Clip

Guide de pratique

Clinique

des **L**ombalgies

Interdisciplinaire

en **P**remière ligne

2006

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec
Santé publique

AQEPP
Association québécoise des ergothérapeutes en pratique privée

FÉDÉRATION pht
Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec

irsst

Ordre des ergothérapeutes du Québec
OEQ

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

Clip

Guide de pratique

Clinique des Lombalgies Interdisciplinaire en Première ligne

Introduction — 3

Module 1

L'évaluation du patient lombalgique — 5

Module 2

L'approche thérapeutique du patient lombalgique — 21

Module 3

Prise en charge de la lombalgie avec incapacité persistante — 33

Guide de pratique clinique CLIP

Introduction

Ce guide CLIP a été conçu pour être un aide mémoire pratique.

Le guide de pratique clinique pour les lombalgies a été développé en 2005 et 2006 avec le soutien de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail et la collaboration de cinq organismes représentant des professionnels de la santé en première ligne. Même si il est basé sur la recension et l'évaluation des connaissances dans tous les domaines de la prise en charge des lombalgies, il demeure construit autour des savoir-faire des cliniciens en pratique. En ce sens, l'élaboration de ce guide s'est faite dans le cadre de la pratique fondée sur les données probantes tout en intégrant l'expérience clinique des participants.

Ce guide CLIP a été conçu pour être un aide mémoire pratique au quotidien et un outil de formation pour les tous les professionnels quelque soit leur discipline clinique. La nature « interdisciplinaire » que nous avons voulu lui donner se révèlera pleinement si il est aussi utile pour faciliter les communications entre les professionnels. C'est l'avenir que nous lui souhaitons car il nous semble que la présente problématique clinique ne peut être abordée que de cette façon.

L'évolution rapide des connaissances et des pratiques nécessite une mise à jour périodique d'un tel guide. Nous sommes heureux d'avoir associé au nombre des partenaires le Réseau provincial de recherche en adaptation et en réadaptation du Québec (REPAR/FRSQ) qui prendra le relais pour assurer la pérennité du guide autant dans sa validité que sa pertinence.

Michel Rossignol, Direction de santé publique de Montréal
Bertrand Arsenault, École de réadaptation de l'Université de Montréal

L'évaluation du patient lombalgique

Les principes de prise en charge du module 1 « Évaluation »

1.1 Sur le type de lombalgie.

1.2 Sur l'imagerie de la colonne.

1.3 Sur les stades de la lombalgie.

1.4 Sur les obstacles au retour aux activités.

1.5 Sur l'évolution de la condition.

Les niveaux de preuve

Les recommandations sont basées sur quatre niveaux de preuve scientifique en fonction des études qui les soutiennent.

***Élevé* :**

basé sur les résultats de plusieurs études de bonne qualité qui sont cohérents entre eux.

***Moyen* :**

basé sur les résultats d'études de moins bonne qualité et notamment à effectifs faibles qui sont cohérents entre eux.

***Faible* :**

basé sur les résultats d'une seule étude ou des résultats de plusieurs études incohérents entre eux.

***Absence* de preuve :**

basé sur des études sans groupe de comparaison, des considérations théoriques ou un consensus d'experts.

Principe 1.1 Sur le type de lombalgie.

Énoncé du principe 1.1

Lors de l'évaluation du patient ayant une lombalgie, le clinicien doit procéder au triage selon les trois types de lombalgie (tableau 1.1) afin notamment de dépister un problème grave requérant une intervention urgente ou spécialisée.

Tableau 1.1 **Les trois types de lombalgie pour fins de triage**

A Lombalgie simple

Caractéristiques générales :

- Douleur lombaire ou lombosacrée sans composante neurologique.
- Douleur « mécanique » c'est-à-dire qui varie dans le temps et selon l'activité.
- L'état général du patient est bon.

B Lombalgie avec composante neurologique

Le patient doit avoir un ou des symptômes **et** signes indiquant une possible composante neurologique à la lombalgie:

Symptômes

- Douleur descendant en bas du genou, aussi ou plus intense que la lombalgie.
- Douleur irradiant souvent au pied ou aux orteils.
- Engourdissements ou paresthésies dans le même territoire douloureux.

Signes

- Signe d'irritation radiculaire positif comme le test d'élévation de la jambe tendue.
- Signes moteurs, sensitifs ou réflexes concordants avec l'atteinte d'une racine nerveuse.

C Lombalgie avec pathologie rachidienne grave suspectée (drapeaux rouges)

Caractéristiques générales :

- Traumatisme violent (comme une chute de hauteur ou un accident de la route).
- Douleur constante, progressive, non mécanique.
- Douleur thoracique ou abdominale.
- Douleur nocturne non soulagée par le décubitus dorsal.
- Histoire ou suspicion de cancer, infection au VIH ou autre pathologie pouvant donner une lombalgie.
- Prise chronique de corticostéroïdes.
- Perte de poids inexpliquée, frissons, fièvre.
- Restriction importante et persistante de la flexion lombaire.
- Atteinte sensitive de la région périnéale (anesthésie en selle), incontinence urinaire d'apparition récente.

Le risque d'une atteinte grave peut être plus élevé avant 20 ans ou après 55 ans. Une attention particulière aux signes et symptômes précédemment mentionnés doit être accordée lorsque le patient se trouve dans ces catégories d'âge.

Niveau de preuve à l'appui

Moyen

Le triage initial des patients est la recommandation la plus constante dans les différents guides de pratique clinique publiés dans le monde (Koes et al., 2001). L'objectif principal visé est d'identifier la présence de drapeaux rouges (catégorie « C ») requérant une investigation médicale ou chirurgicale urgente. Quant aux patients avec signes et symptômes neurologiques (catégorie « B ») ils ont globalement une évolution qui est statistiquement deux fois plus lente que les patients avec lombalgie simple (catégorie « A »).

Interprétation

Les drapeaux rouges sont des indices qui doivent amener le clinicien à orienter l'évaluation du patient vers la recherche d'une pathologie grave et qui doit être diagnostiquée sans attendre (catégorie « C »). Il s'agit principalement de complications lombaires d'un traumatisme grave ou d'une maladie comme le cancer. En pratique ces complications sont rares mais il est essentiel que le clinicien soit systématique dans son questionnaire et son examen afin de les détecter.

Les signes et symptômes neurologiques chez un patient lombalgique chez qui il n'y a pas de drapeaux rouges (catégorie « B ») se résorbent le plus souvent sans intervention chirurgicale. Le recours à une consultation spécialisée ne devrait pas se faire avant que le clinicien ait pu constater un déficit fonctionnel persistant ou qui s'aggrave après une période de quatre semaines. Par conséquent, en dehors de l'observation de l'évolution des signes et symptômes neurologiques, la prise en charge de ces patients est identique à celle des lombalgies simples (catégorie « A »).

Le triage du patient peut être répété au besoin selon l'évolution. Le triage des patients en trois types de lombalgie est utile pour pondérer l'urgence d'intervention au plan médicochirurgical et n'exclut pas l'utilisation de sous-classifications validées permettant d'orienter le choix et la modulation des traitements.

Bibliographie

Koes, B. W., M. W. van Tulder, et al. (2001). Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. Spine 2001;26:2504-13; discussion 2513-4.

Principe 1.2 Sur l'imagerie de la colonne.

Énoncé du principe 1.2

Pour le patient qui souffre de lombalgie simple, les examens radiologiques, tomodensitométriques ou par résonance magnétique sont rarement indiqués.

Niveau de preuve à l'appui

Élevé

Chez les patients qui souffrent de lombalgie simple, les résultats des tests radiologiques, tomodensitométriques ou par résonance magnétique ne sont pas associés avec les symptômes exprimés par le patient ou sa capacité fonctionnelle au travail.

Van Tulder et collaborateurs ont réalisé une revue des articles publiés avant 1996 concernant la relation entre la lombalgie simple et le résultat radiographique. Ils ont conclu qu'il n'y a pas d'évidence d'une relation causale entre les trouvailles radiographiques, notamment les changements dégénératifs, et la lombalgie simple.

Pour les deux autres types de lombalgie, et notamment chez les patients qui ont plus de 55 ans, une revue de littérature récente conclut qu'une radiographie simple suffit pour exclure une pathologie vertébrale (Jarvik et al., 2003). Les tests d'imagerie spécialisés (comme le scan et l'imagerie par résonance magnétique) devraient être réservés aux cas chez qui une chirurgie est envisagée ou une maladie systémique est fortement suspectée.

Interprétation

Une anamnèse et un examen physique qui ne révèlent pas de drapeaux rouges permettent de poser un diagnostic clinique fiable sans qu'il soit nécessaire de recourir à des techniques d'imagerie médicale.

Lorsque des examens diagnostiques d'imagerie spécialisés comme le scan et l'imagerie par résonance magnétique sont effectués, leurs résultats doivent toujours être interprétés à la lumière des données cliniques. L'utilisation inutile de ces examens très sensibles va produire beaucoup de résultats faussement positifs, créant chez le clinicien et son patient un effet d'étiquetage qui peut en soi contribuer à un moins bon pronostic.

Bibliographie

Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. Ann Int Med 2003;137:586-597.

van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW, Bouter LM. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain. A systematic review of observational studies. Spine 1997;22:427-34.

Principe 1.3
Sur les stades de la lombalgie.

Énoncé du principe 1.3

Le clinicien devrait évaluer la perception du patient de son incapacité et de sa probabilité de retour aux activités habituelles, soit à la quatrième semaine si l'incapacité reliée à la lombalgie persiste, soit dès la première consultation si le patient a des antécédents de lombalgie avec incapacité de longue durée.

Tableau 1.3.1 Les trois catégories de durée de la lombalgie lors de la présentation initiale

	Durée de l'incapacité	Probabilité de retour
Lombalgie aiguë :	0 à 4 semaines	80% à 100%
Lombalgie subaiguë :	4 à 12 semaines	60% à 80%
Lombalgie persistante :	au-delà de 12 semaines	moins de 60%

Niveau de preuve à l'appui

Élevé

La probabilité de retourner au travail décroît avec la durée de l'incapacité reliée à la lombalgie d'où se distinguent trois stades (tableau 1.3.1). L'incapacité est définie comme étant une réduction dans la capacité d'un individu à réaliser ses activités habituelles.

L'étude de la relation entre une durée plus longue de l'absence du travail et une plus faible probabilité de retourner aux activités habituelles, a donné des résultats reproductibles dans plusieurs États y compris le Québec. D'après la synthèse réalisée par Pengel et al., 2003, l'évolution du pronostic en fonction de la durée de la lombalgie n'est pas seulement vérifiée pour le retour au travail mais aussi pour le niveau d'incapacité perçu.

L'évaluation de la perception d'incapacité est l'une des recommandations les plus fréquentes des guides de pratique afin d'évaluer l'impact de la lombalgie sur l'état de santé du patient.

Interprétation

La classification de la lombalgie en stades permet d'identifier des points charnières (aiguë, subaiguë et persistante) où le clinicien devrait adapter sa prise en charge en fonction d'un pronostic qui se détériore. Cette adaptation de la prise en charge repose en partie sur la prédiction de l'incapacité ou du statut de retour au travail à long terme. Le questionnaire SCL BPPM (Dionne, 2005) peut être employé pour la population générale (Tableau 1.3.2), tandis que le questionnaire RAMS (Dionne et al., 2005) peut l'être pour les travailleurs (Tableau 1.3.3). Lorsque le SCL BPPM prédit un risque modéré ou élevé d'incapacité, ou lorsque le RAMS prédit un succès mitigé ou un échec de retour au travail, le clinicien doit intensifier sa recherche des obstacles au retour aux activités habituelles ou référer le patient à un clinicien pouvant effectuer cette recherche d'obstacles.

L'adaptation de la prise en charge repose aussi sur l'évaluation de la perception d'incapacité du patient à l'aide d'un questionnaire standardisé. Cette évaluation peut se faire avec « l'échelle d'incapacité du dos du Québec » qui a été développée et validée au Québec (Tableau 1.3.4) (Kopec, 1996).

Tableau 1.3.2 **Modèle pronostique des maux de dos SCL (SCL BPPM)**

	Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) durant le dernier mois. Vous ne devez cocher qu'une seule réponse par question. **Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été troublé(e) ou affecté(e) parce que :**	Pas du tout (0)	Un peu (1)	Modérément (2)	Beaucoup (3)	Extrêmement (4)	Ne sais pas
Section A	1 vous vous faisiez trop de souci?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2 vous aviez peu d'intérêt en général?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3 vous vous sentiez inutile?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4 vous vous sentiez coupable? (vous aviez des sentiments de culpabilité?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5 vous vous sentiez seul(e) ou que vous aviez les « bleus »?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6 vous sentiez que vous aviez peu d'énergie ou que vous étiez ralenti(e)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	7 votre sommeil était perturbé (troublé) et non réparateur?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	8 vous sentiez que tout ce que vous aviez à faire vous demandait des efforts?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	9 vous vous faisiez des reproches?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	10 vous vous sentiez désespéré(e) en pensant à l'avenir?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Section B	11 vous aviez des faiblesses ou des étourdissements?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	12 vous aviez une boule dans la gorge?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	13 vous sentiez des faiblesses à certaines parties de votre corps?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	14 vous aviez des sensations de lourdeur dans vos bras ou vos jambes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	15 vous aviez de la difficulté à prendre votre souffle?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	16 vous aviez des chaleurs ou des frissons?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	17 vous aviez des engourdissements ou des picotements à certaines parties de votre corps?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Échelle de cotation :

Pas du tout=0, Un peu=1, Modérément=2, Beaucoup=3, Extrêmement=4, Ne sais pas=manquant.

Calcul du pointage :

Les résultats des questions d'une section sont additionnés et cette somme est divisée par le nombre de réponses non-manquantes. Les questions 1 à 10 donnent le résultat pour la **section A**, et les questions 11 à 17 donnent le résultat pour la **section B**.

Les résultats de la section ne sont pas valides lorsque le nombre de réponses suivant est manquant : quatre réponses ou plus dans la **section A**, trois réponses ou plus dans la **section B**.

Interprétation :

Si section A < 0.444
ou
Si section A ≥ 0.444 mais < 1.5 et section B < 0.333

↓

Risque faible d'incapacités sévères et persistantes à long terme

Si section A ≥ 0.444 mais < 1.5 et section B ≥ 0.333

↓

Risque modéré d'incapacités sévères et persistantes à long terme

Si section A ≥ 1.5

↓

Risque élevé d'incapacités sévères et persistantes à long terme

Traduit et adapté de :

Dionne CE. Psychological distress confirmed as predictor of long-term back-related functional limitations in primary care settings. Journal of Clinical Epidemiology 2005; 58(7):714-8

Tableau 1.3.3 Questionnaire RAMS pour le pronostic des maux de dos[1]

Instructions au clinicien: *Posez les questions suivantes en suivant la clé d'interprétation. Cessez le questionnaire au moment où vous entrez dans le tableau de probabilité de retour au travail.*

Q1: Êtes-vous plutôt en accord ou plutôt en désaccord avec l'affirmation suivante : « Vous pensez que vous ne retournerez pas à votre travail régulier d'ici 3 mois ».

Q2: La douleur irradie-t-elle dans les membres?

Q3: Y a-t-il des antécédents de chirurgie à la colonne?

Q4: Sur une échelle de 0 à 10, quel a été le niveau moyen de la douleur au dos au cours des 6 derniers mois ?

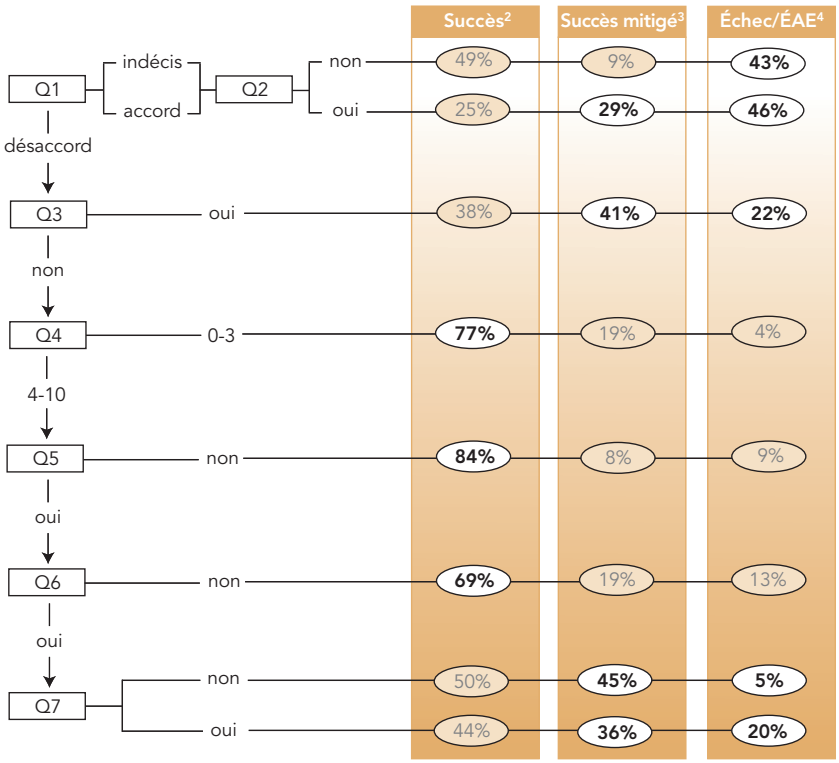
Pour les trois affirmations suivantes, répondez par oui ou non:

Q5: « Aujourd'hui, je bouge fréquemment pour essayer de trouver une position confortable pour mon dos ».

Q6: « Aujourd'hui, parce que j'ai mal au dos, je suis plus irritable et de mauvaise humeur que d'habitude ».

Q7: « Aujourd'hui, je dors moins bien à cause de mon dos ».

Clé d'interprétation



Les pourcentages sur fond blanc identifient la ou les issues les plus probables pour un patient.

2 **Succès:** probabilité de retour au travail régulier avec peu d'incapacité fonctionnelle et de risque de récurrence d'absentéisme;

3 **Succès mitigé:** probabilité de retour au travail régulier mais niveau élevé d'incapacité fonctionnelle ou risque de récurrence d'absentéisme;

4 **ÉAE (échec après essai):** probabilité d'être absent du travail régulier après une ou plusieurs tentative(s) de retour;

4 **Échec:** probabilité de demeurer absent du travail régulier sans tentative de retour.

1 Source: Dionne C et al. 2005

Tableau 1.3.4 **Échelle d'incapacité du dos du Québec**

Note au clinicien : ce questionnaire a une valeur comparative, c'est-à-dire que le pointage obtenu au cours d'une consultation doit être comparé à celui de la consultation précédente afin d'observer l'évolution de l'incapacité.

Ce questionnaire porte sur la façon dont votre douleur au dos affecte votre vie de tous les jours. Les personnes souffrant de maux de dos trouvent parfois difficile d'entreprendre certaines activités quotidiennes. **AUJOURD'HUI**, éprouvez de la difficulté à accomplir les tâches énumérées ci-dessous **en raison de votre dos**. Encerclez un chiffre de 0 à 5 qui correspond le mieux à chacune des activités.

	Aucune difficulté	Très peu difficile	Un peu difficile	Difficile	Très difficile	Incapable
1. Sortir du lit.	0	1	2	3	4	5
2. Dormir toute la nuit.	0	1	2	3	4	5
3. Vous retourner dans le lit.	0	1	2	3	4	5
4. Vous promener en voiture.	0	1	2	3	4	5
5. Rester debout pendant 20 à 30 minutes.	0	1	2	3	4	5
6. Rester assis sur une chaise pendant plusieurs heures.	0	1	2	3	4	5
7. Monter un étage d'escalier.	0	1	2	3	4	5
8. Marcher quelques coins de rue.	0	1	2	3	4	5
9. Marcher plusieurs kilomètres.	0	1	2	3	4	5
10. Atteindre un objet sur une tablette élevée.	0	1	2	3	4	5
11. Lancer une balle.	0	1	2	3	4	5
12. Courir un coin de rue.	0	1	2	3	4	5
13. Sortir des aliments du réfrigérateur.	0	1	2	3	4	5
14. Faire votre lit.	0	1	2	3	4	5
15. Mettre vos chaussettes ou vos bas.	0	1	2	3	4	5
16. Vous pencher pour laver le bain.	0	1	2	3	4	5
17. Déplacer une chaise.	0	1	2	3	4	5
18. Tirer ou pousser des portes lourdes.	0	1	2	3	4	5
19. Transporter deux sacs d'épicerie.	0	1	2	3	4	5
20. Soulever et transporter une grosse valise.	0	1	2	3	4	5

Calcul du pointage : additionner toutes les lignes. Total possible sur 100 : _____

Traduit et adapté de : Kopec JA et coll. The Quebec back pain disability scale : measurement properties. Spine 1995;20:341-352.

Bibliographie

Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain : systematic review of its prognosis. Br Med J 2003;327:323.

Dionne CE, Bourbonnais R, Fremont P, Rossignol M, Stock SR, Larocque I. A clinical return-to-work rule for patients with back pain. CMAJ 2005; 172(12):1559-67.

Dionne CE. Psychological distress confirmed as predictor of long-term back-related functional limitations in primary care settings. Journal of Clinical Epidemiology 2005; 58(7):714-8.

Kopec JA. Esdaile JM. Abrahamowicz M. Abenhaim L. Wood-Dauphinee S. Lamping DL. Williams JI. The Quebec Back Pain Disability Scale: conceptualization and development. Journal of Clinical Epidemiology 1996; 49(2):151-61.

Principe 1.4 Sur les obstacles du retour aux activités.

Énoncé du principe 1.4

Lorsque la probabilité de retour aux activités habituelles est jugée faible (principe 1.3), le clinicien doit rechercher les obstacles au retour aux activités habituelles.

Niveau de preuve à l'appui

Élevé

Le niveau de preuve est élevé quant à l'implication de certains facteurs cliniques, psychosociaux et reliés au travail dans la probabilité de retour aux activités habituelles. Ces facteurs ou obstacles doivent être identifiés si on veut ultimement en réduire l'impact. L'identification des obstacles au retour à l'activité est une des recommandations les plus constantes dans tous les guides de pratique clinique publiés internationalement (Staal et al., 2003).

Interprétation

Comme mentionné dans le principe 1.3, le clinicien doit intensifier sa recherche des obstacles au retour aux activités habituelles dans le cas où la probabilité d'un tel retour est jugée faible. Lorsque le clinicien identifie chez un patient des obstacles au retour aux activités habituelles, il pourra adapter sa prise en charge, voire référer son patient à d'autres ressources rapidement s'il le juge utile pour éviter la chronicité.

Dans une revue de littérature, Waddell et al. (2003) ont identifié les obstacles ayant un impact majeur sur la capacité à retourner aux activités habituelles. On note des obstacles :

- cliniques : intensité de la douleur, perception d'incapacité, perception de l'état de santé général, symptômes (sans signes) d'irradiation de la douleur sous le genou, antécédents de lombalgie de longue durée.
- psychosociaux : détresse psychologique, dépression, peurs et croyances, catastrophisme, somatisation.
- reliés au travail : satisfaction au travail, projection du patient face au retour au travail, incitatifs financiers, absence de tout type de travail.

Ces obstacles semblent cependant être reliés entre eux, c'est-à-dire qu'une amélioration d'un de ces facteurs entraîne une amélioration des autres (Sullivan et al., 2005). Le tableau 1.4.1 présente les obstacles-clés à évaluer ainsi que les outils pour effectuer ces évaluations.

Tableau 1.4.1 Obstacles-clés au retour aux activités habituelles et outils d'évaluation

Obstacles (Outils d'évaluation)
Intensité de la douleur (Échelle visuelle analogue)
Perception d'incapacité (Échelle d'incapacité du dos du Québec ou Questionnaire d'incapacité Roland-Morris ou Questionnaire d'incapacité Oswestry)
Symptômes (sans signes) d'irradiation de la douleur sous le genou (Histoire clinique)
Peurs et croyances (Échelle de kinésiophobie de Tampa, Tableau 1.4.2)
Projection du patient face au retour au travail (Une question du questionnaire sur les peurs et croyances (FABQ), Tableau 1.4.3)
Catastrophisme (Échelle des pensées catastrophiques liées à la douleur, Tableau 1.4.4)
Absence de tout type de travail (Statut de travail)

Tableau 1.4.2 **Échelle de kinésiophobie de Tampa (TSK-11)**

Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encercler le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.	Fortement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Fortement en accord
1. J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique	1	2	3	4
2. Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre	1	2	3	4
3. Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas	1	2	3	4
4. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux	1	2	3	4
5. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours	1	2	3	4
6. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(é)	1	2	3	4
7. La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles	1	2	3	4
8. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps	1	2	3	4
9. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas	1	2	3	4
10. Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser	1	2	3	4
11. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur	1	2	3	4
Calcul du pointage : additionner toutes les lignes. Total possible sur 44 : _____				

Traduit et adapté de :

Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. Pain Management 1990; 3:35-43.

Tableau 1.4.3 **Projection du patient face au retour au travail**

Veuillez indiquer un nombre de 0 à 6 pour préciser à quel point vous êtes plutôt en accord ou plutôt en désaccord avec l'affirmation suivante.

	Complètement en désaccord			Indécis			Complètement d'accord
Je pense que je ne retournerai pas à mon travail régulier d'ici 3 mois.	0	1	2	3	4	5	6

Traduit et adapté de :

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(2):157-68.

Tableau 1.4.4 Échelle des pensées catastrophiques liées à la douleur (PCS-CF)

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses. Cela peut être la douleur associée aux maux de tête, à un mal de dent, ou encore la douleur musculaire ou aux articulations. Il nous arrive souvent d'avoir à subir des expériences douloureuses telles que la maladie, une blessure, un traitement dentaire ou une intervention chirurgicale.

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous avez de la douleur.

0 – pas du tout **1** – quelque peu **2** – de façon modérée **3** – beaucoup **4** – tout le temps

Quand j'ai de la douleur …	
1 ☐	j'ai peur qu'il n'y aura pas de fin à la douleur.
2 ☐	je sens que je ne peux pas continuer.
3 ☐	c'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.
4 ☐	c'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.
5 ☐	je sens que je ne peux plus supporter la douleur.
6 ☐	j'ai peur que la douleur empire.
7 ☐	je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses.
8 ☐	avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse.
9 ☐	je ne peux m'empêcher d'y penser.
10 ☐	je ne fais que penser à quel point ça fait mal.
11 ☐	je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.
12 ☐	il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.
13 ☐	je me demande si quelque chose de grave va se produire.

Calcul du pointage : additionner toutes les lignes. Total possible sur 52 : _____

Traduit et adapté de :

Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. Psychological Assessment 1995;7(4):524-532.

Bibliographie

Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW, Waddell G, Burton AK, Koes BW, van Mechelen W. Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. Occup Environ Med 2003;60:618-626.

Sullivan MJ, Ward LC, Tripp D, French DJ, Adams H, Stanish WD. Secondary prevention of work disability: community-based psychosocial intervention for musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil 2005; 15(3):377-92.

Waddell G, Burton AK, Main CJ. Screening to Identify People at Risk of Long-term Incapacity for Work. London: Royal Society of Medicine Press Ltd, 2003.

Principe 1.5 Sur l'évolution de la condition.

Énoncé du principe 1.5

Si la perception d'incapacité du patient s'améliore peu ou pas dans les 4 semaines suivant l'évaluation de cette perception, le clinicien doit réévaluer les obstacles au retour aux activités habituelles et réaligner la prise en charge.

Niveau de preuve à l'appui

Moyen

La perception d'incapacité du patient a été démontrée dans la littérature comme étant reliée aux obstacles au retour à l'activité mentionnés dans le principe 1.4. Une absence ou une faible évolution de cette perception d'incapacité peut signifier que les obstacles au retour à l'activité sont présents et doivent être identifiés afin d'être pris en charge.

Interprétation

L'« échelle d'incapacité du dos du Québec » (Tableau 1.3.4) peut être utilisée à des intervalles de quatre semaines. Dans cette évaluation, on s'attend à ce que le score du patient s'améliore d'au moins 15 points sur une période de quatre semaines (Davidson et al., 2002). Dans la situation où le score s'améliore peu ou pas (moins de 15 points sur une période de quatre semaines), il s'agit d'un signal objectif pour le clinicien de commencer ou de reprendre sa recherche des obstacles au retour aux activités habituelles. Par ailleurs, il est possible qu'un patient démontre une évolution lente mais régulière de sa lombalgie et de sa perception d'incapacité. Ce patient peut être dirigé vers une clinique de réadaptation où un programme de retour à l'activité sera entrepris.

Bibliographie

Davidson M, Keating JL. A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness. Phys Ther 2002; 82:8–24.

L'approche thérapeutique du patient lombalgique

Les principes de prise en charge du module 2

2.1 Sur l'information et les fausses croyances.

2.2 Sur l'encouragement à demeurer actif.

2.3 Sur les traitements efficaces.

2.4 Sur la réorientation des soins entre 4 et 12 semaines.

Les niveaux de preuve

Les recommandations sont basées sur quatre niveaux de preuve scientifique en fonction des études qui les soutiennent.

Élevé :

basé sur les résultats de plusieurs études de bonne qualité qui sont cohérents entre eux.

Moyen :

basé sur les résultats d'études de moins bonne qualité et notamment à effectifs faibles qui sont cohérents entre eux.

Faible :

basé sur les résultats d'une seule étude ou des résultats de plusieurs études incohérents entre eux.

Absence de preuve :

basé sur des études sans groupe de comparaison, des considérations théoriques ou un consensus d'experts.

Principe 2.1 Sur l'information et les fausses croyances.

Énoncé du principe 2.1

Rassurer le patient qui se présente avec un mal de dos, c'est-à-dire (1) fournir au patient l'information essentielle, cohérente, accessible et valide sur sa condition, et (2) corriger au besoin les perceptions erronées.

Niveau de preuve à l'appui

Moyen

L'importance du type d'information à donner aux patients ayant une lombalgie dès la première consultation et à chaque visite par la suite, est un intérêt relativement récent. Un travail de revue systématique des données probantes sur ce sujet est actuellement en cours dans le groupe international Cochrane sur la lombalgie. Deux études concordantes sur le sujet ont montré que l'information essentielle, cohérente et accessible peut avoir un impact positif sur la récupération du patient (Burton et al., 1999, Little P et al., 2001). L'information essentielle est celle qui véhicule un nombre limité (trois à cinq) de messages clairs. L'information cohérente c'est le message verbal du clinicien qui est plus efficace lorsque accompagné d'un document écrit qui véhicule un message identique. Enfin l'information est dite accessible lorsque adaptée au patient et à son état de santé.

Interprétation

L'information au patient est très importante dans les lombalgies parce qu'elle permet au patient de comprendre l'enjeu thérapeutique et de s'impliquer dans sa récupération fonctionnelle. L'information peut cependant être une arme à double tranchant puisque des informations divergentes ou de mauvaise qualité peuvent aller à l'encontre du bien-être du patient et retarder le retour aux activités habituelles et au travail. À cet égard, deux études réalisées à trois ans d'intervalle ont montré la mauvaise qualité persistante de l'information dans 90% des sites Internet (en langue anglaise) sur les lombalgies (Li L et al., 2001, Butler L et al., 2003). Les patients ayant accès actuellement à des dizaines de milliers de sites Internet sur les lombalgies seulement, le rôle du clinicien devient très important dans le domaine de l'information et notamment pour corriger les fausses croyances et les perceptions erronées.

Plusieurs outils ont été développés pour donner une information validée aux patients lombalgiques. Les travaux de Burton ont donné lieu à la publication du « Back Book » en 2002. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en a fait une adaptation, « Tournez le dos à la lombalgie ». Ce sont deux exemples, en anglais et en français, qui, respectant l'esprit des guides de pratique clinique, ont contribué à rendre l'information plus cohérente entre les cliniciens et à améliorer l'accès des patients à une information de qualité.

Parmi les messages clés du Back Book à transmettre au patient, on note :

- Rassurer le patient sur le bon pronostic général du mal de dos.
- Rassurer le patient sur la rareté d'atteintes graves à la colonne et l'absence de signes (drapeaux rouges) signifiant une telle atteinte.
- Rassurer le patient sur la reprise ou la poursuite des activités, y compris le travail, même s'il y a symptômes.
- Éviter d'étiqueter le patient en insistant exagérément sur une atteinte spécifique de la colonne et sur son impact.

Bibliographie

Burton AK, Waddell G, Tillotson MK, Summerton N. "Information and advice to patients with back pain can have a positive effect : a randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care". *Spine* 1999;24:2484-91.

Burton K. *The Back Book*, 2ème edition. 2002.
http://www.hse.gov.uk/msd/backpain/info.htm.

Butler L, Foster NE. "Back pain online : a cross-sectional survey of the quality of Web-based information on low back pain". *Spine* 2003;28:395-401.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. « Tournez le dos à la lombalgie: mieux comprendre pour mieux guérir ». Trousse d'information destinée aux patients lombalgiques. Montréal 2000. *Le Médecin du Québec*, 2003; 38: p 87. http://www.fmoq.org/medecin_du_quebec/medecin_du_quebec.htm.

Li L, Irvin E, Guzman J, Bombardier C. "Surfing for back pain patients : the nature and quality of back pain information on the Internet" *Spine* 2001; 26: 545-7.

Little P, Roberts L, Blowers H, Garwood J, Cantrell T, Langridge J, Chapman J. "Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain". *Spine* 2001;26:2065-72.

Principe 2.2
Sur l'encouragement à demeurer actif.

Énoncé du principe 2.2

Le clinicien devrait promouvoir et guider la poursuite ou la reprise graduelle des activités habituelles du patient.

Niveau de preuve à l'appui

Élevé

C'est à Richard Deyo que l'on doit la publication en 1986 d'un des premiers essais cliniques randomisés montrant la supériorité de l'encouragement à demeurer actif à la prescription de repos au lit. À ce jour, les données probantes soutenues par plusieurs études de qualité corroborent ces premiers résultats (Hagen et al., 2002, Werneke, 2003). Le qualificatif d'*élevé* attribué au niveau de preuve vient de la convergence des résultats d'études en apparence disparates mais qui, sans jamais démentir le principe de demeurer actif, en illustrent différentes facettes. La recommandation de rester actif autant que possible demeure à l'heure actuelle la plus unanimement respectée scientifiquement et cliniquement dans le monde entier.

Interprétation

Le patient à qui le clinicien conseille de poursuivre ou de reprendre ses activités habituelles, y compris le travail, et d'éviter le repos au lit autant que possible, récupère plus rapidement que le patient à qui on laisse la douleur guider la reprise des activités. Même si cette recommandation au clinicien est unanime dans les textes de guides de pratique clinique sur les lombalgies à travers le monde, Staal et al. ont noté qu'en général les guides de pratique sont peu éloquents pour expliquer comment le clinicien peut atteindre cet objectif thérapeutique avec son patient. Une autre critique formulée à l'égard de cette recommandation est son manque de sensibilité au contexte particulier de chaque patient ce qui rend la tâche du clinicien difficile.

La cohérence du message au patient d'une visite à l'autre et entre les cliniciens, pourrait être le paramètre le plus important dans l'implantation du principe 2.2. L'encouragement à demeurer actif est une recommandation qui est subordonnée à l'information au patient et à la correction des perceptions erronées (principe 2.1).

Pour guider le retour au travail, des outils spécifiques permettant d'évaluer et de prendre en charge les obstacles sont disponibles (Stock et al., 2005).

Bibliographie

Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. "How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial". N *Engl* J *Med* 1986; 315(17):1064-1070.

Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. "The cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica". *Spine* 2002; 27(16):1736-1741.

Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW, Waddell G, Burton AK, Koes BW et al. "Occupational health guidelines for the management of low back pain : an international comparison". *Occup Environ Med* 2003; 60(9):618-626.

Stock S, Baril R, Dion-Hébert C, Lapointe C, Paquette S, Sauvage J, Simoneau S, Vaillancourt C. Troubles musculo-squelettiques. Guide et outils pour le maintien et le retour au travail. Janvier 2005. ISBN 2-089494-429-2.

Principe 2.3 Sur les traitements efficaces.

Énoncé du principe 2.3

Le clinicien devrait privilégier l'utilisation de traitements dont l'efficacité a été démontrée.

Niveau de preuve à l'appui

Variable selon les traitements

De nombreuses interventions ont été proposées pour traiter les lombalgies. Au cours des dernières années des efforts de recherche importants ont été déployés pour évaluer de façon rigoureuse les interventions les plus couramment utilisées. Les synthèses de ces études du type Cochrane ou méta-analyse les plus à jour ont été compilées pour réaliser les tableaux 2.3.1 et 2.3.2 qui classent les interventions thérapeutiques selon leur niveau de preuve scientifique dans les deux premiers stades de la lombalgie, aiguë (0-4 semaines) et subaiguë (4-12 semaines).

Interprétation

Pour chacune des interventions les mentions « recommandable », « non-recommandable » et « efficacité inconnue », sont spécifiées sur la base d'une démonstration d'efficacité. La construction des tableaux exige une certaine interprétation des documents sources et c'est pourquoi il demeure nécessaire de s'y référer directement pour comprendre le sens et la portée des recommandations. Les méthodes d'application clinique peuvent beaucoup varier entre les études et les conclusions peuvent avoir différentes significations dans différents contextes cliniques.

Par ailleurs, il y a encore beaucoup de traitements pour lesquels il n'existe aucune étude d'efficacité, ce qui ne permet pas d'émettre de recommandation sur ces types de traitement. Des études sont nécessaires avant de pouvoir statuer sur leur efficacité. Le manque de preuve scientifique n'est pas forcément un discrédit.

Tableau 2.3.1 Efficacité des traitements pour les lombalgies
Stade de la lombalgie : 0 – 4 semaines (aigu)

Niveau de preuve scientifique			
Élevé	**Modéré**	**Faible**	**Absence**
Anti-inflammatoires non stéroïdiens • efficace pour ↓ douleurs • efficacité égale à l'acétaminophène • AINS égaux entre eux (Van Tulder M., Scholten R. et al. 2005c; Jackson K. 2004; Bogduk N. 2004; Van Tulder M. et Waddell G. 2000a)	**Manipulations** • + efficace que placebo (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a) • + efficace que mobilisation pour diminuer la douleur à court terme (Bronfort G., Haas M. et al. 2004) • aussi efficace que AINS (Assendelft W., Morton S. et al. 2005; Cherkin D., Sherman K. et al. 2003)	**Infiltration épidurale (stéroïde) si douleur radiculaire** • + efficace que placebo ou repos au lit (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a)	**Agents physiques glace, chaleur, diathermie, ultrason** (Nadler S. 2004; Van Tulder M. et Koes B. 2003)
Relaxants musculaires • Non-benzodiazépines + efficace que benzodiazépines • Effets secondaires potentiels (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a; Van Tulder M., Touray T. et al. 2004b; Van Tulder M., Touray T. et al. 2005b)	**Exercice d'extension si hernie discale** • Extension + efficace que flexion (Van Tulder M., Malmivaara A. et al. 2000b)	**Analgésique** • aussi efficace que anti-inflammatoire pour le soulagement de la douleur • évidences faibles pour les opioïdes (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a; Jackson K. 2004; Bogduk N. 2004) **Approche McKenzie** Efficacité faible (Clare H., Adams R. et al. 2004)	**Anti-dépresseur** (Bogduk N. 2004; Schnitzer T. et al. 2004; Van Tulder M. et Waddell G. 2000a) **Infiltration facettaire** (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a)
Combinaison relaxants musculaires + AINS (ou analgésique) • + efficace que placebo avec analgésique ou avec AINS (Van Tulder M., Touray T. et al. 2005b)	**Exercices de flexion :** Pas efficace (Van Tulder M., Malmivaara A. et al. 2005)	**Support ou ceinture lombaire** • Efficacité faible par rapport à aucun traitement • Efficacité inconnue par rapport à des traitements connus • Pas efficace comme outil de prévention (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a)	**Infiltration épidurale (stéroïde)** Efficacité inconnue si pas de douleur radiculaire (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a)
Demeurer actif • Plus efficace que traitement médical conventionnel (Hilde G. et al. 2004; Van Tulder M. 2001)			**École de dos**[1] (Van Tulder M. et Koes B. 2003e)
Repos au lit Pas efficace (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a; Van Tulder M., Malmivaara A. et al. 2000b; Hagen K., Hilde G. et al. 2005)		**Acupuncture** Efficacité faible (Furlan A., Van Tulder M. et al. 2005; Manheimer E., White A. et al. 2005)	**Massage** (Furlan A. et al. 2005a; Cherkin D., Sherman K. et al. 2003)
Exercices de renforcement Pas efficace (Van Tulder M., Malmivaara A. et al. 2005)		**Anti-inflammatoire stéroïdien** Pas efficace (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a)	
Exercices spécifiques Pas efficace (Van Tulder M., Malmivaara A. et al. 2005)		**TENS** • Efficacité très limitée par rapport à d'autres traitements • Méta-analyse qui conclut à l'absence d'efficacité du TENS (Furlan A., Van Tulder M. et al. 2005; Manheimer E., White A. et al. 2005; Nadler S. 2004; Van Tulder M. et Waddell G. 2000a; Philadelphia Panel of Evidence-based Clinical Practice, 2001)	
Traction mécanique Pas efficace (Philadelphia Panel of Evidence-based Clinical Practice, 2001; Maher C. 2004; Nadler S. 2004; Harte A., Baxter G. et al. 2003)			
Exercice d'extension Pas efficace (Van Tulder M., Malmivaara A. et al. 2005)			

Recommandable | Non-recommandable | Efficacité inconnue

[1] Il est difficile d'établir que ce comprend une école de dos dans les différentes études. Il y a une très grande hétérogénéité
AINS=Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Tableau 2.3.2 **Efficacité des traitements pour les lombalgies**
Stade de la lombalgie : 4-12 semaines (subaigu)

Niveau de preuve scientifique			
Élevé	**Modéré**	**Faible**	**Absence**
Demeurer actif Activation progressive avec thérapie comportementale = ↓ absence au travail et ↓ risque de chronicité (Hilde G. et al. 2004; Hagen K. et al. 2002; Van Tulder M. et Waddell G. 2000a)	**Approche McKenzie** Efficace (Clare H., Adams R. et al. 2004)	**Acupuncture** Efficace (Furlan A., Van Tulder M. et al. 2005)	**Support lombaire** (Van Tulder M., Jellema P. et al. 2004; Van Tulder M. et Koes B. 2001)
Exercices efficace – aucune indication sur un type ou un autre (Hayden J. et al. 2005; Philadelphia Panel of Evidence-based Clinical Practice, 2001)	**Programme multidisciplinaire** efficace si intensif, avec une visite sur les lieux du travail et avec une composante de retour au travail • Bénéfice vs coût : à évaluer (Karjalainen K., Malmivaara A. et al. 2005; Van Tulder M. et Koes B. et al. 2001)	**Manipulation** • + efficace que placebo (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a) • + efficace que mobilisation pour diminuer la douleur à court terme (Bronfort G., Haas M. et al. 2004) • Aussi efficace que AINS (Assendelft W., Morton S. et al. 2005; Cherkin D., Sherman K. et al. 2003)	**TENS** (Philadelphia Panel of Evidence-based Clinical Practice, 2001)
			Dénervation radio-fréquentielle (Niemesto L. 2004)
			Agents physiques (glace, chaleur, diathermie, US) (Van Tulder M. and Waddell G. 2000a)
		Massage • meilleur si combiné avec exercice et éducation, efficace par rapport à pas de traitement (Furlan A., Brosseau L. et al. 2005a)	**Infiltration épidurale (stéroïde)** (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a)
		Thérapie comportementale • Réduit la douleur et l'incapacité en comparaison avec les soins traditionnels (Van Tulder M., Koes B. et al. 2001)	**Infiltration des points gachettes (musculaires ou ligamentaires)** (Nelemans P., deBie R. et al. 2004; Van Tulder M. et Waddell G. 2000a)
		Anti-inflammatoires non stéroïdiens • efficace pour ↓ douleurs • efficacité égale à l'acétaminophène • AINS égaux entre eux (Van Tulder M., Scholten R. et al. 2005c)	
		Analgésique • Aussi efficace que anti-inflammatoire pour le soulagement de la douleur • évidences faibles pour les opioïdes (Van Tulder M. et Waddell G. 2000a; Jackson K. 2004; Bogduk N. 2004)	
		Repos au lit pas efficace (Van Tulder M. et al. 2003)	
		Traction pas efficace (Harte A., Baxter G. et al. 2003; Philadelphia Panel of Evidence-based Clinical Practice, 2001)	

Recommandable | Non-recommandable | Efficacité inconnue

AINS=Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Références

Assendelft, W. J. J., S. C. Morton, et al. (2005). "Spinal manipulative therapy for low-back pain." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2.

Bogduk, N. (2004). "Pharmacological alternatives for the alleviation of back pain." *Expert Opin Pharmacother* 5(10): 2091-8.

Bronfort, G., M. Haas, et al. (2004). "Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis." *Spine J* 4(3): 335-56.

Cherkin, D. C., K. J. Sherman, et al. (2003). "A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain." *Annals of Internal Medicine* 138(11): 899-907.

Clare, H. A., R. Adams, et al. (2004). "A systematic review of efficacy of McKenzie therapy for spinal pain." *Aust J Physiother* 50(4): 209-16.

Furlan, A. D., L. Brosseau, et al. (2005a). "Massage for low-back pain." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2.

Furlan, A. D., M. W. van Tulder, et al. (2005). "Acupuncture and dry-needling for low back pain." *Cochrane Database Syst Rev*(1): CD001351.

Hagen, K. B., G. Hilde, et al. (2005). "Bed rest for acute low-back pain." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2.

Harte, A. A., G. D. Baxter, et al. (2003). "The efficacy of traction for back pain: a systematic review of randomized controlled trials." *Arch Phys Med Rehabil* 84(10): 1542-53.

Hayden, J. A., M. W. van Tulder, et al. (2005). "Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain." *Ann Intern Med* 142(9): 776-85.

Hilde, G., K. B. Hagen, et al. (2004). "Advice to stay active as a single treatment for low-back pain and sciatica." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2.

Jackson, K. C., 2nd (2004). "Pharmacotherapy in lower back pain." *Drugs Today* (Barc) 40(9): 765-72.

Karjalainen, K., A. Malmivaara, et al. (2005). "Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitationl for subacute low-back pain among working age adults." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2.

Maher, C. G. (2004). "Effective physical treatment for chronic low back pain." *Orthop Clin North Am* 35(1): 57-64.

Manheimer, E., A. White, et al. (2005). "Meta-analysis: acupuncture for low back pain." *Ann Intern Med* 142(8): 651-63.

Nadler, S. F. (2004). "Nonpharmacologic management of pain." *J Am Osteopath Assoc* 104(11 Suppl 8): S6-12.

Nelemans, P. J., R. A. deBie, et al. (2004). "Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain (Cochrane review)." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2.

Niemesto, L. (2004). "Radiofrequency denervation for neck and back pain (Cochrane Review)." *Cochrane Database Syst Rev* 4.

Philadelphia Panel (2001). "Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain." *Phys Ther* 81(10): 1641-74.

Schnitzer, T. J., A. Ferraro, et al. (2004). "A comprehensive review of clinical trials on the efficacy and safety of drugs for the treatment of low back pain." *J Pain Symptom Manage* 28(1): 72-95.

Van Tulder, M. and B. Koes (2001). "Low back pain and sciatica." *Clinical Evidence* 6: 396-412.

Van Tulder, M. and B. Koes (2003). "Low back pain and sciatica (acute)." *Clin Evid*(10): 1343-58.

Van Tulder, M. W., R. Esmail, et al. (2003e). "Back schools for non-specific low back pain." *The Cochrane Library*(1).

Van Tulder, M. W., P. Jellema, et al. (2004). "Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group." *Cochrane Database Syst Rev* 4:
www.cochrane.org.

Van Tulder, M. W., A. Malmivaara, et al. (2000b). "Exercice therapy for low back pain." *Spine* 25(21): 2784-2796.

Van Tulder, M. W., A. Malmivaara, et al. (2005). "Exercise therapy for low back pain." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2.

Van Tulder, M. W., R. J. P. M. Scholten, et al. (2005c). "Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low-back pain." *The cochrane Database of Systematic Reviews* 2.

Van Tulder, M. W., T. Touray, et al. (2004b). Muscle relaxant for non-specific low-back pain (Cochrane review). Chichester, UK, John Wiley & Sons.

Van Tulder, M. W., T. Touray, et al. (2005b). "Muscle relaxants for non-specific low-back pain." The Cochrane Database of systematic REviews 2.

Van Tulder, M. W. and G. Waddell (2000a). Conservative treatment of acute and subacute low back pain. *Neck and back pain : The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment*. A. Nachenson and E. Jonsson. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. Chapter 11: 241-269.

Principe 2.4 Sur la réorientation des soins entre 4 et 12 semaines.

Énoncé du principe 2.4

Lorsque des obstacles individuels ou environnementaux au retour à l'activité sont identifiés après la phase aiguë de lombalgie, le clinicien doit réorienter la prise en charge afin de réduire ces obstacles.

Niveau de preuve à l'appui

Moyen

Comme mentionné au module 1.3, la possibilité de retour aux activités habituelles diminue de façon importante lorsque approche le début de la lombalgie persistante. De plus, le risque de persistance des symptômes est plus élevé. Les preuves reliées à la prise en charge de la lombalgie subaiguë et persistante concernent particulièrement la communication et l'aspect multidimensionnel des obstacles au retour aux activés habituelles (Pransky et al., 2004). Sur la communication, l'enjeu clinique principal porte sur le partage d'une information commune entre les intervenants qui participent aux soins. Sur l'aspect multidimensionnel des obstacles, Karjalainen et al. (2001) ont souligné l'importance d'agir sur les dimensions individuelles (physique et psychologique) et environnementales (sociale et reliée au travail) du patient souffrant de lombalgie.

Interprétation

La réorientation des soins repose sur l'identification et la prise en charge des obstacles individuels et environnementaux au retour à l'activité (voir module 1.4) et sur la réduction du recours aux traitements à visée uniquement symptomatique. Cette réorientation peut se faire en favorisant la participation du patient dans sa prise en charge et en impliquant les acteurs pouvant contribuer à réduire les obstacles. L'évaluation et la prise en charge des obstacles au retour à l'activité dans les cas de lombalgie persistante (au-delà de 12 semaines) sont traitées au module 3.

Bibliographie

Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. "Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain in working age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane collaboration back review group." *Spine* 2001;26:262-269.

Pransky GS, Shaw WS, Franche RL, Clarke A. "Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers – current models and opportunities for improvement." *Disabil Rehabil* 2004;26:625-34.

Prise en charge de la lombalgie avec incapacité persistante

Les principes de prise en charge du module 3

3.1 Sur l'évaluation de la situation de handicap.

3.2 Sur la prise en charge de la situation de handicap.

3.3 Sur l'évaluation et le traitement de la douleur persistante.

Les niveaux de preuve

Les recommandations sont basées sur quatre niveaux de preuve scientifique en fonction des études qui les soutiennent.

***Élevé* :**

basé sur les résultats de plusieurs études de bonne qualité qui sont cohérents entre eux.

***Moyen* :**

basé sur les résultats d'études de moins bonne qualité et notamment à effectifs faibles qui sont cohérents entre eux.

***Faible* :**

basé sur les résultats d'une seule étude ou des résultats de plusieurs études incohérents entre eux.

***Absence* de preuve :**

basé sur des études sans groupe de comparaison, des considérations théoriques ou un consensus d'experts.

Principe 3.1 Sur l'évaluation de la situation de handicap.

Énoncé du principe 3.1

Lorsque le patient ne recouvre pas en tout ou en partie ses activités après 12 semaines de lombalgie, le clinicien devrait évaluer la situation de handicap du patient en recherchant systématiquement les obstacles limitant la reprise des activités habituelles et qui peuvent être modifiés.

Niveau de preuve à l'appui

Élevé

Lorsque le patient ne recouvre pas ses activités après 12 semaines de lombalgie, la possibilité de retour aux activités habituelles chute de façon importante et le risque de persistance des symptômes s'accroît. La littérature indique que les obstacles limitant le retour à l'activité du patient avec lombalgie persistante ne sont pas seulement d'ordre physique mais aussi et surtout d'ordre biopsychosocial, incluant l'environnement du patient (Waddell, 2003). Le clinicien doit identifier les obstacles limitant la reprise des activités et chercher à comprendre avec son patient pourquoi et comment ces obstacles agissent.

Interprétation

La multiplicité et l'enracinement d'obstacles individuels et environnementaux créent une situation de handicap, dans laquelle l'individu ne peut plus retourner à ses habitudes de vie. Durand et al (2002) ont identifié la plupart des obstacles pouvant limiter la reprise des activités habituelles, y compris le travail, lors de la lombalgie persistante. Ces obstacles sont présentés dans le tableau 3.1. Ils reprennent en partie ce qui a déjà été abordé dans le module 1.4 mais ici dans le contexte d'une lombalgie persistante. Seuls les obstacles potentiellement modifiables par le clinicien sont mentionnés dans le tableau (l'âge du patient étant un exemple de facteur non modifiable). Le clinicien doit systématiquement identifier ces obstacles afin de bien en saisir l'impact sur la situation de handicap du patient, et d'en tenir compte dans le plan de traitement.

Bibliographie

Durand MJ, Loisel P, Hong KQ, Charpentier N. « Helping clinicians in work disability prevention : the work disability diagnosis interview. » J *Occup Rehabil* 2002 ; 12 : 191-204.

Waddell G, Burton AK, Main CJ. « Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work : a conceptual and scientific review. » London : Royal Society of Medicine Press Ltd. 2003. http://www.rsmpress.co.uk/waddell.pdf

Tableau 3.1 Obstacles pouvant limiter la reprise des activités habituelles et exemples d'outils d'évaluation

Obstacles individuels	Exemples d'outils d'évaluation
Douleur persistante	Voir Module 3.3
Perception du niveau d'incapacité	Échelle d'incapacité du dos du Québec ou Questionnaire d'incapacité Roland-Morris ou Questionnaire d'incapacité Oswestry
Peurs et croyances	
• Projection du patient face au retour aux activités	Questionnaire sur les peurs et croyances (FABQ)
• Perception négative de l'impact de l'activité sur la condition	Questionnaire sur les peurs et croyances (FABQ) ou Échelle de kinésiophobie de Tampa
• Perception du patient d'une atteinte grave	Échelle de kinésiophobie de Tampa
• Perception erronée du patient sur son pronostic	Échelle de kinésiophobie de Tampa
Perception du patient qu'il reçoit les mauvais traitements	Entrevue clinique
Perception d'investigation médicale inachevée	Entrevue clinique
Catastrophisme	Échelle des pensées catastrophiques liées à la douleur
Dépression	Questionnaire de dépression de Beck ou Échelle d'anxiété et de dépression (HADS) ou Centre d'études épidémiologiques-dépression (CES-D) ou Index psychiatrique d'Ilfeld (PSI) ou Échelle de dépression du Symptom Checklist 90 (SCL-90/D)
Présence de diagnostics multiples	Anamnèse
Perception d'état de santé général	SF-12
Autres événements stressants parallèles	Entrevue clinique
Pauvre soutien social	Entrevue clinique
Conflits avec l'assureur	Entrevue clinique
Obstacles reliés au travail	**Exemples d'outils d'évaluation**
Perception du patient que ses capacités ne correspondent pas aux exigences du travail	Questionnaire sur les peurs et croyances (FABQ)
Exigences élevées de travail	Description du travail
Travail perçu comme étant monotone	Entrevue clinique
Longue période d'absence de travail	Anamnèse
Absence de possibilité de travail modifié	Entrevue clinique

Principe 3.2 Sur la prise en charge de la situation de handicap.

Énoncé du principe 3.2

Afin de minimiser la situation de handicap du patient, le clinicien devrait privilégier le recours aux traitements dont l'efficacité a été démontrée.

Niveau de preuve à l'appui

Variable selon le traitement

De nombreuses interventions ont été proposées pour prendre en charge les obstacles au retour à l'activité pouvant être présents lors de la lombalgie persistante (plus de 12 semaines). Les synthèses de ces études du type Cochrane ou méta-analyse les plus à jour ont été compilées pour réaliser le tableau 3.2 qui classe les interventions thérapeutiques selon leur niveau de preuve scientifique dans la lombalgie persistante.

Interprétation

Pour chacune des interventions les mentions « recommandable », « non-recommandable » et « efficacité inconnue » sont spécifiées sur la base d'une démonstration d'efficacité. Une intervention « recommandable » peut agir de façon directe ou indirecte au niveau des obstacles au retour à l'activité. Par exemple, une thérapie comportementale ou des exercices génériques peuvent tous deux avoir un impact sur les peurs et croyances du patient, la première directement et la deuxième indirectement. L'objectif du clinicien est donc de sélectionner des interventions permettant le mieux de modifier les obstacles identifiés au principe 3.1.

Lorsque le clinicien juge qu'il a besoin d'aide pour faciliter le retour à l'activité du patient souffrant de lombalgie persistante, il peut le référer à des ressources spécialisées selon la disponibilité dans son milieu. Le clinicien de première ligne demeure une ressource pour le patient pendant le processus de réadaptation et lors d'épisodes ultérieurs de lombalgie.

Tableau 3.2 Efficacité des traitements pour les lombalgies
Stade de la lombalgie : 12 semaines et plus (persistante)

Niveau de preuve scientifique			
Élevé	**Modéré**	**Faible**	**Absence**
Approche multidisciplinaire efficace si intensif (>100 heures), avec une composante de retour au travail et une visite sur le lieux de travail (Guzman, Esmail et al 2005; Karjalainen , Malmivaara et al 2005)	**École de dos** efficace à court terme et si en milieu de travail (Heymans , van Tulder, Esmail et al. 2005; van Tulder 2003b; Institute for Work and Safety 2002)	**Massage** meilleur si combiné avec exercice et éducation, efficace par rapport à pas de traitement. (Furlan, Brosseau et al. 2005a; Maher et al, 2004; Cherkin, Sherman et al 2003; Institute for Work and Safety 2002)	**Support lombaire** (Maher, 2004; van Tulder 2004b; Institute for Work and Safety 2002)
Thérapie comportementale combinaison de thérapie cognitive et de relaxation est efficace par rapport à pas de traitement ou liste d'attente (Ostelo, Van Tuder et al 2005; Institute for Work and Safety 2002)	**Infiltration facettaire** (Nelemans, 2005; van Tulder, Koes, 2003)	**Anti-inflammatoire non stéroïdien** aucun AINS est plus efficace qu'un autre (Bogduk 2004 ; van Tulder 2004a ; Institute for Work and Safety 2002)	**« Prolotherapy injection »** (Yelland et al, 2005)
Exercice aucune indication sur un type ou une autre; de préférence, programme individualisé (Hayden, van Tulder et al , 2005; Schonstein, Kenny et al, 2005; Nadler 2004; van Tulder, Malmivaara et al. 2000; Institute for Work and Safety 2002)	**T.E.N.S.** (Milne 2005 ; Maher 2004 ; Nadler 2004)	**Manipulation vertébrale** Évidence conflictuelle entre plusieurs revues systématiques récentes (Assendelft et al, 2005; Brornfort et al, 2004; Maher, 2004	**« Neuroreflexothe-rapy »** (Urrutia et al; 2005)
Repos au lit non efficace (Maher 2004 ; Nadler 2004 ; Institute for Work and Safety 2002		**Approche McKenzie** (Clare, Adams et al. 2004)	
Traction non efficace (Maher 2004; Nadler 2004; Institute for Work and Safety 2002)		**Relaxants musculaires** avantage : non-benzodiazépines (Bogduk 2004; Schnitzer, Ferraro et al 2004)	
		Antidépresseurs avantage : tricyclique et tétracyclique (Bogduk, 2004; Schnitzer, Ferraro et al 2004)	
		Acupuncture aussi efficace qu'un autre traitement (Furlan, van Tulder et al, 2005b; Manheimer, White et al, 2005)	
		Analgésiques avantage opioïdes par rapport au placebo pour soulager la douleur mais non le niveau fonctionnel (Bogduk, 2004; Schnitzer, 2004)	
		Infiltration épidurale (Nelemans et al, 2004; van Tulder et al , 2003a)	
		Infiltration des points gâchettes (Nelemans et al, 2004; van Tulder et al , 2003a)	
		Dénervation radio-fréquentielle (Niemesto, Kalso et al 2004; Slipman et al, 2003)	
		Ultrason thérapeutique (Maher, 2004; Philadelphia Panel, 2001)	

Recommandable — Non-recommandable — Efficacité inconnue

AINS=Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Bibliographie

Assendelft, W. J. J., S. C. Morton, et al. (2005). « Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness related to others therapies. » Annals of Internal Medicine 138(11) : 871-900.

Bogduk, N. (2004). « Pharmacological alternatives for the alleviation of back pain. » Expert Opin Pharmacother 5(10) : 2091-8.

Bronfort, G., M. Haas, et al. (2004). « Efficay of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain : A systematic review and best practice synthesis. » Spine Journal 4(3) : 335-356.

Cherkin, D. C., K. J. Sherman, et al. (2003). « A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain. » Annals of Internal Medicine 138(11) : 899-907.

Clare, H. A., R. Adams, et al. (2004). « A systematic review of efficacy of McKenzie therapy for spinal pain. » Australian Journal of Physiotherapy 50(4) : 209-216.

Furlan, A. D., L. Brosseau, et al. (2005a). « Massage for low back pain. » Cochrane Database Syst Rev(2).

Furlan, A.D., van Tulder, M.W., et al. (2005b). « Acupuncture and dry-needling for low back pain. » Cochrane Database Syst Rev(4).

Guzman, J., R. Esmail, et al. (2005). « Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. » Cochrane Database Syst Rev(2).

Hagen, K. B., G. Hilde, et al. (2002). « The Cochrane Review of advice to stay active as single treatment lor low back pain ans sciatica. » Spine 27(16) : 1736-1741.

Hayden, J. A., M. W. van Tulder, et al. (2005). « Meta-analysis : exercise therapy for nonspecific low back pain. » Ann Intern Med 142(9) : 765-75.

Heymans, M. W., M. W. van Tulder, et al. (2005). « Back schools for non-specific low back pain. » Cochrane Database Syst Rev (2).

Institute for Work and Safety (2002). « An updated critical literature review on the treatment of chronic low back pain. » www.iwh.on.ca.

Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., et al (2005) « Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. » Cochrane Database Syst Rev(2).

Maher, C. G. (2004). « Effective physical treatment for chronic low back pain. » Orthop Clin North Am 35(1) : 57-64.

Manheimer, E., A. White, et al. (2005). « Meta-analysis : acupuncture for low back pain. » Ann Intern Med 142(8) : 651-63.

Milne, S., V. Welch, et al. (2005). « Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic low-back pain. » Cochrane Database Syst Rev(2).

Nadler, S. F. (2004). « Nonpharmacologic management of pain. » J Am Osteopath Assoc 104(11 Suppl 8) : S6-12.

Nelemans, P. J., R. A. deBie, et al. (2004). « Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain. » Cochrane Database Syst Rev(2).

Niemesto, L. (2004). « Radiofrequency denervation for neck and back pain (Cochrane Review). » Cochrane Database Syst Rev 4.

Ostelo, R. W. J. G., M. W. VanTulder, et al. (2005). « Behavioural treatment for chronic low-back pain. » Cochrane Database Syst Rev(2).

Pande, K.C. (2004).« The role of bed rest in acute low back pain. » J Indian Med Assoc 102(4) : 202-4.

Philadelphia Panel of Evidence-based Clinical Practice (2001). « Philadelphia Panel of Evidence-based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for low back pain. » Physical Therapy 81(10) : 1641-1674.

Schnitzer, T. J., A. Ferraro, et al. (2004). « A comprehensive review of clinical trials on the efficacy and safety of drugs for the treatment of low back pain. » J Pain Symptom Manage 28(1) : 72-95.

Slipman, C. W., A. L. Bhat, et al. (2003). « A critical review of the evidence for the use of zygapophysial injections and radiofrequency denervation in the treatment of low back pain. » Spine J 3(4) : 310-6.

Urrutia, G., K. Burton, et al. (2005). « Neuroreflexotherapy for nonspecific low back pain : a systematic review. » Spine 30(6) : E148-53.

Van Tulder, M., A. Malmivaara, et al. (2000). « Exercise therapy for low back pain : a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. » Spine 25(21) : 2784-96.

Van Tulder, M. and B. Koes (2003a). « Low back pain and sciatica (chronic). » Clin Evid(10) : 1359-76.

Van Tulder, M. W., R. Esmail, et al. (2003b). « Back schools for non-specific low back pain. » Cochrane Database Syst Rev(1).

Van Tulder, M. W., R. J. P. W. Schotten, et al. (2004a). « Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. » Cochrane Database Syst Rev(1).

Van Tulder, M. W., P. Jellema, et al. (2004b). « Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. » Cochrane Database Syst Rev (4).

Yelland, M. J., C. Del Mar, et al. (2005). « Prolotherapy injections for chronic low-back pain. » Cochrane Database Syst Rev(2).

Principe 3.3 Sur l'évaluation et le traitement de la douleur persistante.

Énoncé du principe 3.3

Lorsque la douleur persistante contribue à une situation de handicap, elle doit être évaluée et spécifiquement prise en charge.

Niveau de preuve à l'appui

Moyen

La douleur peut persister malgré l'absence de processus traumatique répétitif ou de progression d'une lésion. Un modèle purement biomédical est insuffisant pour expliquer la complexité de la douleur persistante. Du point de vue neurophysiologique, la douleur laisse une mémoire ou trace cellulaire dans le système nerveux central et périphérique. La physiopathologie de la douleur persistante implique un remodelage au niveau du système nerveux, une hyperactivité neuronale ainsi qu'un changement de neuroplasticité. Ces modifications perpétuent la perception de la douleur et ont pour effet d'augmenter l'intensité des signaux douloureux transmis au cerveau en abaissant le seuil de stimulus requis pour exciter un neurone. Les deux grandes catégories de douleur sont les douleurs nociceptives et les douleurs neuropathiques. Plus le temps passe avec la douleur, plus les phénomènes neuropathiques prendront de l'ampleur, se dissociant des stimuli nociceptifs. La douleur sera plus diffuse et moins bien localisée, dépassant les dermatomes et devenant non anatomique dans sa distribution.

Des études (McCracken et al., 2003) ont démontré que d'accepter un certain degré de douleur persistante était associé à moins d'incapacité, de dépression et de douleur, et à un meilleur fonctionnement au travail et à domicile. Par contre, lorsque la douleur devient trop accaparante, elle doit être prise en charge. Des guides de pratique clinique ont été développés dans ce sens pour les cliniciens en première ligne (Vanhalewyn et al. 2004).

Interprétation

Avant d'aborder le traitement d'une douleur lombaire persistante, le clinicien doit s'informer des attentes du patient et établir avec lui des objectifs réalistes. Il devra comprendre que le but n'est pas seulement de faire disparaître la douleur, mais surtout d'en contrôler les effets sur sa vie. Au départ, une évaluation des différentes composantes de la douleur avec des outils simples donnera une vision globale de celle-ci (par exemple l'outil CLICHES, Dion et al., 2002). Les résultats de l'évaluation sont utiles par la suite pour donner une rétroaction au patient et ainsi l'encourager dans son évolution positive.

Le traitement de douleur doit être individualisé et reposer sur une combinaison d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques. Le but du traitement est de soulager tout en améliorant le patient dans sa capacité fonctionnelle. Une approche concertée entre les différents soignants est primordiale au succès (Ashbum et al., 1999). Encore une fois, le clinicien devrait autant que possible utiliser des traitements dont l'efficacité est démontrée (tableau 3.2).

En pratique, le traitement de la douleur persistante vise une diminution de 30 à 50 % de son niveau subjectif, mais il faut savoir qu'environ 10% des patients souffrant de douleurs persistantes ne seront pas soulagés. Il importe donc d'évaluer périodiquement le progrès des patients à l'aide des outils présentés au module 1.

Bibliographie

Ashbum MA, Staats PS. « Management of chronic pain. » *Lancet* 1999 ; 353 : 1865-69.

Dion D, Dechêne G. « Évaluation d'une douleur : sachons poser les bonnes questions! » *Médecin du Québec* 2002 ; 37 : 39-45. http://www.fmoq.org/Documents/MedecinDuQuebec/decembre-2002/039-045DIONDE-CHENE1202.pdf

McCracken LM, Eccleston C. « Coping or acceptance : what to do about chronic pain? » *Pain* 2003 ; 105 : 197-204.

Vanhalewyn M, Cerexhe F. « Recommandations de bonne pratique : la douleur chronique. » Bruxelles, Société scientifique de médecine générale, 2004. www.ssmg.be/new/files/rbp_DouleurChronique.pdf

Clinique
des Lombalgies
Interdisciplinaire
en Première ligne

Subventionné par
l'Institut de recherche
Robert Sauvé en santé et
sécurité du travail

Réalisé sous la coordination de
Michel Rossignol de la Direction de santé
publique de Montréal en collaboration

Avec les partenaires suivants :
Direction de santé publique de Montréal

Réseau provincial de recherche en
adaptation-réadaptation du Québec

Association québécoise des
ergothérapeutes en pratique privée

Fédération des physiothérapeutes
en pratique privée du Québec

Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Ordre des ergothérapeutes du Québec

Ordre professionnel de la
physiothérapie du Québec

Édition
Deborah Bonney

Graphisme
Paul Cloutier

Infographie et algorithme
Vincelli Communications

Photographie
Digitalvision

Site internet
www.santepub-mtl.qc.ca/clip

© Direction de santé publique, Agence
de la santé et des services sociaux de
Montréal (2006)

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2006
Bibliothèque nationale du Canada, 2006

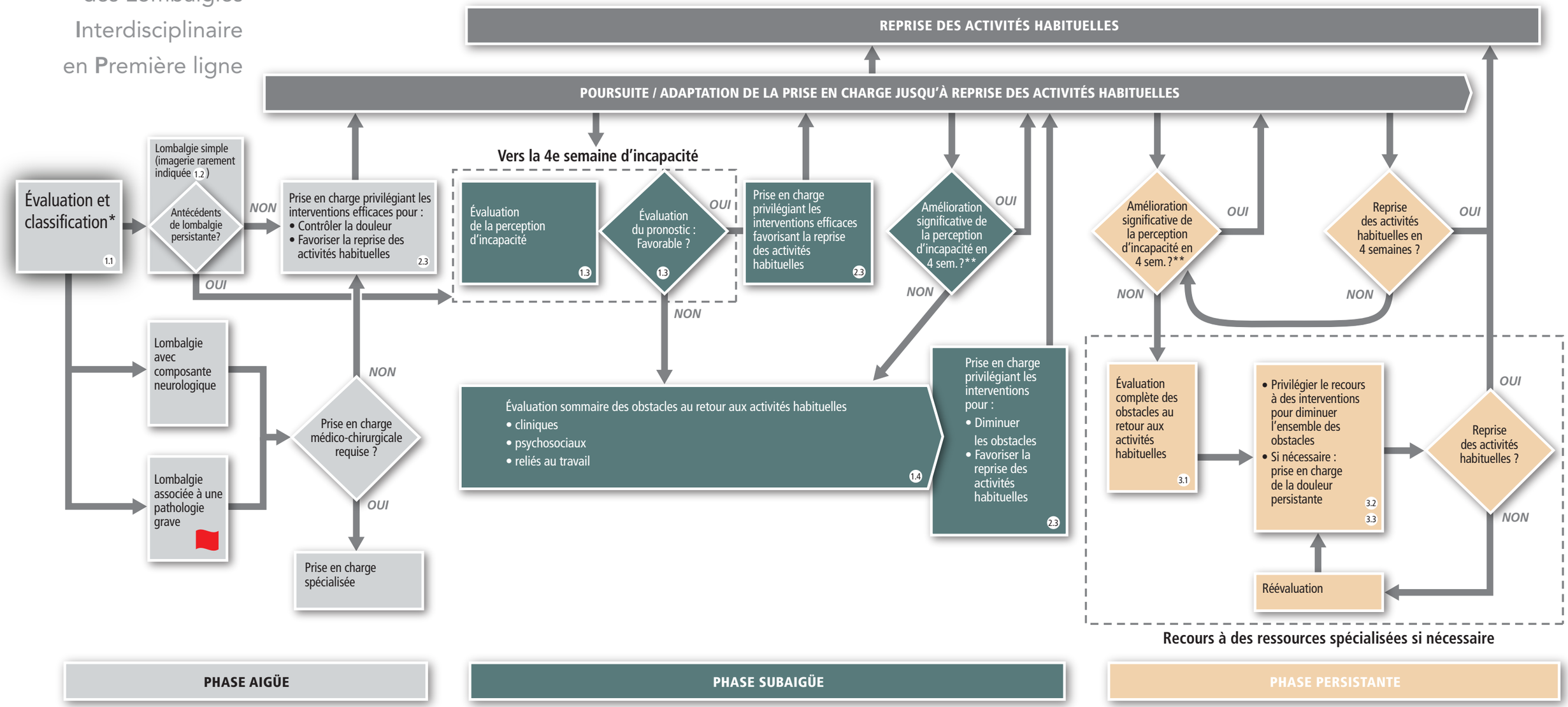
ISBN : 2-89494-484-5 (version imprimée)
2-89494-485-3 (PDF)

Guide de pratique

Clinique des Lombalgies Interdisciplinaire en Première ligne

À employer sur l'ensemble des phases :

- S'assurer de l'absence de drapeaux rouges
- Favoriser et guider la reprise des activités habituelles, y compris le travail et les activités physiques
- Messages clés pour le patient (2.1) (2.2) : – Rassurer sur le bon pronostic général et sur la rareté d'une atteinte grave
  – Inciter à demeurer actif
  – Éviter d'étiqueter le patient en insistant exagérément sur une atteinte spécifique de la colonne et sur son impact



* La classification peut être répétée selon l'évolution du patient. Cette classification n'exclut pas l'utilisation de sous-classifications validées permettant d'orienter le choix et la modulation des traitements.

** ≥ 15 points pour l'échelle d'incapacité du dos du Québec ou ≥ 10 points pour le questionnaire Oswestry sur les incapacités.

(X.X) Les nombres dans les pastilles réfèrent aux principes correspondants dans les modules CLIP.

© Direction de santé publique – Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006)