989). Independent evaluation of a multidisciplinary rehabilitation program for chronic low back pain. *Neurosurgery*, 25, 877-883.
- Charest, J. (1989). Les quatre ingrédients indispensables à la guérison thérapeutique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 10, 1-28.
- Charest, J., Chenard, J.R., Marchand, S., & Li, J. (1990). Maximisation de l'influence interpersonnelle dans l'école interactionnelle du dos 3è symposium international du groupe d'Étude Percutaneous nucleotomy (nouvelles tendances et perspectives dans les traitements de la lombalgie chronique). Bordeaux, 5 et 6 octobre. *Rachis* (numéro spécial), p. 92.
- Chenard, J.-R., Charest, J., Lavignolle, B., et Marchand, S. (1988). Les lombalgies chroniques: du modèle médical au paradigme multifactoriel. *Science et Comportement*, 18, 250-281.
- Chenard, J.R., Lavignolle, B., & Charest, J. (1991). *Lombalgie: Sur les chemins de la guérison. École interactionnelle du dos*. Paris: Masson.
- Cohen, M.J., Heinrich, R.I. & Naliboff, B.D. (1983). Group outpatient physical and behavioural therapy for chronic low back pain. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 326-333.
- Deyo, R.A., Walsh, N.E., Schoenfeld, L.S., Ramamurthy, S. (1990). Can trial of physical treatments be blinded? The example of transcutaneous electrical nerve stimulation for chronic pain. *American Journal of Physical and Medical Rehabilitation*, 69, 6-10.
- Erskine, A., Morley, S., Pearce, S. (1990). Memory for Pain- A Review. *Pain*, 41, 255-265.
- Evans, F.J. (1985). Expectancy, therapeutics instructions, and the placebo response. In L. White, B. Tursky, & G.E. Schwartz (Eds.), *Placebo: Theory, Research and Mechanisms* (pp. 215-228). New York: Guilford Press.
- Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1986). *Tactiques du changement*. Paris: Seuil.
- Fordyce, W.E., Roberts, A.H., & Stembach, R.A. (1985). The behavioral management of chronic pain: A response to critics. *Pain*, 22, 113-125.
- Fordyce, W.E., Brockway, J.A., Bergman, J.A. & Spengler, D. (1986). Acute back pain: A control group comparison of behavioral vs traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 127-140.
- Gracely, R.H., Mc Grath, P., & Dubner, R. (1978). Validity and sensitivity of ratio scales of sensory and affective verbal descriptors: Manipulation of affect by diazepam. *Pain*, 5, 19-29.
- Gracely, R.H. (1979). Psychophysical assessment of human pain. In J.J. Bonica, J.C. Liebesking, D.G. Albe-Fessard (Eds.), *Advances in Pain Research and Therapy*, (pp. 805-824). New York: Raven Press.
- Hall, H., & Icton, J.A. (1983). Back School. An overview with special reference to the Canadian Back Education Units. *Clinical Orthopedics and Related Research*, 179, 10-17.
- Harkapaa, K., Jarvikoski, A., Mellin, G., & Hurri, H. (1989). A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. *Scandinavian Journal of Rehabilitation and Medicine*, 21, 81-89.

Anderson, J.A.D. (1980). Back pain and occupation. In M. Jayson (Ed.), *The lumbar spine and back pain* (pp. 57-82). New York: Pitman Medical.

- Hazard, R.G., Fenwick, J.W., Kalisch, S.M., Redmond, J., Reeves, V., Reid, S., & Frymoyer, J.W. (1989). Functional restoration with behavioral support. A one year prospective study of patients with chronic low back pain. *Spine*, 14, 157-161.
- Hurri, H. (1989a). The Swedish back school in chronic low back pain (part 1): benefits. *Scandinavian Journal of Rehabilitation and Medicine*, 21, 33-40.
- Hurri, H. (1989b). The Swedish back school in chronic low back pain (part 2): factors predicting the outcome. *Scandinavian Journal of Rehabilitation and Medicine*, 21, 41-44.
- Jospe, M. (1978). *The placebo effect in healing*. Lexington, Massachusetts: Lexington Book.
- Kentala, E. (1972). Physical fitness and feasibility of physical rehabilitation after myocardial infarction in men of working age. *Annual Clinical Research*, 4, 1-84.
- Lnahorst, G.J., Van de Stadt, R.J., Vogelarr, T.W., Van der Korst, J.K., & Prevo, A.J. (1983). The effect of the Swedish back school in chronic idiopathic low back pain. *Scandinavian Journal of Rehabilitation and Medicine*, 15, 141-145.
- Lindequist, R., Lundberg, B., Wikmark, R., Bergstad, B., Loof G., & Ottermark, A.C. (1984). Information and regime at low back pain. *Scandinavian Journal of Rehabilitation and Medicine*, 16, 113-116.
- Marchand, S., Bushnell, M.C., & Duncan, G.H. (1991a). Modulation of heat pain perception by high frequency transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). *The Clinical Journal of Pain*, 7, 122-129.
- Marchand, S., Bushnell, M.C., duncan, G.H., Molina-Négro, P., & Martinez, S.N. (1991b). The effects of dorsal column stimulation on measures of clinical and experimental pain in man. *Pain*, 45, 249-257.
- Mattmiller, A.W. (1980). The California Back School. *Physiotherapy*, 66, 118-121.
- Moffet, K.J.A., Chase, S.M., Portek, I. & Ennis, J.R. (1986). A controlled prospective study to evaluate the effectiveness of a back school in the relief of chronic low back pain. *Spine*, 11, 120-122.
- Melzack, R., Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D.R. Kenshalo (Ed.), *The skin senses*, (pp. 423-443), Springfield, IL: Thomas.
- Nachemson, A. (1980). A critical look at conservative treatment for low back pain. In J. Malcom (Ed.), *The lumbar spine and back pain* (pp. 453-464). New York: Pitman Medical.
- Price, D.D., Harkins, S.W., Baker, C. (1987). Sensory-affective relationships among different types of clinical and experimental pain. *Pain*, 28, 297-308.
- Stankovic, R., & Johnell, O., (1990). Conservative treatment of acute low-back pain. A prospective randomized trial. McKensie method of treatment versus patient education in a mini back school. *Spine*, 15, 120-123.
- Thorsteinsson, G., Stennington, H.H., Stillwell, G.K., & Elveback, L.R. (1978). The placebo effect of transcutaneous electrical stimulation. *Pain*, 5, 31-41.
- Tollison, D., Kriegel, M.O., & Downie, R. (1985). Chronic low back pain: results of treatment at the pain therapy center. *South Medical Journal*, 78, 1291-1295.
- Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1990). Neglected factors in chronic pain treatment: outcome studies referral pattern, failure to enter treatment and attrition. *Pain*, 43, 7-25.
- Turk, D.C. & Rudy, T.E. (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients: relapse, non compliance and adherence enhancement. *Pain*, 44, 5-28.
- Zachrisson, M. (1981). The Back School. *Spine*, 6, 104-106.

Abstract

Chronic low back pain has come to be considered a multifactorial problem rather than a strictly medical one. This new perception has given rise to a variety of therapeutic approaches such as the behavioral and educational approaches of the "Back Schools". The "Interactional Back School", developed from the "Swedish Back School", goes beyond showing the patient how to take charge of his back problem by emphasizing the active and determinant role of the therapist in the course of his interaction with the patient. The objective of the present study was to verify the effectiveness of the Interactional Back School to reduce the perception of pain in comparison with a control group and a placebo intervention. The results are clear. The Interactional Back School is significantly superior to the simple passage of time and to a placebo intervention in the reduction of the perception of the intensity and the unpleasantness aspect of pain in the short and medium term (3 months). The results obtained are all the more important as no study to date has measured the placebo effect of this kind of treatment. In fact, the results are sufficiently interesting that we plan a follow-up verification of the long-term effects of the Interactional Back School.