



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE MÉMO

Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune

RAPPORT D'ÉLABORATION

Mars 2019

Ce document n'est pas le texte de recommandations

La méthode d'élaboration des fiches mémo est une méthode pour produire des recommandations ou messages-clés dans un temps court (6 mois environ) et dans un format court (recto-verso).

Les fiches mémo s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les fiches mémo ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans la prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette fiche mémo a été élaborée selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence](#). La recherche documentaire est précisée en annexe 1.

Tableau 1. Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie
	Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique
	Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve
	Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts
	En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

La fiche mémo est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication – information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été adopté par le Collège de la Haute Autorité de Santé en mars 2019.

© Haute Autorité de Santé – 2019

Table des matières

Abréviations et acronymes	4
Préambule.....	5
1. Données issues de la recherche documentaire	8
1.1 Caractéristiques méthodologiques des principales recommandations reprises dans ce rapport.....	8
1.2 Définition de la lombalgie commune	10
Pistes de réflexion quant à l'évolution de la définition de la lombalgie commune.....	14
1.3 Prise en charge globale du patient lombalgique	14
1.4 Évaluation clinique d'une douleur lombaire / recherche des éventuels drapeaux rouges	15
1.5 Évaluation du risque de chronicité	21
1.6 Pertinence de l'imagerie	25
1.7 Prise en charge médicamenteuse.....	31
1.8 Prise en charge kinésithérapique / rééducative	54
1.9 Infiltrations rachidiennes.....	67
1.10 Prise en charge chirurgicale.....	74
1.11 Prises en charge non médicamenteuses	75
1.12 Aspects de prévention secondaire : comment éviter une récurrence de lombalgie ?.....	121
2. Version soumise aux parties prenantes	125
3. Avis des parties prenantes.....	134
4. Validation.....	166
4.1 Adoption par le Collège de la HAS.....	166
Annexe 1. Recherche documentaire	167
Références.....	170
Participants	175
Remerciements	176
Fiche descriptive	177

Abréviations et acronymes

AINSAnti-inflammatoires non stéroïdiens

CNAMCaisse nationale de l'Assurance maladie

DGOSDirection générale de l'offre de soins

EVAÉchelle visuelle analogique

FABQ.....*Fear Avoidance Belief Questionnaire*

HAD*Hospital Anxiety and Depression [Scale]*

ICIntervalle de confiance

IRMImagerie par résonance magnétique

KCE*Belgian Health Care Knowledge Centre* (Centre fédéral d'expertise des soins de santé)

NICE*National Institute for Health and Care Excellence*

TENS*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*

TOP*Toward Optimized Practice*

Préambule

Saisine

La Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont saisi la Haute Autorité de Santé (HAS), afin d'élaborer des recommandations de bonne pratique (RBP) quant à la prise en charge du patient présentant une lombalgie commune, à destination des professionnels de santé concernés, notamment les médecins généralistes.

Ce travail s'inscrit dans une vaste campagne de sensibilisation du grand public pour optimiser la prise en charge de la lombalgie commune.

Étant donné les publications récentes de recommandations de bonne pratique internationales (notamment celles du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)), des recommandations sont à élaborer dans un contexte de soins français, notamment en termes de prescriptions d'examens complémentaires, de prescriptions thérapeutiques et plus globalement de parcours optimal de la prise en charge d'une lombalgie commune.

Contexte d'élaboration

La lombalgie aiguë et chronique est, à la fois, un problème de santé publique et de santé au travail, avec un impact direct sur la désinsertion professionnelle et un impact économique et social majeur.

Épidémiologie

La prévalence de la lombalgie est de 84 % sur une vie entière. L'évolution vers la chronicité (durée supérieure à 3 mois) est observée dans 6 à 8 % des cas. Il faut souligner que 90 % des patients guérissent en moins de 4 à 6 semaines, que la lombalgie subaiguë (entre 4-6 semaines et la fin du 3^e mois) ne concerne que 3 % des patients.

De 1993 à 2012, un observatoire de la médecine générale a permis de constituer une base de données portant sur plus de 690 000 patients pris en charge lors de 6 millions d'actes (avec 8 millions de résultats de consultations et 15 millions de lignes de prescriptions médicamenteuses, saisis en temps réel) (1). En moyenne, chaque année, un médecin généraliste français voit 92 patients pour une lombalgie, qui consultent en moyenne une fois et demie pour ce problème de santé. La répartition des patients lombalgiques par tranche d'âge ne montre pas de différence significative entre les hommes et les femmes. La lombalgie touche principalement les patients de 30 à 70 ans, et plus particulièrement les 40-60 ans. L'évolution de la prévalence de la lombalgie sur 15 années d'observation (de 1995 à 2009) montrait une augmentation régulière de la lombalgie, qui passe de 5,2 % à 6,9 %, soit une augmentation de 14 %.

L'enquête Handicap-Santé, menée en 2008-2009, a concerné l'ensemble de la population résidant en France, quels que soit l'âge, l'état de santé ou de handicap et le lieu de vie. Un appariement avec les données de l'Assurance maladie (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie-Sniiram) a permis d'avoir des informations sur le recours aux soins et les dépenses de santé des personnes enquêtées. L'analyse de données extraites de cette enquête (29 931 sujets représentatifs de la population française) (2) a montré que 27,7 % de la population (soit 17,3 millions de personnes, IC à 95 % [26,9-28,4]) rapportaient présenter une maladie musculosquelettique et rhumatismale, dont la plus fréquente était la lombalgie (pour 12,5 % IC à 95 % [12,1-13,1]). Celle-ci était le plus souvent associée à un changement d'emploi (11,5 %), cet impact étant plus marqué chez les hommes (13,2 %) que chez les femmes (10,4 %).

Les données du réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) ont permis de décrire le recours aux structures d'urgences, en France, sur la période 2014-2017 (en cours de publication). Au niveau national, sur cette période, 481 291 passages aux urgences pour lombalgie commune ont été enregistrés. Pour 94 % d'entre eux, la lombalgie a été codée comme diagnostic principal. Ces passages représentent 1,12 % de l'activité toutes causes codées (passages avec au moins un code diagnostic) et 0,85 % de l'ensemble des passages aux urgences de la période. Les passages pour lombalgie commune concernent majoritairement les personnes de 18 à 65 ans, et plus particulièrement les 18-50 ans, qui représentent 60 % des passages annuels. Au total, 9,9 % des passages pour lombalgie ont fait l'objet d'une hospitalisation, et le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge du patient.

État des lieux sur les pratiques et l'organisation de la prise en charge

Des écarts notables sont à souligner entre les recommandations et les pratiques. Ainsi, selon les données de l'Assurance maladie (3) :

- 2,6 millions de personnes ont eu une radiographie du dos pour lombalgie (cet acte n'étant pas recommandé dans les 6 premières semaines sauf « drapeaux rouges ») ;
- au cours des 4 premières semaines de leur arrêt maladie pour lombalgie, 37 % des patients ont eu recours à la kinésithérapie (ce qui n'est pas recommandé) ;
- entre 1 et 3 mois d'arrêt maladie pour lombalgie, seulement 15 % des patients ont consulté un rhumatologue.

Alternatives interventionnelles ou thérapeutiques

L'offre des prises en charge non médicamenteuses est multiple et variée : techniques manuelles, interventions psychologiques, ceintures, semelles orthopédiques, tractions, neurostimulation électrique transcutanée (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation-TENS*), acupuncture, relaxation, etc. Il s'agit, dans ce travail, de faire le point sur les données de la littérature permettant d'évaluer leur efficacité en termes de bénéfices / risques.

Enjeux

Dans son rapport annuel charges et produits pour 2017 (4), l'Assurance maladie soulignait le problème que posent les lombalgies, véritable enjeu économique (coût de plus de 900 millions d'euros par an). Quelle qu'en soit la cause, la lombalgie aiguë constitue le 2^e motif de recours au médecin traitant (la lombalgie chronique est le 8^e), touchant un Français sur deux au cours des 12 derniers mois (en 2015).

Une lombalgie sur cinq entraîne un arrêt de travail. Elle représente 30 % des arrêts de travail de plus de 6 mois et 20 % des accidents du travail, avec des arrêts de travail d'une durée de 2 mois en moyenne. Elle est ainsi devenue la 1^{re} cause d'exclusion du travail avant 45 ans et le 3^e motif d'admission en invalidité (4). Un autre enjeu est de prévenir la chronicisation de la lombalgie.

L'amélioration des pratiques suppose de lutter contre des freins tels que les « fausses croyances » et les peurs (que ce soit des professionnels de santé ou des patients), notamment quant à la reprise des activités habituelles (vie quotidienne, travail). La recherche de signes d'alerte et des facteurs associés à une évolution chronique (drapeaux rouges et jaunes) est nécessaire.

Une recommandation de bonne pratique ayant pour thème « Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs » a été réalisée dans le cadre d'un partenariat HAS/SFMT (Société française de médecine du travail) (5). D'ordre transversal à toutes pathologies, cette RBP cible également les quelques pathologies les

plus fréquemment rencontrées, telles que les pathologies ostéo-articulaires, pour formuler des recommandations spécifiques.

Objectifs de la fiche mémo

Ce travail vise à améliorer la prise en charge de la lombalgie commune.

Ces recommandations aborderont les points suivants :

- définition de la lombalgie commune, spécifiant :
 - les signes d'alerte et les facteurs associés à une évolution chronique,
 - l'évaluation du risque de chronicité ;
- pertinence de l'imagerie ;
- prise en charge pharmacologique ;
- rééducation ;
- infiltrations (épidurales, facettaires, ou par voie du hiatus sacrococcygien) ;
- autres prises en charge :
 - reprise des activités quotidiennes,
 - auto-gestion (autonomisation du patient),
 - techniques manuelles (manipulations, mobilisations),
 - interventions psychologiques,
 - programme de réadaptation pluridisciplinaire,
 - ceintures,
 - semelles orthopédiques,
 - tractions manuelles,
 - TENS,
 - thérapies posturales,
 - acupuncture,
 - thérapies physiques (massage, chaleur, *taping*),
 - sports (notamment évalué : Yoga / Tai Chi / Chi Qong),
 - relaxation, sophrologie, hypnose,
 - thérapies psychologiques (notamment thérapies cognitivo-comportementales, thérapie d'acceptation et d'engagement) ;
- aspects de prévention secondaire : comment éviter une récurrence de la lombalgie chez quelqu'un qui a déjà eu un épisode antérieur ?

Le maintien en emploi est un champ exclu de ces recommandations, car déjà traité récemment par ailleurs (5).

Patients concernés par le thème

Ces recommandations concernent les patients atteints de lombalgie commune.

Les douleurs lombaires ou radiculaires, qui sont causées par une pathologie sous-jacente sévère (infection, tumeur, ostéoporose, fracture, déformation structurelle, maladie inflammatoire, syndrome de queue de cheval ou maladie neurologique grave), sont exclues du champ de ces recommandations.

Professionnels concernés par le thème

Ces recommandations concernent les médecins généralistes, rhumatologues, médecins de médecine physique et de réadaptation, médecins du travail, chirurgiens du rachis, masseurs kinésithérapeutes, médecins de la douleur, radiologues, psychologues, ostéopathes, chiropracteurs.

1. Données issues de la recherche documentaire

1.1 Caractéristiques méthodologiques des principales recommandations reprises dans ce rapport

Tableau 2. Caractéristiques des recommandations incluses dans ce rapport

Promoteur / Année / Pays	Année / Stratégie de recherche documentaire	Titre	Champs et objectifs - Limites	Pluridisciplinarité (Oui/Non)	Méthodologie explicite – gradation (Oui/Non)	Indépendance éditoriale (Oui/Non)
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6) Belgique	2017 (méthode ADAPTE des <i>guidelines</i> du NICE)	Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires	Drapeaux rouges et lombalgie chez l'enfant exclus.	Oui	Méthode GRADE	Oui
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , 2016 (7) Royaume-Uni	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	<i>Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management</i>	Évaluation et prise en charge de la lombalgie et de la sciatique	Oui	Méthode GRADE	Oui
Stochkendahl <i>et al.</i> , 2018 (8) Danemark	2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lombo-radiculalgie – 2016 pour lombalgie)	<i>National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy</i>	Résumer les recommandations portant sur 20 interventions non chirurgicales en cas de lombalgie non spécifique récente (<12 semaines) et de radiculopathie lombaire. Limitées à la lombalgie aiguë ou subaiguë	Oui	Méthode GRADE	Oui
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9) Etats-Unis	2017 (recherche biblio de janvier 2008 à nov. 2016)	<i>Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the</i>	Élaborer des recommandations sur les traitements non-invasifs de la	NP	<i>ACP Guideline Grading System</i> (*)	Oui

Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune

Promoteur / Année / Pays	Année / Stratégie de recherche documentaire	Titre	Champs et objectifs - Limites	Pluridisciplinarité (Oui/Non)	Méthodologie explicite – gradation (Oui/Non)	Indépendance éditoriale (Oui/Non)
		<i>American College of Physicians</i>	lombalgie aiguë, subaiguë et chronique			
<i>Institute for Clinical Systems Improvement, 2018 (10) États-Unis (Minnesota)</i>	16 ^e édition, mars 2018 (recherche biblio de janvier 2000 à mai 2017)	<i>Adult acute and subacute low back pain</i>	Objectifs : 1. diminuer le pourcentage d'adultes ayant une lombalgie aiguë ou subaiguë, avec ou sans radiculopathie, présentant une imagerie prescrite en l'absence de drapeaux rouges à la 1 ^{re} consultation ; 2. diminuer le pourcentage d'adultes ayant une lombalgie aiguë ou subaiguë, avec ou sans radiculopathie, ayant une prescription d'opioïdes. <u>Limites</u> : lombalgie chronique exclue de la recherche	Oui	Méthode GRADE	Oui
<i>Toward Optimized Practice, 2015 (11) Canada (Alberta)</i>	2015 (3 ^e édition) (recherche biblio jusqu'en 2014), document initial de 2009	<i>Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical Practice Guideline</i>	Lombalgie non spécifique	Oui	Oui	Oui
<i>Chenot et al., 2017 (12) Allemagne</i>	2017	<i>Non-specific low back pain</i>	Lombalgie non spécifique	Oui	Oui	Oui

NICE : *National Institute for Health and Care Excellence* ; AMSTAR : *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews* ; GRADE : *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* ; NP : non précisé

(*) *Adopted from the classification developed by the GRADE working group ACP grading system: randomized trials were evaluated using methods developed by the Cochrane Back Review Group and the AHRQ and systematic reviews were assessed using AMSTAR.*

Les recommandations ou revues de la littérature suivantes n'ont pas été incluses dans le rapport :

- les recommandations du comité consultatif d'Amérique latine (*Change Pain Latin America Advisory Panel Consensus*) de 2017 pour lien d'intérêts (*educational grant* des laboratoires Grunenthal) ;
- la revue systématique canadienne de l'*Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration* de 2017 rapportant uniquement d'autres recommandations, sans recherche bibliographique complémentaire ;
- les recommandations italiennes de l'*Italian Consensus Conference on Pain in Neuro rehabilitation* de 2016 pour la multiplicité des sujets traités (lombalgie, lombalgie post-chirurgicale, céphalées, douleurs faciales, douleurs ostéoarticulaires, douleurs myofasciales, fibromyalgie, douleurs périnéales) ;
- les recommandations d'un auteur unique (Metzger, 2016) dont la méthode d'élaboration n'est pas décrite ;
- la revue systématique allemande de Reese *et al.* de 2013 sur les prises en charge psychologiques réalisables en cas de lombalgie, purement descriptive, sans évaluation, ni formulation de conclusion ou de recommandation ;
- les formats *Rapid Response Report/reference list* de la *Canadian Agency for drugs and technology in health (CADTH)* de 2016 et 2017, uniquement descriptifs, sans évaluation, ni formulation de conclusion ou de recommandation ;
- les recommandations de Zhao *et al.* de 2016 développant les techniques d'acupuncture à mettre en œuvre dans la prise en charge de la lombalgie ;
- les recommandations du *Department of Veterans Affairs* et du *Department of Defense* de 2017 ciblant les vétérans de l'armée américaine ;
- les recommandations malaisiennes de la *Malaysian Association Spine Society for the Study of Pain (MASP) Malaysia* et de la *Spine Society Malaysia* dont la méthode d'élaboration n'est pas décrite et pour liens d'intérêts (*educational grant* du laboratoire Pfizer).

1.2 Définition de la lombalgie commune

Tableau 3. Synthèse des recommandations sur la définition de la lombalgie commune

Recommandation	Année / Méthodologie recherche	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé,	2017 (données scientifiques jusqu'en	Belgique	Le terme « douleur lombaire » ne nécessite pas de définition particulière ; par contre, le terme « douleur radiculaire » est sujet à controverse. Dans ce guide de pratique clinique, la douleur radiculaire est définie comme une douleur des extrémités inférieures, siégeant dans un (ou plusieurs)

Recommandation	Année / Méthodologie recherche	Pays	
2017 (6)	décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)		dermatome(s). Chez certains patients, elle prédomine sur la lombalgie ; chez d'autres, elle se manifeste de façon isolée. Les douleurs radiculaires ne présentent pas toutes une composante neuropathique (= douleur provoquée par une lésion du système nerveux). Il est noté que les termes douleurs lombaires (plutôt que lombalgie), ou douleurs lombaires et radiculaires (plutôt que sciatique), sont utilisés dans la version française
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , 2016 (7)	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	La douleur lombaire n'est pas définie. Lors de la formulation des questions du guide, le terme lombalgie non spécifique a été utilisé, mais pour permettre une uniformité, le guide définitif utilise uniquement « lombalgie » (<i>Low back pain</i>). Le terme « sciatique » est utilisé pour décrire une douleur neuropathique irradiant dans les membres inférieurs, habituellement causée par la compression ou l'irritation des racines lombo-sacrées
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9, 13, 14)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	La douleur lombaire / radiculaire n'est pas définie. Les lombalgies sont séparées en aiguës (moins de 4 semaines), subaiguës (4 à 12 semaines) et chroniques (plus de 12 semaines). Les recommandations sont séparées en trois catégories : <ul style="list-style-type: none"> - lombalgie aiguë ou subaiguë ; - lombalgie chronique ; - lomboradiculalgie.
<i>Institute for Clinical Systems Improvement</i> , 2018 (10)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche	États-Unis (Minnesota)	La lombalgie est classée comme lombalgie non spécifique ou lomboradiculalgie. La lombalgie est séparée en aiguë, subaiguë, chronique (seuils de 4 et 12 semaines)
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	La douleur lombaire est définie par une douleur, tension musculaire ou raideur située entre la cage thoracique et le pli fessier inférieur, avec ou sans douleur de jambe (sciatique), sans cause identifiable. Le guide est séparé entre les douleurs lombaires aiguës/subaiguës et lombalgies chroniques
Chenot <i>et al.</i> , 2017 (12)	2017	Allemagne	Absence de définition de la lombalgie

Tableau 4. Méta-analyse sur la définition d'une lombalgie

Auteurs, année, référence	Recherche documentaire, date de recherche limite, qualité de la revue (AMSTRAD II)	Critères de sélection des articles Population	Question Critères de jugement	Résultats et signification
Maas <i>et al.</i> , 2017 (15)	Medline, EMBASE, CINAHL, Web of Science, Google Scholar, Cochrane collaboration database jusqu'en juin 2016	Études prospectives, rétrospectives ou transversales évaluant une stratégie clinique permettant d'identifier un syndrome facettaire lombaire. Patients avec une lombalgie chronique	Évaluation des tests cliniques permettant d'identifier un syndrome facettaire. Comparaison par rapport à un test diagnostique de bloc de branche anesthésique. <i>Il est noté que cette technique de référence a en fait plusieurs modalités</i>	12 études ont été incluses, dans lesquelles 129 combinaisons de tests ont été évaluées. Les données étaient hétérogènes et ne pouvaient être poolées. Au final, l'interrogatoire et l'examen physique ne pouvaient être utilisés pour limiter le recours au bloc anesthésique

Synthèse : la lombalgie n'est pas définie dans la plupart des recommandations. Lorsqu'elle est définie, la localisation d'une douleur entre la cage thoracique et le pli fessier inférieur est utilisée, comme ce qui est retrouvé habituellement dans la littérature. La recommandation canadienne (11) ajoute à la douleur, la tension musculaire ou raideur. Aucune revue systématique de la définition de la lombalgie n'a été retrouvée dans la recherche réalisée. En France, est utilisé souvent le terme « lombalgie », mais la version française du guide belge (6) utilise « douleur lombaire » plutôt que « lombalgie ». Le terme *non-specific low back pain* est le terme généralement utilisé dans la littérature internationale, mais certaines données de la littérature (non présentées ici) suggèrent une mauvaise interprétation de cette terminologie en pratique courante. Ainsi, le terme « lombalgie » est préféré à « lombalgie non spécifique » dans la recommandation britannique (7). Une revue de la littérature (15) a évalué s'il était possible d'individualiser un sous-type de lombalgie (le syndrome facettaire). Il a été conclu qu'un interrogatoire et un examen clinique ne pouvaient identifier de sous-groupe de ce type. Aucune méta-analyse catégorisant les lombalgies selon l'imagerie n'a été retrouvée.

La précédente recommandation de la HAS de 2015 sur la prise en charge chirurgicale de la lombalgie a proposé une définition différente de la lombalgie chronique (16) :

« La lombalgie chronique est définie par une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse, et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou. Il est proposé une nouvelle définition de la lombalgie chronique en différenciant :

- la lombalgie non dégénérative, antérieurement dénommée lombalgie spécifique ou lombalgie secondaire (dite symptomatique), liée à une cause traumatique, tumorale, infectieuse ou inflammatoire ;
- la lombalgie dégénérative, dont l'origine peut associer une ou plusieurs des causes suivantes : discogénique ou facettaire ou mixte, ligamentaire, musculaire, liée à un trouble régional ou global de la statique rachidienne ;
- la lombalgie sans relation retenue avec des lésions anatomiques.

Ces recommandations portent sur la lombalgie dégénérative d'origine discogénique ou facettaire ou mixte. Elles ne concernent pas la lombalgie non dégénérative, le spondylolisthésis, le canal lombaire étroit et la lombalgie avec radiculalgie. La démarche diagnostique n'est pas l'objet de ces recommandations ; cependant, il est important de rappeler que, devant une lombalgie chronique, il convient de différencier la lombalgie chronique dégénérative de la lombalgie non dégénérative. »

Il n'y a pas de définition consensuelle de la sciatique retrouvée dans les différentes recommandations. Le terme « radiculalgie » est parfois utilisé plutôt que sciatique, plus anatomiquement exact et permettant de ne pas exclure la cruralgie. La version française des recommandations belges utilise le terme « radiculalgie » (6), ainsi que celles des États-Unis (9) et du Canada (11), mais le NICE britannique (7) utilise le terme « sciatique ». Seul le KCE belge propose une définition de la radiculalgie, en soulignant l'absence de consensus (6). Aucune revue systématique de la littérature n'a été retrouvée dans la recherche.

Les données d'une méta-analyse de 2010 concernant la terminologie de « lombalgie récidivante » ont été rapportées (17) : il n'y a pas de définition consensuelle de la lombalgie récidivante, qui est caractérisée dans les études par le nombre de récurrences, la durée de la lombalgie, la sévérité de la douleur, ou l'évolution des douleurs. Le nombre de récurrences d'épisodes de lombalgie est la définition la plus utilisée, sans qu'un nombre d'épisodes précis ressorte de cette méta-analyse (et plusieurs études utilisent le terme de « répété » ou « récurrent », sans définir un nombre précis derrière ce terme). Le plus souvent, les 6 ou 12 derniers mois sont utilisés comme période de référence pour définir la lombalgie récidivante. Une revue de la littérature (sans méta-analyse) de 2016, sur les trajectoires de douleur des patients lombalgiques, a retrouvé que les douleurs fluctuantes correspondent à environ 11 à 33 % des patients lombalgiques (18).

Les recommandations allemandes (12) identifient les lombalgies chroniques (supérieures à 12 semaines), ainsi que les lombalgies à risque de chronicisation comme étant celles devant avoir une évaluation multidisciplinaire. Les autres recommandations n'utilisent pas le terme de « lombalgie à risque de chronicisation ».

Recommandations

- La lombalgie est définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. (AE)
- Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes. (AE)
- La lombalgie commune désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. liste drapeaux rouges).
- Le terme « lombalgie commune » est préféré à celui de « lombalgie non spécifique » en pratique courante. (AE)

- Il est recommandé d'expliquer au patient les termes du diagnostic, et de délivrer une information rassurante quant au pronostic de la lombalgie commune (généralement favorable en quelques semaines). (AE)
- La lombalgie chronique est définie par une lombalgie de plus de 3 mois.

Pistes de réflexion quant à l'évolution de la définition de la lombalgie commune

Il est proposé d'utiliser les termes de :

- « poussée aiguë de lombalgie » plutôt que « lombalgie aiguë », afin d'englober les douleurs aiguës, avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements médicamenteux ou non médicamenteux, ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles ;
- « lombalgie à risque de chronicité » pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois, et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (en présence de drapeaux jaunes) ;
- « lombalgie récidivante » en cas de récurrence de la lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité.

1.3 Prise en charge globale du patient lombalgique

Recommandations

- La prise en charge doit être centrée sur le patient : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique et socio-professionnelle). (AE) Cette prise en charge globale est habituellement nommée « bio-psycho-sociale » et s'appuie sur une décision thérapeutique partagée.
- Il est recommandé d'expliquer au patient les termes du diagnostic et de délivrer une information rassurante quant au pronostic de la lombalgie commune (généralement favorable en quelques semaines). (AE)
- En cas de lombalgie à risque de chronicité ou chronique, il est utile d'envisager une prise en charge pluridisciplinaire (AE) pouvant impliquer : kinésithérapeute, rhumatologue, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, médecin du travail, puis, si indiqué, le spécialiste de la douleur, ou le chirurgien du rachis. Le type de professionnels impliqués dépend à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge initialement le patient, de la situation individuelle, des préférences du patient, et des ressources du système de soins disponibles localement. (AE)
- Il est important de veiller à la cohérence des propositions thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, en raison du caractère délétère des discours discordants. (AE)

1.4 Évaluation clinique d'une douleur lombaire / recherche des éventuels drapeaux rouges

Tableau 5. Synthèse des recommandations sur l'évaluation initiale d'une lombalgie et drapeaux rouges

Promoteur / Année / Pays	
<p>Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6) Belgique</p> <p>2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)</p>	<p>Recommandation : <i>Gardez toujours à l'esprit les diagnostics différentiels lors de l'examen d'un patient présentant une douleur lombaire ou radiculaire, en particulier en cas d'apparition de nouveaux symptômes ou de modification des symptômes existants. Veillez à exclure les signes suggérant une pathologie sous-jacente grave (drapeaux rouges) telle qu'un cancer, une infection, un traumatisme, une maladie inflammatoire comme la spondylarthrite ou un problème neurologique sérieux comme le syndrome de la queue de cheval.</i></p> <p>Niveau de la recommandation : opinion d'experts. Niveau de preuve : sans objet.</p> <p>Les drapeaux rouges sont séparés en trois groupes et une conduite à tenir est donnée :</p> <p>Urgent (immédiat) :</p> <hr/> <p>Urgences neurologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes neurologiques (signes pyramidaux, troubles de la coordination, déficit moteur ou sensitif) étendus (p.ex. membres supérieurs, nerfs crâniens ou atteinte bilatérale) • Symptômes neurologiques progressifs • Hypoesthésie/Anesthésie périnéale ou « en selle », rétention urinaire, incontinence fécale ou urinaire, trouble de l'érection (syndrome de la queue de cheval) • Déficience motrice grave (Score MRC \leq 3/5) < 48 h <hr/> <p>Fracture traumatique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs lombaires importantes après traumatisme à haute énergie • Douleurs lombaires consécutives à tout traumatisme en présence d'une spondylarthrite ankylosante <hr/> <p>Problème vasculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes vasculaires (pieds froids, diminution du pouls artériel périphérique) pouvant évoquer une rupture d'anévrisme aortique s'ils sont combinés à une lombalgie voire à un état de choc. <hr/>

Promoteur / Année / Pays	
	<p>Semi-urgent (dans les 48h) :</p> <p>Fracture pathologique</p> <p>Douleur lombaire consécutive à un traumatisme mineur ou sans notion de traumatisme :</p> <ul style="list-style-type: none">• Antécédents/risque d'ostéoporose• Prise chronique de corticoïdes• Douleur thoracique• Âge avancé• Perte de poids inexplicable, fatigue• Antécédents de cancer <hr/> <p>Infection</p> <ul style="list-style-type: none">• Signes objectifs (transpiration nocturne, fièvre, frissons)• Abus de drogues intraveineuses• Patient immunodéficient• Perte de poids inexplicable• Antécédents connus ou concomitance d'une infection systémique ou risque d'infection• Intervention chirurgicale récente• Infection urinaire ou cutanée

Promoteur / Année / Pays	
	<p>Moins urgent :</p> <p>Tumeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur d'apparition récente avant 18 ans ou après 55 ans • Antécédents de cancer • Perte de poids inexplicquée, fatigue • Douleurs nocturnes sévères <hr/> <p>Maladie inflammatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur non mécanique constante et progressive • Douleur lombaire qui s'améliore à l'exercice mais pas au repos- • Douleur nocturne sévère • Raideur matinale > 30 min ou réveils nocturnes chez des patients jeunes <hr/> <p>Divers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur postopératoire croissante • Douleur lombaire insupportable & résistante au traitement >6 semaines • Signes pyramidaux unilatéraux <hr/> <p>« La spécificité des drapeaux rouges pris isolément est limitée ; c'est leur combinaison (<i>cluster</i>) qui doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie grave sous-jacente à la douleur »</p>
<p>National Institute for Health and Care Excellence, 2016 (7) Royaume-Uni 2016 (recherche biblio)</p>	<p>Les drapeaux rouges sortent des questions posées dans cette recommandation. Ils ne sont notés que dans un appendice, issu d'un autre guide du NICE (guide pour un adressage approprié des généralistes aux services spécialisés). Ils sont classés selon leur degré d'urgence :</p> <p>Immédiatement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - signes neurologiques de syndrome de la queue de cheval (troubles sphinctériens, déficit moteur, anesthésie péri-néale, ou preuve d'atteinte nerveuse bilatérale).

Promoteur / Année / Pays	
jusqu'en décembre 2015)	<p>Urgent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suspicion de pathologie vertébrale sérieuse. Délai de consultation : 1 semaine ; - déficit neurologique (faiblesse motrice, anesthésie). Délai de consultation : 1 semaine ; - radiculalgie (<i>nerve root pain</i>) non résolutive après 6 semaines. Délai de consultation : 3 semaines. <p>Rapidement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - maladie inflammatoire comme une spondylarthrite ; - douleur lombaire simple, mais sans reprise des activités normales en 3 mois.
<p><i>Institute for Clinical Systems Improvement</i>, 2018 (10) États-Unis (Minnesota)</p> <p>2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche</p>	<p>Il est important d'évaluer les patients pour déterminer s'ils présentent une pathologie sous-jacente qui peut justifier un bilan de santé urgent ou un aiguillage. Bien que la présence de drapeaux rouges puisse susciter des soupçons, il est important de reconnaître qu'ils n'excluent pas complètement une condition particulière. Par conséquent, le clinicien doit tenir compte du tableau clinique complet et faire preuve de jugement lorsqu'il choisit le moment où un patient pourrait bénéficier d'un bilan diagnostique plus approfondi.</p> <p>Selon le consensus de ce groupe de travail, les drapeaux rouges suivants méritent d'être pris en considération pour un examen d'urgence et/ou avis spécialisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dysfonction sphinctérienne ou vésicale (le plus souvent rétention urinaire) ; - faiblesse neurologique progressive ; - anesthésie en selle ; - radiculopathie bilatérale ; - douleur incapacitante ; - douleurs nocturnes incessantes. <p>D'autres drapeaux rouges sont listés :</p> <p>Syndrome de la queue de cheval. Les symptômes sont une dysfonction sphinctérienne, déficit moteur, déficit sensitif (anesthésie en selle). Tout patient avec des douleurs lombaires devrait être interrogé sur la rétention urinaire. Ceux reportant ces symptômes devraient être examinés pour rechercher un déficit moteur, une aréflexie, une atonie sphinctérienne.</p> <p>Cancer. Les auteurs rapportent deux revues systématiques guidant vers un cancer si : âge avancé, perte de poids, absence d'amélioration après 1 mois, début insidieux, mais rapportent les nombreux faux-positifs avec ces critères.</p> <p>Fracture. Un seul drapeau rouge augmente le risque de fracture de la colonne vertébrale chez un patient souffrant de douleurs lombaires. L'âge, l'utilisation prolongée de corticostéroïdes, les traumatismes graves et la présence de contusions ou d'abrasions augmentent la probabilité de fracture entre 10 % et 33 %. De plus, la probabilité de fracture était plus élevée (augmentée à entre 42 et 90 %) avec la coexistence de drapeaux rouges multiples, en particulier :</p>

Promoteur / Année / Pays	
	<p>- la combinaison d'un des huit : douleurs à la jambe ou à la fesse, une femme, un âge plus avancé, un IMC < 23, une anomalie de la marche, pas d'exercice régulier, douleurs en position assise, arthrose ;</p> <p>- au moins un des trois parmi : sexe féminin, âge de plus de 70 ans, ayant subi un traumatisme grave ou un usage prolongé de corticostéroïdes ;</p> <p>- traumatisme avec signes neurologiques.</p> <p>Note : il n'y a pas suffisamment de données sur les antécédents d'ostéoporose comme facteur de risque spécifique.</p> <p>Infection (douleur lombaire + fièvre)</p> <p>Causes viscérales (problèmes pelviens, prostatite, endométriose, MICI, pathologie rénale, anévrisme de l'aorte, atteinte gastro-intestinale, pancréatite, cholécystite, ulcère perforé, atteinte cardiaque ou péricardique, atteinte pulmonaire ou pleurale)</p>
<p><i>Toward Optimized Practice, 2015 (11)</i> Canada (Alberta)</p> <p>2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)</p>	<p>Recommandation pour :</p> <p>Le premier praticien qualifié, capable d'effectuer une évaluation complète (c.-à-d. antécédents, drapeaux rouges physiques et neurologiques et drapeaux jaunes psychosociaux), devrait évaluer le patient et entreprendre un triage diagnostique pour résumer les symptômes rouges et jaunes. Si une pathologie spinale grave est exclue, prendre en charge les douleurs lombaires non spécifiques.</p> <p>Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p>
<p>Chenot <i>et al.</i>, 2017 (12) Allemagne</p>	<p>Si le diagnostic initial et l'examen physique d'un patient lombalgique n'orientent pas vers une pathologie sérieuse, il n'y a pas d'indication à réaliser des examens complémentaires (accord d'experts, recommandation forte). Une évaluation diagnostique intensive, qui n'est pas justifiée par les résultats cliniques, n'aboutira qu'exceptionnellement à un diagnostic pertinent et spécifique et pourrait bien favoriser la fixation du patient sur son état et la chronicisation de la douleur.</p> <p>Si des signes d'alerte (drapeaux rouges) sont présents, d'autres examens d'imagerie ou de laboratoire et/ou l'aiguillage vers un spécialiste devraient alors suivre, selon le diagnostic particulier que l'on soupçonne et son degré d'urgence (accord d'experts, recommandation forte)</p>

Tableau 6. Revue systématique sur l'évaluation des drapeaux rouges

Auteurs, année, référence	Recherche documentaire, date de recherche limite, qualité de la revue (AMSTRAD II)	Critères de sélection des articles Population	Question Critères de jugement	Résultats et signification
Verhagen <i>et al.</i> , 2017 (19)	MEDLINE, EBSCO	<i>Guidelines</i> présentant des drapeaux rouges et études justifiant l'origine des drapeaux rouges	Évaluation de l'origine des drapeaux rouges	Treize drapeaux rouges ont été identifiés dans 16 recommandations et deux drapeaux rouges absents de ces recommandations. L'origine ou la justification de la plupart des drapeaux rouges n'étaient pas claires ou étaient issues de rapports de cas. Deux drapeaux rouges (« antécédent de cancer » et « forte suspicion clinique ») ont été considérés informatifs

Synthèse : les drapeaux rouges ne sont pas abordés dans les recommandations nord-américaines (9) et danoises (8) qui ne traitent pas de la démarche diagnostique initiale. La terminologie « drapeaux rouges » est consensuelle pour désigner les signes devant faire envisager une prise en charge spécifique (soit par supposition de pathologie spécifique nécessitant une prise en charge particulière, soit par suspicion de signes de gravité devant faire discuter une prise en charge chirurgicale rapide). Néanmoins, la liste de ces drapeaux rouges est hétérogène. Une méta-analyse (19), évaluant la pertinence de ces drapeaux rouges, a retrouvé l'absence de caractère informatif de ceux-ci, sauf deux.

Recommandations

La recherche des **signes d'alerte** (cf. « drapeaux rouges »), orientant vers une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente, doit être réalisée pour toute douleur lombaire récente ou aggravation des symptômes ou apparition de nouveaux symptômes. (AE)

La recherche de ces signes d'alerte doit rester à l'esprit du praticien à tous les stades de la lombalgie, notamment en cas de poussée aiguë de lombalgie survenant dans le cadre d'une douleur chronique, ou en cas de modification des symptômes cliniques. (AE) La spécificité des signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges ») pris isolément est limitée ; c'est leur combinaison qui doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie sous-jacente à la douleur lombaire justifiant une prise en charge spécifique.

Il est recommandé de réévaluer le patient 2 à 4 semaines après une poussée aiguë de lombalgie. (AE)

1.5 Évaluation du risque de chronicité

Tableau 7. Synthèse des recommandations concernant l'évaluation du risque de chronicité

Promoteur / Année / Pays / Méthodologie recherche	
<p>Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6) Belgique</p> <p>2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)</p>	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - envisagez d'effectuer une stratification du risque de passage à la chronicité (par exemple, <i>via</i> l'outil d'évaluation des risques <i>STarT Back</i> ou la version courte du questionnaire Örebro) chez chaque patient présentant un nouvel épisode de lombalgie, avec ou sans douleur radiculaire. Cette stratification du risque ne devrait pas être effectuée pendant les premières 48 h qui suivent le début de la douleur. Le but de la stratification du risque est d'établir, conjointement avec le patient, une prise en charge adaptée au risque. Force de la recommandation : faible. Niveau de preuve : faible à très faible ; - en se basant sur la stratification du risque, envisager : <ul style="list-style-type: none"> o un soutien simple et de basse intensité pour les patients lombalgiques, avec ou sans douleur radiculaire, qui vont probablement présenter une amélioration rapide et une évolution favorable. Par soutien simple et de basse intensité, on entend, par exemple, rassurer le patient, lui conseiller de rester actif et le guider dans l'auto-gestion de sa lombalgie, o un soutien plus complexe et intensif pour les patients lombalgiques, avec ou sans douleur radiculaire, qui présentent un risque moyen ou élevé d'évolution défavorable. Par soutien plus complexe et intensif, on entend, par exemple, un programme d'exercices supervisés, avec ou sans addition de techniques manuelles, et/ou d'une approche psychologique de type cognitivo-comportemental. Force de la recommandation : faible. Niveau de preuve : faible à très faible.
<p><i>National Institute for Health and Care Excellence</i>, 2016 (7) Royaume-Uni</p> <p>2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)</p>	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - considérer l'utilisation d'outils de stratification du risque (par exemple, le <i>STarT Back risk assessment tool</i>) lors du premier entretien avec un professionnel de santé pour chaque nouvel épisode de lombalgie, avec ou sans radiculalgie, afin d'éclairer la prise de décision partagée sur la stratification du risque ; - basé sur cette stratification du risque, considérer : <ul style="list-style-type: none"> o un soutien simple et moins intensif pour les personnes avec une lombalgie avec ou sans sciatique susceptibles de s'améliorer rapidement et d'avoir de bons résultats (par exemple, réassurance, conseils pour rester actif et conseils sur l'autogestion), o un soutien plus complexe et plus intensif pour les personnes souffrant de lombalgie, avec ou sans

Promoteur / Année / Pays / Méthodologie recherche	
	<p>sciatique, présentant un risque plus élevé d'évolution non favorable (par exemple, programmes d'exercices avec ou sans thérapie manuelle ou utilisant une approche psychologique). Niveau de preuve : faible à très faible.</p>
<p>Stochkendahl <i>et al.</i>, 2018 (8) Danemark</p> <p>2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016 pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou subaiguë.</p>	<p>Il n'est pas recommandé d'offrir systématiquement un traitement ciblé aux patients présentant une nouvelle lombalgie, en plus des soins habituels, car l'effet est inconnu.</p> <p><i>Le terme « traitement ciblé » fait ici référence à la question posée de proposer des traitements à des sous-groupes de patients présentant des facteurs pronostiques modifiables différents. Néanmoins, la pertinence de stratifier selon le risque de chronicité n'est pas explicitement abordée dans le guide.</i></p> <p>Niveau de preuve : bonne pratique (consensus professionnel).</p>
<p><i>Institute for Clinical Systems Improvement</i>, 2018 (10) États-Unis (Minnesota)</p> <p>2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche.</p>	<p>L'intérêt de rechercher des drapeaux jaunes dans la prise en charge est souligné, mais sans recommandation établie.</p>
<p><i>Toward Optimized Practice</i>, 2015 (11) Canada (Alberta)</p> <p>2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)</p>	<p>Évaluer les facteurs de risque psychosociaux (drapeaux jaunes), et procéder à un examen détaillé, s'il n'y a aucune amélioration. Les facteurs de risque psychosociaux comprennent la peur, les problèmes financiers, la colère, la dépression, l'insatisfaction professionnelle, les problèmes familiaux ou le stress. Niveau de preuve : issu de revues systématiques.</p> <p>Il n'y a pas de données suffisantes pour recommander ou non l'utilisation du <i>STarT back screening tool</i> et sa prise en charge stratifiée pour la lombalgie chronique. Niveau de preuve : opinion d'experts.</p> <p>Il n'y a pas de preuves concluantes à recommander pour ou contre l'utilisation du <i>CORE back tool</i> pour les lombalgies chroniques.</p>

Promoteur / Année / Pays / Méthodologie recherche	
	Niveau de preuve : issu de revues systématiques.
Chenot <i>et al.</i> , 2017 (12) Allemagne	<p>Les facteurs psychosociaux et liés au travail doivent être évalués dès le début (accord d'experts, recommandation forte).</p> <p>Après 4 semaines de douleur persistante, avec une réponse inadéquate au traitement qui a été fourni, conformément à la recommandation, le médecin coordonnateur devrait évaluer les facteurs de risque psychosociaux (« drapeaux jaunes ») avec un instrument de dépistage normalisé (par exemple, le <i>STarT Back Tool</i> ou le <i>Örebro Short Questionnaire</i>) (recommandation faible) et peut aussi évaluer les facteurs liés au lieu de travail avec un instrument de dépistage standardisé (recommandation ouverte).</p> <p>Les patients dont les activités de la vie quotidienne sont encore limitées, et dont le soulagement de la douleur reste insuffisant, malgré 12 semaines de traitement, conformément à la directive, ainsi que les patients présentant une exacerbation des lombalgies chroniques non spécifiques, doivent subir une évaluation multidisciplinaire (consensus d'experts). Les patients à risque élevé de chronicisation devraient subir une telle évaluation après 6 semaines de douleur persistante.</p>

Tableau 8. Revue systématique en lien avec l'évaluation du risque de chronicité

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Karran <i>et al.</i> , 2017 (20)	Évaluation de la précision des questionnaires pour identifier les patients lombalgiques à risque de chronicité	Études de cohortes prospectives incluant des patients ayant une lombalgie aiguë ou subaiguë. Une évolution défavorable était une douleur > 3/10 sur une EVA ou une incapacité > à 30 %.	MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, PEDro, Web of science, Sciverse SCOPUS, Cochrane central register de juin 2014 à mars 2016	Dix-huit études ont été incluses, évaluant sept instruments. Cinq ont évalué le <i>StarT Back Tool</i> : la performance pour discriminer une évolution défavorable sur la douleur était non informative (AUC 0,59) et acceptable pour évaluer une évolution défavorable de la fonction (AUC 0,74). Sept études ont évalué le questionnaire Örebro : la performance pour discriminer la douleur était faible (AUC 0,69), acceptable pour l'incapacité (AUC 0,75) et excellente pour l'absentéisme (AUC 0,83)

Synthèse : la classification du risque de chronicisation de la lombalgie n'est pas abordée dans les recommandations nord-américaines (9). L'ensemble des autres recommandations conseillent d'évaluer les risques psychosociaux appelés « drapeaux jaunes ». Le moment opportun pour réaliser cette évaluation n'est pas détaillé. Les recommandations canadiennes (11) suggèrent de réaliser un examen plus détaillé, en l'absence d'amélioration, mais la différence entre un examen sommaire et détaillé n'est pas précisé. Le KCE propose de ne pas réaliser d'évaluation dans les 48 premières heures (6). Les recommandations allemandes (12) suggèrent de réaliser ce dépistage dès le début de la prise en charge. Les questionnaires *STarT Back screening tool* ou d'Örebro sont proposés par le KCE (6) et le NICE (7). L'ICSI (10) propose uniquement le *STarT Back*. Les recommandations canadiennes TOP ne proposent aucun outil, possiblement en lien avec des données plus anciennes que les autres recommandations. Une revue systématique de la littérature (20) a retrouvé que les deux questionnaires les plus évalués et robustes étaient le *STarT Back* et le questionnaire d'Örebro. Une version française de ces deux questionnaires est disponible. L'évaluation du risque de chronicité pose l'indication d'une prise en charge pluridisciplinaire. Le délai de recours à un spécialiste n'est pas consensuel. L'algorithme canadien (11) propose un recours dans un délai de 1 à 6 semaines. Une revue systématique des recommandations (ayant inclus des recommandations non présentées ici, notamment dans des langues autres que le français ou l'anglais) (21) a retrouvé un recours au spécialiste recommandé dans un délai de 4 semaines à 2 ans. Les recommandations allemandes (12) proposent un délai de 4 semaines d'évolution de la lombalgie devant faire réaliser un questionnaire sur les risques psychosociaux et liés au travail.

Recommandations

- La recherche précoce des facteurs de risque psychosociaux (cf. « drapeaux jaunes ») est recommandée, afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité, afin d'établir une prise en charge adaptée au risque. (grade B)
- Certains éléments (peurs et croyances, contextes psychologique et social) doivent être identifiés précocement.
- En complément de cette évaluation, un questionnaire composite comme le *STarT Back screening tool* (qui propose une prise en charge stratifiée sur le risque)¹ ou la version courte du questionnaire Örebro (qui est prédictif de l'absentéisme)¹ peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chronicité. (grade B) D'autres questionnaires plus spécifiques, tels que le FABQ (évaluant le niveau de peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie)¹ ou l'HAD (évaluant le niveau d'anxiété et de dépression)² peuvent aussi être utilisés (AE).
- Les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail (cf. « drapeaux bleus » et « drapeaux noirs ») doivent être recherchés, en cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés, au-delà de 4 semaines. (AE) Dans ce cas, l'expertise du médecin du travail doit être sollicitée, notamment pour connaître les contraintes et les possibilités d'adaptation du poste de travail. (AE)

¹ Questionnaires *STarT Back screening tool*, Örebro, FABQ :

<http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/questionnaires/>

² Échelle HAD : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_échelle_had.pdf

1.6 Pertinence de l'imagerie

Tableau 9. Synthèse des recommandations sur la pertinence de l'imagerie

Promoteur / Année / Pays / Méthodologie recherche	
<p>Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6) Belgique</p> <p>2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)</p>	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en l'absence de drapeaux rouges, ne pas proposer systématiquement un examen d'imagerie aux personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Ne prescrire un examen d'imagerie que lorsque le résultat attendu de l'examen est susceptible d'influencer la prise en charge, par exemple lorsqu'une intervention invasive est envisagée. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : faible à très faible ; - expliquer aux personnes présentant une lombalgie, avec ou sans douleur radiculaire, qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis, même si elles sont orientées vers un spécialiste pour avis. Niveau de la recommandation : opinion d'experts. Niveau de preuve : sans objet.
<p><i>National Institute for Health and Care Excellence</i>, 2016 (7) Royaume-Uni</p> <p>2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)</p>	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas proposer d'imagerie, en routine, dans une prise en charge non spécialisée, à des patients présentant une lombalgie ou une lombosciatique ; - expliquer aux patients avec une lombalgie ou une lombosciatique que s'ils sont orientés vers un spécialiste, il n'y a pas besoin d'imagerie ; - considérer une imagerie dans une unité spécialisée (par exemple, une clinique d'interface musculo-squelettique ou un hôpital) pour des patients avec une lombalgie ou une lombosciatique, seulement si le résultat est susceptible de modifier la prise en charge. <p>Niveau de preuve : faible à très faible.</p>
<p>Stochkendahl <i>et al.</i>, 2018 (8) Danemark</p> <p>2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016</p>	<p>Lombalgie aiguë ou subaiguë :</p> <p>Recommandation : Ne pas proposer en routine une imagerie rachidienne (radio ou IRM) aux patients avec une lombalgie récente, compte tenu de l'absence d'effet positif. Niveau de preuve : très bas. Recommandation faible contre.</p> <p>Lombosciatique aiguë ou subaiguë :</p> <p>Recommandation faible contre l'IRM :</p>

Promoteur / Année / Pays / Méthodologie recherche	
pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou sub-aiguë	L'IRM ne devrait être offerte aux patients présentant une compression récente de la racine nerveuse lombaire qu'après évaluation prudente (<i>after careful consideration</i>), car l'effet bénéfique est incertain. Niveau de preuve : très bas.
<p><i>Institute for Clinical Systems Improvement, 2018 (10)</i> États-Unis (Minnesota)</p> <p>2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche</p>	<p>Recommandation forte : les cliniciens ne doivent pas réaliser d'imagerie (radiographie, scanner, IRM) pour les patients avec une lombalgie ou une lombosciatique en l'absence de drapeaux rouges à l'examen clinique.</p> <p>Niveau de preuve : modéré.</p>
<p><i>Toward Optimized Practice, 2015 (11)</i> Canada (Alberta)</p> <p>2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)</p>	<p>Recommandations d'imagerie en l'absence de radiculalgie : réaliser une imagerie si les résultats modifient le traitement. Une imagerie n'est habituellement pas utile, à l'exception des indications suivantes :</p> <p>Pour l'IRM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déficit majeur ou progressif (chute du pied ou limitation de la flexion de hanche ou d'extension du genou) ; - syndrome de la queue de cheval ; - douleur sévère progressive et invalidante, malgré des traitements non interventionnels ; - douleur sévère ou incapacitante (requérant une hospitalisation, limitant la marche ou limitant significativement les activités de la vie quotidienne) ; - suspicion clinique ou radiologique d'infection ou de cancer ; - indication à un traitement chirurgical ou infiltratif, en présence d'une douleur lombaire ou radiculaire, ne répondant pas aux traitements non interventionnels. <p>Pour le scanner :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRM contre-indiquée ; - suspicion / caractérisation de tumeur primitive osseuse ; - traumatisme. <p>Niveau de preuve : issu de revues systématiques.</p>

Promoteur / Année / Pays / Méthodologie recherche	
	<p>Recommandation d'imagerie en présence de radiculalgie : Considérer la réalisation d'une IRM si le patient présente une radiculopathie (douleur prédominante à la jambe) persistante, malgré 6 semaines de traitement non interventionnel. Poursuivre les traitements non interventionnels lorsque les résultats cliniques et d'imagerie concordent, et évaluer l'amélioration ; compte tenu de l'amélioration fréquente en l'absence de chirurgie, en l'absence de symptômes progressifs ou de drapeaux rouges. Niveau de preuve : issu de revues systématiques.</p> <p>Imagerie dans le cadre de lombalgies chroniques : Des radiographies de la colonne lombaire peuvent être nécessaires, pour établir une corrélation avant d'autres examens de la colonne lombaire, par exemple avant une IRM. Dans ce cas, les clichés sont limités aux vues antéropostérieures et latérales debout, afin de mieux évaluer la stabilité et la sténose. Les TDM sont limitées aux fractures soupçonnées ou à la contre-indication à l'IRM. Les radiographies rachidiennes sont de très mauvais indicateurs d'une pathologie grave. Ainsi, en l'absence de drapeaux rouges cliniques, les radiographies de la colonne vertébrale ne sont pas encouragées. Plus précisément, l'imagerie diagnostique appropriée devrait être effectuée sur la base de l'évaluation de la pathologie recherchée. En l'absence de signaux d'alerte, de radiculopathie ou de claudication neurogène, l'IRM est généralement d'une valeur limitée. Niveau de preuve : opinion d'experts.</p>
<p>Chenot <i>et al.</i>, 2017 (12) Allemagne</p>	<p>Les patients souffrant de lombalgie aiguë ou récurrente, chez qui les antécédents et l'examen physique ne révèlent aucun signe d'une évolution dangereuse de la maladie ou d'une autre affection grave, ne devraient pas subir d'imagerie (recommandation forte contre). Pour les patients dont la lombalgie continue de limiter leur activité physique ou s'est aggravée, malgré un traitement conforme à la ligne directrice, l'indication pour l'imagerie diagnostique doit être réévaluée dans les 4 à 6 semaines suivantes (recommandation forte pour, consensus d'experts). Les patients présentant des symptômes inchangés ne devraient pas subir d'examens d'imagerie répétés (recommandation forte contre, consensus d'experts).</p>

Tableau 10. Revues systématiques en lien avec la pertinence de l'imagerie rachidienne

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Panagopoulos <i>et al.</i> , 2017 (22)	Évaluation des modifications en IRM durant 1 an des patients ayant une lombalgie ou une lomboradiculalgie	Études de cohortes prospectives incluant des patients ayant une lombalgie et/ou radiculalgie et deux IRM dans une période de 1 an	MEDLINE, Embase, CINAHL. La date de fin de recherche documentaire n'est pas mentionnée	Douze études ont été incluses. Le risque de biais a été jugé faible. La mise en commun des données n'était pas possible, en raison de leur hétérogénéité. Sept études ont évalué des modifications ou disparitions de hernies discales dans 15 à 93 % des cas. Deux études ont évalué des modifications de compression nerveuse et reportaient une diminution de 17 à 91 %. Une seule étude évaluait la corrélation entre IRM et symptômes cliniques à 1 an, et ne retrouvait pas de corrélation.
Steffens <i>et al.</i> , 2016 (23)	Les résultats de l'IRM permettent-ils d'identifier les patients souffrant de lombalgie ou de sciatique qui répondent mieux à des interventions particulières ? Jugement sur la fonction ou la douleur	Essais contrôlés randomisés évaluant les résultats IRM comme modificateurs de résultat pour les patients ayant une lombalgie ou une sciatique	MEDLINE, EMBASE, CENTRAL. La date de fin de recherche documentaire n'est pas mentionnée	Huit études ont été incluses (trois sur la lombalgie, cinq sur la sciatique). La qualité des études était variable et les données ne pouvaient être mises en commun. Les trois études sur la lombalgie évaluaient les changements Modic. Une infiltration de corticoïde <i>versus</i> solution saline (épidural et/ou intradiscal) était plus efficace pour les patients Modic 1 que Modic 2 (score d'incapacité). Un Modic 1 n'était pas prédictif d'un meilleur succès de prothèse discale par rapport à un traitement non invasif multidisciplinaire. Chez les patients avec une radiculalgie, la présence d'une hernie discale centrale (par rapport à l'absence de hernie discale centrale) avait un meilleur résultat de la chirurgie (comparé à une rééducation). Les autres caractéristiques de hernie (par exemple protrusion / postérolatéral) n'étaient pas associées à une évolution différente avec une chirurgie. Une comparaison identique chez des

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				patients avec une sténose rachidienne lombaire ne retrouvait pas de supériorité de la chirurgie. Une comparaison de deux types de chirurgie (mini-invasive ou non) ne retrouvait pas de différence selon les caractéristiques de la hernie.

Synthèse : concernant la pertinence de l'imagerie à la phase aiguë d'une lombalgie ou d'une lomboradiculalgie, l'ensemble des recommandations soulignent qu'il n'est pas indiqué de réaliser une IRM ou un scanner en l'absence de drapeaux rouges. Une imagerie est proposée dans les cas suivants : soit si une procédure invasive (infiltration épidurale ou chirurgie) est envisagée (selon la plupart des recommandations), soit à discuter lors de la prise en charge spécialisée (7). Certaines recommandations suggèrent des situations cliniques devant faire réaliser une imagerie rachidienne dans certains contextes, recoupant largement les situations de drapeaux rouges évoquées ci-dessus. Dans un cas de lombalgie commune (sans radiculalgie), sans indication opératoire, mais persistante au stade subaigu ou chronique, les recommandations ne statuent pas sur la pertinence et la chronologie de la réalisation d'une imagerie rachidienne, en l'absence de données bibliographiques. Une revue systématique (22) a souligné les modifications en IRM (notamment régression / diminution de taille de hernie) durant une année. Une seconde revue systématique (23) a retrouvé que certaines informations en IRM (Modic 1 chez les lombalgiques, hernie discale centrale chez les patients radiculaires) pouvaient orienter la conduite à tenir, mais les études étaient peu nombreuses et hétérogènes. Concernant le choix de la modalité d'imagerie la plus pertinente, l'ensemble des recommandations s'accordent sur l'absence d'intérêt des radiographies. Si une imagerie est indiquée, l'IRM est l'examen le plus rapporté dans les recommandations, puisque c'est l'examen en général testé dans les données de la littérature. Un scanner est recommandé si l'IRM n'est pas possible. Les radiographies sont présentées par rapport aux études les ayant évaluées (études anciennes), et les limites des radiographies ont été soulignées. Certaines situations particulières n'ont pas été évaluées dans les recommandations, comme une suspicion de mobilité rachidienne (spondylolisthésis).

Recommandations

- En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie rachidienne dans le cas d'une poussée aiguë de lombalgie. (grade C)
- Il est recommandé d'expliquer au patient pourquoi une imagerie n'est pas nécessaire. (AE)
- En l'absence de drapeau rouge, il est recommandé de réaliser une imagerie rachidienne en cas de lombalgie chronique (au-delà de 3 mois) (AE) : la réalisation d'une IRM est recommandée (ou un scanner en cas de contre-indication à l'IRM) (AE).
- Si un geste invasif (infiltration épidurale voire chirurgie rachidienne) est envisagé, une imagerie rachidienne (IRM ou scanner si contre-indication) est conseillée (sauf chez les patients hyperalgiques afin de ne pas retarder leur prise en charge) (AE).

- En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser des radiographies isolées en dehors de la recherche d'une instabilité ou d'un trouble statique rachidiens (AE).
- Il n'y a pas d'indication à renouveler l'imagerie en l'absence de modification des symptômes (AE).
- Il est important d'expliquer au patient l'absence de corrélation systématique entre les symptômes et les signes radiologiques. Il est recommandé d'expliquer et de dédramatiser les termes médicaux et techniques des comptes rendus d'imagerie (AE).

1.7 Prise en charge médicamenteuse

1.7.1 Recommandations générales

Aucun médicament antalgique n'a prouvé d'efficacité à moyen terme sur l'évolution d'une poussée aiguë de lombalgie. Néanmoins, la prise en charge antalgique graduée, débutant par des antalgiques de palier I, peut être mise en place pour la gestion des accès douloureux. (AE)
 Il est recommandé de rappeler le bon usage des antalgiques, et leur utilité à visée symptomatique et non curative. (AE)
 Le choix du traitement doit prendre en compte les antécédents médicaux, les expériences antérieures de prise antalgique, les préférences du patient et les risques de mésusage.

1.7.2 Évaluation du paracétamol

Tableau 11. Synthèse des recommandations sur l'utilisation du paracétamol

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	Recommandation : Ne pas proposer systématiquement du paracétamol (comme seule médication) dans la prise en charge d'une lombalgie, avec ou sans douleur radiculaire. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : élevé à très faible
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , 2016 (7)	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	Ne pas proposer de paracétamol seul pour la lombalgie. Niveau de preuve : modéré à très faible
Stochkendahl <i>et al.</i> , 2018 (8)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016 pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou subaiguë	Danemark	Recommandation faible contre le paracétamol : Ne proposer aux patients, avec une lombalgie récente, du paracétamol, en plus des soins usuels, qu'après évaluation prudente (<i>after careful consideration</i>), car les données probantes indiquent qu'il n'y a aucun effet à court terme. Niveau de preuve : modéré
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9, 13, 14)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	Etats-Unis	Recommandation contre l'utilisation du paracétamol dans la lombalgie aiguë. Niveau de preuve : non mentionné

Recommandation	Année	Pays	
<i>Institute for Clinical Systems Improvement, 2018 (10)</i>	2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche	États-Unis (Minnesota)	Recommandation de consensus : Le paracétamol peut être utilisé, comme une option, pour diminuer la douleur des patients avec une lombalgie aiguë ou subaiguë. Les patients devraient être informés des potentiels effets secondaires. Niveau de preuve : sans objet
<i>Toward Optimized Practice, 2015 (11)</i>	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	Pour la lombalgie chronique : Le paracétamol est recommandé. Niveau de preuve : issu de revues systématiques
Chenot <i>et al.</i> , 2017 (12)	2017	Allemagne	Le paracétamol ne devrait plus être utilisé (recommandation faible contre)

Tableau 12. Méta-analyse évaluant l'efficacité du paracétamol

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Saragiotto <i>et al.</i> , 2016 (24)	Évaluation du paracétamol dans la lombalgie, selon l'EVA douleur ou l'incapacité	Études contrôlées randomisées <i>versus</i> placebo. Patients ayant une lombalgie aiguë ou chronique	Registre <i>Cochrane</i> des essais randomisés, <i>MEDLINE</i> , <i>EMBASE</i> , <i>CINAHL</i> , <i>AMED</i> , <i>Web of Science</i> , <i>LILACS</i> , et <i>IPA</i> jusqu'en août 2015	Trois études ont été incluses (1 825 participants), deux concernaient la lombalgie aiguë et une la lombalgie chronique. Avec un haut niveau de preuve, il a été conclu que le paracétamol n'améliorait pas la douleur, l'incapacité, l'impression d'amélioration, le sommeil dans la lombalgie aiguë. Il n'y avait pas de différence d'effets secondaires. Pour la lombalgie chronique, un seul essai avec un niveau de preuve faible n'a pas retrouvé d'efficacité du paracétamol sur la douleur ou l'incapacité.

Synthèse : la recommandation la plus ancienne (11) préconise le paracétamol, puisque basée sur la littérature avant la publication d'une large étude négative dans le *Lancet* sur le paracétamol. Les autres recommandations ne préconisent pas l'utilisation du paracétamol, à l'exception de celle de l'ICSI (10).

Une revue systématique avec méta-analyse n'a pas retrouvé d'efficacité du paracétamol dans la lombalgie aiguë ou chronique.

Recommandation

Le paracétamol n'a pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie (NP1), mais il peut être utile à visée symptomatique pour traiter la douleur. (AE)

1.7.3 Évaluation des anti-inflammatoires non stéroïdiens**Tableau 13. Synthèse des recommandations sur l'utilisation des AINS**

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si un traitement médicamenteux est nécessaire dans la prise en charge d'une personne présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire (par exemple, en fonction de la sévérité de la douleur et des préférences du patient), envisagez des anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale en tenant compte des différences potentielles de toxicité gastro-intestinale, hépatique et cardio-rénale, ainsi que des facteurs de risque du patient, dont son âge. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : moyen à très faible ; - si vous prescrivez des AINS oraux pour une lombalgie, prévoyez une évaluation clinique adéquate, une surveillance continue de l'évolution des facteurs de risque et considérez l'utilité d'un traitement gastro-protecteur. Niveau de preuve : opinion d'experts. Niveau de preuve : sans objet ; - si vous prescrivez des AINS oraux, privilégiez la dose efficace minimale durant la plus courte période possible. Niveau de preuve : opinion d'experts. Niveau de preuve : sans objet.
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , 2016 (7)	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - envisagez l'administration orale d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour la prise en charge de la lombalgie, en tenant compte des différences potentielles de toxicité gastro-intestinale, hépatique et cardio-rénale et des fac-

Recommandation	Année	Pays	
			<p>teurs de risque de la personne, dont l'âge ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - lorsque vous prescrivez des AINS par voie orale pour soulager la lombalgie, pensez à une évaluation clinique appropriée, à une surveillance continue des facteurs de risque et à l'utilisation d'un traitement gastroprotecteur ; - prescrire des AINS oraux pour les lombalgies à la dose efficace la plus faible pendant la période la plus courte possible. <p>Niveau de preuve : modéré à très faible (sauf un essai comparant paracétamol et opioïdes <i>versus</i> placebo avec un niveau de preuve élevé).</p>
Stochkendahl <i>et al.</i> , 2018 (8)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016 pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou subaiguë.	Danemark	<p>Recommandation faible contre les AINS.</p> <p>Ne proposez des AINS aux patients ayant une lombalgie récente en plus des traitements usuels qu'après évaluation prudente, car les données probantes indiquent qu'il n'y a aucun effet à court terme.</p> <p>Niveau de preuve : faible.</p>
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9, 13, 14)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	<p>Si un traitement pharmacologique est souhaité, les cliniciens et les patients doivent choisir des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des myorelaxants (preuves de qualité moyenne). Niveau de la recommandation : fort.</p> <p><i>Il est noté que les myorelaxants disponibles aux États-Unis peuvent différer de ceux disponibles en France, et que la méta-analyse justifiant cette recommandation sépare les myorelaxants des benzodiazépines.</i></p>
<i>Institute for Clinical Systems Improvement</i> , 2018 (10)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche.	États-Unis (Minnesota)	<p>Recommandation forte :</p> <p>Les AINS peuvent être utilisés pour soulager à court terme les douleurs lombaires aiguës et subaiguës. Le patient doit être conseillé sur les effets secondaires potentiels.</p> <p>Niveau de preuve : modéré.</p>
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	<p>Si nécessaire, prescrire des médicaments pour le soulagement de la douleur, de préférence à prendre à intervalles réguliers.</p>

Recommandation	Année	Pays	
			<p>Paracétamol de premier choix ; AINS de deuxième choix. N'envisagez d'ajouter un relaxant musculaire de courte durée (benzodiazépines, cyclobenzaprine ou médicaments antispastique) seul ou ajouté aux AINS que si l'acétaminophène ou les AINS n'ont pas réussi à réduire la douleur. Niveau de preuve : issu de revues systématiques.</p> <p>Lombalgies chroniques : Les AINS sont recommandés. Un inhibiteur de la pompe à proton devrait être proposé chez les patients de plus de 45 ans. Niveau de preuve : issu de revues systématiques.</p>
Chenot <i>et al.</i> , 2017 (12)	2017	Allemagne	<p>Les AINS sont le traitement préférentiellement recommandé. Pour minimiser les effets secondaires, les AINS doivent être donnés à la plus faible dose pour la plus faible durée (recommandation faible). Considérant leurs contre-indications, les COX-2 peuvent être utilisés si les AINS sont contre-indiqués ou mal tolérés (recommandation ouverte).</p>

Tableau 14. Méta-analyses évaluant l'efficacité des AINS

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Rasmussen-Barr <i>et al.</i> , 2016 (25)	Évaluation de l'efficacité des AINS sur la sciatique. Jugement sur l'EVA douleur ou score d'incapacité selon les études. Les effets secondaires ont été	Études randomisées contrôlées (double aveugle, simple aveugle ou en ouvert) <i>versus</i> placebo ou <i>versus</i> autres thérapeutiques (autres AINS, autres traitements).	MEDLINE, Registre <i>Cochrane</i> des essais randomisés contrôlés, <i>Embase</i> , <i>Pubmed</i> et deux registres d'essais cliniques. Fin de recherche	Dix essais publiés dans neuf articles ont été retenus. Cinq essais utilisaient une dose recommandée d'AINS, deux essais concernaient des AINS disponibles sans ordonnance à faible dose, et trois concernaient des AINS n'existant plus selon les auteurs (essais de 1968 à 1980). Il est noté que, dans le contexte français, ces cinq

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	reportés.	La population incluse était « sciatique » sans qu'une définition claire soit utilisée. Les patients avec une lombalgie sans sciatique n'étaient pas inclus. Il n'y avait pas de durée d'évolution limite.	documentaire juin 2015.	essais concernent pour l'un d'entre eux le kétoprofène <i>versus</i> corticoïdes dans un essai publié en 1982, trois correspondent à des oxicams (meloxicam ou piroxicam) peu utilisés en première intention, et le dernier du lornoxicam non disponible en France. Tous les essais ont été jugés avec un haut risque de biais sauf celui sur le lornoxicam non disponible en France. Trois essais ont comparé un AINS au placebo, la réduction d'EVA douleur n'était pas différente entre les deux groupes (différence moyenne – 4,56 /100 [-11,11 ; +1,99]). L'hétérogénéité était importante et le niveau de preuve très faible. L'amélioration globale évaluée dans trois essais était plus importante dans le groupe AINS que placebo (RR 1,14 [1,03 ; 1,27]). Les effets secondaires étaient plus importants dans le groupe AINS (RR 1,40 [1,02 ; 1,93]).
Enthoven <i>et al.</i> , 2016 (26)	Évaluation de l'efficacité des AINS dans la lombalgie chronique. De multiples critères primaires étaient acceptés (EVA douleur, mesure d'amélioration globale, questionnaires d'incapacité, retour du travail, effets secondaires).	Études randomisées contrôlées en double ou simple aveugle chez des patients ayant une lombalgie chronique, <i>versus</i> placebo ou autre AINS ou exercice physique. Les AINS n'étant plus commercialisés n'ont pas été inclus.	CENTRAL, EMBASE, MEDLINE, <i>PubMed</i> et deux registres d'essais thérapeutiques jusqu'en juin 2015	Treize essais ont été inclus, dont dix à faible risque de biais. Six ont comparé un AINS à un placebo, avec un suivi médian de 56 jours (intervalle interquartile 13-91). Les AINS diminuaient plus la douleur (-6,97/100 [-10,74 ; -3,19]) et amélioraient plus la fonction que le placebo. Deux comparaisons entre AINS (ibuprofène vs diclofénac, piroxicam vs indométhacine) ne retrouvaient pas de différence. La comparaison entre un AINS et des exercices à domicile ne retrouvait pas de différence sur une EVA douleur, mais les exercices à domicile amélioraient plus l'incapacité.

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Machado <i>et al.</i> , 2017 (27)	Évaluation de l'efficacité des AINS dans les douleurs rachidiennes.	Études randomisés contrôlés chez des patients ayant une douleur rachidienne. Les patients avec lombalgie, radiculalgie, cervicalgies ont été inclus.	MEDLINE, CEMBASE, CINAHL, CENTRAL et LILACS jusqu'en février 2016	Trente-cinq études randomisées contrôlées ont été incluses. Il est noté que le plus grand nombre d'études par rapport à la méta-analyse de la ligne ci-dessus (Enthoven et al.) est lié à l'absence de durée des symptômes et à l'inclusion des douleurs cervicales. Vingt-deux études concernaient la lombalgie (11 aiguë, 11 chronique), deux études la cervicalgie et 11 la radiculalgie. La durée moyenne de traitement était 7 jours. Cinq des études évaluaient un AINS par voie IV ou IM, trois une forme topique, les autres étaient des administrations orales. L'effet sur la douleur de l'ensemble des études retrouvait une évidence de qualité moyenne d'une diminution de la douleur immédiate (= moins de 2 semaines) (différence moyenne -9,2/100 [-11,1 ; -7,3]) et à court terme (=2 semaines à 3 mois de suivi) (différence moyenne -7,7 [-11,4 ; -4,1]). Six patients devaient être traités par AINS plutôt que placebo pour qu'un ait une amélioration cliniquement importante (<i>Number Needed to Treat</i>). Les AINS étaient également efficaces sur l'incapacité et sur la composante physique du SF12, mais pas sa composante mentale. Néanmoins, l'amplitude d'effet était en dessous du seuil d'importance clinique de 10/100 pour la douleur et l'incapacité. Les effets secondaires graves n'étaient pas plus fréquents dans le groupe AINS (risque relatif 1.5 [0,4 ; 5,2]), mais il était rapporté plus fréquemment des effets secondaires digestifs (risque relatif 2,5 [1,2 ; 5,2]). Les études avec un faible risque de biais avaient

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				une meilleure efficacité (-11,2 vs -6,7). Les antiCOX-2 étaient plus efficaces que les AINS non sélectifs (-13,4 vs -7,7). Il n'y avait pas de différence selon la voie d'administration.

Synthèse : l'ensemble des recommandations suggèrent d'envisager un traitement AINS, en prenant en compte les contre-indications et potentiels effets secondaires à l'exception des Danois (8) ne les recommandant pas. Les recommandations belges (6), britanniques (7) et allemandes (12) insistent sur la prescription de courte durée.

Trois méta-analyses concernant les AINS ont retrouvé une efficacité supérieure des AINS (25-27). Néanmoins, la plupart des essais randomisés contrôlés sur les AINS concernent des molécules peu utilisées ou non disponibles en France, ce qui limite la validité externe de ces méta-analyses. Une méta-analyse (25) a retrouvé une majoration des effets secondaires par les traitements AINS.

Recommandation

En cas de choix de traitement pharmacologique pour une poussée aiguë de lombalgie (y compris sur une poussée aiguë de lombalgie chronique ou récidivante), un traitement par AINS peut être proposé pour la plus courte durée possible, à la dose efficace la plus faible, après évaluation de la balance bénéfico-risque (Grade A) en fonction des antécédents (cf. ANSM juillet 2013)³.

1.7.4 Évaluation des opioïdes

Tableau 15. Synthèse des recommandations sur l'utilisation des opioïdes

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans	Belgique	Recommandations : - pensez à un morphinique léger (avec ou sans paracétamol) pour la période la plus courte possible dans la prise

³ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Saint-Denis: ANSM; 2013. <https://ansm.sante.fr/content/download/52167/671143/version/2/file/Rappel-BonUsageAINS130821.pdf>

Recommandation	Année	Pays	
	nouvelle recherche biblio)		<p>en charge d'une lombalgie aiguë avec ou sans douleur radiculaire seulement si les AINS sont contre-indiqués ou non tolérés, ou s'ils se sont avérés inefficaces. Niveau de preuve : opinion d'experts. Niveau de preuve : sans objet ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne proposez pas des morphiniques de manière systématique aux personnes présentant une lombalgie chronique avec ou sans douleur radiculaire. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : élevé à très faible.
<i>National Institute for Health and Care Excellence, 2016 (7)</i>	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	<p>N'envisagez l'emploi d'opioïdes faibles (avec ou sans paracétamol) pour le traitement des lombalgies aiguës que si un AINS est contre-indiqué, n'est pas toléré ou a été inefficace.</p> <p>Ne proposez pas systématiquement d'opioïdes pour la prise en charge des lombalgies aiguës.</p> <p>Ne proposez pas d'opioïdes pour la prise en charge de la lombalgie chronique.</p> <p>Niveau de preuve : modéré à très faible (sauf un essai comparant paracétamol et opioïdes <i>versus</i> placebo avec un niveau de preuve élevé).</p>
Stochkendahl <i>et al.</i> , 2018 (8)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016 pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou subaiguë.	Danemark	<p>Recommandation faible contre les opioïdes :</p> <p>Ne proposez aux patients avec une lombalgie récente des opioïdes en plus des soins usuels qu'après évaluation prudente (<i>after careful consideration</i>), car les données probantes indiquent qu'il n'y a aucun effet à court terme.</p> <p>Niveau de preuve : faible</p> <p><i>Il est noté que la recommandation concerne les opioïdes faibles comme forts.</i></p>
<i>American College of Physicians, 2017 (9, 13, 14)</i>	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	<p>Recommandation contre l'utilisation des opioïdes dans la lombalgie aiguë.</p> <p>Niveau de preuve : faible</p>

Recommandation	Année	Pays	
			<p>Recommandation faible concernant la lombalgie chronique : Pour les patients atteints d'une maladie chronique persistante malgré les traitements non pharmacologiques, les cliniciens et les patients devraient envisager un traitement pharmacologique par des AINS comme traitement de première intention ; ou tramadol ou duloxétine comme traitement de deuxième intention. Les cliniciens ne devraient considérer les opioïdes comme une option que chez les patients qui ont échoué aux traitements susmentionnés et seulement si les avantages potentiels l'emportent sur les risques et après une discussion sur les risques connus et des avantages réalistes pour les patients. Niveau de preuve : moyen</p>
<p><i>Institute for Clinical Systems Improvement, 2018 (10)</i></p>	<p>2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche.</p>	<p>États-Unis (Minnesota)</p>	<p>Recommandation de consensus : En général, les opioïdes ne sont pas recommandés dans la lombalgie aiguë ou subaiguë. Niveau de preuve : sans objet</p>
<p><i>Toward Optimized Practice, 2015 (11)</i></p>	<p>2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)</p>	<p>Canada (Alberta)</p>	<p>Recommandation concernant la lombalgie aiguë/subaiguë : L'utilisation prudente et responsable des opioïdes ne devrait être envisagée que chez des patients soigneusement sélectionnés souffrant d'une douleur aiguë sévère non contrôlée par le paracétamol et les AINS, à une dose minimale efficace seulement pendant une période limitée, habituellement moins de 1 à 2 semaines. Le besoin continu d'opioïdes est une indication de réévaluation. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Recommandation concernant la lombalgie aiguë/subaiguë : On ne dispose pas de données probantes sur l'utilisation à long terme des opioïdes dans le traitement des lombalgies chroniques. Cependant, il existe certaines preuves de l'avantage des opioïdes pour la douleur à court terme et pour l'amélioration fonctionnelle. L'utilisation à long terme d'opioïdes ne devrait faire suite qu'à un essai infructueux d'analgésiques non opioïdes. Dans les cas de</p>

Recommandation	Année	Pays	
			<p>douleur chronique grave, les opioïdes forts nécessitent une attention particulière. Les opioïdes à longue durée d'action sont préférés, car ils peuvent établir un état d'équilibre sanguin et tissulaire, ce qui peut minimiser une expérience de dosage instable (amélioration et rechutes cycliques). Toute utilisation d'opioïdes à long terme entraînera une dépendance physique. Éviter les doses croissantes supérieures à 50 mg/jour en cas d'initiation, et supérieures à 90 mg/jour de morphine par voie orale pour une utilisation continue. Une attention particulière doit être portée à l'amélioration progressive de la douleur ou de la fonction pour justifier l'utilisation continue des opioïdes. Compte tenu des faibles connaissances sur l'utilisation au long terme, un management prudent doit être réalisé. Des antécédents de dépendance constituent une contre-indication relative. Consulter un addictologue peut être utile dans ces cas.</p> <p>Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p>
Chenot <i>et al.</i> , 2017 (12)	2017	Allemagne	<p>Les opioïdes peuvent être une option thérapeutique pour les lombalgies aiguës non spécifiques si les analgésiques non opioïdes sont contre-indiqués ou se sont avérés inefficaces chez le patient (recommandation ouverte). L'indication des opioïdes doit être réévaluée régulièrement à des intervalles ne dépassant pas 4 semaines (recommandation forte). Ils peuvent être utilisés pour traiter les lombalgies chroniques non spécifiques pendant 4 à 12 semaines initialement (recommandation ouverte). Si cette brève période de traitement entraîne une amélioration significative de la douleur du patient et/ou de sa déficience physique subjective, tout en ne causant que des effets secondaires mineurs ou nuls, alors les opioïdes peuvent également être une option thérapeutique à long terme (recommandation ouverte).</p>

Tableau 16. Méta-analyse évaluant l'efficacité et la tolérance des opioïdes

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Abdel Shaheed <i>et al.</i> , 2016 (28)	Évaluation de l'efficacité et de la tolérance des opioïdes (seuls ou associés à d'autres traitements) dans la lombalgie	Essais randomisés contrôlés, <i>versus</i> placebo ou <i>versus</i> autre traitement, chez des patients ayant une lombalgie non spécifique	MEDLINE, EMBASE, Cochrane Database of Systematic Reviews, CENTRAL, CINAHL, et PsycINFO jusqu'en septembre 2015	Vingt études ont été incluses, dont 19 chez des patients lombalgiques chroniques, dont 17 <i>versus</i> placebo. <i>Il est noté que cette étude mélange opioïdes faibles et forts, inclut des opioïdes forts non disponibles en France (oxymorphone) ou ayant des AMM non en lien avec la lombalgie (tapentadol, buprénorphine) ou avec une formulation différente (oxycodone associé à de la naloxone). Un seul des opioïdes faibles disponibles en France est ici inclus (tramadol).</i> Avec une évidence de qualité moyenne, les traitements opioïdes diminuent la douleur par rapport au placebo (différence moyenne -10/100 [-13 à -7]). Une méta-régression retrouvait une diminution de 12/100 pour chaque 10 mg d'équivalent morphine. La médiane de patients ayant au moins un effet secondaire était de 69 % <i>versus</i> 49 % pour le placebo.

Synthèse : l'ensemble des recommandations concluent à l'absence d'indication en première intention des opioïdes. Les recommandations belges (6), britanniques (dans le cadre des lombalgies aiguës) (7), allemandes (12), américaines (dans le cadre des lombalgies chroniques) (9) et canadiennes (11) recommandent leur utilisation prudente après échec ou intolérance aux AINS. Les recommandations britanniques dans le cadre des lombalgies chroniques, et américaines dans le cadre des lombalgies aiguës ne recommandent pas l'utilisation des opioïdes. La différenciation entre les opioïdes faibles et les opioïdes forts habituelle en France n'est pas toujours disponible dans les articles internationaux. Le seul opioïde faible fréquemment discuté dans les recommandations est le tramadol. Les recommandations belges (6) et canadiennes (11) recommandent une durée d'utilisation la plus courte possible

Une méta-analyse retrouvait une efficacité des opioïdes par rapport au placebo, mais un plus grand nombre d'effets secondaires. Les molécules analysées étaient significativement différentes de l'utilisation pratique des opioïdes en France.

Recommandations

- Il n'est pas recommandé d'utiliser un traitement opioïde en première intention dans la lombalgie compte tenu du risque majeur de mésusage (Grade B). Il existe des outils pour détecter un risque de mésusage avant la première prescription (*opioïdes risk-tool*) et avant un renouvellement (échelle POMI). En cas de risque de mésusage, une surveillance étroite du patient est conseillée (AE). En cas de mésusage avéré, une prise en charge conjointe avec un centre de la douleur ou d'addictologie est recommandée (AE).
- Un opioïde à faible dose, avec ou sans association au paracétamol, peut être proposé en cas d'échec ou contre-indication à un traitement par AINS, pour la plus courte durée possible (Grade B).
- Les opioïdes forts sont réservés aux lombalgies réfractaires aux prises en charges bien conduites (y compris programme de réadaptation pluridisciplinaire) pour la plus courte durée possible.
- En cas de prescription d'un traitement opioïde, il est recommandé d'informer le patient du risque d'effets secondaires (AE).
- Le maintien d'un traitement par opioïdes faibles ou forts doit être très régulièrement réévalué en fonction des bénéfices qui auront été préalablement établis avec le patient (AE).

1.7.5 Évaluation des antidépresseurs et antiépileptiques

Tableau 17. Synthèse des recommandations sur l'utilisation des antidépresseurs et antiépileptiques

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne proposez pas d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRN) aux personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Niveau de la recommandation : fort. Niveau de preuve : moyen à très faible ; - ne proposez pas de manière systématique des antidépresseurs tricycliques, ou des inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) aux personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Cette recommandation s'applique uniquement aux douleurs chroniques ; l'utilisation d'antidépresseurs n'est pas recommandée en cas de douleur aiguë. Niveau de preuve : moyen à très faible ; - ne proposez pas d'antiépileptiques aux personnes présen-

Recommandation	Année	Pays	
			tant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire en l'absence de composante neuropathique. Niveau de la recommandation : fort. Niveau de preuve : moyen à faible.
<i>National Institute for Health and Care Excellence, 2016 (7)</i>	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	<p>Pour la lombalgie :</p> <p>N'offrez pas d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline ou d'antidépresseurs tricycliques pour traiter la lombalgie.</p> <p>N'offrez pas d'anticonvulsivants pour la prise en charge des lombalgies.</p> <p>Niveau de preuve : modéré à très faible</p> <p>Pour la sciatique :</p> <p>Aucune recommandation n'est faite, le guide oriente vers le document du NICE sur le traitement des douleurs neuropathiques.</p>
<i>American College of Physicians, 2017 (9, 13, 14)</i>	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	<p>Aucune recommandation concernant la lombalgie aiguë.</p> <p><i>Il est détaillé l'absence d'évidence scientifique pour les antidépresseurs ou les antiépileptiques pour la lombalgie aiguë.</i></p> <p>Recommandation faible concernant la lombalgie chronique : Pour les patients atteints d'une maladie chronique persistante malgré les traitements non pharmacologiques, les cliniciens et les patients devraient envisager un traitement pharmacologique par des AINS comme traitement de première intention ; ou tramadol ou duloxétine comme traitement de deuxième intention. Les cliniciens ne devraient considérer les opioïdes comme une option que chez les patients qui ont échoué aux traitements susmentionnés et seulement si les avantages potentiels l'emportent sur les risques et après une discussion sur les risques connus et des avantages réalistes pour les patients.</p> <p>Niveau de preuve : moyen</p> <p><i>Il est noté que les douleurs radiculaires ne sont pas individualisées des douleurs lombaires dans ces recommandations.</i></p>
<i>Toward Optimized Practice,</i>	2015 (recherche biblio	Canada (Alberta)	Les données probantes sont insuffisantes pour recommander pour

Recommandation	Année	Pays	
2015 (11)	jusqu'en 2014)		<p>ou contre les antidépresseurs analgésiques comme l'amitriptyline, d'autres antidépresseurs tricycliques ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSN) pour la douleur lombaire aiguë avec ou sans radiculalgie prédominante. Niveau de preuve : issu d'opinion d'experts</p> <p>Les données probantes sont insuffisantes pour recommander ou contre les anticonvulsivants (gabapentine, topiramate) pour les douleurs lombaires aiguës avec ou sans radiculalgie prédominante. Niveau de preuve : issu d'opinion d'experts</p> <p>Lombalgie chronique : Les antidépresseurs tricycliques amitriptyline et nortriptyline peuvent avoir un effet faible à modéré sur les douleurs lombaires chroniques avec ou sans radiculalgie à des doses plus faibles que celles utilisées pour la dépression. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Ne pas proposer d'antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine pour la lombalgie chroniques. Ils peuvent cependant être prescrits pour une dépression associée. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander pour ou contre la duloxétine pour les lombalgies chroniques. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p>

Tableau 18. Méta-analyses évaluant l'efficacité et la tolérance des antiépileptiques

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Shanthanna <i>et al.</i> , 2017 (29)	Évaluation de l'efficacité et de la tolérance des gabapentinoïdes (prégabaline, gabapentine) dans la lombalgie chronique. Les critères de jugement étaient l'EVA douleur et les effets secondaires.	Essais randomisés contrôlés <i>versus</i> placebo ou <i>versus</i> autre traitement actif. Patients ayant une lombalgie supérieure à 3 mois. Les douleurs post-opératoires ou études avec une radiculalgie prédominant sur la lombalgie étaient exclues.	MEDLINE, Embase, Cochrane jusqu'en décembre 2016.	Huit études ont été incluses. Trois études ont évalué la gabapentine <i>versus</i> placebo avec une amélioration faible selon les auteurs (<i>mais il est noté que l'intervalle de confiance comprend le zéro</i>) différence moyenne : 0,22 [-0,5 ; 0,07]. Aucune étude n'a comparé prégabaline vs placebo. Trois études ont comparé prégabaline à un autre traitement actif et ce traitement actif était plus efficace. Par rapport au placebo, la prégabaline avait significativement plus d'effets secondaires (vertiges, fatigue, difficultés d'idéation, troubles visuels). La qualité de la preuve était très faible pour l'efficacité, variait de très faible à modéré selon les effets secondaires.
Enke <i>et al.</i> , 2018 (30)	Évaluation de l'efficacité des anticonvulsivants dans la lombalgie ou lomboradiculalgie. Les critères principaux étaient la douleur, l'incapacité et les effets secondaires.	Essais randomisés contrôlés <i>versus</i> placebo ou essais en <i>cross-over</i> chez des patients ayant une lombalgie ou une lomboradiculalgie (sciatique ou canal lombaire rétréci).	Pubmed, Embase, CINAHL, PsycINFO, CENTRAL, plateforme OMS jusqu'en décembre 2017	Neuf études ont été incluses. Pour la lombalgie avec ou sans radiculalgie, trois essais ont évalué la gabapentine, sans effet sur la douleur à court ou moyen terme (mais les auteurs soulignent que deux des trois n'évaluaient pas la dose recommandée). Une seule évaluait l'incapacité, sans différence significative. Un essai évaluait le topiramate avec un effet sur la douleur (différence moyenne -11/78 [-16 à -6]) mais pas sur l'incapacité. Pour la radiculalgie, quatre essais ont été inclus, sans effet sur la douleur à court, moyen ou long terme, mais deux des études n'ont pas été poolées en raison d'une forte hétérogénéité. L'incapacité n'était pas diminuée aux différentes évaluations. Un

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				essai avait inclus le topiramate, sans efficacité. Les données poolées des effets secondaires retrouvaient une majoration du risque relatif avec ces traitements (RR 1,4 [1,2 à 1,7]).

Synthèse : les recommandations danoises (8) et nord-américaines (10) n'abordent pas l'utilisation des traitements à visée neuropathique. L'ensemble des autres recommandations suggèrent de ne pas utiliser de traitement à visée neuropathique dans la lombalgie aiguë. Pour la lombalgie chronique, les Belges (6), Anglais (7) ne recommandent pas leur utilisation. Les Américains (9) recommandent la duloxétine en seconde intention, tandis que les Canadiens (11) séparent les traitements anticonvulsivants (données insuffisantes), antidépresseurs tricycliques (efficacité possible à dose plus faible que la dépression), antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine (non recommandé sauf en cas de dépression associée).

Une méta-analyse (29) a évalué la prégabaline et la gabapentine sans retrouver d'efficacité, sous réserve de l'exclusion des études incluant des patients avec une radiculalgie prédominante. Aucune méta-analyse sur le recours aux antidépresseurs n'a été identifiée.

Recommandations

- Il n'y a pas d'indication à utiliser gabapentinoïdes ou antidépresseurs pour une poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie (grade A).
- Il est recommandé d'identifier les patients ayant une douleur chronique avec une composante neuropathique (score DN4 ou *pain detect*) (AE).
- En cas de composante neuropathique d'une lomboradiculalgie chronique, il peut être envisagé un traitement par gabapentinoïdes ou par antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) en tenant compte de la balance bénéfices / risques et en informant le patient des effets indésirables et de leur mode d'action (effet différé) (grade B).
- En cas de troubles anxieux et/ou dépressifs associés, un traitement antidépresseur peut être envisagé en privilégiant une molécule type IRSNa ou tricyclique en tenant compte de la balance bénéfices / risques et en informant le patient des effets indésirables et de leur mode d'action (effet différé) (grade B).

1.7.6 Évaluation des autres traitements médicamenteux

Tableau 19. Synthèse des recommandations sur l'utilisation d'autres traitements médicamenteux

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	Les myorelaxants ne sont pas recommandés dans la prise en charge des lombalgies et douleurs radiculaires Les antibiotiques ne sont pas recommandés. Les AINS topiques n'ont pas de recommandation claire.
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9, 13, 14)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	Si un traitement pharmacologique est souhaité, les cliniciens et les patients doivent choisir des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des myorelaxants (preuves de qualité moyenne). Niveau de la recommandation : fort. <i>Il est noté que les myorelaxants disponibles aux ÉTATS-UNIS peuvent différer de ceux disponibles en France, et que la méta-analyse justifiant cette recommandation sépare les myorelaxants des benzodiazépines.</i> Recommandation contre les corticoïdes systémiques, y compris en cas de radiculalgie.
<i>Institute for Clinical Systems Improvement</i> , 2018 (10)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche.	États-Unis (Minnesota)	Recommandation faible : Les myorelaxants peuvent être utilisés comme option à court terme (< 1 semaine) dans le traitement de la lombalgie aiguë. Les effets secondaires possibles devraient être mûrement évalués. Niveau de preuve : modéré
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	Recommandation contre l'utilisation des corticoïdes oraux pour la lombalgie aiguë. Niveau de preuve : opinion d'experts. Recommandation contre l'utilisation de corticoïdes intramusculaires et une lombalgie avec un signe de Lasègue négatif. Niveau de preuve : essai contrôlé randomisé <i>Il est noté qu'aucune recommandation n'est faite en cas de signe</i>

Recommandation	Année	Pays	
			<p><i>de Lasègue positif.</i></p> <p>Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander pour ou contre la marijuana ou le cannabis séché pour les lombalgies aiguës ou subaiguës. Niveau de preuve : opinion d'experts</p> <p>Lombalgie chronique : Les relaxants musculaires (p. ex., cyclobenzaprine) peuvent convenir chez certains patients pour le soulagement symptomatique de la douleur et des spasmes musculaires. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p><i>Il est noté que le cyclobenzaprine n'est pas disponible en France.</i></p> <p>Les médicaments à base de plantes suivants peuvent être considérés comme des options de traitement pour exacerbations aiguës de douleurs lombaires chroniques : Un extrait aqueux d'Harpagophytum procumbens à une dose quotidienne normalisée de 50 mg harpagoside Une combinaison d'extrait de Salix daphnoides et de Salix purpurea (aussi appelé saule pourpre, saule rouge) à une dose normalisée de 240 mg salicine/jour Un plâtre de Capsicum frutescens (aussi appelé piment d'oiseau, piment fort, piment rouge, poivre d'éperon, poivre Tabasco) Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Ne pas prescrire d'antibiotiques pour la lombalgie avec lésion de type MODIC en IRM en soins primaires. Niveau de preuve : opinion d'experts</p> <p>Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander pour ou contre la marijuana ou le cannabis séché</p>

Recommandation	Année	Pays	
			pour les lombalgies chroniques. Niveau de preuve : opinion d'experts

Tableau 20. Méta-analyses évaluant l'efficacité d'autres traitements médicamenteux

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Zadro <i>et al.</i> , 2018 (31)	Évaluation de l'efficacité de la vitamine D sur la lombalgie	Toutes les études (randomisées ou non) concernant toutes les lombalgies et la vitamine D. Les lombalgies communes ou post-fracturaires ont été incluses.	MEDLINE, CINAHL, EMBASE, AMED, WEB OF SCIENCE, et SCOPUS jusqu'en mars 2017	Huit études ont été incluses. Compte tenu des faibles effectifs et des biais méthodologiques, la qualité de la preuve était très basse. Aucune efficacité sur la douleur n'a été retrouvée quel que soit le comparateur (placebo, aucun, autre intervention).
Jing <i>et al.</i> , 2017 (32)	Évaluation de l'efficacité de l'éтанercept dans la sciatique. Le critère principal était l'EVA douleur radiculaire.	Essais randomisés contrôlés ou essais contrôlés non randomisés évaluant l'éтанercept chez des patients ayant une radiculalgie, <i>versus</i> placebo ou <i>versus</i> corticoïdes. Pas de limite de durée, mais toutes les études évaluaient des radiculalgies évoluant depuis 2,5 à 3,5 mois en moyenne.	<i>PubMed</i> , EMBASE, <i>Web of Science</i> , EBSCO, <i>Cochrane library</i> jusqu'en septembre 2016	Cinq études ont été incluses, quatre étant des études randomisées contrôlées à faible risque de biais, et un essai non randomisé à haut risque de biais, correspondant au total à 184 patients. L'éтанercept diminuait la douleur radiculaire significativement (différence moyenne standardisée -0,83 [-1,59 à -0,06]) ainsi que la douleur lombaire (différence moyenne standardisée -1,89 [-3,34 à -0,43]) par rapport au placebo, mais pas le score d'Oswestry. Comparé au corticoïde, l'éтанercept ne diminuait pas significativement les douleurs lombaires et radiculaires. Aucun effet secondaire grave n'a été rapporté. <i>Il est noté que la plupart de ces études comparent une injection épidurale d'éтанercept à une injection épidurale de corticoïde, pratique non habituelle et</i>

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Guo <i>et al.</i> , 2017 (33)	Comparaison multiple entre tous les traitements proposés pour les radiculalgies (en pratique, les termes de recherche incluait les anti-TNF alpha, les corticoïdes et AINS, les anesthésiques). Plusieurs critères étaient évalués (douleur, douleur lombaire, douleur radiculaire, score d'Oswestry, signe de Lasègue), sans que l'un d'entre eux soit choisi comme critère principal.	Essais randomisés contrôlés incluant des patients ayant une sciatique d'origine discale	<i>PubMed, Embase et CNKI (China National Knowledge Internet)</i> . La date limite de recherche n'est pas précisée.	<i>hors AMM en France.</i> Vingt-trois études ont été incluses dans une méthodologie de méta-analyse en réseau. <i>Il est noté que le biais potentiel des études incluses n'est pas discuté dans l'article.</i> Les anti-TNF SC étaient supérieurs aux injections épidurales de corticoïdes + anesthésiques pour réduire la douleur lombaire chez les patients ayant une lomboradiculalgie. À l'inverse, le score d'Oswestry était plus amélioré par les corticoïdes que par les anti-TNF SC. Pour la douleur « totale », les AINS étaient moins efficaces que les injections épidurales de corticoïdes et anesthésiques. Les injections épidurales de corticoïdes associés aux anesthésiques étaient plus efficaces que les corticoïdes par voie épidurale ou par voie intramusculaire. L'anti-TNF IV était le traitement le plus efficace pour la douleur lombaire, tandis que les anti-TNF SC l'étaient pour la douleur radiculaire. <i>Il est noté que le traitement par infliximab ou adalimumab par voie IV ou SC ainsi que les injections épidurales d'étanercept ne sont pas une pratique habituelle en France et sont hors AMM.</i>
Abdel Shaheed <i>et al.</i> , 2017 (34)	Évaluation de l'efficacité et de la tolérance des myorelaxants. Le critère principal était l'EVA douleur lombaire	Essais randomisés contrôlés incluant des patients ayant une lombalgie (sans limitation de durée)	<i>Medline, Embase, CENTRAL, PsycINFO</i> jusqu'en octobre 2015	Quinze études ont été incluses, dont cinq avec une évidence de haute qualité. Pour la lombalgie aiguë à court terme, les myorelaxants diminuent la douleur (différence moyenne -21/100 [-29 à -13]). Il n'y avait pas d'information à long terme. Les effets secondaires n'étaient pas significativement différents. Il n'y avait pas d'évidence d'efficacité des benzodiazépines dans la lombalgie (aucune étude

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				disponible). <i>Il est noté que sept molécules différentes ont été évaluées, mais qu'une seule d'entre elles (le thiocolchicoside) est disponible en France. Deux études sur cette molécule (dont une par voie IM) retrouvaient une différence moyenne de -28/100 [-42 à -14].</i>
Song <i>et al.</i> , 2018 (35)	Évaluation de l'efficacité d'associations médicamenteuses dans la lombalgie. Les critères principaux étaient la douleur et l'incapacité.	Essais randomisés contrôlés comparant une association de traitements à un traitement seul, ou une association de traitements à un placebo, chez des patients lombalgiques	<i>Pubmed, Embase, Cochrane</i> jusqu'en mars 2017	Douze études ont été incluses (quatre <i>versus</i> placebo et huit <i>versus</i> monothérapie). Dans la lombalgie chronique, une combinaison était plus efficace que le placebo ou une monothérapie (différence moyenne standardisée poolée -0,41 [-0,63 à -0,18]) sur la douleur ainsi que sur l'incapacité (différence moyenne standardisée <i>versus</i> placebo -0,27 [-0,41 à -0,13]) et <i>versus</i> monothérapie -0,51 [-0,99 à -0,03]) dans la lombalgie chronique. Dans la lombalgie aiguë ou subaiguë, il n'y avait pas de différence. Le risque d'effets secondaires était significativement plus important en cas d'association médicamenteuse (risque relatif 1,80 [1,33 à 2,42]). <i>Il est noté que les traitements utilisés étaient très variés, la classe la plus fréquente étant les AINS. Les opioïdes et myorelaxants étaient également testés dans différentes combinaisons. Aucune des études incluses n'était comparable avec une autre, et l'extrapolation des résultats à la vie réelle est délicate.</i>

Un protocole de la *Cochrane* sur les corticoïdes *per os* a été publié en 2016 (36), mais sans résultat disponible de cette méta-analyse. Un membre du groupe de travail souligne l'existence d'une étude concernant les corticoïdes *per os* en cure courte (sur 5 jours) chez les patients présentant une radiculalgie aiguë (37) permettant une amélioration de la fonction, mais pas de soulagement de la douleur. Les effets secondaires étaient plus nombreux dans le groupe sous corticoïdes.

Synthèse : les myorelaxants ne sont pas recommandés par les Belges (6), alors qu'ils le sont selon les recommandations américaines (9, 10) et canadiennes (11). Ils ne sont pas évalués dans les recommandations britanniques et danoises. Une méta-analyse (34) a retrouvé une efficacité à court terme, mais pas à long terme. Le principal myorelaxant proposé dans ces articles (cyclobenzaprine) n'est pas disponible en France. La méta-analyse souligne l'absence d'étude des benzodiazépines à visée myorelaxante.

Les corticoïdes ne sont pas recommandés par les Américains (9), Canadiens (11) et non évoqués dans les autres. Une méta-analyse en réseau (33) a retrouvé une efficacité moindre des corticoïdes *per os* par rapport aux infiltrations épidurales.

Les antibiotiques ne sont pas recommandés dans les recommandations belges (6) ou canadiennes (11), et non évoqués dans les autres. Une méta-analyse (31) n'a pas retrouvé d'efficacité de la supplémentation en vitamine D. Aucune recommandation n'évoque cette supplémentation.

Une méta-analyse (32) a retrouvé une efficacité de l'étanercept (par voie sous-cutanée ou injection épidurale) pour les radiculalgies. Une méta-analyse en réseau (33) a retrouvé une efficacité des anti-TNF par voie IV pour la douleur lombaire, et par voie sous-cutanée pour la douleur radiculaire. Aucun traitement en France n'a d'AMM pour cette indication.

Recommandations

- En absence d'étude, il n'est pas possible de statuer sur l'intérêt du traitement par **corticoïdes** (AE).
- Dans la lombalgie avec ou sans radiculalgie, aiguë ou chronique, il n'y a pas d'indication à un traitement par **patch de lidocaïne** (AE).
- Il n'y a pas d'indication à un traitement par **antibiotiques** (grade B).
- Les **myorelaxants** ont une balance bénéfices / risques défavorable dans la lombalgie commune (AE).
- Il n'y a pas d'indication à un traitement par **anti-TNF alpha** (AE).
- Il n'y a pas d'indication à un traitement par **vitamine D** (grade B).
- En l'absence d'études, on ne peut pas statuer sur l'intérêt du traitement par le **Néfopam** (AE).

1.8 Prise en charge kinésithérapique / rééducative

Tableau 21. Synthèse des recommandations sur le recours à la kinésithérapie

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	<p>Les tractions manuelles ne sont pas recommandées. Les ultrasons ne sont pas recommandés.</p> <p>Envisagez un programme d'exercices (exercices spécifiques ou une combinaison d'approches) chez les personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Tenez compte des besoins, des capacités et des préférences propres à chaque patient lors du choix du programme d'exercices. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : faible à très faible.</p> <p><i>Il est noté que les exercices évoqués dans cette recommandation sont uniquement des exercices supervisés. Il est précisé que ces exercices supervisés « devraient être les seuls éléments obligatoires d'une approche thérapeutique multimodale ». Aucune preuve univoque ne permet de conclure à la supériorité d'un type spécifique d'exercice, ni d'un programme, d'une durée ou d'une intensité donnée. Qu'ils se pratiquent en groupe ou en individuel, le plus important est que les exercices fassent appel à la participation active du patient lombalgique.</i></p>
<i>National Institute for Health and Care Excellence, 2016 (7)</i>	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	<p>Ne pas proposer d'ultrasons pour la lombalgie avec ou sans sciatique. Niveau de preuve : faible à très faible</p> <p>Recommandation sur les exercices : Envisagez un programme d'exercices en groupe (biomécanique, aérobique, corps-esprit ou une combinaison d'approches) pour les personnes ayant un épisode ou une poussée de lombalgie avec ou sans sciatique. Lors du choix du type d'exercice, prenez en compte les contraintes, préférences et capacités des patients.</p> <p>Basé sur la stratification du risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - considérer un support simple et moins intensif pour les

Recommandation	Année	Pays	
			<p>personnes avec une lombalgie avec ou sans radiculalgie susceptibles de s'améliorer rapidement (par exemple, réassurance, conseils de rester actif, et aide au <i>self-management</i>) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - considérer un support plus complexe et intensif pour les personnes avec une lombalgie avec ou sans radiculalgie à haut risque d'évolution non favorable (par exemple, programmes d'exercices avec ou sans thérapie manuelle ou utilisant une approche psychologique). <p>Niveau de preuve : modéré à très faible</p>
<p>Stochkendahl <i>et al.</i>, 2018 (8)</p>	<p>2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016 pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou subaiguë.</p>	<p>Danemark</p>	<p>Recommandation faible en faveur d'exercices supervisés pour la lombalgie récente :</p> <p>Envisagez de proposer aux patients avec une lombalgie récente des exercices supervisés associés à une prise en charge usuelle. Niveau de preuve : faible.</p> <p>Recommandation faible en faveur d'exercices supervisés dans la radiculalgie :</p> <p>Envisagez de proposer aux patients avec une compression radiculaire récente des exercices supervisés associés à une prise en charge usuelle. Niveau de preuve : modéré.</p> <p>Envisagez de proposer des exercices directionnels ou des exercices de contrôle moteur aux patients avec une compression radiculaire récente. Il n'y a pas de documentation d'une efficacité différente entre ces deux types de traitements. Niveau de preuve : faible.</p> <p>Une bonne pratique est de considérer une combinaison d'exercices directionnels avec un contrôle moteur plutôt que des exercices directionnels seuls pour les patients avec une compression radiculaire, puisqu'un effet synergique de ces deux interventions ne peut être exclu.</p> <p>Niveau de preuve : consensus d'experts.</p>

Recommandation	Année	Pays	
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9, 13, 14)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	<p>Recommandation forte concernant la lombalgie aiguë : Étant donné que la plupart des patients souffrant de lombalgie aiguë ou subaiguë s'améliorent avec le temps, peu importe le traitement, les cliniciens et les patients devraient choisir un traitement non pharmacologique avec chaleur superficielle (preuves de qualité moyenne), massage, acupuncture, ou manipulation de la colonne vertébrale (preuves de faible qualité)</p> <p>Recommandation forte concernant la lombalgie chronique : Pour les patients souffrant de lombalgie chronique, les cliniciens et les patients devraient d'abord choisir un traitement non pharmacologique comprenant de l'exercice, une réadaptation multidisciplinaire, l'acupuncture, une réduction du stress basée sur la pleine conscience (preuves de qualité moyenne), le tai-chi, le yoga, le contrôle moteur, la relaxation progressive, le <i>biofeedback</i> électromyographique, le laser à faible intensité, Le conditionnement opérant, les thérapies cognitivo-comportementales ou manipulation rachidienne (preuves de faible qualité).</p>
<i>Institute for Clinical Systems Improvement</i> , 2018 (10)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche.	États-Unis (Minnesota)	<p>Recommandation faible : La chaleur pourrait être utilisée pour diminuer la douleur des lombalgies aiguës et subaiguës Niveau de preuve : modéré</p> <p>Recommandation de consensus : Le traitement par le froid pourrait être utilisé pour diminuer la douleur. Niveau de preuve : sans objet</p>
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	<p>Recommandez la chaleur superficielle (application de coussins chauffants ou de couvertures chauffantes) pour le soulagement à court terme des lombalgies aiguës. Niveau de preuve : issu de recommandations systématiques</p>

Recommandation	Année	Pays	
			<p>L'expérience clinique confirme le rôle des poches de froid superficielles et de l'alternance de chaleur et de froid selon les préférences du patient. Niveau de preuve : opinion d'experts</p> <p>Les tractions lombaires ne sont pas recommandées pour la lombalgie aiguë. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Les ultrasons ne sont pas recommandés pour la lombalgie aiguë. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Lombalgie chronique : Les exercices aquatiques sont recommandés Niveau de preuve : issue de revues systématiques</p> <p>Recommander, s'il y a lieu, un programme communautaire structuré d'autogestion de groupe pour un patient intéressé par le fait d'apprendre les facultés d'adaptation à la douleur. Ces programmes sont offerts dans le cadre de programmes de gestion des maladies chroniques et de gestion de la douleur chronique. Les programmes d'autogestion mettent l'accent sur l'enseignement des compétences de base, comme l'autosurveillance des symptômes, afin de déterminer les facteurs probables des exacerbations ou des améliorations de la douleur, la stimulation de l'activité, les techniques de relaxation, les habiletés de communication et la modification des « paroles négatives » ou du catastrophisme. Ces programmes font appel à l'établissement d'objectifs et d'exercices à domicile. Ces programmes encouragent les participants à avoir confiance en leur capacité à gérer avec succès leur douleur et à augmenter leur fonctionnement quotidien. La plupart des programmes communautaires comprennent aussi de l'exercice et de l'activité physique.</p>

Recommandation	Année	Pays	
			<p>Lorsqu'il n'y a pas de programmes de groupe structurés, référez-vous à un programme individuel pour apprentissage de l'auto-gestion. Niveau de preuve : issu de recommandations</p> <p>Recommander la massothérapie comme complément à un programme de réadaptation active plus vaste. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander ou non l'utilisation de l'échographie thérapeutique pour les lombalgies chroniques. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p>
Chenot <i>et al.</i> , 2017 (12)	2017	Allemagne	<p>Des recommandations plus faibles sont données pour la rééducation sportive et l'entraînement fonctionnel (consensus d'experts) et la relaxation musculaire progressive (<i>le paragraphe fait suite aux recommandations fortes sur les exercices et l'éducation selon un modèle bio-psycho-social</i>). Recommandation contre les ultrasons, le kinésiotaping, les tractions lombaires, les ultrasons, la cryothérapie.</p>

Tableau 22. Revues systématiques évaluant le recours à la kinésithérapie

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Macedo <i>et al.</i> , 2016 (38)	Évaluation de l'efficacité de programmes de contrôle moteur en kinésithérapie pour les patients avec une	Études randomisées contrôlées comparant les programmes de contrôle moteur par rapport à d'autres thérapeutiques	MEDLINE, <i>Embase</i> , CENTRAL, quatre autres bases et deux registres d'essais jusqu'en avril 2015.	Trois études ont été incluses comparant les programmes de contrôle moteur par rapport à des manipulations vertébrales, par rapport à d'autres exercices ou en tant que supplément du traitement médical. Avec une évidence de faible qualité, il n'y

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	lombalgie aiguë non spécifique. Les critères de jugement étaient la douleur et l'incapacité.	kinésithérapeutiques.		avait pas de différence entre ces programmes et les manipulations vertébrales sur la douleur à court terme et sur l'incapacité à court et long terme. Avec une évidence de faible qualité, il n'y avait pas de différence entre ces programmes et d'autres exercices sur la douleur (immédiatement ou à court terme) ou sur l'incapacité (immédiatement ou à long terme). Avec une évidence de très faible qualité, ajouter ces programmes aux soins médicaux ne diminue pas la douleur et l'incapacité à court terme, mais diminue le risque de récurrence à 1 an de 64 %.
Saragiotto <i>et al.</i> , 2016 (39)	Évaluation de l'efficacité de programmes de contrôle moteur en kinésithérapie pour les patients avec une lombalgie chronique non spécifique. Les critères de jugement étaient la douleur et l'incapacité.	Études randomisées contrôlées comparant les programmes de contrôle moteur par rapport à d'autres thérapeutiques kinésithérapeutiques.	MEDLINE, <i>Embase</i> , CENTRAL, quatre autres bases et deux registres d'essais jusqu'en avril 2015.	Vingt-neuf études ont été incluses, dont 76 % avec un faible risque de biais, représentant 86 % des 2 431 participants. Avec une évidence de faible qualité, les programmes de type contrôle moteur ne sont pas supérieurs à d'autres programmes d'exercices pour tous les critères et les périodes de suivi. Par rapport à une intervention minimale, ces programmes sont efficaces pour améliorer la douleur durant toutes les périodes de suivi (différence moyenne -12 [-18 à -7], évidence de qualité faible à modérée). Les critères d'incapacité et d'impression globale d'amélioration étaient également améliorés. Il n'y avait pas de différence entre ces programmes et les manipulations vertébrales (évidence modérée à haute) selon tous les critères. Il y avait une meilleure efficacité de ces programmes par rapport à des exercices et des traitements électrophysiques (différence

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				moyenne -30/100 [-35 à -25] évidence de qualité faible à très faible). Pas ou peu d'effets secondaires étaient rapportés.
Shi <i>et al.</i> , 2018 (40)	Évaluation des exercices aquatiques pour la lombalgie chronique	Essais randomisés contrôlés entre des exercices aquatiques comparés à des exercices non aquatiques ou absence d'exercices, chez des patients ayant une lombalgie avec ou sans radiculalgie (sans durée d'évolution précisée)	PubMed, Cochrane, Embase, CINAH jusqu'en novembre 2016	Huit études incluant 331 patients ont retrouvé une amélioration de la douleur (différence moyenne standardisée -0,65 [-1,16 à -0,14]) et de la fonction (0,63 [0,17 à 1,09]). Il n'y avait pas d'amélioration significative sur le score mental de qualité de vie (0,46 [-0,22 à 1,15]). <i>Il est noté que la plupart des études comparait exercices aquatiques versus exercices non aquatiques, deux études étaient versus soins usuels. La quantité des exercices aquatiques était importante : 30 à 80 min, deux à cinq fois par semaine, pendant 4 à 15 semaines.</i>
Luomajoki <i>et al.</i> , 2018 (41)	Évaluation des programmes de kinésithérapie de contrôle du mouvement pour la lombalgie. Critères de jugement : douleur et incapacité	Essais randomisés contrôlés évaluant les exercices de contrôle du mouvement chez des patients lombalgiques	CINAHL, MEDLINE, PUBMED et PEDro jusqu'en avril 2017	<i>Il est précisé que les programmes de contrôle moteur (« motor control exercices »), évalués dans l'étude (39) deux lignes au-dessus, travaillant la coordination musculaire, sont différents des programmes d'exercices de contrôle du mouvement évalués dans cette étude (« movement control exercices » basés sur le principe de schémas de mouvements rachidiens altérés).</i> Onze études de qualité modérée à très faible ont été incluses. Les groupes contrôle était des exercices généraux, exercices de contrôle moteur ou l'absence d'exercice. Avec une évidence très faible à modérée, les exercices de contrôle du mouvement étaient plus efficaces sur l'incapacité à la fin du traitement (différence moyenne

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				standardisée -0,38 [-0,68 à -0,09] et à 12 mois (-0,37 [-0,61 à -incapacité à la fin du traitement (différence moyenne standardisée -0,38 [-0,68 à -0,09] et à 12 mois (-0,37 [-0,61 à -0,04]). L'intensité de la douleur était réduite à la fin du traitement (-0.39 [-0.69 à -0.04]) mais pas à 12 mois (-0.27 [-0.62 à 0.09]). Les effets étaient plus marqués dans la sous-population présentant des schémas de mouvements rachidiens altérés.
Lam <i>et al.</i> , 2018 (42)	Évaluation de l'efficacité de la kinésithérapie de type <i>Mechanical Diagnosis and Therapy</i> (MDT)(également appelée méthode Mc Kenzie)	Essais randomisés contrôlés incluant des patients traités par méthode Mc Kenzie (les thérapeutes devaient avoir eu une formation validée par l'institut Mc Kenzie) chez des patients lombalgiques	MEDLINE, <i>Embase</i> , CINAHL, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , PsycINFO et PEDro jusqu'en septembre 2017	Dix-sept essais ont été inclus, dont 11 avec des données pouvant être poolées. Les groupes contrôle étaient soit des exercices, soit des exercices + thérapies manuelles, soit éducation. Avec une évidence de qualité modérée à haute, cette technique n'était pas supérieure à d'autres programmes de réhabilitation pour la douleur et l'incapacité pour la lombalgie aiguë, mais supérieure pour la lombalgie chronique (différence moyenne standardisée douleur -0.33 [-0.63 à -0.03] et fonction -0.28 [-0.44 à -0.12]). L'analyse en sous-groupe retrouvait une différence quand comparée à thérapie manuelle + exercices (trois études), <i>versus</i> éducation (une étude), <i>versus</i> placebo (une étude) mais pas <i>versus</i> exercices (quatre études).
Neto <i>et al.</i> , 2017 (43)	Évaluation de l'efficacité des mobilisations neurales (manœuvres de glissement des tissus nerveux) du quadrant inférieur du corps, chez	Essais randomisés contrôlés incluant une mobilisation neurale chez des patients lombalgiques	<i>PubMed</i> , PEDro, <i>Web of Science</i> , <i>Scielo</i> et CENTRAL jusqu'en mai 2015	Dix études ont été incluses, dont cinq chez des patients lombalgiques. La qualité des études mesurées <i>via</i> l'échelle PEDro était de élevée à faible. <i>Il est noté que cette échelle ne permet pas de grader le niveau de preuve.</i>

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	des personnes saines ou des lombalgiques. Les critères de jugement étaient la douleur, l'incapacité ou la flexibilité du membre inférieur			Les groupes contrôle étaient traités par kinésithérapie ou manipulations vertébrales ou stretching ou exercices. La mobilisation neurale chez les patients lombalgiques était efficace sur la douleur (effet taille 0,82 [0,56 à 1,08]) et l'amélioration de l'incapacité (effet taille 1,59 [1,14 à 2,53]). <i>Il est noté que le moment de l'évaluation des critères de jugement n'est pas précisé.</i>
Matheve <i>et al.</i> , 2017 (44)	Évaluation de l'efficacité des exercices de kinésithérapie assistés par une technologie chez des patients lombalgiques. Les critères de jugement étaient la douleur et parfois l'incapacité.	Essais randomisés contrôlés comparant des exercices assistés par une technologie à des exercices sans technologie, ou une autre technique, ou un placebo chez des patients lombalgiques	Pubmed, PEDro, EMBASE, CENTRAL, IEEE et ACM Databases jusqu'en janvier 2016	Vingt-cinq études ont été incluses, dont 17 chez des patients lombalgiques chroniques. La technologie la plus fréquente (9/25) était un <i>biofeedback</i> par EMG, les autres n'avaient que un à trois articles (échographie temps réel, exercices <i>via internet</i> , Wii, vibrations corps entier, <i>feedback</i> postural, <i>feedback</i> respiratoire, stimulation magnétique périphérique, instructions vidéo). De très nombreux comparateurs différents étaient utilisés. Une méta-analyse n'était pas possible compte tenu de l'hétérogénéité des techniques et des études. Les technologies étaient souvent supérieures chez les patients lombalgiques subaigus ou chroniques, mais pas aigus. Lorsqu'une technologie était ajoutée à un traitement, celle-ci améliorait les critères d'évaluation. En revanche, en comparaison avec un placebo ou une intervention différente, il n'y avait pas d'amélioration.
Coulombe <i>et al.</i> , 2017 (45)	Évaluation des exercices de stabilisation par rapport à des exercices	Essais randomisés contrôlés comparant des exercices de stabilisation	MEDLINE, CENTRAL, Scielo, et CINAHL jusqu'en novembre 2014	Onze études ont été incluses. Huit études ont comparé des exercices de stabilisation à des exercices généraux. Le score PEDro de risque de

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	généraux ou des thérapies manuelles chez des patients lombalgiques. Les critères de jugement étaient la douleur et l'incapacité.	par rapport à des exercices généraux ou des thérapies manuelles chez des patients lombalgiques.		biais était de 5 à 8/11 (sans possibilité de grader l'évidence). La stabilisation était plus efficace sur la douleur (différence moyenne standardisée -1,03/10 [-1,29 à -0,27]) et l'incapacité (-5,41/24 [-8,34 à -2,49]). Trois études ont comparé stabilisation à thérapies manuelles, sans différence sur la douleur (différence moyenne standardisée -0,38/10 [-0,98 à +0,22]) ou l'incapacité.
Ojha <i>et al.</i> , 2016 (46)	Evaluation du <i>timing</i> opportun pour débiter la kinésithérapie dans les pathologies musculosquelettiques.	Essais (pas forcément randomisés contrôlés) prospectifs ou rétrospectifs incluant un bras « kinésithérapie précoce » et un bras « kinésithérapie retardée », dans lesquels les deux traitements kinésithérapeutiques sont identiques par ailleurs.	MEDLINE, CINAHL, <i>Web of Science</i> , PEDro jusqu'en juin 2015	Quatorze études ont été incluses (12 sur la lombalgie, une sur la cervicalgie, une sur cervicalgie et lombalgie). Quatre étaient des essais randomisés contrôlés, dix étaient non randomisés ou des cohortes. Avec une évidence de faible qualité, une initiation précoce de kinésithérapie diminuait les coûts des soins médicaux (moins de consultations médicales), les prescriptions d'opioïdes, des imageries rachidiennes complexes, et le recours à la chirurgie. La douleur et l'incapacité ont été étudiées dans des sous-groupes : chez les patients ayant une pathologie rachidienne en lien avec le travail, l'initiation précoce diminuait douleur et incapacité tandis que ce résultat n'était pas significatif chez les patients ayant une pathologie rachidienne non en lien avec le travail.
Nelson, 2016 (47)	Évaluation du kinésio-taping dans la lombalgie chronique. Les critères principaux étaient	Essais randomisés contrôlés comparant le kinésio-taping à d'autres techniques chez les	<i>PubMed</i> , MEDLINE, <i>Sport Discus</i> , <i>Science Direct</i> jusqu'en juin 2015	Cinq études ont été incluses. La qualité des études, selon l'évaluation PEDro (qui ne permet pas de grader une évidence) était considérée comme bonne (score moyen 6,6/10).

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	douleur et incapacité	patients lombalgiques chroniques		Le kinésiotaping isolé n'était pas plus efficace que la kinésithérapie conventionnelle avec exercices sur la douleur et l'incapacité.
López-de-Uralde-Villanueva <i>et al.</i> , 2016 (48)	Évaluation de l'activité graduée et de l'exposition graduée dans la lombalgie chronique. Les critères principaux étaient la douleur et l'incapacité.	Essais randomisés contrôlés incluant activité graduée ou exposition graduée et un groupe contrôle (réalisant des exercices ou non) chez des patients lombalgiques chroniques	MEDLINE, EMBASE, PEDro, CINAHL, et PsychINFO jusqu'en décembre 2013	L'objectif de l'activité graduée était de renforcer progressivement les activités réalisées via un programme personnalisé d'exercices sous-maximaux par les patients tandis que l'exposition graduée amenait les patients face à des situations angoissantes. Treize études ont été incluses, dont neuf incluses dans la méta-analyse. L'exposition graduée était plus efficace que le groupe contrôle pour réduire l'incapacité à court et long terme (différence moyenne standardisée -0,3 [-0,55 à -0,05] et -0,53 [-0,79 à -0,27]), mais pas la douleur. Il n'y avait aucune différence entre activité graduée et réalisation d'exercices. L'activité graduée était moins efficace que l'exposition graduée sur l'incapacité à court terme (0,39 [0,003 à 0,78]), ainsi que sur le catastrophisme, mais pas sur la douleur
Fernandez <i>et al.</i> , 2016 (49)	Comparaison des exercices et de la chirurgie pour la sciatique. Les critères principaux de jugement étaient douleur et incapacité	Essais randomisés contrôlés comparant exercices <i>versus</i> chirurgie, chez des patients ayant une sciatique d'origine herniaire, sur spondylolisthésis ou sur canal lombaire rétréci	MEDLINE, CINAHL, Embase et PEDro jusqu'en mai 2013	Douze études ont été incluses. À court terme, la chirurgie était plus efficace pour la hernie discale que les exercices sur l'incapacité (différence moyenne standardisée -9,00 [-13,73 à -4,27]), la douleur radiculaire (-16,01 [-23,00 à -9,02]) et la douleur lombaire (-20,00 [-24,66 à -14,34]). La chirurgie était également plus efficace pour le spondylolisthésis (différence moyenne standardisées respectives -14,60 ; -35,00 ; -20,00) et la sténose rachidienne (différences moyennes standardisées -11,39 ; -27,17 ; -20,80). À long

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				<p>terme, la chirurgie de hernie discale réduisait l'incapacité mais pas la douleur. Les chirurgies de spondylolisthésis et canal lombaire rétréci réduisaient à long terme douleur et incapacité avec une différence moindre qu'à court terme. Le niveau de preuve de ces résultats était en général de qualité moyenne.</p>
van Erp <i>et al.</i> , 2019 (50)	Évaluation de l'approche bio-psycho-sociale dans la lombalgie chronique en soins primaires	Essais randomisés contrôlés comparant une approche bio-psycho-sociale à une liste d'attente ou soins usuels en soins primaires. L'approche bio-psycho-sociale devait inclure une composante biologique (composante mécanique, physiologie de la douleur, sensibilisation de la douleur, différence entre douleur aiguë et chronique), une composante psychologique ou sociale (modification des cognitions, des attitudes, des stratégies de management ou d'adaptation) délivrée par un kinésithérapeute en soins primaires, chez des patients lombalgiques chroniques.	PubMed, Medline, Embase, PsycINFO, CINAHL, plusieurs <i>database Cochrane</i> , PEDro jusqu'en décembre 2015	Sept études ont été incluses, retrouvant une diminution de la douleur et de l'incapacité à court, moyen et long terme par rapport à de l'éducation/conseils (trois essais), avec une preuve de qualité moyenne. Il n'y avait pas de différence de douleur ou d'incapacité lorsque le groupe contrôle était des exercices (kinésithérapie ou traitement de type contrôle moteur ou thérapie manuelle et exercices).

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
da Luz Júnior <i>et al.</i> , 2019 (51)	Évaluation de l'efficacité du kinésiotaping dans la lombalgie chronique. Les critères de jugement principaux étaient la douleur et l'incapacité.	Essais randomisés contrôlés comparant kinésiotaping <i>versus</i> absence d'intervention, kinésiotaping <i>versus</i> placebo, kinésiotaping <i>versus</i> autre thérapeutique	<i>PubMed, Embase, PEDro, SciELO et LILACS</i> jusqu'en février 2018	Onze études ont été incluses, avec une évaluation à moyen terme pour trois d'entre elles et à court/immédiat terme pour toutes les autres. Les analyses ont été séparées par délai d'évaluation et par comparateur. Dans toutes les analyses, le kinésiotaping n'était pas supérieur au groupe contrôle.
Li <i>et al.</i> , 2018 (52)	Évaluation de l'efficacité du kinésiotaping dans la lombalgie chronique. Les critères de jugement principaux étaient la douleur et l'incapacité.	Essais randomisés contrôlés comparant kinésiotaping <i>versus</i> absence d'intervention, kinésiotaping <i>versus</i> placebo, kinésiotaping <i>versus</i> autre thérapeutique	<i>PubMed, Embase, Cochrane</i> jusqu'en février 2018	Dix études ont été incluses. Le kinésiotaping ne modifiait pas la douleur <i>versus</i> placebo, ou lorsqu'il était additionné à de la kinésithérapie. Sur l'incapacité, le kinésiotaping était plus efficace que le placebo seul (différence moyenne 3,95 [2,38 à 5,51]) mais pas lorsqu'il était ajouté à de la kinésithérapie.

MDT : *Mechanical Diagnosis and Therapy*

Synthèse : les recommandations belges (6) et britanniques (7) suggèrent l'utilisation d'exercices supervisés selon une stratification du risque, tandis que les recommandations danoises (8), américaines (9, 10) et canadiennes (11) segmentent la lombalgie selon son statut aigu/chronique.

Certaines techniques passives comme la chaleur sont recommandées pour les lombalgies aiguës dans les recommandations américaines (9, 10) et canadiennes (11), tandis qu'elle ne sont pas recommandées pour les recommandations belges (6) et britanniques (7). Les tractions lombaires ne sont pas recommandées par les Canadiens (11) et Belges (6). Les recommandations allemandes laissent la possibilité de réaliser des techniques passives, dans le cadre d'une prise en charge globale (12).

Pour les lombalgies chroniques (ou à risque de chronicité selon la classification des recommandations belges et britanniques), des exercices supervisés sont conseillés dans l'ensemble des recommandations. Le type de programme d'exercices n'est pas détaillé, sauf pour les recommandations danoises (8) conseillant des programmes de contrôle moteur dans la radiculalgie récente, et les recommandations canadiennes (11) recommandant des exercices aquatiques pour la lombalgie chronique.

Plusieurs revues systématiques avec méta-analyse ont évalué différentes techniques de kinésithérapie (38-43, 45, 47, 48). Les programmes de contrôle moteur n'étaient pas plus efficaces que d'autres interventions. Les exercices aquatiques étaient plus efficaces sur la douleur et la

fonction que les exercices non aquatiques. Les programmes de contrôle du mouvement avaient une efficacité plus importante à court terme mais pas à long terme que des interventions variées. La kinésithérapie de type MDT (42) n'était pas plus efficace que d'autres techniques sur la lombalgie aiguë, mais l'était sur la lombalgie chronique. Les mobilisations neurales étaient efficaces comparées à diverses interventions. Les exercices de stabilisation étaient plus efficaces que des exercices généraux, mais pas par rapport à des thérapies manuelles. L'application de bandes colorées adhésives rigide (kinésiotaping) n'était pas plus efficace que des soins usuels (47, 51, 52).

L'exposition graduée était plus efficace que l'activité graduée sur l'incapacité et le catastrophisme, mais pas sur la douleur. Compte tenu des bras comparateurs en général hétérogènes et pouvant être des soins usuels, ou des techniques hétérogènes, il est difficile de conclure à la supériorité d'une technique sur une autre.

Une revue systématique (49) a comparé des exercices à une chirurgie pour des sciatiques sur hernie discale, spondylolisthésis ou canal lombaire rétréci, retrouvant une supériorité de la chirurgie sur quasiment tous les critères.

Une revue systématique (49) a comparé la réalisation de kinésithérapie précoce ou retardée, la kinésithérapie précoce était retrouvée efficace sur de multiples critères (évidence de faible qualité) avec identification d'un sous-groupe de patients pouvant bénéficier préférentiellement de cette kinésithérapie précoce (patients ayant une pathologie rachidienne en lien avec le travail).

Recommandations

- L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie (grade B).
- La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignée par un kinésithérapeute, puis poursuivie à domicile, est recommandée chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité (grade B).
- La réalisation de kinésithérapie doit faire appel à la participation active du patient (grade B).
- Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances erronées, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale (AE).
- Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie (AE).
- Les ultrasons et les tractions lombaires ne sont pas recommandés (grade B).

1.9 Infiltrations rachidiennes

Tableau 23. Synthèse des recommandations sur le recours aux infiltrations rachidiennes

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en	Belgique	Recommandation : Envisagez des injections épidurales d'un anesthésique local et d'un corticoïde* chez les personnes

Recommandation	Année	Pays	
	décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)		présentant une douleur radiculaire (sub)aiguë (càd après au moins 2 à 3 semaines de douleur) et sévère**. **La sévérité de la douleur radiculaire devrait être évaluée au cas par cas, avec le patient, mais un score de 5 ou plus sur une échelle numérique d'intensité de la douleur peut être considéré comme un critère suffisant. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : moyen à très faible. Les infiltrations rachidiennes non épidurales ne sont pas recommandées. Les infiltrations facettaires intra-articulaires dans le syndrome facettaire sont sans recommandation claire.
<i>National Institute for Health and Care Excellence, 2016 (7)</i>	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	Ne pas proposer d'infiltrations pour la prise en charge de la lombalgie. Niveau de preuve : faible à très faible. Envisager des infiltrations épidurales d'anesthésique local et de corticoïdes pour les personnes ayant une sciatique aiguë et sévère. Ne pas proposer d'infiltrations épidurales pour une claudication radiculaire sur canal lombaire étroit. Niveau de preuve : modéré à faible
Stochkendahl <i>et al.</i> , 2018 (8)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016 pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou subaiguë.	Danemark	Recommandation faible contre les infiltrations extraforaminales de corticoïdes : Des injections extraforaminales de corticoïdes au niveau de la racine nerveuse ne devraient être proposées aux patients avec une compression nerveuse récente qu'après mûre réflexion (<i>upon due consideration</i>), puisque l'effet bénéfique est probablement très faible et de courte durée. Niveau de preuve : très faible
<i>Institute for Clinical Systems Improvement, 2018 (10)</i>	2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche.	États-Unis (Minnesota)	Recommandation forte : Les infiltrations épidurales de corticoïdes peuvent être utilisées comme un traitement d'appoint pour les lombalgies aiguës et subaiguës associé à une composante radiculaire pour aider à la

Recommandation	Année	Pays	
			diminution de la douleur. Niveau de preuve : modéré
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	<p>Recommandation de ne pas réaliser d'infiltration épidurale en l'absence de radiculalgie. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Il n'y a pas de preuves concluantes à recommander pour ou contre les injections épidurales de corticoïdes en présence d'une radiculopathie.</p> <p>Les injections épidurales de corticoïdes guidées par imagerie peuvent être utiles pour certains patients souffrant de douleurs lomboradiculaires depuis plus de 6 semaines et qui n'ont pas répondu aux traitements non interventionnels.</p> <p>L'expérience clinique suggère que les patients qui ont répondu favorablement (amélioration de la fonction et soulagement de la douleur) à une injection épidurale de corticoïdes pourraient bénéficier d'une injection de suivi après 3 mois.</p> <p>Niveau de preuve : issu de revues systématiques et opinion d'experts</p>

Tableau 24. Synthèse des méta-analyses évaluant l'efficacité des infiltrations rachidiennes

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Wu <i>et al.</i> , 2016 (53)	Comparaison de l'efficacité des infiltrations des articulaires postérieures par guidage échographique ou radiographique.	Études randomisées ou non randomisées contrôlées comparant la réalisation des infiltrations par guidage échographique ou radiographique chez des patients ayant une	<i>PubMed</i> , MEDLINE, <i>Embase</i> , EBSCO, <i>Web of Science</i> jusqu'en aout 2015.	Trois études évaluant 202 patients avec un syndrome facettaire ont été incluses. Le risque de biais a été évalué faible. Il n'y avait aucune différence sur les critères de douleur, incapacité et temps de réalisation.

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	Jugement selon la douleur, l'incapacité et le temps de procédure	lombalgie avec syndrome facettaire.		
Zhai <i>et al.</i> , 2017 (54)	Comparaison de l'efficacité des infiltrations épidurales avec ou sans corticoïdes chez les patients avec une lomboradiculalgie. Amélioration caractérisée par la diminution de 50 % de la douleur ou de la fonction.	Études randomisées contrôlées comparant les infiltrations épidurales de corticoïdes + anesthésique <i>versus</i> anesthésique seul.	<i>PubMed, Embase, Web of science</i> jusqu'en octobre 2014	Dix études incluant 1 111 patients ont été incluses. Les résultats poolés ont retrouvé que 41,7 % des patients avec anesthésique + corticoïdes et 40,2 % avec un anesthésique seul avaient une amélioration de plus de 50 %. Les EVA douleur étaient diminuées de 4,09 et 4,12, les scores d'Oswestry étaient diminués de 14,5 et 12,37 respectivement, sans différence entre les deux groupes. Il est conclu que les infiltrations d'anesthésique et de corticoïdes ont un effet bénéfique similaire. La chronologie de l'évaluation du critère principal par rapport au moment de l'injection n'était pas mentionnée.
Wei <i>et al.</i> , 2016 (55)	Comparaison de l'efficacité des voies foraminales <i>versus</i> interlamaires pour une douleur lomboradiculaire. Les critères primaires étaient la douleur et la fonction	Études randomisées contrôlées ou études observationnelles incluant des patients ayant une lombalgie secondaire à une hernie discale ou une sténose rachidienne, comparant les voies d'abord interlamaires ou foraminales, avec un suivi minimum de 2 semaines	<i>PubMed, Embase, Cochrane Library</i> jusqu'en janvier 2016	Quatre études observationnelles et neuf essais randomisés contrôlés ont été inclus, correspondant à 931 participants. Le risque de biais a été évalué faible. Dans les essais randomisés, la douleur était significativement plus faible par la voie foraminale qu'interlamaire, alors que cette différence n'était pas retrouvée dans les études observationnelles. Les données sur la fonction étaient disponibles dans deux essais randomisés contrôlés et une étude observationnelle, sans différence significative entre les voies d'abord.
Vorobeychik <i>et al.</i> , 2016 (56)	Évaluation de l'efficacité et des risques des infiltrations interlamaires de corticoïdes sans	Ensemble des études évaluant les infiltrations épidurales sans contrôle radiologique. La population	<i>PubMed</i> jusqu'en décembre 2015	Trente-neuf articles inclus évaluant l'efficacité des infiltrations non guidées et 21 discutant les problématiques de sécurité. Les auteurs concluent à une efficacité des infiltrations épidurales.

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	contrôle radiologique. Le critère de jugement était la douleur.	incluse n'est pas définie (comprend au minimum des patients avec une atteinte radiculaire ou un canal lombaire rétréci).		<i>Il est noté que cette méta-analyse présente des limites rendant difficile une extrapolation, tant l'hétérogénéité des études détaillées est importante (critères d'inclusion variés et mal précisés, type de méthodologie). Il n'a pas été réalisé de méta-analyse, mais une « comprehensive analysis » plus littéraire.</i>
Vekaria <i>et al.</i> , 2016 (57)	Évaluation de l'efficacité des infiltrations articulaires postérieures. Les critères de jugement étaient la douleur ou la fonction.	Essais randomisés contrôlés évaluant un corticoïde injecté au niveau articulaire postérieur <i>versus</i> infiltration sans produit ou un placebo (pouvant être du sérum physiologique), ou alors une absence d'injection (traitement usuel) chez des patients ayant une lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique.	<i>Medline, Embase, Cinahl, Central, Index to chiropractic literature et Cochrane Central jusqu'en avril 2015</i>	Six études ayant inclus 434 participants ont été sélectionnées. Deux essais sur les six ont retrouvé une amélioration significative sur la douleur ou la fonction. Les auteurs ont souligné la qualité variable des essais inclus et concluent à l'absence d'évidence de bonne qualité pour recommander l'utilisation d'infiltrations articulaires postérieures.
Liu <i>et al.</i> , 2016 (58)	Comparaison des voies d'abord foraminales <i>versus</i> caudales pour la réalisation d'infiltrations épidurales de corticoïdes pour les douleurs lomboradiculaires. Le critère primaire de jugement était	Essais randomisés contrôlés comparant la voie d'abord transforaminale <i>versus</i> caudale, ou études rétrospectives cas-contrôles chez des patients présentant une douleur lomboradiculaire.	<i>PubMed, Embase, Cochrane Library jusqu'en juin 2015</i>	Huit études ont été incluses, dont six essais randomisés prospectifs et deux études rétrospectives incluant 664 patients. Les données poolées n'ont pas retrouvé de différence significative en faveur d'une des deux voies d'abord sur l'évolution de la douleur.

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	l'amélioration de la douleur			

Synthèse : Pour la radiculalgie : les recommandations nord-américaines (9) n'abordent pas la pertinence des infiltrations épidurales. Les recommandations belges (6), de l'ICSI (10) et du TOP de la province de l'Alberta (11) recommandent la réalisation d'infiltrations en cas de douleur radiculaire en échec de traitement médicamenteux, en soulignant leur effet transitoire, tandis que les recommandations britanniques (7) ne formulent pas de recommandations sauf pour la sciatique aiguë et sévère. Les recommandations danoises (8) émettent une recommandation négative, mais en laissant une possibilité de les réaliser après mûre réflexion. Aucune voie d'abord n'est recommandée. Une méta-analyse a comparé la voie d'abord foraminale *versus* caudale (58) sans trouver de différence, tandis qu'une autre (55) comparant foraminale *versus* interlaminaire suggère une efficacité un peu plus importante de la voie foraminale. Une comparaison du produit injecté (anesthésique *versus* anesthésique + corticoïdes) n'a pas retrouvé de différence entre ces deux possibilités (54).

Il est noté que les corticoïdes utilisés varient selon les pays, par exemple la dexaméthasone phosphate sodique sans excipients neurotoxiques ou la triamcinolone utilisées dans certains essais ne sont pas disponibles en France ou n'ont pas d'AMM. Le seul produit disponible en France (hydrocortancyl) a eu une réévaluation de son service médical rendu en décembre 2017 (59), la Commission de transparence soulignant le faible niveau de preuve avec une efficacité au mieux faible et de courte durée sur la douleur, et des risques de complications neurologiques. L'hydrocortancyl est contre-indiqué en infiltration sur le rachis lombaire par voie foraminale. Chez un patient opéré, après évaluation de la balance bénéfiques / risques, l'injection doit se faire à distance de l'étage opéré ou par la voie du hiatus sacro-coccygien.

Pour la lombalgie, aucune recommandation ne propose de réaliser des infiltrations dans la prise en charge. Une méta-analyse ne retrouve pas non plus d'efficacité des infiltrations articulaires postérieures dans une lombalgie. Aucune donnée spécifique n'est détaillée en cas de lombalgie avec Modic 1 dans les recommandations. Une méta-analyse détaillée dans la partie imagerie (23) a retrouvé une efficacité plus importante des infiltrations épidurales / intradiscales en présence d'un Modic 1, même si cette étude était réalisée pour évaluer la pertinence de l'IRM.

Recommandations

- Il n'y a généralement pas d'indication à réaliser des infiltrations épidurales dans les lombalgies sans radiculalgie (grade C).
- Une infiltration épidurale peut être envisagée pour une douleur radiculaire persistante et sévère malgré un traitement médical bien conduit (grade C), si possible après réalisation d'une imagerie en coupes, et dans le cadre d'une décision partagée avec le patient compte tenu des risques et de l'efficacité limitée des infiltrations.
- En cas d'antécédent chirurgical, la voie d'abord doit se situer à distance de l'étage opéré ou par la voie du hiatus sacro-coccygien (AE).
- En l'état actuel des produits disponibles en France, la voie foraminale est contre-indiquée (AE) (cf. RCP Hydrocortancyl⁴ et avis de la Commission de la transparence⁵).
- Il n'est pas possible de formuler de recommandation claire sur l'usage des infiltrations facettaires intra-articulaires.
- Les données actuelles étant discordantes, il est recommandé de réaliser des études prospectives visant à évaluer l'efficacité des infiltrations, d'une part, et leurs risques, d'autre part.

⁴ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. HYDROCORTANCYL 2,5 POUR CENT, suspension injectable. Résumé des caractéristiques du produit. Saint-Denis: ANSM; 2018.

<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=66330098&typedoc=R&ref=R0320434.htm>

⁵ Haute Autorité de Santé. 2,5 POUR CENT, suspension injectable. B/1 flacon de 5 ml (CIP : 34009 305 155 8-7). Avis de la Commission de la transparence du 9 novembre 2017. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-16248_HYDROCORTANCYL_PIC_REEV_Avis2_CT16248.pdf

1.10 Prise en charge chirurgicale

La HAS a publié en 2015 des recommandations sur la lombalgie chronique chez l'adulte et la chirurgie (16). Elles précisent notamment que :

- les systèmes de stabilisation dynamique et les dispositifs interépineux ne sont pas recommandés dans le cadre de la lombalgie chronique dégénérative ;
- les résultats de l'arthrodèse : ne sont pas supérieurs à la prise en charge non chirurgicale incluant rééducation intensive et thérapie cognitive sur la récupération de la fonction (évaluée par l'ODI) et la douleur ; sont supérieurs à la prise en charge non chirurgicale n'incluant pas de rééducation intensive.

La prothèse discale n'apporte pas d'amélioration clinique pertinente sur la fonction et la douleur du lombalgie chronique comparativement à l'arthrodèse ou la rééducation multidisciplinaire.

Ces recommandations ne concernaient pas la lombalgie non dégénérative, le spondylolisthésis, le canal lombaire étroit et la lombalgie avec radiculalgie. Le spondylolisthésis, le canal lombaire étroit et la lombalgie avec radiculalgie sont en pratique des indications fréquentes de chirurgie rachidienne, notamment en présence d'une bonne corrélation radio-clinique et en l'absence d'efficacité des traitements non invasifs ou infiltratifs.

Recommandation

- En cas d'échec de la prise en charge multidisciplinaire, un avis chirurgical peut être envisagé au cas par cas (AE).
- Les modalités et le délai de recours à la chirurgie ne sont pas consensuels. Des recommandations complémentaires sont à élaborer.

1.11 Prises en charge non médicamenteuses

La lombalgie demeure une affection courante dont la prévalence est estimée sur une vie entière à environ 80 %. En soins primaires, pour 1 à 5 % des patients présentant une douleur lombaire, une pathologie sous-jacente sera diagnostiquée et nécessitera une prise en charge spécifique urgente. Elle peut être par exemple une infection, une maladie inflammatoire comme la spondylarthrite, un problème neurologique comme le syndrome de la queue de cheval, ou encore d'origine cancéreuse (pour moins de 1 % des patients)(19).

Ainsi, l'évaluation clinique d'un patient présentant une douleur lombaire avec ou sans radiculalgie nécessite de reconstituer l'histoire de la maladie, de réaliser un examen physique, de rechercher des signes neurologiques ainsi qu'une éventuelle cause extra-vertébrale. Le diagnostic de lombalgie commune repose en effet sur un diagnostic différentiel visant à exclure les signes suggérant une pathologie sous-jacente grave (cf. « drapeaux rouges ») telle qu'un cancer, une infection, un traumatisme, une maladie inflammatoire comme la spondylarthrite ou un problème neurologique comme le syndrome de la queue de cheval. Ce diagnostic différentiel nécessite une expertise médicale.

Recommandation

Avant d'envisager une prise en charge non médicamenteuse, le diagnostic médical de lombalgie commune doit avoir été posé (AE).

1.11.1 Autogestion et éducation du patient

Tableau 25. Synthèse des recommandations sur l'autogestion et l'éducation du patient

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> - offrez à chaque patient une information et des conseils personnalisés, adaptés à leurs besoins et à leurs capacités, pour les aider à autogérer leur lombalgie ou douleur radiculaire, à chaque étape de leur itinéraire de soin, et notamment : <ul style="list-style-type: none"> o informez-les sur la nature bénigne de la lombalgie et de la douleur radiculaire, o encouragez-les à poursuivre autant que possible une activité normale, voire à faire de l'exercice. Niveau de la recommandation : opinion d'experts. Niveau de preuve : moyen à très faible ;

Recommandation	Année	Pays	
			<ul style="list-style-type: none"> - envisagez un programme d'exercices (exercices spécifiques ou une combinaison d'approches) chez les personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Tenez compte des besoins, des capacités et des préférences propres à chaque patient lors du choix du programme d'exercices. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : moyen à faible
<i>National Institute for Health and Care Excellence, 2016 (7)</i>	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	<p>Recommandation sur l'autogestion : Fournir aux gens des conseils et de l'information, adaptés à leurs besoins et à leurs attentes. Pour les aider à prendre en charge leur lombalgie avec ou sans lombalgie sciatique, à toutes les étapes du traitement. Inclure : de l'information sur la nature de la lombalgie et de la sciatique et un encouragement à poursuivre les activités normales. Niveau de preuve : modéré à très faible</p>
Stochkendahl <i>et al.</i> , 2018 (8)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016 pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou subaiguë.	Danemark	<p>Faibles recommandations positives pour la lombalgie : Envisagez d'offrir aux patients ayant une lombalgie récente des conseils sur la façon de rester actifs plutôt que des conseils sur le repos. Niveau de preuve : faible. Envisager d'offrir une éducation individualisée aux patients en plus des soins habituels aux patients souffrant de lombalgies récentes et la possibilité d'accroître leur auto-efficacité. Niveau de preuve : modéré</p>
<i>Institute for Clinical Systems Improvement, 2018 (10)</i>	2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche.	États-Unis (Minnesota)	<p>Recommandation forte : Tous les patients devraient recevoir une éducation appropriée sur les attentes en matière de traitement et de rétablissement pour la lombalgie aiguë et subaiguë. Niveau de preuve : élevé à modéré</p>
<i>Toward Optimized Practice, 2015 (11)</i>	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	<p>Recommandation en faveur de l'éducation du patient : Éduquer le patient et décrire l'évolution typiquement bénigne et à long terme de la lombalgie. Fournissez du matériel éducatif qui correspond à vos conseils verbaux pour réduire la peur et l'anxiété</p>

Recommandation	Année	Pays	
			(voir les feuillets d'information et les brochures à l'intention des patients). D'autres méthodes d'autoapprentissage des soins personnels, comme les groupes de discussion par courriel et les vidéos, ne sont pas bien étudiées, mais peuvent aussi être utiles. Niveau de preuve : issu de revues systématiques
Chenot <i>et al.</i> , 2017 (12)	2017	Allemagne	Les patients devraient être informés de la nécessité de continuer leurs activités physiques habituelles autant que possible (recommandation forte pour). L'alitement ne devrait pas faire partie du traitement des lombalgies non spécifiques, et les patients devraient en être avisés. La rééducation par l'exercice combinée à des mesures éducatives basées sur des principes comportementaux et thérapeutiques devrait être utilisée dans le traitement primaire des lombalgies chroniques non spécifiques (recommandation forte pour).

Tableau 26. Méta-analyses évaluant l'autogestion et l'éducation du patient

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Tegner <i>et al.</i> , 2018 (60)	Évaluation des programmes d'éducation à la neurophysiologie de la douleur pour des patients lombalgiques chroniques. Les critères principaux étaient la douleur, l'incapacité et les attitudes comportementales	Essais randomisés contrôlés incluant au moins 50 % de patients lombalgiques chroniques, comparant les programmes d'éducation à la neurophysiologie de la douleur par rapport aux soins usuels	<i>Central, Web of Science, Medline, Embase, PsycINFO, and Cinahl.</i> La période de recherche n'est pas précisée.	Sept études ont été incluses (une à faible risque de biais, et six à haut risque). Les programmes d'éducation à la neurophysiologie de la douleur étaient plus efficaces à la fin du programme et à 3 mois (différence moyenne standardisée respective -1,03 [-1,52 à -0,55] et -1,09 [-2,17 à 0,00]), ainsi que sur l'incapacité à la fin du programme et à 3 mois (différence moyenne standardisée respective -0,47 [-0,80 à -0,13] et -0,38 [-0,74 à -0,02]). La réduction de la kinésiophobie n'était pas significative.

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Ainpradub <i>et al.</i> , 2016 (61)	Évaluation de l'éducation dans la lombalgie et cervicalgie. Le critère principal était la prévalence des douleurs.	Essais randomisés contrôlés ayant une évaluation de l'éducation et ayant un suivi de patients ayant une lombalgie ou une cervicalgie.	<i>PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Science Direct, PEDro, ProQuest et Scopus</i> de 1982 à mars 2015	Trente-six essais randomisés contrôlés ont été inclus (22 dans la lombalgie, cinq dans la cervicalgie, un dans la lombalgie et cervicalgie et huit chez des sujets sains), dont 30 de qualité haute selon les critères PEDro. Quinze essais ont été inclus dans une méta-analyse (les autres ayant été analysés qualitativement). Les programmes d'éducation n'étaient pas définis dans l'article. Il n'y avait pas de différence de prévalence de lombalgie dans le bras éducation à moyen terme (deux études dans la méta-analyse, différence moyenne de la douleur -8,18 [-24,80 à 8,43]) ou à long terme (deux études dans la méta-analyse, différence moyenne -0,39 [-1,57 à 0,78]). Les patients inclus étaient très hétérogènes. Les auteurs concluent à l'absence d'efficacité de l'éducation.
Du <i>et al.</i> , 2017 (62)	Évaluation des programmes d'autogestion dans la lombalgie chronique. Les critères principaux étaient l'incapacité et la douleur.	Essais randomisés contrôlés incluant un programme d'auto-management (incluant des compétences pour pouvoir résoudre des problèmes, prendre des décisions, utiliser des ressources, se fixer des objectifs, auto-adaptation). Le comparateur pouvait être une liste d'attente, soins usuels ou un autre traitement actif	<i>PubMed, Cochrane, Web of Science, Elsevier et CINAHL</i> jusqu'en juin 2015	Treize études randomisées contrôlées de qualité moyenne ont été incluses (neuf avec une évaluation immédiate, cinq à court terme, trois intermédiaire et quatre à long terme). À ces quatre temps d'évaluation, la douleur était améliorée par le <i>self management</i> (différence moyenne standardisée respectivement -0.29 [-0.41, -0.18] - 0.20 [-0.33, -0.07] -0.23 [-0.40, -0.07] et -0.25 [-0.40, -0.10]), ainsi que l'incapacité (différence moyenne standardisée respectivement -0.28 [-0.39, -0.17] -0.23 [-0.36, -0.11] -0.19 [-0.36, -0.02] -0.19 [-0.34, -0.03]).

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Borges Dario <i>et al.</i> , 2017 (63)	Évaluation des programmes de télémédecine dans la lombalgie. Les critères principaux étaient la douleur, l'incapacité, la fonction, la qualité de vie	Essais randomisés contrôlés incluant une intervention de télémédecine (pouvant être éducation médicale, prescription d'exercices, fixation d'objectifs <i>via</i> téléphone ou Internet) seule ou associée à d'autres traitements. Le bras contrôle n'était pas défini.	<i>Medline, Embase, Web of Science, Scopus, CINAHL, PEDro et Cochrane</i> jusqu'en août 2015	Huit essais randomisés contrôlés ont été inclus. Le risque de biais, évalué <i>via</i> l'échelle PEDro, était variable. Les modalités de télémédecine étaient très variables. La douleur n'était pas significativement réduite à court ou moyen terme (différence moyenne standardisée -2,61/100 [-5,23 à 0,01] et -0,94/100 [-6,71 à 4,84] respectivement). Les auteurs concluent à l'absence d'efficacité de la télémédecine par rapport à des interventions minimales pour diminuer la douleur (évidence de qualité moyenne). L'incapacité n'était pas non plus améliorée. Les autres paramètres n'ont pas pu être inclus dans la méta-analyse.
Wood et Hendrick, 2019 (64)	Évaluation de l'efficacité de l'éducation à la neurophysiologie de la douleur. Les critères principaux étaient la douleur et l'incapacité à court (moins de 12 semaines) et long (plus de 1 an) terme.	Essais randomisés contrôlés incluant une éducation à la neurophysiologie de la douleur, pouvant être dans le cadre d'autres prises en charges concomitantes comme la kinésithérapie, chez des patients ayant une lombalgie chronique.	EBSCO, <i>Medline, Cochrane, Web of Science</i> jusqu'en 2017	Huit études ont été incluses, un de haute qualité et sept de qualité moyenne selon une évaluation PEDro. Pour la douleur (donnée sur six études) à court terme, l'éducation à la neurophysiologie de la douleur était non significativement supérieure (différence moyenne standardisée 0,73 [-0,14 à 1,61]). Une analyse en sous-groupes incluant éducation <i>versus</i> placebo chez des patients traités par kinésithérapie retrouvait une différence significative (différence moyenne standardisée 1,32 [1,08 à 1,56]) sur la douleur à court terme. Il n'y avait pas de différence sur la douleur à long terme (deux études). Pour l'incapacité, le traitement évalué était significatif dans les cinq études disponibles et dans le sous-groupe de patients réalisant également de la kinésithérapie (respectivement 2,28 [0,20 à 4,25])

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				et 3,94 [3,37 à 4,52]). Il n'y avait aucun effet secondaire rapporté.

Synthèse : l'ensemble des recommandations s'accordent sur l'intérêt de rester actif autant que possible (effet délétère de l'alitement prolongé). Une éducation appropriée est conseillée, notamment sur la bénignité et l'évolution spontanément favorable de la majorité des épisodes de lombalgie. Les recommandations canadiennes (11) encouragent un retour rapide au travail. Les recommandations belges (6) danoises (8) et canadiennes (11) encouragent la réalisation d'exercices physiques.

Une méta-analyse (61) a évalué l'éducation dans la lombalgie et la cervicalgie, sans rapporter de bénéfice clinique.

Une méta-analyse (62) a évalué les programmes d'autogestion avec une efficacité à court et long terme sur la douleur et l'incapacité.

Une méta-analyse (63) a évalué les programmes de télémédecine dans la lombalgie sans rapporter de bénéfice clinique.

Une méta-analyse (60) a évalué les programmes d'éducation à la neurophysiologie de la douleur et a retrouvé une efficacité immédiate et à moyen terme sur la douleur et l'incapacité. Une autre méta-analyse (64) retrouvait une efficacité sur l'incapacité, mais pas significativement sur la douleur à court (si ce n'est dans une analyse en sous-groupes *versus* placebo) ou long terme.

Recommandations

- Il est recommandé d'informer les patients sur la nature bénigne et, dans la majorité des cas, rapidement résolutive d'une poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie (AE).
- Il est recommandé de proposer une éducation à la neurophysiologie de la douleur aux patients ayant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité (cf. site <http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/neurophysiologie-douleur/>) (AE).

1.11.2 Reprise des activités quotidiennes

Tableau 27. Synthèse des recommandations sur la reprise des activités quotidiennes

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	Recommandations : - offrez à chaque patient une information et des conseils personnalisés, adaptés à leurs besoins et à leurs capacités, pour les aider à autogérer leur lombalgie ou douleur radiculaire, à chaque étape de leur itinéraire de soin, et notamment :

Recommandation	Année	Pays	
			<p>o informez-les sur la nature bénigne de la lombalgie et de la douleur radiculaire,</p> <p>o encouragez-les à poursuivre autant que possible une activité normale, voire à faire de l'exercice. Niveau de la recommandation : opinion d'experts. Niveau de preuve : moyen à très faible ;</p> <p>- envisagez un programme d'exercices (exercices spécifiques ou une combinaison d'approches) chez les personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Tenez compte des besoins, des capacités et des préférences propres à chaque patient lors du choix du programme d'exercice. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : moyen à faible</p>
Stochkendahl <i>et al.</i> , 2018 (8)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016 pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou subaiguë.	Danemark	<p>Faibles recommandations positives pour la lombalgie : Envisagez d'offrir aux patients ayant une lombalgie récente des conseils sur la façon de rester actifs plutôt que des conseils sur le repos. Niveau de preuve : faible.</p> <p>Faible recommandation positive pour l'activité physique comparée au repos dans la radiculalgie : Envisagez de recommander une activité physique normale plutôt qu'une activité réduite comme un repos au lit pour les patients avec une compression nerveuse radiculaire récente. Niveau de preuve : modéré</p>
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9, 13, 14)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	<p>Les cliniciens devraient conseiller aux patients présentant une lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique de rester actifs autant que toléré. Niveau de preuve : non mentionné</p>
<i>Institute for Clinical Systems Improvement</i> , 2018 (10)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche.	États-Unis (Minnesota)	<p>Recommandation forte : les cliniciens devraient conseiller aux patients avec une lombalgie aiguë ou subaiguë de rester actifs et de continuer leurs activités quotidiennes dans les limites permises par leurs symptômes.</p>

Recommandation	Année	Pays	
			Niveau de preuve : modéré
<p><i>Toward Optimized Practice, 2015 (11)</i></p>	<p>2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)</p>	<p>Canada (Alberta)</p>	<p>Conseillez au patient de rester actif et de poursuivre ses activités habituelles, notamment travail, dans les limites permises par la douleur. Recommande de faire de l'exercice physique. Les patients doivent limiter toute activité ou tout exercice qui cause la propagation du symptôme (« périphérisation »). Un autotraitement avec un programme d'exercices non spécialement conçu pour le patient peut aggraver les symptômes. Recommandez l'exercice dans le traitement des douleurs lombaires subaiguës. Le type spécifique d'exercice peut varier. L'exercice progressif est basé sur un certain nombre des variables qui comprennent, sans s'y limiter, l'augmentation de l'activité physique, l'éducation sur la douleur et un programme d'exercices graduel. L'accent devrait être mis sur l'optimisation de la fonction et la réduction de la douleur. Référez les patients dont la douleur est exacerbée par l'activité physique et l'exercice à un spécialiste des soins de la colonne vertébrale tel qu'un physiothérapeute, un chiropraticien, un ostéopathe, etc., médecin, ou médecin spécialisé en médecine musculo-squelettique.</p> <p>Encourager un retour rapide au travail. Orienter les travailleurs souffrant de lombalgie au-delà de 6 semaines vers un programme complet de réadaptation de retour au travail. Les programmes efficaces sont généralement multidisciplinaires et comprennent la gestion individualisée, l'éducation sur le maintien d'un traitement actif, psychologique ou comportemental et la participation à un programme d'exercices. Travailler malgré un certain inconfort résiduel ne suscite aucun danger et ne nuira pas aux patients. Niveau de preuve : issu de revues systématiques.</p>

Recommandation	Année	Pays	
			<p>NE PAS prescrire l'alitement comme traitement. Si le patient doit se reposer, le repos au lit ne doit pas dépasser 2 jours. L'alitement prolongé pendant plus de 4 jours n'est pas recommandé en cas de problèmes lombaires aigus. Le repos au lit pendant plus de 2 jours augmente le nombre de congés maladie par rapport à la reprise précoce de l'activité normale en cas de lombalgie aiguë. Niveau de preuve : issu de revues systématiques.</p> <p>Recommandations pour la lombalgie chronique : Recommandez des exercices et des exercices thérapeutiques. Encouragez le patient à faire de l'exercice en douceur et à augmenter graduellement l'activité physique, dans les limites de sa tolérance à la douleur. Un équipement sophistiqué n'est pas nécessaire. D'autres options peuvent inclure la marche non supervisée et l'exercice en groupe, comme ceux offerts par les programmes de gestion des maladies chroniques. Le soutien par les pairs de l'exercice en groupe est susceptible d'entraîner de meilleurs résultats, donner aux patients une plus grande confiance en eux et leur donner les moyens de prendre en charge les maladies avec moins d'interventions médicales. Lorsque l'exercice exacerbe la douleur du patient, le programme d'exercices devrait être évalué par un kinésithérapeute ou un spécialiste de l'exercice qualifié. Si l'exercice physique continue d'exacerber la douleur, les patients devraient consulter leur médecin pour évaluer si d'autres examens, médicaments ou traitements sont nécessaires. Niveau de preuve : issu de revues systématiques.</p> <p>Fournir une brève formation pour améliorer la fonction. Une brève éducation est définie comme l'examen des résultats des examens cliniques, la fourniture d'informations sur les douleurs lombaires et de conseils pour rester actif, et la réduction de la peur et du catastrophisme.</p>

Recommandation	Année	Pays	

Synthèse : l'ensemble des recommandations s'accordent sur l'intérêt de rester actif autant que possible (effet délétère de l'alitement prolongé). Les recommandations canadiennes (11) encouragent un retour rapide au travail. Les recommandations belges (6), danoises (8) et canadiennes (11) encouragent la réalisation d'exercices physiques.

Recommandation

Il est recommandé d'encourager les patients à poursuivre autant que possible une activité normale concernant les activités de la vie quotidienne (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible), puis à faire de l'exercice pour améliorer l'évolution de la lombalgie et limiter le risque de récurrence (grade B).

1.11.3 Techniques manuelles (manipulations, mobilisations)

Tableau 28. Synthèse des recommandations sur le recours aux techniques manuelles

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	Recommandation : Envisagez une manipulation, une mobilisation ou des techniques portant sur les tissus mous dans la prise en charge des personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire, mais uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : élevé à très faible
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , 2016 (7)	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	Recommandation faible pour les thérapies manuelles dans la lombalgie Envisagez une thérapie manuelle (manipulations rachidiennes, mobilisations ou techniques des tissus mous comme le massage) pour gérer la lombalgie avec ou sans sciatique, mais seulement dans le cadre d'un traitement incluant des exercices, avec ou sans prise en charge psychologique. Niveau de preuve : faible à très faible

Recommandation	Année	Pays	
Stochkendahl <i>et al.</i> , 2018 (8)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016 pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou subaiguë.	Danemark	<p>Envisagez de proposer aux patients avec une lombalgie aiguë une thérapie manuelle rachidienne (« <i>spinal manual therapy</i> ») associée au traitement usuel. Niveau de preuve : faible.</p> <p>Recommandation faible pour les thérapies manuelles dans la radiculalgie. Envisagez de proposer aux patients avec une compression nerveuse récente une thérapie manuelle rachidienne (<i>spinal manual therapy</i>) associée au traitement usuel. Niveau de preuve : moyen. Envisagez de réaliser des exercices supervisés ou une thérapie manuelle rachidienne pour les patients avec une compression radiculaire récente. Il n'y a pas de documentation d'une différence clinique entre ces deux techniques.</p>
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9, 13, 14)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	<p>Recommandation forte concernant la lombalgie aiguë : Étant donné que la plupart des patients souffrant de lombalgie aiguë ou subaiguë s'améliorent avec le temps, peu importe le traitement, les cliniciens et les patients devraient choisir un traitement non pharmacologique avec chaleur superficielle (preuves de qualité moyenne), massage, acupuncture, ou manipulation de la colonne vertébrale (preuves de faible qualité).</p> <p>Recommandation forte concernant la lombalgie chronique : Pour les patients souffrant de lombalgie chronique, les cliniciens et les patients devraient d'abord choisir un traitement non pharmacologique comprenant de l'exercice, une réadaptation multidisciplinaire, l'acupuncture, une réduction du stress basée sur la pleine conscience (preuves de qualité moyenne), le tai-chi, le yoga, le contrôle moteur, la relaxation progressive, le <i>biofeedback</i> électromyographique, le laser à faible intensité, le conditionnement opérant, les thérapies cognitivo-comportementales ou manipulations rachidiennes (preuves de faible qualité).</p>

Recommandation	Année	Pays	
<i>Institute for Clinical Systems Improvement, 2018 (10)</i>	2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche.	États-Unis (Minnesota)	Recommandation forte : Les manipulations rachidiennes devraient être considérées précocément (« <i>considered in early intervention</i> ») pour la lombalgie aiguë et subaiguë. Niveau de preuve : faible à modéré
<i>Toward Optimized Practice, 2015 (11)</i>	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	Les patients qui ne s'améliorent pas peuvent bénéficier de manipulations rachidiennes réalisées par un spécialiste des soins de la colonne vertébrale comme un kinésithérapeute, un chiroprateur, un médecin ostéopathe ou un médecin spécialisé en médecine musculosquelettique. Niveau de preuve : issu de revues systématiques Il n'y a pas de preuves concluantes pour ou contre le traitement par manipulations / mobilisations vertébrales pour la lombalgie chronique. Niveau de preuve : issu de revues systématiques
Chenot <i>et al.</i> , 2017 (12)	2017	Allemagne	Les thérapies telles que la chaleur auto-administrée, thérapies manuelles telles que manipulations et mobilisations, massage, ergothérapie, école du dos, l'acupuncture peuvent être utilisées pour traiter les lombalgies chroniques dans le cadre d'un concept global, en combinaison avec des mesures thérapeutiques actives.

Tableau 29. Revues systématiques sur le recours aux techniques manuelles

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
<i>American</i>	Évaluation de l'efficacité	Rmq : trois études portant	Cf. Franke <i>et al.</i> ,	Le <i>design</i> initial de l'étude prévoyait une recherche

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
<i>Osteopathic Association</i> , 2016 (65)	de l'ostéopathie dans la lombalgie	sur femmes enceintes et deux sur femmes en <i>post-partum</i>	2014 (66)	<p>systematique de la littérature, mais n'a finalement pas été réalisé compte tenu d'une revue systematique avec méta-analyse identique publiée en même temps (66).</p> <p>Cette méta-analyse a inclus des études randomisées contrôlées incluant de l'ostéopathie « authentique ». Quinze études ont été incluses (dont cinq chez des femmes enceintes ou en <i>post-partum</i>).</p> <p><i>Il est noté que six études correspondent à de la « littérature grise », en pratique des études non publiées toutes disponibles sur le site http://www.osteopathic-research.com. Ce site ne semble mettre à disposition que des abstracts.</i></p> <p>Les auteurs de la méta-analyse retrouvent une efficacité avec une évidence de qualité modérée sur la douleur (différence moyenne -12,91 [-20,00 à -5,82]) et le statut fonctionnel (différence moyenne standardisée -0,36 [-0,58 à -0,14]). Les groupes contrôle étaient une absence de traitement / soins usuels.</p> <p>L'<i>American Osteopathic Association</i> (AOA) recommande que les médecins ostéopathes aient recours aux manipulations manuelles dans la prise en charge des patients lombalgiques (niveau de preuve 1a) à court terme.</p>
<i>Canadian Chiropractic Guideline Initiative</i> , 2018 (67)	Évaluation de l'efficacité des manipulations et des autres traitements pour la lombalgie	Non applicable	Recherche <i>Medline</i> et <i>CENTRAL</i> d'avril 2015 à février 2017	Cet article reprend une méta-analyse réalisée par l'AHRQ (68) et réalise une actualisation de la bibliographie (recherche <i>Medline</i> et <i>CENTRAL</i> d'avril 2015 à février 2017). Trois essais randomisés contrôlés ont été inclus dans l'actualisation de la

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				<p>bibliographie.</p> <p><i>Il est noté que cet article est une revue systématique, mais qu'une méta-analyse n'est réalisée que dans une partie de l'étude (comparaison exercices + manipulations versus exercices dans la lombalgie chronique) et donc ne permet pas de toujours trancher lorsque plusieurs essais retrouvent des résultats discordants.</i></p> <p><i>Il est noté que, malgré le titre de l'article, il n'est pas évalué la chiropraxie mais les manipulations vertébrales, sans distinction du thérapeute les réalisant.</i></p> <p>Lombalgie aiguë : deux essais randomisés contrôlés sont décrits (sans méta-analyse réalisée), ne retrouvant pas de supériorité claire des manipulations vertébrales par rapport à des exercices. Les auteurs recommandent de proposer des exercices, ou des manipulations, ou les deux pour la lombalgie aiguë, selon la préférence du praticien.</p> <p>Lombalgie chronique : par rapport à des soins minimaux, les manipulations rachidiennes améliorent douleur et fonction dans la lombalgie chronique, à court terme. Un seul essai rapporte des résultats sur le long terme, sans différence entre manipulations et placebo. Les auteurs recommandent de préférer des manipulations à des soins minimaux pour la lombalgie chronique.</p> <p>Une comparaison manipulations + exercices <i>versus</i> exercices seuls retrouve une efficacité comparable des deux bras sur la douleur et l'incapacité à court</p>

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				<p>et moyen terme. Les auteurs concluent à l'intérêt d'une prise en charge multimodale avec ou sans manipulations rachidiennes.</p> <p>Lomboradiculalgie : une étude a retrouvé une amélioration plus importante de manipulations + exercices à domicile <i>versus</i> exercices à domicile à court terme mais pas à long terme pour des lomboradiculalgies subaiguës ou chroniques. Les auteurs recommandent d'inclure des manipulations vertébrales à des exercices à domicile pour améliorer douleur et incapacité dans la radiculalgie chronique.</p> <p><i>Il est noté que la question de recherche ne spécifiait pas de durée d'évolution pour les études incluses, ce qui suggère qu'aucun essai randomisé contrôlé évaluant les manipulations vertébrales pour les lomboradiculalgies aiguës n'a été retrouvé. Par ailleurs, aucun essai randomisé contrôlé évaluant manipulations + kinésithérapie versus kinésithérapie n'a été rapporté, ce qui suggère l'absence d'études.</i></p>
Coulter <i>et al.</i> , 2018 (69)	Évaluation des manipulations et mobilisations pour la lombalgie chronique. Les critères principaux étaient la douleur, l'incapacité, et les effets secondaires	Études évaluant les manipulations et/ou mobilisations, pouvant être randomisées ou non, chez des patients lombalgiques	PubMed, Cochrane, Embase, CINAHL, PsycINFO, ICL de janvier 2000 à mars 2017	Cinquante-et-un essais ont été inclus, dont neuf ont été inclus dans une méta-analyse. Cette étude était financée par le <i>National Center for Complementary and Integrative Health</i> qui est une instance du <i>National Institute of Health</i> des ÉTATS-UNIS. Les auteurs ont réalisé volontairement une inclusion très large afin d'obtenir des données issues d'essais randomisés contrôlés et également de « vraie vie », notamment de sécurité. <p>La différence moyenne standardisée sur la douleur était de -0,28 [-0,47 à -0,09] après traitement, et sur</p>

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				<p>l'incapacité de -0,33 [-0,63 à -0,03] pour les manipulations ou mobilisations <i>versus</i> autres thérapies actives.</p> <p>Dans une analyse en sous-groupe, les manipulations par rapport à d'autres thérapies actives réduisent douleur et incapacité (-0,43 [-0,86 à 0,00] et -0,86 [-1,27 à -0,45]).</p> <p>Les mobilisations par rapport à d'autres thérapies actives réduisent la douleur mais pas l'incapacité (-0,20 [-0,35 à -0,04] et -0,10 [-0,28 à 0,07]).</p> <p>Les études avec un bras comparatif placebo ou absence de traitement n'étaient pas étudiées compte tenu de l'impossibilité de pooler les résultats.</p> <p>Sur 25 essais, cinq rapportaient une absence d'effets secondaires, deux des effets secondaires mineurs (aggravation des symptômes), une étude rapportait 2 % d'effets secondaires graves ne semblant pas liés aux traitements. Les auteurs concluent à l'absence de danger de ces deux techniques (« <i>appear safe</i> »).</p>
Ruddock <i>et al.</i> , 2016 (70)	Évaluation de l'efficacité des manipulations rachidiennes pour la lombalgie. Le critère principal était la douleur	Études randomisées contrôlées comparant des manipulations vertébrales à des manipulations placebo, chez des patients lombalgiques (exclusion des patients ayant une radiculalgie). Les études devaient inclure des manipulations et non pas	<i>Medline</i> , AMED, <i>Web of Science</i> , CENTRAL jusqu'en mars 2015	Neuf études randomisées contrôlées ont été incluses, dont quatre incluses dans une méta-analyse. Huit études avaient un faible risque de biais. Une différence moyenne standardisée de -0,36 [-0,59 à -0,12] a été retrouvée à court terme en faveur des manipulations. Aucune donnée à terme intermédiaire ou long n'était disponible. Aucun effet secondaire grave n'était reporté.

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
		des mobilisations rachidiennes. Le bras contrôle devait être une fausse manipulation effective (pouvant donner l'illusion d'une réelle manipulation)		
US Department of Veterans Affairs, 2017 (71)	Évaluation de l'efficacité des manipulations rachidiennes dans la lombalgie et cervicalgie aiguë. Deux questions posées concernant la lombalgie aiguë : bénéfices et risques des manipulations comparées aux soins usuels et d'autres formes de management de la douleur ? Relation entre la réalisation de manipulations rachidiennes et l'utilisation d'opioïdes ?	Essais randomisés contrôlés incluant des patients ayant une lombalgie (pouvant être associée à une sciatique) ou cervicalgie depuis moins de 6 semaines, avec un suivi minimal de 6 semaines, en ambulatoire (exclusion des études chez les patients hospitalisés). Le bras contrôle pouvait être n'importe quelle autre technique de gestion des lombalgies aiguës ou des fausses manipulations	Recherche initiale des méta-analyses dans la base de données Cochrane, plus récentes que 2011 (date de fin non précisée), puis actualisation de cette bibliographie par recherche <i>Cochrane</i> , <i>Medline</i> , <i>Embase</i> , <i>CINAHL</i> , <i>Pubmed</i> de 2011 à juin 2017	<p>Quarante études ont été incluses pour l'évaluation de l'efficacité, dont 26 dans la méta-analyse. Huit études ont été incluses pour l'évaluation des effets secondaires. Douze études étaient classées haute qualité et 14 de qualité faible.</p> <p>Pour la lombalgie sans sciatique : Les manipulations avaient une efficacité immédiate sur la douleur comparées aux autres thérapies (effet taille -8,49 mm [-16,46 à -0,52]), mais pas par rapport à de fausses manipulations (deux études négatives). La fonction n'était pas significativement améliorée (effet taille -0,24 [-0,55 à 0,08]). À court terme, la douleur était améliorée (effet taille -9,95mm [-15,6 à -4,3]) ainsi que la fonction (effet taille -0,39 [-0,71 à -0,07]), comparé aux autres traitements, mais sans différence comparé à de fausses manipulations.</p> <p>Pour la sciatique : deux études ont été retrouvées, et décrites qualitativement. Dans les deux études, les manipulations étaient plus efficaces que le bras contrôle (qui était de la chaleur ou des manipulations factices).</p>

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				<p>Les effets secondaires n'étaient pas rapportés dans 18 des 26 essais. Pour tous les autres articles, aucun effet secondaire grave n'a été rapporté. Des douleurs liées au traitement étaient rapportées. Plusieurs <i>case-report</i> ont signalé des effets secondaires graves, mais l'évaluation de la causalité était difficile.</p> <p>Au total, les auteurs concluent à l'efficacité des manipulations sur la douleur et la fonction pour la lombalgie aiguë (évidence de qualité moyenne). Ils concluent à des effets secondaires de type musculosquelettique mineur fréquents, bien qu'ils soient également fréquents dans les thérapies autres (évidence de qualité élevée). Ils concluent à une évidence insuffisante concernant les patients avec une lomboradiculalgie.</p> <p>Concernant la question de la consommation d'opioïdes, une seule étude ayant évalué ce paramètre, les auteurs ne pouvaient conclure.</p> <p>Les conclusions sur les cervicalgies ne sont pas rapportées ici.</p>

Synthèse : l'ensemble des recommandations préconisent la réalisation de techniques manuelles, à l'exception des recommandations canadiennes (11) qui ne les préconisent que pour la lombalgie aiguë en échec de traitement de première ligne, mais pas la lombalgie chronique. Les recommandations belges (6), britanniques (7), allemandes (12) et danoises (8) recommandent ces techniques manuelles dans le cadre d'une prise en charge globale.

Quatre revues systématiques (65, 67, 69, 71) ont évalué les manipulations avec des résultats en faveur des manipulations comparé aux soins usuels dans la lombalgie aiguë ou chronique, mais des résultats discordants entre les méta-analyses lorsque les manipulations étaient comparées à des soins actifs. Une méta-analyse (71) a retrouvé une efficacité à court terme sur la douleur des manipulations comparé à des manipulations factices, sans données à long terme disponibles.

Recommandations

Il peut être envisagé une technique manuelle (manipulation / mobilisation rachidienne ou des techniques portant sur les tissus mous) dans la prise en charge des personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire, mais uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés (grade B).

1.11.4 Interventions psychologiques

Tableau 30. Synthèse des recommandations sur le recours aux interventions psychologiques

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	Recommandation : Envisager une intervention psychologique* de type cognitivo-comportementale dans la prise en charge des personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire, mais uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : moyen à très faible.
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , 2016 (7)	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	Envisager des thérapies psychologiques utilisant une approche cognitivo-comportementale pour la prise en charge de la lombalgie avec ou sans sciatique, mais seulement dans le cadre d'un programme de traitements comprenant de l'exercice, avec ou sans thérapie manuelle (manipulations ou mobilisations vertébrales ou techniques des tissus mous comme le massage). Niveau de preuve : modéré à très faible.
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9, 13, 14)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	Recommandation forte concernant la lombalgie chronique : Pour les patients souffrant de lombalgie chronique, les cliniciens et les patients devraient d'abord choisir un traitement non pharmacologique comprenant de l'exercice, une réadaptation

Recommandation	Année	Pays	
			multidisciplinaire, l'acupuncture, une réduction du stress basée sur la pleine conscience (preuves de qualité moyenne), le tai-chi, le yoga, le contrôle moteur, la relaxation progressive, le <i>biofeedback</i> électromyographique, le laser à faible intensité, le conditionnement opérant, les thérapies cognitivo-comportementales ou manipulations rachidiennes (preuves de faible qualité).
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	<p>Lorsqu'il n'existe pas de programmes de thérapie cognitivo-comportementale de la douleur chronique en groupe, envisager l'aiguillage vers une thérapie cognitivo-comportementale individuelle offerte par un psychologue ou un autre fournisseur qualifié ayant une formation ou une expérience en thérapie cognitivo-comportementale pour la gestion de la douleur chronique. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>La relaxation progressive ou le <i>biofeedback</i> électromyographique (EMG) peuvent être envisagés pour les douleurs chroniques. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p>

Tableau 31. Revues systématiques évaluant le recours aux interventions psychologiques

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Mariano <i>et al.</i> , 2018 (72)	Évaluation de l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour la lombalgie subaiguë	Études randomisées contrôlées incluant au moins 30 patients ayant une lombalgie subaiguë	CENTRAL, EMBASE, PsychINFO, <i>Web of Science</i> jusqu'en octobre 2017	Six études ont été incluses avec une variabilité très importantes dans les caractéristiques de la thérapie cognitivo-comportementale, des critères principaux, des patients inclus. Seule une analyse qualitative a été réalisée, les données ne pouvant être poolées. Cinq des six études ont retrouvé une amélioration significative.

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Hall <i>et al.</i> , 2018 (73)	Évaluation de l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale réalisée par des kinésithérapeutes pour la lombalgie. Les critères principaux étaient douleur, incapacité et qualité de vie.	Études randomisées contrôles incluant de la thérapie cognitivo-comportementale réalisée par un kinésithérapeute chez des patients ayant une lombalgie	CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, AMED, PEDro, PsycINFO, <i>Cochrane Back Review Group</i> jusqu'en juillet 2016	Cinq essais randomisés contrôlés ont été inclus. Les groupes contrôle étaient de la kinésithérapie, des exercices ou des conseils. La thérapie cognitivo-comportementale était plus efficace sur la douleur à court et long terme (-0,26 [-0,41 à 60,11] et -0,21 [-0,33 à -0,09]), sur l'incapacité à long terme (-0,19 [-0,32 à -0,07]), mais pas à court terme (-0,14 [-0,29 à 0,01]), ni sur la qualité de vie (évidence de qualité modérée à élevée).

Synthèse : les recommandations danoises (8) et nord-américaines (10) centrées sur les lombalgies aiguës et subaiguës ne statuent pas sur les interventions psychologiques. Les interventions psychologiques de type thérapies cognitivo-comportementales sont recommandées par l'ensemble des autres recommandations.

Deux revues systématiques (72, 73) ont évalué les thérapies cognitivo-comportementales, dont l'une ayant jugé possible de réaliser une méta-analyse, retrouvant une efficacité à court et long terme sur la douleur, une efficacité à long terme, mais pas à court terme sur l'incapacité, une absence d'efficacité sur la qualité de vie.

Recommandations

Il peut être envisagé une intervention psychologique de type cognitivo-comportementale dans la prise en charge des personnes présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité avec ou sans douleur radiculaire, mais uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés (grade B). Il est conseillé que le psychologue soit sensibilisé à la prise en charge de la douleur chronique (AE).

1.11.5 Programme de réadaptation pluridisciplinaire

Tableau 32. Synthèse des recommandations sur le recours à un programme de réadaptation pluridisciplinaire

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues	Belgique	Envisagez un programme de réadaptation multidisciplinaire physique et psychologique incluant une approche cognitivo-comportementale (qui tient compte des besoins et

Recommandation	Année	Pays	
	de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)		capacités spécifiques de chacun) chez les personnes présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ si ces personnes présentent des facteurs psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou ○ si une prise en charge <i>evidence-based</i> antérieure n'a pas été efficace. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : moyen à très faible.
<i>National Institute for Health and Care Excellence, 2016 (7)</i>	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	Envisager un programme combiné physique et psychologique, intégrant une approche cognitivo-comportementale (de préférence dans un contexte de groupe qui tient compte des besoins et des capacités spécifiques d'une personne), pour les personnes souffrant de lombalgies ou de sciatiques persistantes : lorsqu'elles font face à des obstacles psychosociaux importants à leur rétablissement (par exemple, en évitant les activités normales fondées sur des croyances inappropriées au sujet de leur état) ou lorsque les traitements précédents n'ont pas été efficaces. Niveau de preuve : modéré à très faible
<i>American College of Physicians, 2017 (9, 13, 14)</i>	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	Recommandation forte concernant la lombalgie chronique : Pour les patients souffrant de lombalgie chronique, les cliniciens et les patients devraient d'abord choisir un traitement non pharmacologique comprenant de l'exercice, une réadaptation multidisciplinaire, l'acupuncture, une réduction du stress basée sur la pleine conscience (preuves de qualité moyenne), le tai-chi, le yoga, le contrôle moteur, la relaxation progressive, le <i>biofeedback</i> électromyographique, le laser à faible intensité, le conditionnement opérant, les thérapies cognitivo-comportementales ou manipulations rachidiennes (preuves de faible qualité).
<i>Toward Optimized Practice,</i>	2015 (recherche biblio	Canada (Alberta)	Aucune preuve n'a été trouvée pour recommander une

Recommandation	Année	Pays	
2015 (11)	jusqu'en 2014)		<p>réadaptation interdisciplinaire pour les douleurs lombaires aiguës (douleur de moins de 4 semaines). Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Pour les lombalgies subaiguës (durée de 4 à 8 semaines), la réadaptation interdisciplinaire intensive (définie comme une intervention qui comprend une consultation médicale coordonnée avec une intervention psychologique, physique, sociale ou professionnelle) est moyennement efficace. Il est prouvé que la restauration fonctionnelle avec une composante cognitivo-comportementale réduit l'absentéisme au travail. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Orienter le patient souffrant de douleurs lombaires chroniques importantes et n'obtenant aucune amélioration dans la prise en charge des soins primaires vers un programme multidisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p>
Chenot <i>et al.</i> , 2017 (12)	2017	Allemagne	<p>Les patients souffrant de lombalgies lombaires subaiguës et chroniques non spécifiques devraient être traités dans le cadre de programmes multimodaux si des traitements moins intensifs fondés sur des données probantes n'ont pas donné un bénéfice suffisant (recommandation forte pour).</p>

Tableau 33. Revues systématiques évaluant le recours à un programme de réadaptation pluridisciplinaire

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Parreira <i>et al.</i> , 2017 (74)	Évaluation de l'efficacité des écoles du dos pour la lombalgie	Études randomisées contrôlées ou des « quasi- études	CENTRAL, MEDLINE, Embase,	Les écoles du dos étaient définies par une combinaison d'exercices et d'éducation de

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	chronique. La douleur et l'incapacité étaient les critères principaux de jugement.	randomisées contrôlées » avec un bras devant être une école du dos (possiblement associé à une autre technique) <i>versus</i> soins usuels ou autre technique.	CINAHL et deux autres bases de données jusqu'en novembre 2016.	groupe avec une supervision par un kinésithérapeute ou un médecin. La définition initiale des écoles du dos était surtout de l'éducation, mais les auteurs notent que la définition d'une « école du dos » a varié selon les années. Les résultats sont détaillés selon douleur et fonction, selon l'évaluation à court / moyen / long terme, et selon le comparateur. Au total, l'efficacité n'était pas retrouvée dans la grande majorité des comparateurs, sauf parfois à court terme. Les auteurs ne recommandent pas l'utilisation d'écoles du dos.
Poquet <i>et al.</i> , 2016 (75)	Évaluation de l'efficacité des écoles du dos pour la lombalgie. La douleur et l'incapacité étaient les critères principaux de jugement.	Études randomisées contrôlées évaluant des écoles du dos <i>versus</i> absence d'intervention ou autre intervention chez des patients lombalgiques.	CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL et deux autres bases de données jusqu'en août 2015.	Cette étude est une actualisation d'une revue systématique de 2004. Quatre essais randomisés ont été inclus dans une analyse qualitative, mais aucune dans une analyse quantitative compte tenu de l'hétérogénéité des études. Les écoles du dos n'étaient pas plus efficaces que le placebo à court, moyen et long terme (évidence de qualité faible à très faible).
Marin <i>et al.</i> , 2017 (76)	Évaluation des programmes de réhabilitation multidisciplinaire pour la lombalgie subaiguë. Les critères de jugement étaient la douleur, l'incapacité et le statut professionnel.	Études randomisées contrôlées comparant un programme de réhabilitation multidisciplinaire à une autre prise en charge, pour des patients ayant une lombalgie depuis 6 semaines à 3 mois.	CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO et deux autres bases de données jusqu'en juillet 2016	Neuf études ont été incluses, toutes avec un haut risque de biais, notamment compte tenu de l'absence d'aveugle. L'inclusion dans un programme de réentraînement multidisciplinaire par rapport aux soins usuels permettait une diminution de la douleur (différence moyenne standardisée -0,46 [-0,70 à -0,21]), incapacité (-0,44 [-0,87

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				à -0.01]) et retour au travail (<i>odds ratio</i> 3,19 [1.46 à 6.98]). Lorsque la réhabilitation était comparée à d'autres interventions (programme de mobilisation et d'activité graduée, restauration fonctionnelle, éducation et conseils d'exercices, conseils psychologiques), il n'y avait pas de différence sur les critères de douleur, incapacité et temps au travail.
O'Keeffe <i>et al.</i> , 2016 (77)	Comparaison de l'efficacité de la kinésithérapie, d'interventions psychologiques/comportementales ou de leur association dans les douleurs rachidiennes chroniques. Les critères principaux de jugement étaient la douleur et l'incapacité.	Essais randomisés contrôlés évaluant l'une des trois interventions mentionnées (kinésithérapie, intervention psychologique/comportementale, association des deux) chez des patients ayant une douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire) chronique. Le bras contrôle devait être une intervention « active ».	<i>Academic Search</i> , MEDLINE, CINAHL, SPORTDiscus, <i>Biomedical Reference Collection</i> , AMED, PsycINFO PsycARTICLES EMBASE <i>Web of Science</i> jusqu'en janvier 2013	Vingt-quatre études ont été incluses, dont 21 avec un faible risque de biais. Vingt-deux études ont été incluses dans la méta-analyse. Il n'y avait pas de différence significative entre la kinésithérapie et les interventions psychologiques/comportementales sur la douleur à court terme (basé sur deux études, différence moyenne 0,03 [-0,52 à 0,57]) et moyen terme (basé sur trois études, différence moyenne -0,50 [-1,38 à 0,38]), ni sur l'incapacité. Une différence significative entre la kinésithérapie et l'association kinésithérapie/psychologie (en faveur de l'approche combinée) sur la douleur à court terme (cinq études, différence moyenne 0,52 [0,16 à 0,88]) et long terme (15 études, différence moyenne 0,47 [0,13 à 0,81]), mais

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				<p>pas à moyen terme (15 études, différence moyenne 0,14 [-0,10 à 0,39]). De même, l'incapacité était significative à court terme (cinq études, différence moyenne standardisée 0,27 [0,01 à 0,54]) et long terme (différence moyenne standardisée 0,25 [0,07 à 0,43]) mais pas à moyen terme (différence moyenne standardisée 0,12 [-0,06 à 0,30]).</p> <p>La comparaison entre psychologie et une intervention combinée n'a pas retrouvé de différence, basé sur une seule étude.</p>
Straube <i>et al.</i> , 2016 (78)	Évaluation de l'efficacité des écoles du dos pour la lombalgie chronique. Les critères principaux étaient la douleur et la fonction.	Essais randomisés contrôlés évaluant les écoles du dos <i>versus</i> autre traitement ou absence de traitement, chez des patients ayant une lombalgie chronique.	<i>Medline, Embase, Cochrane</i> jusqu'en octobre 2015	Trente-et-une études ont été incluses dans une revue qualitative. Compte tenu de l'hétérogénéité des comparateurs actifs, seules les études comparant une école du dos à des soins usuels ont été incluses dans la méta-analyse (cinq études ont été incluses). Les modalités d'écoles du dos étaient très hétérogènes. Le risque de biais était élevé pour la plupart des études. La douleur était réduite lors de l'évaluation à 1-2 mois (différence moyenne -1,08 [-1,73 à -0,43]), mais n'était plus significative à 6 mois (différence moyenne -1,35 [-2,74 à 0,04]). De même, l'incapacité était diminuée à 1-2 mois (différence moyenne -1,63 [-2,73 à -0,52]), mais pas à 6 mois (différence moyenne -0,95 [-2,09 à 0,18]).

Synthèse

Les recommandations danoises (8) et nord-américaines (10) centrées sur les lombalgies aiguës et subaiguës ne statuent pas sur les programmes de réadaptation multidisciplinaires. Ces programmes sont recommandés par l'ensemble des autres recommandations. Les recommandations belges (6) et britanniques (7) proposent de réaliser ces programmes en présence de facteurs psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement ou en cas d'échec d'une prise en charge antérieure. Les recommandations allemandes (12) les préconisent en cas d'échec d'une prise en charge antérieure.

Trois revues systématiques (74, 75, 78) ont évalué les écoles du dos. L'efficacité à court terme était contradictoire (faible à absente) ; l'ensemble de ces revues systématiques ont retrouvé une absence d'efficacité à long terme

Une revue systématique (76) a évalué les programmes de réhabilitation multidisciplinaire, retrouvant une efficacité sur la douleur, l'incapacité et le retour au travail par rapport aux soins usuels, mais pas lorsque comparé à d'autres interventions.

Une revue systématique (77) a comparé kinésithérapie, interventions psychologiques/comportementales ou leur association dans les douleurs rachidiennes, et a retrouvé une supériorité de l'association de ces traitements à la kinésithérapie seule à court et long terme, mais pas à moyen terme.

Recommandations

Il peut être envisagé un programme de réadaptation multidisciplinaire physique et psychologique (qui tienne compte des besoins et capacités spécifiques de chacun) chez les personnes présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistantes :

- si ces personnes présentent des facteurs psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, notamment un arrêt de travail prolongé ou ;
- en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée (grade B).

L'intensité du programme peut être modulée en fonction de la situation médicale, psychosociale et professionnelle du patient (AE).

Il est recommandé que les programmes comportent des exercices actifs supervisés, une approche multidisciplinaire, des thérapies cognitives et comportementales et des mesures d'ordre social et professionnel.

1.11.6 Ceinture lombaire

Tableau 34 Synthèse des recommandations sur le recours à une ceinture lombaire

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	Ceintures ou corsets ne sont pas recommandés.
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , 2016 (7)	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	Ne pas proposer de ceintures ou de corsets pour la prise en charge de lombalgie avec ou sans sciatique. Niveau de preuve : modéré à très faible
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	Recommandation de ne pas proposer de ceinture lombaire pour la lombalgie aiguë/subaiguë. Niveau de preuve : issu d'essais contrôlés randomisés et de revues systématiques. Absence de preuve disponible pour recommander ou pas l'utilisation de ceintures / corsets pour la lombalgie chronique. Niveau de preuve : issu d'accord d'experts

Synthèse : les recommandations belges (6), britanniques (7) et canadiennes (11) ne préconisent pas l'utilisation de ceinture lombaire. Les autres recommandations ne statuent pas. Aucune méta-analyse n'a été retrouvée sur ce sujet.

Recommandation

Ceintures ou contentions lombaires rigides n'ont pas montré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie (NP2), mais elles peuvent être envisagées sur une courte durée pour aider à une reprise d'activités (AE).

1.11.7 Semelles orthopédiques

Tableau 35. Synthèse des recommandations sur le recours à des semelles orthopédiques

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	Les semelles orthopédiques ne sont pas recommandées.
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , 2016 (7)	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	Ne pas proposer de semelles orthopédiques pour la prise en charge de lombalgie avec ou sans sciatique. Niveau de preuve modéré à très faible
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	Recommandation de ne pas proposer de semelles orthopédiques. Niveau de preuve : issu d'essais contrôlés randomisés et de revues systématiques

Synthèse : les recommandations belges (6), britanniques (7) et canadiennes (11) ne préconisent pas l'utilisation de semelles orthopédiques. Les autres recommandations ne statuent pas. Aucune méta-analyse n'a été retrouvée sur ce sujet.

Recommandation

Les semelles orthopédiques ne sont pas indiquées (grade B).

1.11.8 La neurostimulation électrique transcutanée (TENS)

Tableau 36. Synthèse des recommandations sur le recours à la stimulation électrique transcutanée

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	La TENS (neurostimulation électrique transcutanée), PENS (neurostimulation électrique percutanée) ainsi que les courants interférentiels ne sont pas recommandés.

Recommandation	Année	Pays	
<i>National Institute for Health and Care Excellence, 2016 (7)</i>	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	Ne pas proposer la TENS, PENS ainsi que les courants interférentiels pour la lombalgie avec ou sans sciatique. Niveau de preuve : faible à très faible
<i>Toward Optimized Practice, 2015 (11)</i>	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	<p>La TENS n'est pas recommandée pour les lombalgies aiguës. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>Ne pas proposer de TENS comme traitement exclusif de la lombalgie chronique. Niveau de preuve : issu de revues systématiques</p> <p>La TENS peut être utile comme adjuvant chez certains patients pour le contrôle de la douleur afin de réduire le besoin de médicaments. Un essai de courte durée (deux ou trois traitements) utilisant différents paramètres de stimulation devrait être suffisant pour déterminer si le patient répondra à cette modalité. Niveau de preuve : issu de revues systématiques Niveau de preuve : issu d'opinion d'experts</p>

Tableau 37. Revues systématiques évaluant le recours à la stimulation électrique transcutanée

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Wu <i>et al.</i> , 2018 (79)	Évaluation de l'efficacité de la stimulation transcutanée (TENS) pour le traitement de la lombalgie chronique. Les critères principaux étaient douleur et incapacité.	Études randomisées contrôlées évaluant l'efficacité du TENS par rapport à une stimulation placebo, absence d'intervention ou un traitement médicamenteux.	MEDLINE, CENTRAL, <i>Google Scholar</i> , ClinicalTrials.gov jusqu'en juin 2014	Douze essais ont été inclus. L'hétérogénéité entre les études était importante et les risques de biais importants. La TENS n'était pas plus efficace que le traitement contrôle pour la douleur (différence moyenne standardisée -0,20 [-0,58 à 0,18]). Elle était plus efficace sur l'incapacité chez les patients ayant un suivi de moins de 6 semaines (différence moyenne standardisée -1,24 [-1,83 à -0,65]), mais pas

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				lorsque le suivi était au-delà de 6 semaines.
Jauregui <i>et al.</i> , 2016 (80)	Évaluation de l'efficacité de la stimulation transcutanée dans la lombalgie chronique. Le critère principal était la douleur lombaire.	Études randomisées contrôlées, études en <i>crossover</i> , études de cohorte.	<i>PubMed, Ovid, Cochrane, Embase</i> de 1980 à mars 2015	Treize études ont été incluses. Les biais potentiels des études incluses ne sont pas discutés et la méthodologie de chaque étude non précisée. La différence moyenne standardisée pré- vs post-traitement était de 0,85/10 [0,44 à 1,25].

Synthèse : les recommandations belges (6), britanniques (7) et canadiennes (11) ne recommandent pas l'utilisation de TENS. Les autres recommandations ne statuent pas.

Deux revues systématiques (79, 80) ont retrouvé une efficacité discordante et au mieux faible de la TENS dans des études hétérogènes.

Recommandations

- La TENS n'a pas d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie (NP2).
- Il est rappelé que la prescription de TENS est réglementée.
- La TENS ne doit pas être proposée comme traitement unique de la lombalgie chronique. Elle peut être utile comme adjuvant chez certains patients pour le contrôle de la douleur afin de réduire le besoin de médicaments, en complément d'une prise en charge non médicamenteuse (AE).

Ces recommandations n'ont pas été rapportées dans la fiche mémo car la TENS fait l'objet d'une pratique réglementée.

1.11.9 Acupuncture

Tableau 38. Synthèse des recommandations sur le recours à l'acupuncture

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	L'acupuncture est sans recommandation claire.

Recommandation	Année	Pays	
<i>National Institute for Health and Care Excellence, 2016 (7)</i>	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	Ne pas proposer d'acupuncture pour la lombalgie avec ou sans sciatique. Niveau de preuve : haut à très bas
Stochkendahl <i>et al.</i> , 2018 (8)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2014 pour lomboradiculalgie – 2016 pour lombalgie). Limitée à la lombalgie aiguë ou subaiguë.	Danemark	Recommandation faible contre l'acupuncture dans la lombalgie : Ne proposez aux patients avec une lombalgie récente de l'acupuncture en supplément des soins usuels qu'après évaluation prudente (« <i>after careful consideration</i> »), car son effet est incertain. Niveau de preuve : modéré Recommandation faible contre l'acupuncture dans la sciatique. Ce n'est pas une bonne pratique de proposer de l'acupuncture de façon routinière aux patients présentant une compression nerveuse radiculaire. Niveau de preuve : sans objet (accord d'experts)
<i>American College of Physicians, 2017 (9, 13, 14)</i>	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	Recommandation 1 : Étant donné que la plupart des patients souffrant de lombalgie aiguë ou subaiguë s'améliorent avec le temps, peu importe le traitement, les cliniciens et les patients devraient choisir un traitement non pharmacologique avec chaleur superficielle (preuves de qualité moyenne), massage, acupuncture, ou manipulation de la colonne vertébrale (preuves de faible qualité).
<i>Institute for Clinical Systems Improvement, 2018 (10)</i>	2017 (recherche biblio jusqu'en 2017). Lombalgie chronique exclue de la recherche.	États-Unis (Minnesota)	Recommandation faible : L'acupuncture devrait être envisagée pour les douleurs lombaires subaiguës. Niveau de preuve : faible
<i>Toward Optimized Practice, 2015 (11)</i>	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	Recommandation pour la lombalgie chronique : Recommander l'acupuncture comme thérapie à court terme ou comme complément à un programme de réadaptation active plus large. Niveau de preuve : issu de revues systématiques.

Recommandation	Année	Pays	
Chenot <i>et al.</i> , 2017 (12)	2017	Allemagne	Les thérapies telles que la chaleur auto-administrée, thérapies manuelles telles que manipulations et mobilisations, massage, ergothérapie, école du dos, l'acupuncture peuvent être utilisées pour traiter les lombalgies chroniques dans le cadre d'un concept global, en combinaison avec des mesures thérapeutiques actives.

Tableau 39. Revues systématiques évaluant le recours à l'acupression auriculaire et au *dry needling*

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Yang <i>et al.</i> , 2017 (81)	Évaluation de l'efficacité de l'acupression auriculaire dans la lombalgie chronique	Études randomisées contrôlées évaluant l'acupression auriculaire ou non randomisées contrôlées comparant la réalisation des infiltrations par guidage échographique ou radiographique chez des patients ayant une lombalgie avec syndrome facettaire.	<i>PubMed, Cochrane, Embase</i> et trois bases de données chinoises jusqu'en mars 2016	Sept études ont été incluses (dont quatre avec un faible risque de biais). L'acupression était définie par la stimulation auriculaire pour améliorer les pathologies de l'ensemble de l'organisme, basé sur le principe de Nogier ou la théorie de l'énergie vitale utilisée dans la médecine chinoise. <i>Il est noté que les explications physiologiques reposant sur cette pratique n'ont pas de validation scientifique certaine.</i> L'acupression auriculaire diminuait la douleur à 4 semaines après traitement (différence moyenne standardisée -1,13 [-1,70 à -0,56]), mais pas l'incapacité (différence moyenne -1,99 [-4,93 à 0,95]). <i>Il est noté que trois études sont du même premier auteur, dont les deux études retrouvant le plus grand effet sur la douleur.</i>
Liu <i>et al.</i> , 2018 (82)	Évaluation de l'efficacité du <i>dry needling</i> sur les douleurs myofasciales	Essais randomisés contrôlés évaluant le <i>dry needling</i> chez des patients	<i>PubMed, Ovid, EBSCO, ScienceDirect, Web of Science, Cochrane</i>	Onze essais randomisés contrôlés ont été inclus. Les groupes contrôle étaient du <i>dry needling</i> superficiel, de l'acupression ou de l'acupuncture, ou

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	<p>(<i>trigger point</i>) dans la lombalgie. Les critères principaux étaient la douleur et l'incapacité.</p>	<p>ayant des <i>trigger point</i> myofasciaux associés à une lombalgie.</p>	<p>Library, CINAHL, et <i>China National Knowledge Infrastructure</i> jusqu'en janvier 2017</p>	<p>de la kinésithérapie. Il est noté que deux des 11 essais « randomisés » ont en fait du <i>dry needling</i> dans les deux bras de traitement. Un des deux essais n'a pas été inclus dans la méta-analyse, mais l'autre a été inclus (cet essai suggérait la plus grande efficacité du <i>dry needling</i> associé à de l'acupression, donc a minoré les résultats positifs de la méta-analyse). Par ailleurs, les biais des études incluses sont décrits, mais non gradés. Seuls trois essais étaient réalisés en aveugle. Dans la méta-analyse, le <i>dry needling</i> a diminué la douleur (différence moyenne standardisée -1,06 [1.77 à -0.3]) et l'incapacité (-0,76 [-1,46 à -0,06]). Néanmoins, deux études ayant comparé le <i>dry needling</i> seul versus associé à une autre thérapie ont retrouvé une efficacité supérieure de cette autre thérapie. Une des deux interventions était une éducation à la neuroscience de la douleur. Il est noté que la seconde étude en question dans son titre suggère une « clinical observation » et pas un essai randomisé contrôlé, ce point ne pouvant être vérifié (article en chinois, sans abstract en anglais).</p>
<p>de Castro Moura <i>et al.</i>, 2018 (83)</p>	<p>Évaluation de l'efficacité de la <i>cupping</i> thérapie dans la douleur rachidienne chronique. Le critère principal de jugement n'est pas précisé.</p>	<p>Essais randomisés contrôlés évaluant le traitement par <i>cupping</i> thérapie versus groupe contrôle (soins usuels, absence de soins, autre traitement) chez des</p>	<p>Medline, PubMed, Web of Science, CINAHL, PEDro, Embase, jusqu'en mai 2018</p>	<p>Seize études ont été incluses dans l'analyse qualitative et dix dans l'analyse quantitative. Le groupe contrôle était varié (faux <i>cupping</i>, paracétamol, soins usuels, liste d'attente, relaxation, chaleur, exercices, AINS). Le <i>cupping</i> était plus efficace que le groupe contrôle pour la réduction de la douleur (-1,59 [-2,07 à -1,1]).</p>

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
		patients ayant des douleurs rachidiennes chroniques (cervicales, dorsales, lombaires).		Aucune donnée n'a été analysée concernant l'incapacité. La qualité méthodologique était jugée « médiane » sur le score de Jadad (qui ne comprend que trois questions), sans que les biais ne soient détaillés dans l'article. Les auteurs notent que les mécanismes d'action de cette thérapeutique ne sont pas parfaitement connus.
Hu <i>et al.</i> , 2018 (84)	Evaluation de l'efficacité du <i>dry needling</i> dans la lombalgie.	Essais randomisés contrôlés ou « quasi » essai randomisés contrôlés (quasi : méthodes d'allocation par date de naissance, alternance, etc.) chez des patients ayant une lombalgie. Le groupe contrôle était de l'acupuncture, un placebo de <i>dry needling</i> , ou d'autres traitements « actifs » (médicaments, kinésithérapie, massages).	<i>PubMed</i> ; <i>EMBASE</i> ; <i>Ovid</i> ; <i>Web of Science</i> ; <i>Cochrane Library</i> ; <i>CINAHL</i> ; <i>ScienceDirect</i> ; <i>China National Knowledge Infrastructure (CNKI)</i> ; <i>Chinese Biomedical Literature Database (CBM)</i> jusqu'en octobre 2017	Seize études ont été incluses, dont neuf avec de l'acupuncture comme groupe contrôle. Toutes les études étaient avec un haut risque de biais. Lors du suivi, le <i>dry needling versus</i> placebo (deux études) était supérieur pour la douleur, mais pas l'incapacité (différence moyenne standardisée respective : -1.05 [-1.70 à -0.40] et -1.05 [-1.70 à -0.40]) Il n'y avait pas de différence sur la douleur et l'incapacité par rapport à l'acupuncture.

Synthèse : les recommandations britanniques (7) et danoises (8) ne recommandent pas l'acupuncture, tandis que les recommandations américaines (9) et du Minnesota (10) ainsi que canadiennes (11) recommandent son utilisation. Les Belges (6) ne statuent pas sur l'acupuncture. Les recommandations allemandes (12) laissent son utilisation possible si réalisée dans le cadre d'une prise en charge active. Aucune revue systématique de la littérature de langue anglaise n'a été retrouvée sur l'acupuncture. Une revue systématique sur l'acupression (81) a retrouvé une efficacité à court terme sur la douleur, mais pas l'incapacité. Une méta-analyse (82) a retrouvé une efficacité du *dry needling versus* placebo. Une méta-analyse (83) a retrouvé une efficacité de la *cupping* thérapie dans la douleur rachidienne chronique, tandis qu'une autre (84) n'en a pas retrouvé.

Recommandation

L'acupuncture, l'acupression et le *dry needling* n'ont pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie (NP2).

1.11.10 Activités sportives**Tableau 40. Synthèse des recommandations sur le recours aux activités sportives**

Recommandation	Année	Pays	
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9, 13, 14)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	Recommandation forte concernant la lombalgie chronique : Pour les patients souffrant de lombalgie chronique, les cliniciens et les patients devraient d'abord choisir un traitement non pharmacologique comprenant de l'exercice, une réadaptation multidisciplinaire, l'acupuncture, une réduction du stress basée sur la pleine conscience (preuves de qualité moyenne), le tai-chi, le yoga, le contrôle moteur, la relaxation progressive, le <i>biofeedback</i> électromyographique, le laser à faible intensité, le conditionnement opérant, les thérapies cognitivo-comportementales ou manipulations rachidiennes (preuves de faible qualité).
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	Il existe des preuves que les types de yoga Viniyoga et Iyengar peuvent être utiles dans le traitement des lombalgies chroniques. Aucune preuve n'a été trouvée pour recommander d'autres types de yoga. Niveau de preuve : issu de revues systématiques

Tableau 41. Revues systématiques sur le recours aux activités sportives

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Wieland <i>et al.</i> , 2017 (85)	Évaluation de l'efficacité du yoga pour la lombalgie chronique.	Études randomisées contrôlées comparant le yoga à une autre	CENTRAL, MEDLINE, Embase et cinq autres bases de données	Douze études ont été incluses. Les bras comparateurs étaient soit des interventions sans exercices ou pas d'intervention (sept études), des

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	Les critères d'évaluation étaient la douleur, l'incapacité, et les effets secondaires.	intervention ou à une absence d'intervention. Les études évaluant le yoga + une autre thérapie <i>versus</i> cette autre thérapie étaient également incluses.	jusqu'en mars 2016	<p>exercices (trois études) ou à la fois des exercices et des interventions autres (deux études). Les formes de yoga réalisées étaient de type Iyengar, Hatha, ou Viniyoga. Toutes les études étaient à haut risque de biais, et l'hétérogénéité des études était importante.</p> <p>Le yoga comparé à l'absence d'exercices était efficace sur l'incapacité à 3, 6 et 12 mois (différence moyenne standardisée respective -0,40 [-0,66 à -0,14] ; -0,44 [-3.60 à -0.76] ; -0,26 [-0.46 à -0.05]), et sur la douleur à 3, 6 et 12 mois (différence moyenne -4.55, [-7.04 à -2.06] ; -7.81 [-13.37 à -2.25] ; -5.40 [-14.50 à -3.70]). Six études rapportaient des effets secondaires, avec un risque majoré de 5 % de majoration des douleurs lombaires.</p> <p>Le yoga comparé à des exercices ne retrouvait pas de différence d'incapacité à 3, 6 et 12 mois, ni de douleur à 7 mois. Il n'y avait pas de différence d'effets secondaires.</p> <p>Le yoga associé aux exercices <i>versus</i> exercices seuls, dans un seul essai, ne retrouvait pas de différence de douleur ou d'incapacité à 10 semaines.</p>
Lin <i>et al.</i> , 2016 (86)	Évaluation des pilates dans la lombalgie chronique. Les critères de jugement n'étaient pas définis dans le	Essais randomisés contrôlés comparant pilates <i>versus</i> soins usuels ou autres exercices chez des patients lombalgiques chroniques	<i>PubMed</i> , <i>PEдро</i> , <i>Medline</i> , <i>Cochrane Library</i> jusqu'en octobre 2015	Huit études ont été incluses. Les études étaient hétérogènes, et une méta-analyse n'était réalisée que sur la partie pilates <i>versus</i> exercices, mais pas pilates <i>versus</i> groupe contrôle (soins usuels). Les pilates étaient plus efficaces que les soins usuels pour réduire douleur et incapacité, mais

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	paragraphe méthode (douleur, incapacité, impression globale de changement et kinésiophobie sont reportés)			n'étaient pas plus efficaces lorsque comparés aux exercices de kinésithérapie.
Sithipornvorakul <i>et al.</i> , 2018 (87)	Évaluation de la promotion de la marche dans la lombalgie chronique. Les critères de jugement étaient la douleur, l'incapacité et la qualité de vie.	Études randomisées contrôlées comparant la promotion de la marche (« <i>walking interventions</i> ») à d'autres interventions non pharmacologiques chez des patients ayant une lombalgie chronique.	<i>PubMed, Science Direct, Web of Science, Scopus, PEDro et The Cochrane Library</i> de 1980 à octobre 2017	Neuf études ont été incluses, dont sept avec un faible risque de biais. La promotion de la marche était aussi efficace que les autres interventions sur la douleur et l'incapacité à court et moyen terme (évidence de qualité moyenne). Ajoutée aux autres interventions, la marche n'améliorait pas les critères de jugement. Les autres interventions en question étaient le plus souvent des exercices.
Vanti <i>et al.</i> , 2017 (88)	Évaluation de la marche par rapport aux exercices dans la lombalgie chronique. Le critère principal était la douleur.	Essais randomisés contrôlés incluant marche par rapport aux exercices, ou marche + exercices versus exercices seuls.	CINAHL, MEDLINE, PEDro, CENTRAL, PsycINFO et <i>Sport Discus</i> jusqu'en décembre 2016	Cinq essais randomisés contrôlés ont été inclus. L'efficacité de la marche était identique aux exercices à court, moyen et long terme. Ajouter la marche aux exercices n'améliorait pas les patients. <i>Il est noté que quatre sur les cinq études étaient notées de haute qualité, mais selon les critères PEDro et pas Grade. Il n'est pas possible de donner le niveau de preuve selon cette méta-analyse.</i>
Ribaud <i>et al.</i> , 2013 (89)	Évaluation des activités physiques pouvant être recommandées chez des patients lombalgiques chroniques après rééducation. Le critère principal était la douleur.	Études prospectives ou rétrospectives, cas-contrôle ou observationnelles.	<i>PubMed, Science Direct, CENTRAL</i> jusqu'en 2011	Treize études ont été incluses. La description pour chacun des sports était qualitative, aucune méta-analyse n'était réalisée. Les activités sportives, à l'exception des jeux de ballon qui n'ont pas été étudiés, peuvent être reprises après rééducation, à un niveau faible ou en dessous d'un niveau de compétition. Les données principales concernaient natation, marche, vélo et tai-chi, mais plusieurs

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				autres sports étaient discutés (golf, course à pied, tennis, etc.)

Synthèse : les recommandations belges (6), danoises (8) et canadiennes (11) encouragent la réalisation d'exercices physiques (texte dans le paragraphe sur l'autogestion). Les recommandations nord-américaines (9) et canadiennes (11) préconisent la pratique du yoga, mais ne statuent pas sur l'activité physique en général.

Quatre revues systématiques (85-88) ont évalué le yoga, les pilates, la promotion de la marche. Pour chacune de ces activités physiques, l'association à un traitement usuel était bénéfique sur les critères de jugement, mais n'était pas significative lorsque comparé ou ajouté à d'autres interventions actives.

Une revue systématique qualitative (89) a évalué les sports réalisables après rééducation et a retrouvé la possibilité de reprendre une activité physique à un niveau faible.

Recommandation

Il est recommandé de réaliser une activité physique dès que possible en cas de lombalgie avec ou sans radiculalgie (grade B). Le choix de l'activité physique doit prendre en compte la préférence du patient et la possibilité de réaliser une activité progressive et fractionnée (AE). Il est souhaitable d'encourager le développement de prescription d'activités physiques adaptées.

1.11.11 Relaxation, sophrologie, hypnose

Tableau 42. Synthèse des recommandations sur le recours à la relaxation, à la sophrologie ou à l'hypnose

Recommandation	Année	Pays	
<i>American College of Physicians</i> , 2017 (9, 13, 14)	2017 (recherche biblio jusqu'en 2016)	États-Unis	Recommandation forte concernant la lombalgie chronique : Pour les patients souffrant de lombalgie chronique, les cliniciens et les patients devraient d'abord choisir un traitement non pharmacologique comprenant de l'exercice, une réadaptation multidisciplinaire, l'acupuncture, une réduction du stress basée sur la pleine conscience (preuves de qualité moyenne), le tai-chi, le yoga, le contrôle moteur, la relaxation progressive, le <i>biofeedback</i> électromyographique, le laser à faible intensité, le conditionnement

Recommandation	Année	Pays	
			opérant, les thérapies cognitivo-comportementales ou manipulations rachidiennes (preuves de faible qualité).
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	Il existe des preuves que les types de yoga Viniyoga et Iyengar peuvent être utiles dans le traitement des lombalgies chroniques. Aucune preuve n'a été trouvée pour recommander d'autres types de yoga. Niveau de preuve : issu de revues systématiques

Tableau 43. Revues systématiques évaluant le recours à la relaxation, à la sophrologie ou à l'hypnose

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Sielski <i>et al.</i> , 2017 (90)	Évaluation de l'efficacité du <i>biofeedback</i> dans la rachialgie chronique. Le critère principal était la douleur.	Études randomisées ou non, avec ou sans bras contrôle, évaluant au moins en partie le <i>biofeedback</i> (au moins 25 % du temps réalisant du <i>biofeedback</i>) chez des patients ayant une douleur rachidienne (pas uniquement lombaire).	PubMed, PsycINFO et Cochrane Libray jusqu'en avril 2014	Vingt-et-une études ont été incluses. Le <i>biofeedback</i> était réalisé par EMG pour 18 d'entre elles (les électrodes étaient placées sur les muscles lombaires pour la plupart d'entre elles), deux par la respiration et une par la position. Onze études incluaient uniquement du <i>biofeedback</i> , les autres l'associaient à d'autres techniques (relaxation, kinésithérapie, thérapie cognitivo-comportementale, psychoéducation, ou une association de ces techniques). Un suivi de 3 à 24 mois était disponible pour 11 d'entre elles. <i>Il est noté que le risque de biais des études était évalué avec une échelle inventée par un des auteurs, et pas par une échelle validée (les scores des études étaient très variables).</i> Une diminution de la douleur était observée entre pré- et post-traitement (effet taille 0,60 [0,44 à 0,76]) et entre pré-traitement et suivi (effet taille 0,62 [0,40 à 0,84]). L'incapacité était également diminuée en

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				post-traitement et au suivi (effet taille respectif 0,54 [0,34 à 0,74] et 0,44 [0,22 à 0,65]). La diminution de la douleur était également significative lorsque seuls les essais contrôlés étaient inclus, seuls les essais avec un bras contrôle actif, ou seuls les essais avec éducation et thérapies cognitivo-comportementales.
Anheyer <i>et al.</i> , 2017 (91)	Evaluation de l'efficacité de la réduction du stress basée sur la pleine conscience pour la lombalgie. Les critères principaux étaient douleur et fonction.	Études randomisées contrôlées évaluant la réduction du stress basée sur la pleine conscience <i>versus</i> soins usuels ou <i>versus</i> autre thérapie active.	<i>PubMed, Scopus, Cochrane Library, PsycINFO</i> jusqu'en juin 2016	Sept études ont été incluses, le risque de biais était en général faible. En comparaison avec les soins usuels (quatre études), la réduction du stress basée sur la pleine conscience améliorait à court terme la douleur (différence moyenne -0,96/10 [-1,64 à -0,34]) et la fonction (différence moyenne standardisée 0,25 [0,09 à 0,41]), mais pas à long terme. En comparaison avec des traitements actifs (trois études), aucune différence n'était rapportée à court ou long terme.

Synthèse : les recommandations américaines (9) et canadiennes (11) recommandent le yoga (texte dans le paragraphe sur les activités sportives), qui comprend une part de relaxation. La relaxation, la méditation de pleine conscience, le *biofeedback* sont également recommandés par les recommandations américaines.

Une revue systématique (90) a évalué l'efficacité du *biofeedback* dans la rachialgie chronique, et a retrouvé une efficacité comparé aux traitements usuels ou avec un bras contrôle actif.

Une revue systématique (91) a évalué la réduction du stress basée sur la pleine conscience, retrouvant une efficacité sur la douleur à court et long terme, et sur la fonction à court terme lorsque comparé aux soins usuels, mais pas lorsqu'elle était comparée à d'autres traitements actifs.

Aucune donnée n'a été retrouvée pour l'hypnose.

Recommandation

Il peut être envisagé de réaliser des techniques de relaxation, de « méditation pleine conscience » ou d'hypnose, mais uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale, associée à une prise en charge du patient (AE).

1.11.12 Radiofréquence

Tableau 44. Synthèse des recommandations sur le recours à la radiofréquence

Recommandation	Année	Pays	
Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017 (6)	2017 (données scientifiques jusqu'en décembre 2015, issues de <i>guidelines</i> sans nouvelle recherche biblio)	Belgique	<p>Recommandations dénervation par radiofréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - envisagez une évaluation en vue d'une dénervation par radiofréquence chez les personnes présentant une lombalgie chronique avec suspicion de syndrome facettaire lorsque : <ul style="list-style-type: none"> ● la prise en charge non chirurgicale multimodale et <i>evidence-based</i> n'a pas fonctionné et, ● la source principale de la douleur semble provenir des structures concernées par les branches médiales du rameau nerveux postérieur et, ● le patient présente au moment où il est référé une douleur lombaire localisée de niveau modéré ou sévère (évaluée à 5 ou plus sur une échelle numérique 0-10 d'intensité de la douleur). <p>Il est inutile de réaliser une imagerie en préalable à une dénervation par radiofréquence. Niveau de la recommandation : faible. Niveau de preuve : moyen à très faible ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne procédez à une dénervation par radiofréquence chez les personnes présentant une lombalgie chronique qu'après avoir obtenu une réponse positive à un bloc diagnostique de la branche médiale. Niveau de la recommandation : opinion d'experts. Niveau de preuve : sans objet.
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , 2016 (7)	2016 (recherche biblio jusqu'en décembre 2015)	Royaume-Uni	<p>Envisager l'aiguillage pour l'évaluation de la dénervation par radiofréquence pour les personnes souffrant de lombalgie chronique quand :</p> <p>Le traitement non chirurgical n'a pas fonctionné pour elles et on pense que la principale source de douleur provient des structures</p>

Recommandation	Année	Pays	
			<p>fournies par le nerf médian de la branche et qu'elles présentent des niveaux modérés ou sévères de douleurs dorsales localisées (évaluées à 5 ou plus sur une échelle visuelle analogique, ou l'équivalent) au moment de la consultation.</p> <p>Ne procéder à la dénervation par radiofréquence que chez les personnes souffrant de lombalgie chronique après une réponse positive à un bloc diagnostique des branches du nerf médian. N'offrez pas d'imagerie aux personnes souffrant de syndrome facettaire comme condition préalable à la dénervation par radiofréquence.</p> <p><i>Il est noté que le niveau de preuve n'est pas précisé dans le document, contrairement à ce qui est réalisé pour toutes les autres recommandations du NICE. Les auteurs statuent que la recommandation est basée sur sept essais contrôlés randomisés, malgré certaines critiques sur l'inclusion des patients.</i></p> <p>Recos sur la chirurgie rachidienne</p>

Tableau 45. Méta-analyses évaluant l'efficacité de la radiofréquence

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Al-Najjim <i>et al.</i> , 2018 (92)	Évaluation de l'efficacité de la dénervation par radiofréquence pour la lombalgie. Les critères de jugement ne sont pas précisés.	Études randomisées contrôlées comparant dénervation par radiofréquence <i>versus</i> procédure placebo chez les patients ayant une lombalgie sur syndrome facettaire.	Ovid, EMBASE, PubMed depuis janvier 2000 jusqu'en août 2016	<p>Quatre études randomisées en double aveugle ont été incluses, les patients inclus avaient tous eu une confirmation de « l'origine » facettaire par réalisation d'une infiltration articulaire postérieure avant réalisation du geste (deux des études ont réalisé deux ou trois infiltrations positives préalables). La procédure placebo était toujours le même geste sans chauffer l'électrode de radiofréquence.</p> <p><i>Cet article est une revue systématique mais pas une méta-analyse, donc des résultats globaux ne peuvent être rapportés.</i></p> <p>Une étude retrouve une amélioration des paramètres cliniques,</p>

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
				une autre retrouve une différence à 4 semaines mais pas à 3 mois, et deux études ne retrouvent pas de différence significative. Les effets secondaires ne sont pas rapportés. Les auteurs concluent à une « évidence conflictuelle » de l'intérêt de la radiofréquence.
Lee <i>et al.</i> , 2017 (93)	Évaluation de l'efficacité de la dénervation par radiofréquence pour la lombalgie chronique d'origine facettaire. Le critère principal était la douleur.	Études randomisées contrôlées comparant une dénervation par radiofréquence à une dénervation placebo ou à un bloc articulaire postérieur, chez des patients ayant une lombalgie chronique d'origine facettaire.	Pubmed, EMBASE, Web of Science, Cochrane jusqu'en octobre 2016	Sept études randomisées contrôlées ont été incluses. <i>Il est noté qu'aucune évaluation du risque de biais des études incluses n'a été réalisée.</i> La radiofréquence ne diminuait pas la douleur à 1 à 3 mois de suivi (différence moyenne 0,51 [-0,45 à 1,47]), mais diminuait significativement à 6 mois (différence moyenne 1,52 [0,16 à 2,89]) et 12 mois (différence moyenne 3,55 [0,51 à 6,59]). <i>Il est noté que les résultats discordants entre ces deux méta-analyses correspondent à une inclusion différente : seule une étude est présente à la fois dans les deux méta-analyses.</i>
Contreras Lopez <i>et al.</i> , 2019 (94)	Comparaison de l'efficacité de la radiofréquence continue versus pulsée dans la lombalgie chronique d'origine facettaire. Le critère principal était la douleur.	Études randomisées contrôlées comparant la radiofréquence continue à la radiofréquence pulsée chez des patients ayant un double bloc positif en faveur d'une origine facettaire de la lombalgie.	Pubmed, Embase, Cochrane, Clinical trials et LILACS ont été recherchés, mais avec des dates limites allant de 2016 à 2018 (sans que cette différence de date ne soit justifiée dans l'article)	Trois études ont été incluses, correspondant à 103 patients (39 dans le groupe pulsée, 44 dans le groupe continue, 20 dans un groupe contrôle). <i>Il est noté que le paragraphe statistiques n'existe pas, que les données entre ces trois études n'ont pas été poolées (revue systématique sans méta-analyse).</i> Les auteurs concluent à la moindre efficacité de la radiofréquence pulsée par rapport à la radiofréquence continue.

Synthèse : seules les recommandations belges (6) et britanniques (7) statuent sur l'intérêt de la dénervation par radiofréquence. Toutes deux recommandent d'envisager son utilisation uniquement en échec du traitement non invasif et en cas de diagnostic de bloc de branche positif. Deux méta-analyses (92, 93) sont conflictuelles entre elles sur les résultats de la dénervation, compte tenu de critères de sélection différents (limitation dans le temps des analyses incluses, possibilité d'inclure des études avec un bras contrôle étant un bloc diagnostic, possibilité d'inclure des études avec une radiculalgie prédominante).

Recommandation

Une dénervation par radiofréquence (cf. définition) peut être envisagée uniquement en présence d'une lombalgie résistante aux traitements usuels (y compris une prise en charge multidisciplinaire) chez des patients présentant deux blocs diagnostics facettaires positifs (grade B).

Ces recommandations n'ont pas été rapportées dans la fiche mémo car la dénervation par radiofréquence est peu pratiquée en France.

1.11.13 Stimulation médullaire**Tableau 46. Revue systématique évaluant l'efficacité de la stimulation médullaire**

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Grider <i>et al.</i> , 2016 (95)	Évaluation de l'efficacité de la stimulation médullaire	Études randomisées contrôlées évaluant l'utilisation de stimulation médullaire pour les douleurs rachidiennes (pouvant être cervicales, dorsales ou lombaires) avec au moins 12 mois de suivi et au moins 20 patients dans chaque groupe, chez des patients ayant des douleurs rachidiennes depuis au moins 6 mois.	<i>PubMed, Cochrane Library, US National Guideline Clearinghouse, Clinical Trials</i> jusqu'en mars 2015	Six études ont été incluses, toutes dans des populations de patients présentant des douleurs lombaires post-chirurgicales. Trois études évaluaient l'efficacité de la stimulation tandis que trois évaluaient les modalités de stimulation. Compte tenu du faible nombre d'études, une méta-analyse n'a pas été réalisée. Les trois études ayant évalué l'efficacité ont toutes retrouvé une amélioration des douleurs (55 % vs 80 %, 52 % vs 10 %, 18 % vs 48 %). L'analyse de l'évidence a été gradée selon l' <i>American Society of Interventional Pain Physicians</i> (gradée de 1 à 5). Les auteurs concluent à une évidence significative (grade 1 à 2) en faveur de la stimulation médullaire pour la douleur lombaire post-chirurgicale et une évidence modérée (grade 2 à 3) pour la stimulation de haute fréquence.

Synthèse : aucune recommandation n'évoque la stimulation médullaire. Une revue systématique (sans méta-analyse) retrouve une efficacité de la stimulation médullaire dans la douleur lombaire post-chirurgicale. La stimulation médullaire est indiquée en France pour, entre autres, des douleurs chroniques d'origine neuropathique après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins 1 an. Elle est décrite comme une technique de dernier recours.

Recommandation

En cas de douleurs avec une composante neuropathique, après échec des autres alternatives thérapeutiques (y compris une prise en charge multidisciplinaire), une stimulation médullaire peut se discuter en centre d'évaluation et traitement de la douleur (AE). La prescription de la stimulation médullaire est règlementée.

1.11.14 Traitement par ozone

Tableau 47. Revue systématique évaluant l'efficacité de l'ozone

Auteurs, année, référence	Question Critère de jugement	Critère de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite,	Résultats et signification
Costa <i>et al.</i> , 2018 (96)	Évaluation de l'efficacité de l'ozone dans les lombalgies avec hernie discale. Le critère de jugement principal était la douleur.	Études comparant ozone <i>versus</i> autre thérapeutique chez les patients lombalgiques avec une hernie discale. La population précisément incluse n'était pas détaillée.	<i>PubMed, Scopus</i> . La date de fin de recherche n'est pas précisée.	Sept études ont été incluses. Le risque de biais n'a pas été recherché, en raison, selon les auteurs, d'une hétérogénéité des études. Une étude a comparé ozone <i>versus</i> microdiscectomie, avec un meilleur résultat de la technique chirurgicale. Six études ont comparé l'ozone à un groupe contrôle, à un placebo ou à une injection de corticoïdes, et ont toutes retrouvé une amélioration de la douleur plus importante dans le groupe ozone. Une méta-analyse n'a pas été réalisée.
de Oliveira Magalhaes <i>et al.</i> , 2012 (97)	Évaluation de l'efficacité de l'ozone dans les lombalgies avec hernie discale. Le critère de jugement principal était la douleur entre 6	Études comparant l'ozone dans des études randomisées contrôlées ou observationnelles chez des patients ayant une lombalgie avec hernie	<i>Pubmed Embase, Cochrane, DARE</i> jusqu'en septembre 2011	Huit études observationnelles et quatre essais randomisés contrôlés ont été inclus. Les données étaient hétérogènes. Le traitement par ozone était retrouvé efficace dans les études observationnelles comme les essais randomisés. Une méta-analyse sur les essais randomisés retrouvait un <i>Odds Ratio</i> en

Auteurs, année, référence	Question Critère de jugement	Critère de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite,	Résultats et signification
	semaines et 6 mois.	discale.		faveur de l'ozone à 2,66 [1,94 à 3,63]. Il n'y avait pas de différence d'effets secondaires entre les deux bras. Les auteurs soulignent la faiblesse des critères diagnostiques d'inclusion.

Synthèse : aucune recommandation ne se prononce sur l'intérêt de l'ozone dans le cadre de lombalgies sur discopathie dégénérative ou sur hernie discale. Une méta-analyse (96) semble retrouver une efficacité de l'ozone, mais la qualité de cette méta-analyse est très faible (pas de description de la population, pas de limite de recherche, pas d'analyse systématique des biais, pas de méta-analyse). Compte tenu de ces limitations, une précédente méta-analyse a été recherchée manuellement en dehors de la période initialement prévue et a retrouvé également une efficacité de l'ozone en présence d'une hernie discale. Il est noté que ces deux études parlent de lombalgie sans préciser ou non l'existence d'une composante radiculaire.

Recommandation

En l'absence d'études de bonne qualité, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité de l'ozone (AE).

Cette recommandation n'a pas été rapportée dans la fiche mémo car le traitement par ozone est peu pratiqué en France.

1.12 Aspects de prévention secondaire : comment éviter une récurrence de lombalgie ?

Tableau 48. Synthèse des recommandations sur les aspects de prévention secondaire

Recommandation	Année	Pays	
<i>Toward Optimized Practice</i> , 2015 (11)	2015 (recherche biblio jusqu'en 2014)	Canada (Alberta)	Recommandation pour l'exercice : Recommandez de faire de l'activité physique. Il n'y a pas de preuves concluantes à recommander pour ou contre un type d'exercice particulier ou la fréquence/intensité de l'entraînement.

Recommandation	Année	Pays	
			<p>Informer les patients qui se rétablissent d'un épisode de lombalgie aiguë que les épisodes récurrents sont fréquents et que le fait de demeurer physiquement actif et de faire de l'exercice régulièrement peut réduire la probabilité de récurrence.</p> <p>Niveau de preuve : issu de revue systématique et issu de consensus d'experts</p>

Tableau 49. Méta-analyses évaluant l'efficacité de différentes interventions en prévention secondaire

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Shiri <i>et al.</i> , 2016 (98)	Évaluation de l'effet de l'activité physique sur l'apparition d'une radiculalgie.	Études de cohorte, transversales, cas contrôle évaluant l'apparition d'une radiculalgie et quantifiant l'activité physique. La population incluse n'est pas définie.	<i>Pubmed, Embase, Web of Science, Scopus, Google scholar et ResearchGate</i> jusqu'en août 2015	<p>Dix études de cohorte, quatre études cas-contrôle et quatre études transversales ont été sélectionnées et incluses dans la méta-analyse. Six études avaient un faible risque de biais, dix un risque modéré et deux un risque élevé.</p> <p>Dans les études de cohorte prospectives, en comparaison avec l'absence d'activité physique régulière, un haut niveau d'activité physique (au moins quatre fois par semaine) était inversement associé (rôle protecteur) à la survenue d'une sciatique (risque ratio 0,88 [0,78 à 0,99]). Il n'y avait pas d'association significative pour une activité modérée (une à trois fois par semaine, risque ratio 0,93 [0,82 à 1,05]) ou faible (moins d'une fois par semaine, risque ratio 0,99 [0,86 à 1,13]).</p> <p>Dans les études transversales, une activité physique était associée à une plus forte prévalence de radiculalgie : prévalence ratio de 1,29 [1,09 à 1,53] pour une activité de moins d'une fois par semaine, et de 1,34 [1,02 à 1,77] pour une activité sportive une à trois fois par semaine.</p>

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
Shiri et Falah-Hassani, 2017 (99)	Évaluation de l'effet protecteur contre la lombalgie des activités physiques de loisirs. Les critères principaux étaient la présence d'une lombalgie dans le dernier mois, dans les derniers 6-12 mois, la présence d'une lombalgie récurrente, d'une lombalgie chronique, les arrêts de travail et hospitalisations liés aux lombalgies.	Inclusion d'études de cohorte prospectives évaluant la survenue d'une lombalgie.	<i>PubMed, Embase, Web of Science et Google Scholar</i> jusqu'en juillet 2016	Trente-six études ont été incluses (correspondant à 158 475 patients). Une activité physique était définie par un sport ou une autre activité physique réalisée au moins une à deux fois par semaines, au moins ½ à 1 heure. Une activité physique réduisait le risque de lombalgie fréquente ou chronique (risque relatif 0,89 [0,82 à 0,97] chez les faiblement actifs, 0,86 [0,79 à 0,94] chez les modérément actifs, 0,84 [0,75 à 0,93] chez les personnes très actives). En revanche, la prévalence d'une lombalgie dans les 6-12 derniers mois n'était pas modifiée par l'activité physique. Les auteurs soulignent l'interprétation prudente de cette méta-analyse compte tenu des limitations des études originales.
Shiri <i>et al.</i> , 2018 (100)	Évaluation des exercices pour la prévention de la lombalgie.	Essais randomisés contrôlés ou essais contrôlés non randomisés. Les patients inclus pouvaient avoir des douleurs lombaires ou pas à l'inclusion.	<i>PubMed, Embase, Cochrane Library, Google Scholar, ResearchGate et Clinicaltrials.org</i> jusqu'en juin 2017	Treize essais randomisés contrôlés ont été inclus et trois essais non randomisés. Des exercices seuls diminuaient le risque de lombalgie de 33 % (risque ratio 0,67 [0,53 à 0,85]) et les exercices combinés à de l'éducation de 27 % (risque ratio 0,73 [0,59 à 0,91]). La sévérité de la lombalgie et l'incapacité étaient également plus faibles dans les exercices de groupes. Les auteurs concluent à l'intérêt de réaliser des exercices deux à trois fois par semaine, associant des exercices de renforcement avec des étirements ou des exercices aérobies.
Steffens <i>et al.</i> , 2016 (101)	Évaluation de l'efficacité des interventions pour la prévention de la lombalgie. Le critère principal était	Essais randomisés contrôlés évaluant une stratégie de prévention de la lombalgie.	MEDLINE, <i>Embase, Physiotherapy Evidence Database Scale, CENTRAL</i> jusqu'en novembre 2014	Vingt-et-une études ont été incluses. Les exercices associés à l'éducation réduisaient le risque de nouvel épisode de lombalgie (risque relatif 0,55 [0,41 à 0,74], évidence de qualité modérée), sans effet sur les arrêts de travail (0,74 [0,44 à 1,26],

Auteurs, année, référence	Question Critères de jugement	Critères de sélection des articles Population	Recherche documentaire, date de recherche limite	Résultats et signification
	un épisode de lombalgie.			<p>évidence de faible qualité).</p> <p>Une éducation seule n'avait pas d'efficacité sur la survenue d'un épisode ou sur les arrêts de travail (évidence de faible qualité).</p> <p>Les exercices seuls diminuaient le risque de douleur (0,65 [0.50 à 0.86]) et d'arrêts de travail (0.22 [0,06 à 0,76]), évidence de faible à très faible qualité.</p> <p>Les ceintures lombaires ou les chaussures sur mesure n'avaient pas d'effet protecteur.</p>

Synthèse : seules les recommandations canadiennes (11) recommandent la réalisation d'exercices physiques pour diminuer la probabilité de récurrence de lombalgie. Les autres recommandations n'ont pas évalué les aspects de prévention secondaire.

Quatre méta-analyses (dont trois du même auteur) (98-101) retrouvent une efficacité des exercices, plus ou moins associés à de l'éducation, ou d'une activité physique pour diminuer la probabilité de récurrence de lombalgie. Une des études (98) retrouve cette association dans les études prospectives, mais pas les études transversales.

Recommandation

Il est recommandé aux personnes ayant présenté une lombalgie de pratiquer régulièrement une activité physique et/ou des exercices d'auto-rééducation afin de diminuer le risque de récurrence (grade B). Le choix de l'activité physique doit prendre en compte la préférence du patient (AE).

2. Version soumise aux parties prenantes

Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune

Janvier 2019

La lombalgie est définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes. La lombalgie commune¹ désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. liste des « drapeaux rouges »).

La lombalgie chronique est définie par une lombalgie de plus de 3 mois.

Il est proposé d'utiliser le terme de « poussée aiguë de lombalgie » plutôt que lombalgie aiguë afin d'englober les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements médicamenteux ou non médicamenteux ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles.

Il est proposé d'utiliser le terme de « lombalgie à risque de chronicité » pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à trois mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes).

Il est proposé d'utiliser le terme de « lombalgie récidivante » en cas de récurrence de lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité.

Un algorithme de prise en charge est proposé ci-après : les recommandations relatives à certaines étapes sont détaillées ci-dessous.

¹ Le terme lombalgie « commune » est préféré à celui de « lombalgie non spécifique » en pratique courante.

Evaluation initiale d'une douleur lombaire

L'évaluation des **signes d'alerte** (cf. « drapeaux rouges ») orientant vers une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente doit être réalisée pour toute douleur lombaire récente, ou aggravation des symptômes ou apparition de nouveaux symptômes.

La recherche de ces signes d'alerte doit rester à l'esprit du praticien à tous les stades de la lombalgie, notamment en cas de poussée aiguë de lombalgie survenant dans le cadre d'une douleur chronique, ou en cas de modification des symptômes cliniques. La spécificité des signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges ») pris isolément est limitée ; c'est leur combinaison qui doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie sous-jacente à la douleur justifiant une prise en charge spécifique.

Evaluation du risque de chronicité

Une évaluation précoce des **facteurs de risques psychosociaux** (cf. « drapeaux jaunes ») est recommandée afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité, et établir une prise en charge adaptée au risque.

Certains éléments (peurs et croyances, contextes psychologique et social) doivent être identifiés précocement.

En complément de cette évaluation, un questionnaire composite comme le **STarT Back screening tool** (qui propose une prise en charge stratifiée sur le risque), la version courte du **questionnaire Örebro** (qui est prédictif de l'absentéisme) peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chronicité. D'autres questionnaires plus spécifiques tels que le **FABQ** (évaluant le niveau de peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie) ou l'**HAD** (évaluant le niveau d'anxiété et de dépression) peuvent aussi être utilisés.

Les **facteurs de risques d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail** (cf. « drapeaux bleus et noirs ») doivent être recherchés en cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés au-delà de 4 semaines. Dans ce cas, l'expertise du médecin du travail doit être envisagée.

Prise en charge globale du patient

La prise en charge doit être centrée sur le patient lombalgique en prenant en compte ses dimensions physique, psychologique et sociale. Cette prise en charge globale est habituellement nommée « bio-psycho-sociale ».

Il est recommandé d'expliquer au patient les termes du diagnostic et de délivrer une information rassurante quant à l'évolution de la lombalgie commune (généralement favorable en quelques semaines).

En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité, il peut être utile d'adresser le patient à un médecin de second recours. Le type de médecin à qui adresser (rhumatologue, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, puis si indiqué en 3^e intention le spécialiste de la douleur, ou le chirurgien du rachis), et le délai avant d'adresser dépendent à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge le patient, de la situation individuelle et des préférences du patient, et des ressources du système de soins disponibles localement.

Il est important de veiller à la cohérence des propositions thérapeutiques au sein de l'équipe pluridisciplinaire en raison du caractère délétère des discours discordants.

Résumé des drapeaux rouges, jaunes, bleus et noirs²

Drapeaux rouges (pathologies graves)

Age < 20 ans ou > 55 ans
Antécédents traumatisme violent
Douleur constante, progressive, non mécanique
Douleur dorsale
Antécédents médicaux de tumeur
Utilisation prolongée de corticoïdes
Toxicomanie, immunosuppression, infection VIH
Altération de l'état général, amaigrissement, fièvre
Symptômes neurologiques étendus
Déformation rachidienne

Drapeaux jaunes (personne)

- Pensées
Catastrophisme
Croyances sur l'état, la douleur, la nocivité
Attentes négatives du futur
- Sentiments
Inquiétude, détresse, anxiété, dépression
Peur du mouvement
Incertitudes sur le futur
- Comportement
Description de symptômes extrêmes
Stratégies de *coping* passives
Inefficacité des traitements

Drapeaux bleus (travail)

Charge physique de travail élevée
Incapacité de modifier le travail
Stress au travail
Manque de support social
Insatisfaction au travail
Faible espoir de retour au travail
 Crainte d'une nouvelle blessure

Drapeaux noirs (contexte)

Incompréhension entre les divers acteurs
(patient, employeur, médecin)
Compensation financière
Croyance de l'entourage
Isolement social
Politique de l'entreprise inadaptée
Retard dans les processus

2. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. Rev Rhum 2012;79(Suppl 1):A27-A31.

Pertinence de l'imagerie

Il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie rachidienne en présence d'une lombalgie ou lomboradiculalgie aiguës en l'absence de drapeaux rouges.

Il est recommandé d'expliquer au patient pourquoi une imagerie n'est pas prescrite.

Il est recommandé d'envisager de réaliser une imagerie rachidienne en cas de lombalgie commune persistante et invalidante malgré une prise en charge non-invasive optimale incluant une prise en charge rééducative, et uniquement si cette imagerie est susceptible de modifier la prise en charge.

Si un geste invasif (infiltration épidurale voire chirurgie rachidienne) est envisagé, une imagerie rachidienne en coupe doit être prescrite.

En cas d'indication d'imagerie rachidienne et en absence de contre-indication, une IRM est recommandée. Il n'y a pas d'indication à réaliser des radiographies isolées en dehors de la recherche d'instabilité rachidienne ou de trouble statique.

Il n'y a pas d'indication à renouveler l'imagerie en l'absence de modification de symptômes.

Il est important d'expliquer au patient l'absence de corrélation systématique entre les symptômes et les signes radiologiques. Il est recommandé d'expliquer et de dédramatiser les termes médicaux et techniques des comptes rendus d'imagerie.

Prise en charge par kinésithérapie

Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale.

L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie.

La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique est enseignée par un kinésithérapeute, poursuivie à domicile et recommandée chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.

La réalisation de kinésithérapie doit faire appel à la **participation active du patient**.

Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie.

Les ultrasons et les tractions lombaires ne sont pas recommandés.

Prise en charge médicamenteuse

Aucun médicament antalgique n'a prouvé d'efficacité à moyen terme sur l'évolution de la lombalgie aiguë. Néanmoins la prise en charge antalgique graduée, débutant par des antalgiques de palier I, peut être mise en place pour la gestion des accès douloureux.

Il est recommandé de rappeler le bon usage des antalgiques et leur utilité à visée symptomatique et non curative.

Le choix du traitement doit prendre en compte les antécédents médicaux, les expériences antérieures de prise antalgique, les préférences du patient et les risques de mésusages.

Tableau 1. Traitements médicamenteux indiqués en cas de lombalgie commune

		Modalités
Première intention	Paracétamol	Peut être utile à visée symptomatique pour gérer la douleur
	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Après évaluation de la balance bénéfice risque en fonction des antécédents et pour la plus courte durée possible à la dose efficace la plus faible
Seconde intention	Opiïdes faibles (a)	Avec ou sans association au paracétamol, à faible dose, en cas d'échec ou contre-indication aux AINS, pour la plus courte durée possible. Prise en compte des risques de mésusages (b).
	Anti-dépresseurs (tricycliques ou IRSNa)	Non indiqués en phase aiguë. Soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (c), soit en cas de troubles anxio dépressifs associés En tenant compte de la balance bénéfice / risque
	Gabapentinoïdes	Non indiqués en phase aiguë. En cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (c) En tenant compte de la balance bénéfice / risque.

IRSNa : antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

(a) Il est recommandé d'informer le patient du risque d'effets secondaires et de réévaluer de manière rapprochée la balance risque/bénéfice du traitement opioïdes. (b) Il existe des outils pour détecter un risque de mésusage avant la première prescription (*opioïdes risk-tool*) et avant un renouvellement (échelle POMI). En cas de risque de mésusage, une surveillance étroite du patient est conseillée. En cas de mésusage avéré, une prise en charge conjointe avec un centre de la douleur ou d'addictologie est recommandée. (c) Il est recommandé d'informer le patient des effets indésirables et de leur mode d'action (effet différé).

En absence d'études, il n'est pas possible de statuer sur les **traitements myorelaxants, ni sur le traitement par le Néfopam.**

Il n'y a pas d'indication à un traitement par **antibiotiques, ni par vitamine D, ni par patch de lidocaïne, ni par anti-TNF alpha.**

Il peut être envisagé un traitement par **corticoïdes per os** en cure courte en cas d'absence d'alternatives chez des patients présentant une radiculalgie aiguë.

Prise en charge non médicamenteuse

Tableau 2. Prises en charge non médicamenteuses indiquées ou possibles en cas de lombalgie commune

			Modalités
Premier recours	Auto-gestion et reprise des activités quotidiennes (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible)	Indiquées	
	Activités physiques adaptées et activités sportives	Indiquées	Activités au choix selon la préférence du patient
Second recours	Education à la neurophysiologie de la douleur	Indiquée	
	Techniques manuelles (manipulations, mobilisations)	Possibles	Après diagnostic médical. Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.
	Techniques cognitivo-comportementale (TCC)	Possibles	
Troisième recours	Programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique et social (a)	Possibles	Chez les patients présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistante, en présence de facteurs psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandés. A moduler en fonction de la situation médicale, psychosociale et professionnelle du patient.

(a) Il est recommandé que les programmes comportent des exercices actifs supervisés, une approche multidisciplinaire, des TCC et des mesures d'ordres sociales et professionnelles.

Les **semelles orthopédiques** ne sont pas indiquées.

L'**acupuncture**, l'**acupression** et le **dry needling** n'ont pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie.

En absence d'études de bonne qualité, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité **de la sophrologie, de la relaxation, de la « méditation pleine conscience » ou de l'hypnose**. Elles peuvent cependant être envisagées dans le cadre d'une combinaison multimodale associée à une prise en charge du patient.

Il est possible d'envisager le **port d'une ceinture lombaire ou d'un corset** sur une courte durée pour aider à la reprise d'activités.

En cas de douleurs avec une composante neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques (y compris une prise en charge multidisciplinaire), une **stimulation médullaire** peut se discuter en centre d'évaluation et traitement de la douleur.

Un traitement **par radiofréquence ou ozone** peut être discuté dans certaines situations cliniques par des équipes spécialisées.

Infiltrations rachidiennes

Il n'y a généralement pas d'indication à réaliser des infiltrations épidurales dans les lombalgies sans radiculalgie.

Une infiltration épidurale peut être envisagée pour une douleur radiculaire persistante et sévère malgré un traitement médical bien conduit, après réalisation d'une imagerie en coupes, et dans le cadre d'une décision partagée avec le patient compte tenu des risques et de l'efficacité limitée des infiltrations.

En cas d'antécédent chirurgical, la voie d'abord doit se faire à distance de l'étage opéré ou par la voie du hiatus sacro-coccygien.

En l'état actuel des produits disponibles en France, la voie foraminale est contre-indiquée.

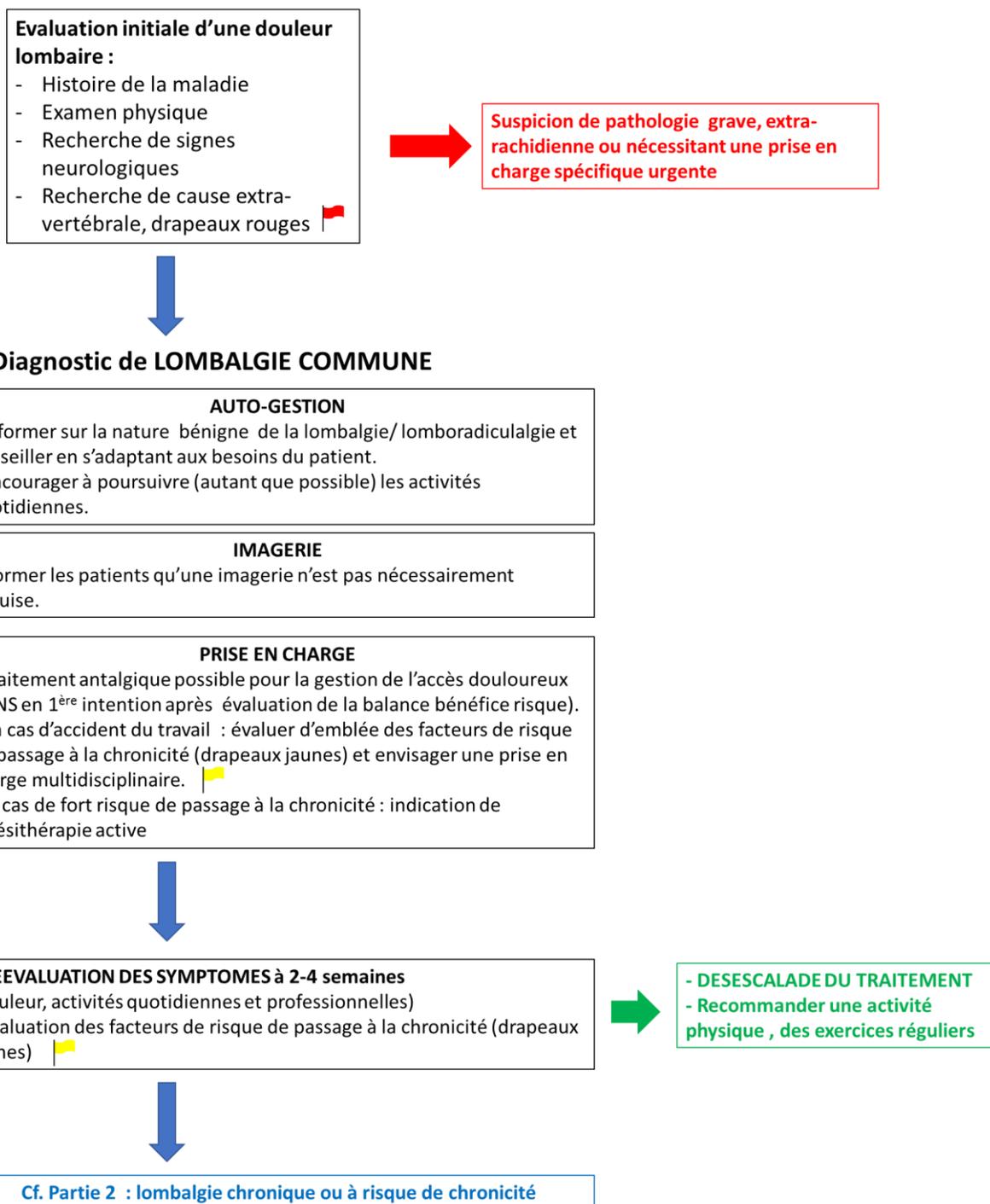
Les infiltrations facettaires intra-articulaires sont sans recommandation claire.

Aspects de prévention secondaire

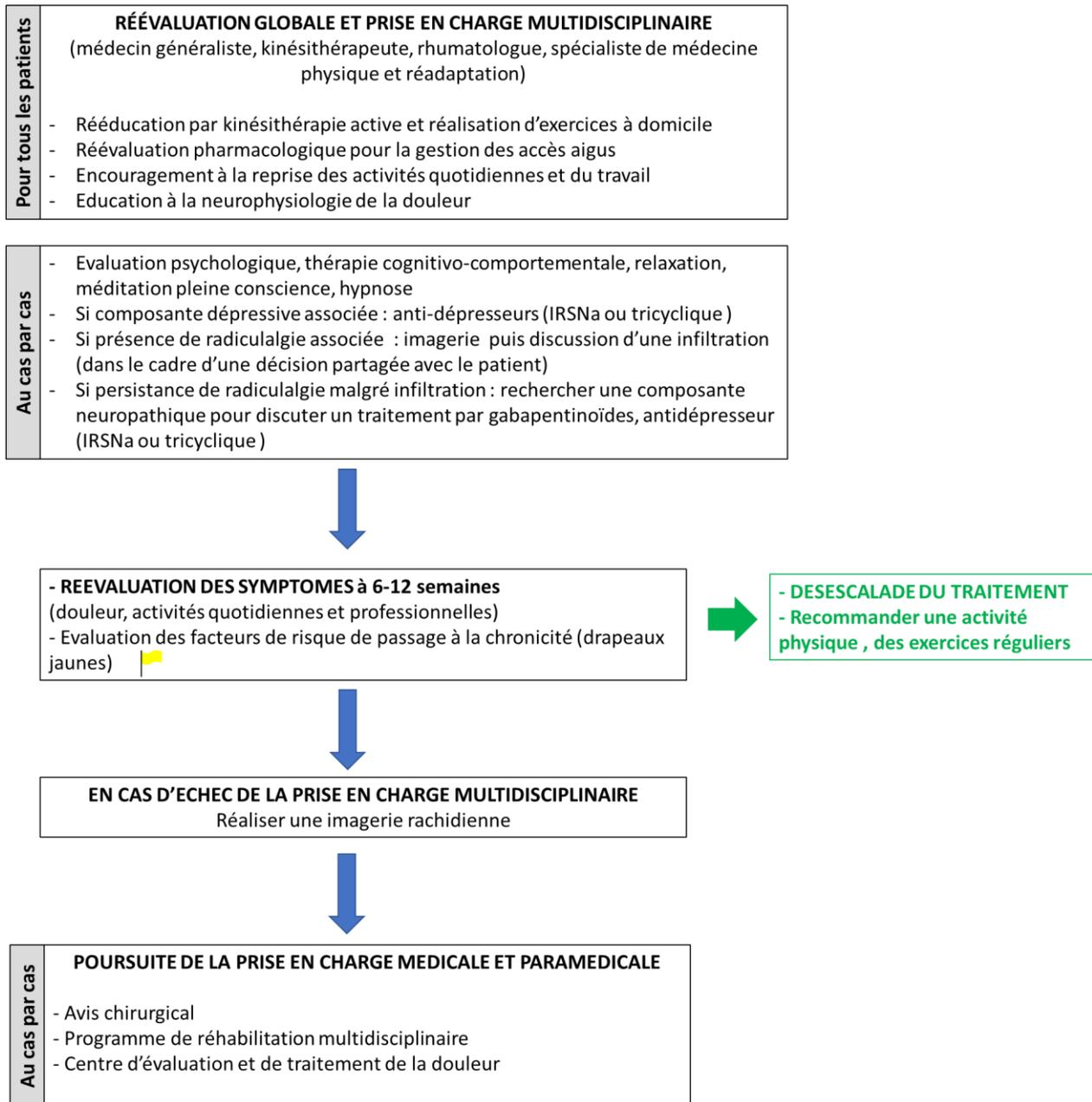
Il est recommandé aux personnes ayant présenté une lombalgie ou ayant une lombalgie récidivante, de réaliser une activité physique ou des exercices d'auto-rééducation régulièrement afin de diminuer le risque de récurrence. Le choix de l'activité physique doit prendre en compte la préférence du patient.

Algorithme de prise en charge du patient présentant une lombalgie commune

Partie 1 : POUSSEE AIGUE DE LOMBALGIE



Partie 2 : LOMBALGIE CHRONIQUE OU À RISQUE DE CHRONICITÉ



3. Avis des parties prenantes

SOFMMOO : Société française de médecine manuelle et orthopédique

AFC : Association française de chiropraxie

AFTNM : Association française des thérapies non médicamenteuses

CMK : Collège de la masso-kinésithérapie (l'avis du CMK n'a pas fait l'objet d'un avis synthétique global mais de commentaires de 8 relecteurs)

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

SFCR : Société française de chirurgie rachidienne

CMG : collège de médecine générale

INRS : Institut national de recherche et de sécurité au travail

DGS : Direction générale de la santé

AFLAR : Association française de lutte anti-rhumatismale

SFETD : Société française d'étude et du traitement de la douleur

CNP de rhumatologie : Conseil National Professionnel de rhumatologie

SOFMER : Société française de médecine physique et de rééducation (3 relecteurs)

SFO : Société française d'ostéopathie

SFR : Société française de rhumatologie

COMMENTAIRES SUR LA FORME DU DOCUMENT SOUMIS POUR AVIS		
Parties prenantes	Éléments positifs	Éléments négatifs
SOFMMOO	Clarté et agrément de la lecture.	Pourquoi placer le cadre « évaluation du risque de chronicité » si tôt, avant même l'évaluation initiale du patient, dont une meilleure appréhension, limitera précisément la chronicisation La présentation des définitions des mots clés LOMBALGIE COMMUNE et CHRONICITÉ devrait être davantage mise en avant sous forme de tableaux plutôt qu'en texte.
AFC	La fiche mémo est très visuelle, les encadrés délimitent bien chaque partie rendant la lecture claire et rapide. Les informations sont faciles à trouver.	L'ordre des encadrés, et donc des différentes prises en charge, reflète-t-il une supériorité d'efficacité d'une prise en charge par rapport à une autre ? La façon dont sont répartis les encadrés laisse penser à un ordre précis mais ce point n'a pas été discuté ni notifié dans la fiche mémo ou le rapport d'élaboration. De plus, si c'est le cas, quels sont les arguments scientifiques à l'origine de cet ordre ?
AFTNM	Les encadrés : c'est la forme même des Fiches Mémo Les algorithmes : lisibles	
CMK	J'aime bien le concept des drapeaux.	Je la trouve trop longue, pas assez synthétisée.

Expert 1	J'aime bien les algorithmes.	
CMK Expert 2	<ul style="list-style-type: none"> - synthétique - arbre décisionnel - critères et questionnaires - discours clair et adapté 	<ul style="list-style-type: none"> - manque d'un plan / sommaire (même succinct) - réorganiser ordre des encadrés : <ol style="list-style-type: none"> 1) introduction / définitions / prise en charge globale du patient 2) explication drapeaux / évaluation initiale et du risque de chronicité / pertinence de l'imagerie 3) prise en charge médicamenteuse / non médicamenteuse (en intégrant « prise en charge par kinésithérapie » + « aspect de prévention secondaire ») / infiltrations rachidiennes / intégrer une partie courte « chirurgie » 4) algorithmes - page 4 : les deux cadres sont collés
CMK Expert 4	<p>Mise en forme très agréable à lire, claire et synthétique.</p> <p>Les informations sont pertinentes et adaptées à une pratique clinique quotidienne.</p>	Le résumé des drapeaux aurait pu être formulé sous la forme d'un tableau avec un fond coloré adapté à chaque couleur de drapeau.
CMK Expert 5	simple. concis. clair.	<p>Il y a de la place page 4 pour faire plus de place à l'encadré sur la kinésithérapie.</p> <p>Il y a de la place page 7 pour signifier les thérapies qui ne servent à rien.</p>
CMK Expert 6	Bon design qui invite à la lecture.	
CMK Expert 7	<p>Clair et synthétique</p> <p>Le terme « poussées aiguës de lombalgie » est un tout à fait en accord avec la clinique.</p>	<p>Suggestions de la forme :</p> <p>La phrase : « <i>Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes</i> » —> peut être remplacée par : « <i>elle peut être associée à une douleur correspondant à un ou plusieurs dermatomes dans les membres inférieurs (radiculalgie)</i> »</p> <p>La phrase : « <i>Il est proposé d'utiliser le terme de « poussée aiguë de lombalgie » plutôt que lombalgie aiguë afin d'englober les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements médicamenteux ou non médicamenteux ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles</i> » est un peu trop longue avec plusieurs redondances.</p> <p>—> « <i>Il est proposé d'utiliser le terme de « poussée aiguë de lombalgie » plutôt que lombalgie aiguë afin de les douleurs aiguës avec ou sans l'englober avec une éventuelle douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements médicamenteux ou non médicamenteux ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles.</i></p>
SFETD	Un très bon texte, de très bonnes recommandations, tout à fait adaptées aux	Les recommandations s'intitulent « lombalgie commune », mais elles intègrent les drapeaux

	données de la littérature, et très pratiques, pour tout praticien. Ces recommandations comblent un manque important.	rouges, et sont donc au départ ciblées sur toutes les lombalgies, qu'elles soient communes ou non. C'est l'absence de drapeaux rouges qui va permettre de les classer comme lombalgies communes. On propose d'indiquer que ce sont les « recommandations sur la lombalgie »
CNP rhumatologie	Document globalement clair	il existe une certaine ambiguïté dans les différentes prises en charge proposées (diagnostiques et thérapeutiques) entre le tableau de lombalgie et celui de lombosciatique.
SFR	Volonté de codifier la prise en charge de la lombalgie commune en guidant le médecin généraliste dans les premières étapes du diagnostic et du traitement. Volonté de réduire le risque de chronicisation de la lombalgie en harmonisant la prise en charge par les différents acteurs de santé compétents dans le domaine	Document confus. L'objectif de la fiche n'est pas clair : lombalgie commune ou lomboradiculalgie commune ? Lombalgie commune aiguë (ou poussée aiguë de lombalgie) ou commune chronique ? A qui est destinée la fiche : <ul style="list-style-type: none"> - médecin de 1^{er} recours (MG). - médecin de 2^{ème} recours (Rhumatologue et MPR) - médecin de 3^{ème} recours (CETD et chirurgien)
SOFMER Expert 1	Facile à lire	Ordonnancement des pavés à revoir Mettre le pavé imagerie et MK sur la même page n'est pas pertinent <ul style="list-style-type: none"> • La kinésithérapie c'est de la thérapeutique, c'est de la prise en charge non médicamenteuse L'imagerie c'est du diagnostic étiologique
SOFMER Expert 3	Les 2 algorithmes lombalgie aiguë et chronique	
SOFMER Expert 2		Une remarque majeure: il n'est à aucun moment fait mention de mettre en relation les médecins traitants, du travail, conseil quand la situation se chronicise. Le problème de la majorité de ces patients est professionnel, ce qui mérite une attention particulière que cette fiche ne résoudra pas. Pourquoi ne pas amorcer le dialogue dès les drapeaux jaunes, bleus ou noirs détectés?
CNAM		De façon générale <ol style="list-style-type: none"> 1) partie algorithme partie 1 et partie 2 : pourrait pour plus de visibilité constituer un document à part entière et restituer à la fiche mémo un format plus court. 2) Les propositions de la fiche mémo sont faites sans relief en rapport avec les grades des propositions qui les soutiennent 3) Les enjeux forts de la prise en charge de cette pathologie vis-à-vis du risque de désinsertion professionnelle ne se retrouvent pas dans ce document alors

		<p>qu'ils sont à juste titre soulignés dans le rapport. Il semble utile d'éclairer les destinataires de cette fiche mémo sur cet aspect des choses sans doute insuffisamment connu, bien que la lombalgie soit un motif de recours au médecin traitant très fréquent. Le renvoi vers une production de recommandation à venir (non spécifique) sur la prévention de la désinsertion professionnelle doit être envisagé comme complémentaire et ne saurait se substituer à une information dédiée dans cette fiche mémo.</p>
--	--	---

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX (notamment sur les algorithmes et drapeaux)

<p>SOFMMOO</p>	<p>Dans l'algorithme de prise en charge : partie 1 : Autogestion - - -de grâce rappeler la nécessité d'un examen PHYSIQUE soigneux et compétent : les formations universitaires pour les médecins existent : pourquoi restent elles aussi confidentielles ????? De même dans ré évaluation des symptômes : questionnaires, examen physique encore une fois, testing d'effort ?? MÉRITERAIT QUELQUES PRÉCISIONS. Dans le document de travail à la page 15 en bas :</p> <p><i>Il est important de veiller à la cohérence des propositions thérapeutiques au sein de l'équipe pluridisciplinaire en raison du caractère délétère des discours discordants. Savoir remettre en question un diagnostic et un protocole thérapeutique très tôt au cours de l'évolution - - - dans les 3 premières semaines notamment - - - d'où le <u>recours plus systématiques aux équipes compétentes et diplômées.</u> Ceci impose un certain courage dans le discours officiel, et recadrer les choses clairement au sein de l'enseignement initial de l'omnipraticien- - - et probablement de certains praticiens d'imagerie?</i></p>
<p>AFC</p>	<p>Concernant les algorithmes en fin de fiche mémo, ils sont tous les deux incomplets n'incluant uniquement que certaines thérapies recommandées plus haut. De plus, dans ces algorithmes, une liste de professionnels est énumérée dans l'encadré « Prise en charge multidisciplinaires des lombalgies chroniques ou à risque de chronicité » là encore, quels sont les arguments pour limiter cette liste à ces professionnels.</p> <p>D'après le guide méthodologique décrivant la méthode d'élaboration des fiches mémos et des fiches pertinences publié en Avril 2016 par la HAS, plusieurs questions relatives à la méthode de travail utilisée et décrite dans le rapport d'élaboration se posent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un des buts du rapport d'élaboration est de « <i>Réaliser une recherche bibliographique systématisée afin d'identifier et de sélectionner les références conformes aux critères de sélection pré-établis</i> », or d'après le rapport d'élaboration, la recherche n'est pas systématisée car certains guides de bonne pratique ne sont pas inclus comme par exemple les guides de bonne pratique suivants publiés pendant la période de temps recherché : - Wong JJ, Côté P, Sutton DA, Randhawa K, Yu H, Varatharajan S, Goldgrub R, Nordin M, Gross DP, Shearer HM, Carroll LJ, Stern PJ, Ameis A, Southerst D, Mior S, Stupar M, Varatharajan T, Taylor-Vaisey A. : Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTiMa) Collaboration. Eur J Pain. 2017 Feb;21(2):201-216. - Bussièrès AE, Stewart G, Al-Zoubi F, Decina P, Descarreaux M, Haskett D, Hincapié C, Pagé I, Passmore S, Srbely J, Stupar M, Weisberg J, Ornelas J : Spinal Manipulative Therapy and Other Conservative Treatments for Low Back Pain: A Guideline From the Canadian Chiropractic Guideline Initiative. J Manipulative Physiol Ther. 2018 May;41(4):265-293. doi: 10.1016/j.jmpt.2017.12.004. Epub 2018 Mar 30. - Kreiner, D.S., Hwang, S.W., Easa, J.E., Resnick, D.K., Baisden, J.L., Bess, S., Cho, C.H., DePalma, M.J., Dougherty, P. 2nd, Fernand, R., Ghiselli, G., Hanna, A.S., Lamer, T., Lisi, A.J., Mazanec, D.J., Meagher, R.J., Nucci, R.C., Patel, R.D., Sembrano, J.N., Sharma,

	<p>A.K., Summers, J.T., Taleghani, C.K., Tontz, W.L. Jr, Toton, J.F. (2014). An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. Spine J 14, 180–191.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013). Management of Chronic Pain. A National Clinical Guideline (Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality). - Est-ce que la stratégie de recherche indiquée page 130 est la stratégie complète ? Il serait pertinent de faire apparaître la stratégie complète ou si elle est complète, chaque famille de mots clés aurait pu être plus complète au niveau des synonymes de chaque famille. - Pourquoi la date de la recherche commence en 2013 ? S'agit-il d'une mise à jour ? Si c'est le cas, le document d'origine doit être mentionné ainsi que la stratégie de recherche de celui-ci. - Le nombre de références obtenues à la suite de la stratégie de recherche indiquée dans le tableau 47 page 130 ne coïncide pas avec le nombre de références décrit en page 132 (324 vs. 254), pour quelle raison ? - Page 132 : 81 références sont retenues pour le projet or seulement 7 guides de bonnes pratiques sont utilisées dans le rapport. Qu'en est-il des 74 autres ? Comment avez-vous choisi les guides à inclure ? - Comment a été fait le tri des articles ? en binôme ? - Un autre des buts du rapport d'élaboration est de « <i>Réaliser une analyse critique et une synthèse de la littérature retenue sous la forme du rapport d'élaboration</i> ». Une analyse critique de la littérature a-t-elle été effectuée ? Si oui, cette analyse critique a-t-elle été effectuée pour les guides de bonne pratique et pour les revues systématiques et les méta-analyses ? Avec quels outils ? Peut-on voir apparaître un score de qualité des articles retenus et exclus ? Aucune mention d'analyse critique n'est décrite dans la méthode utilisée page 132 <p>La liste des professionnels concernés par le thème et les professionnels inclus dans le groupe de travail est manquante et doit contenir au moins un expert de chaque thérapie mentionnée dans les recommandations.</p>
<p>AFTNM</p>	<p>ENCADRE Résumé des drapeaux <u>Drapeaux jaunes</u> Catastrophisme n'est pas forcément compris en Français : on pourrait écrire « Catastrophisme ou pessimisme-dramatisation » Idem pour coping : écrire « Stratégies de coping passives comme l'évitement » « Inefficacité ou utilisation irrégulière des traitements médicamenteux et non médicamenteux » <u>Drapeaux noirs</u> (patient, proches, employeur, médecin) La référence deviendrait : d'après Rozenberg...</p>
<p>CNAM</p>	<p>P3 Résumé ? des drapeaux rouges jaunes bleus et noirs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drapeaux rouges : préciser signes d'alerte 2^{ème} alinéa antécédents <u>de</u> traumatisme - Drapeaux jaunes : préciser risque de passage à la chronicité 3^{ème} néa croyance sur l'état <u>de santé</u> - Regrouper les rubriques drapeaux bleus et drapeaux noirs sous une même bannière : Facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour - Drapeaux noirs : 3^{ème} alinéa préciser <u>recherche</u> ou <u>maintien</u> d'une compensation financière, dernier alinéa retard dans <u>les processus</u> ? : de quels processus s'agit-il. <p>P8 Algorithme de prise en charge du patient présentant une lombalgie commune Partie 1 Poussée aiguë de lombalgie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge au cas par cas : l'encadré positionne les AINS en 1^{ère} tion (CF rapport Grade A) ce n'est pas aussi clair dans l'encadré page 5. Il est

	<p>suggéré d'harmoniser les propos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réévaluation des symptômes à 2- 4 semaines : NB au-delà de 4 semaines si arrêt de travail signaler la recherche de drapeaux bleus et noirs <p>P9 Algorithme de prise en charge du patient présentant une lombalgie commune Partie 2 Lombalgie chronique ou à risque de chronicité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encadré au cas par cas : il paraît important d'indiquer que l'évaluation psychologique les thérapies cognitivo-comportementales, la relaxation..... ne sont à envisager <u>uniquement dans le cadre d'une prise en charge multimodale associée aux autres composantes décrites.</u> - Encadré réévaluation des symptômes : il serait plus juste de parler de <u>réévaluation</u> des facteurs de risque de passage à la chronicité puisque ceux-ci sont censés avoir été évalués au cours de la période précédente. - Là encore il peut être utile de mentionner en cas d'arrêt de travail la recherche de drapeaux bleus et noirs ainsi que le recours à l'expertise du médecin du travail. 								
DGS	<p>Ces documents intermédiaires ne soulèvent pas de remarques particulières. Ils répondent à une problématique traitée par la direction générale de la santé sur l'utilisation des traitements opioïdes antalgiques dans le cadre de mésusages. Le repérage de ces patients à risque -patients traités par opioïdes antalgiques mésusant leur traitement ou pouvant développer une dépendance - est primordial afin d'éviter une augmentation des décès par opioïdes constatée dans d'autres pays.</p> <p>Je tiens à souligner la clarté de la fiche mémo, qui sera, à ne pas en douter, un outil indispensable aux médecins généralistes pour améliorer le parcours de soins du patient lombalgique et notamment sur la place des traitements non médicamenteux (activité physique par exemple). Cette fiche permet aussi de repérer précocement tous facteurs de risque ou toute situation psycho sociale à risque de chronicité de la lombalgie.</p>								
CMG	<p>Ne faudrait-il pas mieux mettre en évidence ce qui est valable pour la lombalgie commune et ce qui est valable pour la lombo sciatgie ? et différencier l'aigu, du sub aigu et du chronique ? Dans l'algorithme il est question de prise en charge particulière en cas d'accident du travail alors que cela ne figure pas avant « à revoir ».</p> <p>Ne faudrait-il pas préciser d'avantage la manière d'utiliser les différents drapeaux ? Les 4 types de drapeaux ne pourraient-ils pas être disposés au fur et à mesure qu'on en parle dans le texte ?</p> <p>Globalement il y a des clarifications à apporter pour que le lecteur ne se retrouve pas avec autant de questions (quand adresser ? quand faire une imagerie ? quand faire de la kiné ?) après la lecture qu'avant la lecture.</p> <p>Ne pourrait-on pas imaginer une « fiche patient » étant donné que les éléments d'éducation sont majeurs dans cette problématique ?</p>								
INRS	<p>sur le Résumé des drapeaux rouges, jaunes, bleus et noirs</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Drapeaux rouges (pathologies graves) (personne)</td> <td style="width: 50%;">Drapeaux jaunes</td> </tr> <tr> <td>Age < 20 ans ou > 55 ans représentations négatives</td> <td>- Pensées /</td> </tr> <tr> <td>Antécédents traumatisme violent</td> <td>Catastrophisme</td> </tr> <tr> <td>Douleur constante, progressive, non mécanique douleur, la nocivité</td> <td>Croyances sur l'état, la</td> </tr> </table>	Drapeaux rouges (pathologies graves) (personne)	Drapeaux jaunes	Age < 20 ans ou > 55 ans représentations négatives	- Pensées /	Antécédents traumatisme violent	Catastrophisme	Douleur constante, progressive, non mécanique douleur, la nocivité	Croyances sur l'état, la
Drapeaux rouges (pathologies graves) (personne)	Drapeaux jaunes								
Age < 20 ans ou > 55 ans représentations négatives	- Pensées /								
Antécédents traumatisme violent	Catastrophisme								
Douleur constante, progressive, non mécanique douleur, la nocivité	Croyances sur l'état, la								

(présente au repos en particulier la nuit)	
Douleur dorsale futur	Attentes négatives du futur
Antécédents médicaux de tumeur/ cancer émotionnels	- Sentiments / pb
Utilisation prolongée de corticoïdes anxiété, dépression	Inquiétude, détresse,
Toxicomanie, immunosuppression, infection VIH	Peur du mouvement
Altération de l'état général, amaigrissement, fièvre	Incertitudes sur le futur
Symptômes neurologiques étendus	- Comportement
Déformation rachidienne symptômes exagérée	Description de
d'adaptation passives	Stratégies de
traitements	Inefficacité des
travail	- Problèmes liés au
Drapeaux bleus (travail) (contexte)	Drapeaux noirs
Charge physique de travail élevée	Incompréhension entre les divers acteurs
Incapacité de modifier le travail médecins – traitant, travail, conseil)	(patient, employeur,
Stress au travail financière	Compensation
Manque de soutien social	Croyance de l'entourage
Insatisfaction au travail	Isolement social
Faible espoir de retour au travail	Politique de l'entreprise sur la reprise de travail progressive ou le changement de poste de travail
Crainte d'une nouvelle blessure processus	Retard dans les
Pression temporelle ressentie	
Forte exigence au travail et faible maîtrise sur le travail	
Algorithme de prise en charge du patient présentant une lombalgie commune – Partie 2	
Pour tous les patients : ajouter le médecin du travail entre parenthèses dans le cadre de la	

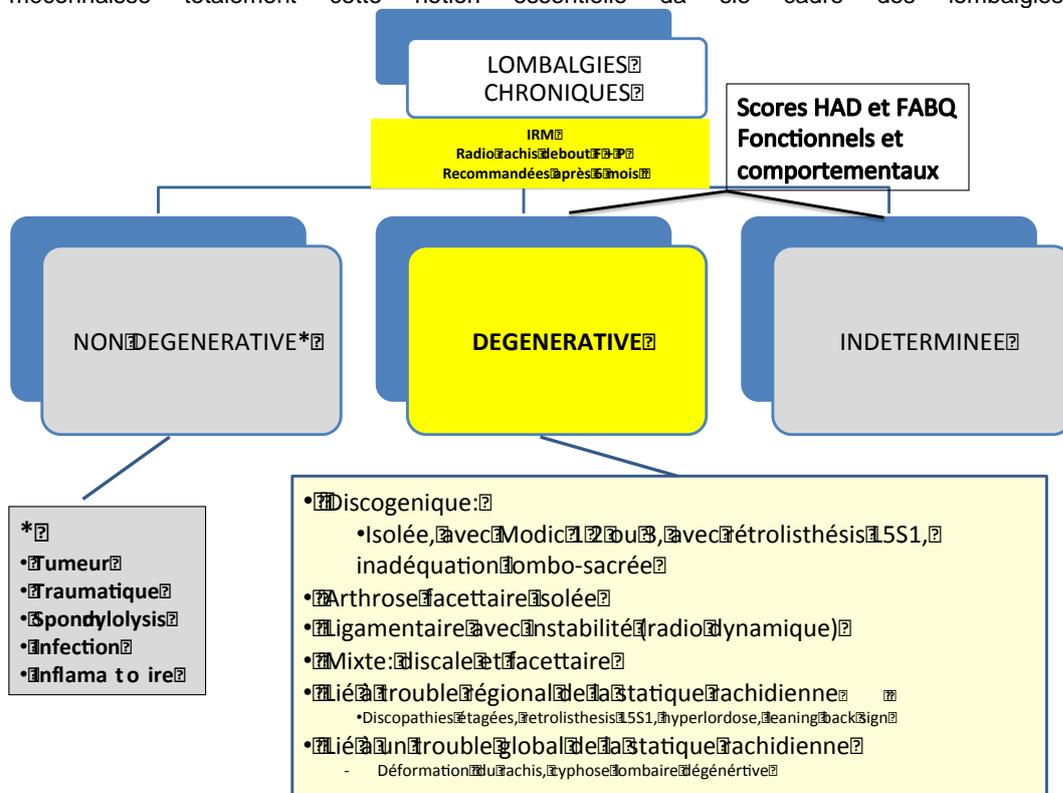
<p>prise en charge multidisciplinaire. Ajouter après reprise des activités quotidienne et du travail (en lien avec le médecin du travail – visite de pré-reprise si arrêt de travail)</p> <p>Au cas par cas : ajouter demande d'une adaptation du poste de travail.</p> <p>Cependant, les drapeaux rouges, jaunes bleus et noir sont précisés dans la recommandation de bonne pratique de la Société Française de Médecine du Travail d'octobre 2013 : surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposé à des manipulations de charges. Tous les items ne sont pas mentionnés dans la fiche memo.</p>
<p>Drapeaux rouge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit ; 2. Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue de cheval) ; 3. Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée) ; 4. Traumatisme important (telle qu'une chute de hauteur) ; 5. Perte de poids inexplicée ; 6. Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile ; 7. Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme) ; 8. Déformation structurale importante de la colonne ; 9. Douleur thoracique (= rachialgies dorsales) ; 10. Age d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans ; 11. Fièvre ; 12. Altération de l'état général.
<p>Royal College of General Practitioners. Clinical guideline for the management of acute low back pain. London: Last revision December 2001</p>
<p>Drapeaux jaunes : indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité</p> <p>Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Problèmes émotionnels</u> tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales ; • <u>Attitudes et représentations inappropriées</u> par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active ; • <u>Comportements douloureux inappropriés</u>, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité liés à la peur ; • <u>Problèmes liés au travail</u> (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou <u>problèmes liés à l'indemnisation</u> (rente, d'invalidité).
<p>Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. Eur Spine J. 2006;15 Suppl 2:S136-68</p>
<p>« Drapeaux bleus » : facteurs pronostiques liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Charge physique élevée de travail** - Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail* - Manque de capacité à modifier son travail* - Manque de soutien social* - Pression temporelle ressentie* - Absence de satisfaction au travail* - Stress au travail* - Espoir de reprise du travail - Peur de la rechute <p>Certains de ces éléments peuvent notamment être mesurés grâce à l'auto-questionnaire de Karasek* ou à l'échelle de Borg**</p>
<p>Shaw WS, Van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ, the "decade of the flags" working group. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors in back disability. J Occup Rehab 2009;19(1): 64-80</p>
<p>« Drapeaux noirs » : facteurs pronostiques liés à la politique de l'entreprise, le système de soins et d'assurance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste

	<ul style="list-style-type: none"> - Insécurité financière - Critères du système de compensation - Incitatifs financiers - Manque de contact avec le milieu de travail - Durée de l'arrêt maladie. <p>Shaw WS, Van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ, the "decade of the flags" working group. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors in back disability. J Occup Rehab 2009;19(1): 64-80</p>
CMK Expert 1	<p>Dans les drapeaux rouges, j'aurais rajouté apparition d'une déficience musculaire ou d'une paresthésie.</p> <p>A côté des drapeaux jaunes, le mot « personne » me gêne, mais je ne saurais exactement expliquer pourquoi... je mettrais individu à la place...</p> <p>Parfois les douleurs lombaires sont dues à des tensions viscérales. On n'en parle pas.</p> <p>Parfois les douleurs lombaires sont dues à des dysfonctions articulaires au niveau du bassin et des hanches. On en parle pas. Les médecins oublient souvent que nous avons des sacro iliaques par exemples.</p> <p>Parfois les douleurs lombaires sont dues à un trouble postural et on en parle pas.</p>
CMK Expert 2	<p>1) Commentaire sur le résumé des drapeaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mieux organiser la liste des drapeaux jaunes pour que ce soit plus lisible. Par exemple : « - Pensées : <ul style="list-style-type: none"> - Catastrophisme - Croyances... - Sentiments... » <p>2) Commentaire sur « algorithme de prise en charge du patient présentant une lombalgie – partie 1 » :</p> <p>Je retirerais « en cas de fort risque de passage à la chronicité : indications de la kinésithérapie active » et remplacerais par « Traitement fonctionnel : kinésithérapie avec éducation et apprentissage des mouvements actifs à réaliser pour aller vers l'auto-rééducation puis l'entretien physique, l'auto-gestion »</p>
CMK Expert 4	<p>L'algorithme de Prise en Charge est agréable à lire, synthétique et très clair.</p> <p>Le rappel de l'importance d'une harmonie des discours entre les différents intervenants aurait pu être judicieux.</p> <p>Dans les ressources internet, on aurait pu citer le site de la SFETD proposant des outils aboutis pour les professionnels de santé.</p>
CMK Expert 5	<p>Dans l'algorithme de prise en charge en poussée aiguë de lombalgie il n'y a pas de place dans la prise en charge aux mobilisations et manipulations vertébrales alors que celles-ci ont des actions neurophysiologiques démontrées.</p> <p>Comparison of the effect between vertebral mobilization and manipulation on pain and on the neurovegetative system in patients with spinal pain : a systematic review</p> <p>-M. BEAUCAMPS : PT ; T. DANIEL : PT ; B. HIDALGO : PT, PhD</p> <p>Dans la rubrique « en savoir plus » il n'y a aucune référence dans les sociétés savantes de kinésithérapie ?</p>
CMK Expert 7	<p>Prise en charge chirurgicale non reportée dans la fiche mémo, pourtant les conclusions sont intéressantes;</p>
SFCR	<p>La SFCR ne supporte pas l'utilisation des thérapeutiques manuelles effectuées sans un bilan médical préalable effectué par un médecin. Le récent article dans le Lancet rapportant les complications graves avec troubles neurologiques graves conforte l'attitude la SFCR. Pas d'utilisation sans analyse médicale préalable</p>
CNP rhumatologie	<p>A noter que la chirurgie n'apparaît pas du tout dans le mémo final. Elle a un petit chapitre dans le rapport complet ou en gros on renvoie à des recommandations HAS 2015 en précisant qu'elles ne concernaient pas « la lombalgie non dégénérative, le spondylolisthésis, le canal lombaire étroit et la lombalgie avec radiculalgie » pour lesquelles des « recommandations complémentaires sont à élaborer ». Même si, d'accord, la chirurgie a une place très limitée, il paraît curieux de ne même pas la mentionner dans le mémento final.</p>

SFR	Mieux clarifier les objectifs de la fiche mémo. Mieux structurer les tableaux cliniques. Ne pas mettre tous les acteurs de santé sur le même niveau et distinguer 1 ^{er} , 2 ^{ème} et 3 ^{ème} recours.
SFO	Drapeaux 4 un peu nombreux
SOFMER Expert 3	Partie 2 Lombalgie chronique Dernier paragraphe, remplacer rehabilitation qui en français concerne les batiments et non les personnes par réadaptation
COMMENTAIRES SUR PREMIER ENCADRE	
SOFMMOO	Il s'agit de syndrome douloureux lombaire aigu ou chronique, sans signe apparent d'alerte, dont le mécanisme physiopathologique demande à être précisé par un médecin compétent dans ce domaine, et non un para-médical (même KINE). Préciser que la douleur peut intéresser le membre inférieur, à condition qu'elle ne dépasse pas le genou. Préciser que LOMBALGIE CHRONIQUE est une douleur continue d'une durée supérieure à 3 mois.
AFC	Le premier encadré donne une définition de la lombalgie. Cette définition est très importante dans la mise en place du diagnostic afin d'orienter au mieux le traitement. Les recommandations proposées sur la définition sont en lien avec la littérature et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
CNAM	P1 il manque un intitulé à ce premier cadre : Préambule ou définitions
CMG	Le premier paragraphe parle de lombalgie, puis de radiculalgie et enfin de lombalgie commune, ce qui laisse penser qu'une lombo-sciatalgie peut être une lombalgie commune. Il manque peut-être une phrase expliquant pourquoi on commence par un rappel de termes et de définitions, car en l'état actuel cela est un peu abrupt et ne donne pas trop envie d'aller plus loin
CMK Expert 1	Ce n'est pas clair si la radiculalgie est une douleur d'origine neurologique ou pas. Je pense que ça paraît évident pour certains mais pas pour tout le monde.
CMK Expert 2	Ajouter une courte présentation / explication de l'objet du mémo avant ce cadre ? Ajouter un peu d'épidémiologie ?
CMK Expert 4	Définitions claires et synthétiques
CMK Expert 6	Dans la phrase : « Elle peut être associée à une radiculalgie... », je pense que le terme approprié devrait plutôt être : <u>douleur somatique référée</u> . En voici la raison, dans la phrase d'après, on peut lire que la lombalgie commune ne comporte pas de signes d'alerte, or une radiculalgie renvoie à une inflammation déjà présente de la racine majoritairement liée à une hernie discale et/ou une « atteinte » du ganglion, c'est un signe d'alerte (sans être une contre indication à un traitement conservateur). Cf référence : Pain , 2009 Dec 15;147(1-3):17-9. doi: 10.1016/j.pain.2009.08.020. Epub 2009 Sep 16. On the definitions and physiology of back pain, referred pain, and radicular pain. Bogduk N1 . C'est également un argument en faveur duquel la notion de dermatome n'a pas sa place ici, en effet, cette notion peut induire le professionnel de santé en erreur et lui faire penser à une douleur radiculaire, voir une radiculopathie... cette terminologie pourrait induire le professionnel à utiliser de l'imagerie non indiquée et à référer le patient vers un traitement invasif non approprié. Un exemple de phrase moins effrayant pour les professionnels de santé pourrait être : « Elle peut être associée à une douleur somatique référée correspondant à une douleur d'origine lombaire qui se diffuse dans un des deux membres inférieurs (ou très rarement les deux) pouvant aller du pli fessier jusqu'au pied. » A la fin du premier paragraphe, « ... qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. Liste des drapeaux rouges). », il peut sembler pertinent d'ajouter que cette catégorie de patient ne représente que 1 %

	<p>des patients afin de rassurer les professionnels de santé et de les inciter à laisser majoritairement l'évolution naturelle faire son « travail » plutôt que de rechercher une cause sérieuse de pathologie.</p> <p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapy 2009 Sep;95(3):224-7. doi: 10.1016/j.physio.2009.04.006. Epub 2009 Jul 8. A qualitative investigation of Red Flags for serious spinal pathology. Greenhalgh S1, Selfe J. - Pain Pract. 2007 Mar;7(1):53-71. Medical screening for red flags in the diagnosis and management of musculoskeletal spine pain. Sizer PS Jr1, Brismée JM, Cook C. <p>Pour la phrase : « ... présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes). », il me semble important d'ajouter à la fin de cette phrase : « présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie sur les critères du niveau d'activité, de participation et de reprise du travail » (mais semblent moins pertinents pour la l'évolution des symptômes.)</p> <p>Références : Kendall, N & Burton K. 2009 - <i>Tackling musculoskeletal problems – a guide for the clinic and workplace</i>. The Stationery Office.</p> <p>New Zeland Guidelines Group - <i>New Zealand Acute Low Back Pain Guide</i> ; october 2004 edition</p> <p>Sur le point « 1. » les références ne sont pas présentées dans le rapport de 146 pages, il s'agit, comme cité dans le texte, d'un avis d'expert.</p> <p>Il me semble pertinent de faire figurer dans cette fiche mémo une notion indiquée dans le rapport de 146 pages :</p> <p>Les fiches mémo ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans la prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.</p>
<p>CMK Expert 7</p>	<p>Suggestions de forme: Mettre en gras des termes définis « lombalgie commune », « lombalgie chronique », « lombalgie à risque de chronicité », « lombalgie à risque de chronicité », « lombalgie récidivante » Et/ou Faire une liste de ces termes avant ou après le corps du texte pour rappeler les différentes catégories proposées.</p>
<p>SFCR</p>	<p>La définition retenue par la SFCR est la suivante pour la lombalgie :</p> <p>Elle comporte deux volets qui n apparaissent pas dans votre revue de littérature. Notre définition reponse sur une réunion de consensus national de la SFCR associée a des rhumatologues, rééducateurs et radiologues.</p> <p>Cette définition est dans un article actuellement sous presse dans la revue de chirurgie orthopédique OTSR.</p> <p>Définition de la SFCR :</p> <p>Définition clinique : nouvelle classification de la lombalgie chronique, basée sur le mécanisme lésionnel présumé de la douleur, en distinguant 3 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • - lombalgie d'origine non dégénérative (anciennement dite symptomatique) secondaire à une cause traumatique, tumorale, infectieuse ou inflammatoire • - lombalgie d'origine dégénérative (anciennement dite commune) secondaire à une pathologie discale, facettaire, ligamentaire, mixte, associée ou non à un trouble régional et/ou global de la statique rachidienne (impliquant la mesure des paramètres d'équilibre) • - lombalgie d'origine indéterminée sans relation retrouvée avec des lésions anatomiques (utilité des scores HAD et FABQ) • cette classification et ces sous groupes permettront à l'avenir de comparer des groupes de patients bien identifiés pour mieux juger les solutions thérapeutiques. • En plus de la définition cinique s ajoute une évaluation par imagerie a réailser au dela de 3 mois d'évolution en l absence de drapeaux rouges initiaux : évaluation comportant une analyse radiographique de l'équilibre sagittal du patient par clichés grande cassette en charge ou par système EOS et un examen IRM pour permettre de bien évaluer le patient.

En résumé voici la nouvelle classification qui exclue par définition toute douleur radiculaire, en effet ce qui est rapportée dans la bibliographie qui a été réalisée par vos soins sont des douleurs référées des membres inférieurs selon certains dermatomes mais ne sont pas de vraies douleurs radiculaires. Il est d'ailleurs étonnant que la personne ayant fait la recherche bibliographique méconnaisse totalement cette notion essentielle de ce cadre des lombalgies.



SFETD

Il est dommage de ne pas reprendre la classification :
 -lombalgie aiguë < 6 sem
 -lombalgie subaiguë : 6-12 semaines
 -lombalgie chronique > 12 semaines
 Utilisée dans la littérature internationale, et qui permet d'utiliser les drapeaux selon les situations : drapeaux rouges en aigu, drapeaux jaunes/bleus en subaigu
 Cette classification est plus pratique et pédagogique que la nouvelle approche de « lombalgie à risque de chronicité ».

Le terme de lombalgie à risque de chronicité est une notion nouvelle, intéressante, mais qui paraît artificiel dans la pratique, notamment si on cherche les drapeaux jaunes après 24 de lombalgie aiguë. On proposera de parler plutôt de **patient à** risque de chronicité, à rechercher d'emblée mais obligatoirement après 4 à 6 semaines d'évolution.

CNP rhumatologie

Il existe une ambiguïté à deux niveaux :

- A qui s'adresse la fiche : les professionnels concernés par ces reco sont très variés, et les messages à transmettre doivent en tenir compte. mieux définir qui doit faire quoi.
- Parle-t-on de lombalgie ou de lombosciatique ?

SOFMER Expert 3

Le terme de lombalgie commune a été remplacé dans la littérature internationale par non spécifique, je ne saisis pas bien la pertinence d'être en décalage

SFR

La définition de la lombalgie n'est pas adaptée. L'atteinte du rachis lombaire bas peut générer de douleurs qui irradient bien en dessous du pli fessier inférieur, à la face postérieure des cuisses, sans dépasser le genou.

	<p>OK pour les définitions de la lombalgie commune et de la lombalgie commune chronique.</p> <p>Individualiser la notion de poussée aiguë de lombalgie n'est peut-être pas une mauvaise approche mais ne peut se concevoir que chez des patients antérieurement étiquetés « lombalgie chronique ». La notion de lombalgie aiguë (ou lumbago) doit persister, traduisant soit un premier épisode de douleur lombaire, soit la récurrence d'une douleur aiguë chez un patient qui n'avait pas de lombalgie chronique, c'est à dire dont le ou les premiers épisodes de lombalgie ont toujours guéri en moins de 3 mois. C'est la situation la plus fréquente : un patient fait un premier épisode de lombalgie aiguë. Tout rentre dans l'ordre en 3 semaines. Il fait un deuxième épisode 10 ans plus tard. Il s'agit d'un deuxième épisode de lombalgie aiguë. La poussée aiguë de lombalgie ne peut donc se concevoir que chez le lombalgique chronique et le terme de lombalgie aiguë doit être conservé en dehors de la lombalgie chronique.</p> <p>Le terme de lombalgie récidivante n'a pas lieu d'être, ne faisant que compliquer la sémantique de la lombalgie. Par contre, nous serons tous d'accord pour dire que la récurrence dans les 12 mois d'une lombalgie aiguë doit être considérée comme un facteur de risque de chronicité. Ceci est à distinguer d'une poussée <u>aiguë</u> de lombalgie qui ferait suite à une première lombalgie qui aurait duré plus de 3 mois et déjà considérée comme une lombalgie chronique.</p> <p>La fiche doit donc aider le médecin (de 1^{er} ou 2^{ème} ou 3^{ème} recours selon votre choix) à guider la thérapeutique face à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une lombalgie aiguë. - une poussée aiguë de lombalgie. - une lombalgie chronique. - une lomboradiculalgie aiguë. - Une lomboradiculalgie chronique. <p>Peut on tout traiter dans une seule et même fiche. Certainement pas.</p> <p>L'objectif principal de la fiche devrait être de réduire au maximum le risque de chronicité de la lombalgie commune en faisant abstraction dans un premier temps de la radiculalgie. La cible de la fiche doit être le médecin généraliste, en première ligne, partant du principe que c'est dans les premiers jours qui suivent l'accident initial que l'essentiel se joue. La lombalgie commune aiguë doit être considérée comme une urgence bio-psycho-sociale pour réduire le risque de passage à la chronicité et diminuer le coût médico-économique de sa prise en charge</p>
Encadré : « Evaluation initiale d'une douleur lombaire »	
SOFMMOO	<p>La prise en compte des drapeaux rouges est essentielle, et doit être SYSTÉMATIQUE dès la première consultation certes, mais tout au long des contrôles cliniques (au moins durant les 3 à 6 premières semaines)</p> <p>Insister sur le mécanisme et le mode d'installation autant que les signes existants au moment du premier examen</p>
AFC	<p>La notion de « <i>symptômes neurologiques étendus</i> » est vaste, non conventionnelle, et ne correspond à aucune classification communément utilisée dans la littérature scientifique. Ce terme mériterait d'être défini plus précisément.</p> <p>De plus, pourquoi ne pas avoir repris et hiérarchisés les drapeaux rouges en grandes familles comme identifiés dans votre recherche bibliographique (tableau 5 pages 16-21) ; plutôt que d'en extraire que certains et de les sortir de leur contexte ? Il manque ainsi certains drapeaux rouges qui ont été omis : antécédents d'ostéoporose, ménopause, drapeaux rouges suggérant la présence d'un rhumatisme inflammatoire, et la liste est non exhaustive.</p>
CMG	Le titre pourrait être « Évaluation initiale et au cours du suivi d'une douleur lombaire ».
INRS	Evaluation <i>clinique</i> initiale d'une douleur lombaire
CMK Expert 2	<p>Dans cet encadré, mise à part l'évocation des red flags, il n'y a pas de données concernant l'évaluation initiale de la douleur lombaire (sur quoi elle porte, les critères d'évaluation, etc...).</p> <p>Ajouter l'intérêt d'une évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fonctionnelle - des répercussions sur les activités de la vie quotidienne - des circonstances d'apparition de la douleur / type / intensité, etc... ?

<p>CMK Expert 5</p>	<p>il aurait peut-être fallu préciser quel praticien est habilité à faire l'évaluation initiale d'une douleur lombaire, médecin, kiné qui soit dit en passant a la capacité :</p> <p>1) D'identifier une éventuelle pathologie grave sous-jacente et de référer à un médecin le cas échéant. 2) D'identifier les facteurs psychosociaux prédisposant à la chronicité et à la récurrence, leur permettant d'identifier les patients les plus à risque. Ou équipe pluridisciplinaire.</p>
<p>CMK Expert 6</p>	<p>La formulation de la phrase : « ... , ou en cas de modification des symptômes cliniques » est peut être à compléter :</p> <p>« ... , ou en cas de modification des symptômes cliniques initiaux (en l'absence de traitement parallèle associé) »</p> <p>Pour la dernière phrase, il semble pertinent d'ajouter que c'est la combinaison des drapeaux rouges, ainsi que la présentation clinique générale en réponse à l'interrogatoire et à l'examen physique du patient qui amène le thérapeute à suspecter une pathologie sous-jacente qui nécessite une action spécifique et/ou urgente.</p> <p>Référence : Red Flags: A Guide to Identifying Serious Pathology of the Spine - Sue Greenhalgh, James Selfe</p> <p>Pour terminer ce paragraphe et afin de ne pas inciter les professionnels de santé à sur-diagnostiquer des pathologies « graves » qui n'auraient pas lieu d'être et qui impacteraient directement la prise en charge des patients (retard de prise en charge, sur-utilisation de l'imagerie), il me semble pertinent d'ajouter que les pathologies spinales sérieuses représentent moins de 1 % des patients qui se présentent avec une douleur lombaire (5% de « nerve root pain » et 95 % de « simple backache »).</p> <p><u>Références :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - références du premier cadre - Red Flags: A Guide to Identifying Serious Pathology of the Spine - Sue Greenhalgh, James Selfe : page 42 - Clinical Standards Advisory Group. Report of a Clinical Standards Advisory Group on back pain. London: HMSO; 1994. - Arthritis Rheum. 2009 Oct;60(10):3072-80. doi: 10.1002/art.24853. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. Henschke N1, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, York J, Das A, McAuley JH.
<p>CMK Expert 7</p>	<p>Suggestion de forme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inutile de mettre une seconde fois « cf drapeaux rouges » après « signes d'alerte. • Modification de la phrase: « <i>c'est leur combinaison qui doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie sous-jacente à la douleur justifiant une prise en charge spécifique.</i> <p>Modifier ou rajouter au titre « évaluation initiale d'une douleur lombaire » la phrase « écarter une pathologie sérieuse » (par exemple).</p>
<p>CNAM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Préférer <u>La recherche</u> à l'évaluation des signes d'alerte (première phrase) - Ajouter <u>lombaire</u> après à la douleur.... (dernière ligne)
<p>SOFMER Expert 1</p>	<p>J'aurai mis plutôt (changements en gras)</p> <p><i>La recherche des signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges ») orientant vers une pathologie sous-jacente et nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente doit être réalisée systématiquement devant toute douleur lombaire récente, ou devant une aggravation des symptômes ou devant l'apparition de nouveaux symptômes.</i></p> <p>La recherche de ces signes d'alerte doit rester à l'esprit du praticien à tous les stades de la lombalgie, notamment en cas de poussée aiguë de lombalgie survenant dans le cadre d'une douleur chronique, ou en cas de modification des symptômes cliniques.</p> <p>La spécificité des signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges ») pris isolément est limitée ; c'est leur combinaison qui doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie sous-jacente à la douleur</p>

	justifiant une prise en charge spécifique.
SOFMER Expert 3	Importance d'insister sur la combinaison des différents red flags
SFR	<p>Les drapeaux rouges ne signent pas obligatoirement une pathologie grave mais doivent faire rechercher une pathologie autre qu'une lombalgie commune relevant d'un traitement spécifique. Pourquoi proposer des drapeaux rouges différents de ceux proposés par l'Assurance Maladie (après avis de l'HAS) en novembre 2017 ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • OK pour les limites d'âge. • Comment comprendre « antécédents de traumatisme violent ». Que veut dire violent ? Quel délai entre le traumatisme et la douleur lombaire. Faut il comprendre : « lombalgie aiguë faisant suite à un traumatisme violent » ? • Douleur constante, progressive, non mécanique. Sur cet item et exprimé comme tel, la plupart des patients auront un drapeau rouge. Faut il comprendre : lombalgie à caractère inflammatoire ou d'installation lentement progressive et en l'absence d'événement déclenchant. • Douleur dorsale : hors sujet pour une fiche lombalgie. Ce serait mieux de dire : « douleur lombaire associées à d'autres douleurs rachidiennes ou articulaire d'installation simultanée » • L'item « antécédents médicaux de tumeur » n'a pas grand sens. Faut il comprendre que les antécédents chirurgicaux de tumeur sont exclus ? Faut il comprendre qu'un antécédent de carcinome basocellulaire enlevé 10 ans avant est un drapeau rouge ? Il serait peut-être plus simple d'écrire : antécédent de cancer (au singulier, un seul est suffisant pour être un drapeau rouge) • Pourquoi l'item « Utilisation prolongée de corticoïdes » ? Comment comprendre « prolongée » ? La posologie intervient elle ? Si l'on essaye de comprendre entre les lignes, ne serait il pas plus simple d'écrire : tout facteur de risque connu d'ostéoporose. • les situations de toxicomanie, immunosuppression et infection VIH définissent des terrains à risque d'infection. Mais l'infection doit toujours être le premier diagnostic différentiel de toute lombalgie chez tout individu, surtout s'il est en situation d'immunodépression. Ce drapeau rouge nécessite donc quelques éclaircissements. Faut il comprendre que tout patient VIH, toxicomane ou soumis à une immunodépression (corticoïdes, méthotrexate, azathioprine, biothérapie...) doit aller directement aux examens complémentaires devant toute lombalgie, quelque soit l'histoire clinique ? • l'item suivant est essentiel et doit être placé en première ligne et non pas arriver à la fin de l'énumération (c'est le bon sens clinique). Il pourrait être plus simplement être regroupé avec le précédent : « Fièvre, altération de l'état général, amaigrissement récent, en particulier en cas d'immunodépression associée ». (les médecins savent que le VIH et la toxicomanie génèrent une immunodépression. Par contre, rappeler que même devant une lombalgie en apparence commune on s'intéresse à la prise de la température fait partie des messages importants. • « Symptômes neurologiques étendus ». Que veut dire « étendus » ? Quels symptômes neurologiques ? Par définition, la lombalgie commune, objet de cette fiche, ne comporte pas de signe neurologique. • « Déformation rachidienne ». Cet item est difficile à comprendre. S'agit il du rachis dans son ensemble ou du rachis lombaire. S'agit il d'une déformation récente ou ancienne ? Une hyperlordose est elle une déformation qui doit constituer un drapeau rouge ?
Encadré : « Evaluation du risque de chronicité »	
SOFMMOO	<p>Dans l'argumentaire « évaluation du risque de chronicité », ne pas sous estimer le rôle d'une « incertitude » diagnostique initiale et du manque de pédagogie que nous connaissons tous.... mais pour tenir un bon discours pédagogique, ne doit-on pas bien dominer sa clinique. La crédibilité initiale est fondamentale, basée sur une écoute approfondie du patient, et un examen clinique des plus détaillés, <u>DÈS LA PREMIÈRE CONSULTATION</u>- -comme nous le verrons plus loin.</p> <p>Concernant les facteurs psycho-sociaux et leur relation au travail, la fiche de poste de travail est souvent très incomplète</p>
AFC	Les questionnaires recommandés sont-ils validés en français ? En effet, pour une utilisation en pratique clinique, les notions de fiabilité et validité des outils utilisés dans la population cible (ici les lombalgiques) sont nécessaires et doivent être mentionnées dans le rapport d'élaboration.
AFTNM	RAS

	Sauf que les questionnaires sont rarement utilisés en pratique quotidienne. Ne faudrait-il pas aussi évoquer, comme à d'autres endroits de cette Fiche Meme, un avis autre (MPR, Rhumato, Médecine de la douleur...) ?
CMG	Ces questionnaires ont-ils été évalués en pratique de soins de premiers recours ? Un lien vers ces questionnaires pourrait-il être mis en fin de fiche ?
INRS	Les facteurs de risques d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail (cf. « drapeaux bleus et noirs ») doivent être recherchés en cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés au-delà de 4 semaines. Dans ce cas, l'expertise du médecin du travail doit être sollicitée .
CMK Expert 1	Je dirais aussi que c'est bien de proposer des échelles mais quand le professionnel lira la recommandation, si il sait où la trouver traduite en français et s'il y a facilement accès, c'est mieux. Plutôt que de préciser davantage sur ces échelles, je trouverais plus pertinent de proposer un lien direct vers les échelles et autres. (maintenant on lit beaucoup sur nos écrans, alors il suffit de cliquer.
CMK Expert 2	Dans cette partie, le contexte psycho-social est beaucoup pris en compte par rapport au « bio / physique » : peut-être intégrer l'intérêt de l'évaluation de la sédentarité ou de l'activité physique (type IPAQ), de l'ergonomie et des contraintes au travail ?
CMK Expert 3	L'arrêt de travail est un facteur de risque de chronicité. Il ne semble pas opportun d'attendre la fin des douleurs lombaires avant la reprise du travail. Le travail peut éviter un déconditionnement physique et un isolement social. Il peut donc faire partie intégrante du traitement. Il me semble donc important de préciser au professionnel de santé le caractère bénéfique et non délétère d'une reprise du travail. Une insatisfaction au travail doit en revanche être rapidement détecté et pris en charge par le médecin du travail.
CMK Expert 5	Idem précédent.
CMK Expert 6	Comme c'est écrit dans le rapport de 146 pages, « Le moment opportun pour réaliser cette évaluation n'est pas détaillé ». Je suis un des premiers à penser que c'est un point essentiel dans la prise en charge des lombalgies communes mais toute la nuance réside dans le mot « précoce » qui est utilisé. Prenons un exemple : le cas d'un épisode aiguë de lombalgie sans drapeaux rouges, mais qui amène à avoir une douleur intense et une incapacité fonctionnelle importante dans un premier temps. N'auriez vous pas peur de ce qui vous arrive ? Ajoutez-y tout ce que votre entourage vous dit et vous avez là de quoi faire un bon cocktail pour avoir un score élevé au StarT Back Screening Tool. À l'inverse, attendez un peu de temps, que l'évolution naturelle et éventuellement la prise en charge adaptée fassent leurs effets, le score du StarT Back Screening Tool sera sérieusement diminué... Référence (partie discussion) : Physiother Theory Pract. 2018 Jul 9:1-9. doi: 10.1080/09593985.2018.1490839. Association between changes in function among patients with lumbar impairments classified according to the STarT Back Screening Tool and managed by McKenzie credentialed physiotherapists. Werneke MW PT, MS, Dip. MDT1, Edmond S PT, DSc, OCS2, Young M PT, Cred MDT3, Grigsby D PT, Cert MDT4, McClenahan B PT, MS, OCS, Dip. MDT, FAAOMPT5, McGill T PT, PhD, SCS, Dip. MDT6. Il s'agit ici d'une fiche mémo qui a pour but d'aider les différents professionnels de santé dans leur prise en charge, ceux-ci ne sont pas forcément experts dans le domaine. N'est-il pas possible de fixer un critère pour décider de l'utilisation de ce type d'évaluation ? Que penseriez-vous de vous baser plutôt sur une évolution des symptômes (amélioration, stagnation, ou détérioration) pour choisir ou non l'utilisation d'une telle évaluation ? En fixant une limite temporelle en fonction de chaque patient qui serait basée sur l'interrogatoire et l'examen physique initial.
CMK	On pourrait aborder aussi l'évaluation des muscles notamment des quadriceps car plusieurs études ont mis en évidence que les douleurs lombaires sont inversement proportionnelles à la force des

<p>Expert 8</p>	<p>quadriceps, donc l'évaluation peut être intéressante dans le suivi des lombalgies chroniques. Un autre muscles important : le mollet car on retrouve chez de nombreux lombalgique chronique une raideur des mollets qui limite l'efficacité de la marche, la qualité du retour veineux donc des gênes qui accentue les comportements sédentaires. L'évaluation également de la mise en jeu des muscles transverse de l'abdomen paraît importante car plus le patient souffre depuis une longue période plus sont automatisés et donc moins efficaces. Il serait intéressant que ce type d'informations soient connues de tous car elles permettent de mieux orienter et suivre les prises en charge</p> <p>Peut être aborder l'impact de la douleur de sur la modification du cortex pré frontal objectivé à l'IRM fonctionnelle est qui justifie la reprise d'activité physique le plus rapidement possible mais aussi parfois de manière progressive pour éviter une rechute préjudiciable pour une évolution favorable. Cette modification des aires sensitives justifie aussi parfois la notion de suivi dans le temps des patients</p> <p>Un autre élément qui peut être abordé dans les risques de chronicité est donné par l'imagerie : la perte de hauteur des disques, la transformation des multifides (en graisse), les affections des articulaires postérieures sont d'autant d'éléments qui impactent la biomécanique du rachis et donc favorisent la chronicité. Ces points ont été notamment décrits par Hodges. On pourrait aussi ajouter l'importance de l'incidence pelvienne comme facteur de chronicité car plus celle-ci est importante, plus on a un risque de faiblesse du plancher pelvien, plus on a un risque de faiblesse du contrôle lombo pelvien donc un risque de douleur chronique</p>
<p>CNAM</p>	<p>Évaluation <u>du risque de passage à la</u> chronicité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préférer <u>La recherche</u> à l'évaluation des facteurs de risque psychosociaux (première phrase) - Proposer un lien vers les questionnaires cités STTB qui propose une prise en charge <u>adaptée</u> au risque (plus que stratifiée sur le risque) Örebro, FABQ, HAD - Il peut être utile de mentionner un contact avec l'assurance maladie en particulier service médical qui peut assurer une facilitation du retour vers l'emploi dans ces situations avec facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail.
<p>SFETD</p>	<p>La mention de questionnaires de catastrophisme, de peur du mouvement, kinésiophobie pourrait être intéressante, à côté des autres questionnaires mentionnés. Il paraît restrictif de se limiter au FABQ.</p> <p>Il n'est pas fait mention dans le texte des outils d'évaluation de la douleur, alors qu'on développe largement les outils d'évaluation des risques de chronicité.</p> <p>Il paraît important d'indiquer que</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans la douleur aiguë, l'évaluation de l'intensité est importante (échelle numérique recommandée), et que l'objectif du traitement vise une douleur inférieure à 4/10. - dans la douleur chronique ou subaiguë, les échelles d'intensité de douleur doivent être plutôt remplacées par des échelles algo-fonctionnelles comme le questionnaire EIFEL. On visera ici non pas seulement à réduire une intensité de douleur mais à rendre la douleur acceptable et surtout à améliorer la fonction.
<p>CNP/SF rhumatologie</p>	<p>Les reco sont trop théoriques, et pas assez pratiques. Les questionnaires ne sont pas adaptés à une consultation de généraliste.</p>
<p>SFO</p>	<p>beaucoup de questionnaire un peu barbare</p>
<p>SFR</p>	<p>On attend d'une fiche synthétique qu'elle nous propose LE questionnaire à utiliser et non pas la liste des questionnaires disponibles. Le choix du questionnaire doit reposer sur sa faisabilité en médecine générale et sa simplicité (comme le DN4 ou le FIRST pour l'identification de la douleur neuropathique ou de la fibromyalgie). L'outil STarT Back Screening pourrait être la solution en comportant 9 items (c'est déjà beaucoup) et un système de calcul pas trop complexe qui pourrait être accepté et adopté par les médecins généralistes. Dans ce cas là il faut que l'assurance maladie développe une application rendant l'outil accessible à tout médecin. Mais il faut aussi que l'algorithme de prise en charge de la lombalgie commune aiguë se base sur les résultats de ce score.</p> <p>Comme pour les drapeaux rouges, les drapeaux jaunes ont déjà été identifiés par l'Assurance Maladie il y a moins de 2 ans. L'identification de drapeaux bleus et noirs n'apportent rien au médecin généraliste et ne sont pas adaptés pour guider la prise en charge d'une lombalgie aiguë commune ou</p>

	une poussée aiguë de lombalgie.
SOFMER Expert 1	<p>J'aurai mis plutôt (changements en rouge)</p> <p>L'évaluation précoce des facteurs de risques psychosociaux (cf. « drapeaux jaunes ») est recommandée afin de dépister le risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité, et d'établir une prise en charge adaptée au risque.</p> <p>Certains éléments (peurs et croyances, contextes psychologique et social) doivent être identifiés précocement.</p> <p>En complément de cette évaluation, un questionnaire composite comme le STarT Back screening tool (qui propose une prise en charge stratifiée sur le risque), la version courte du questionnaire Örebro (qui est prédictif de l'absentéisme) peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chronicisation. D'autres questionnaires plus spécifiques tels que le FABQ (évaluant le niveau de peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie) ou l'HAD (évaluant le niveau d'anxiété et de dépression) peuvent aussi être utilisés.</p> <p>Les facteurs de risques d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail (cf. « drapeaux bleus et noirs ») doivent être recherchés en cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés au-delà de 4 semaines. Dans ce cas, l'expertise du médecin du travail peut être envisagée.</p>
SOFMER Expert 2	attention start back et obrero demandent du temps ou un support informatique sinon ce ne sera pas fait.
SOFMER Expert 3	<p>On peut proposer comme outil spécifique en complément de ceux proposés le Back Belief Questionnaire récemment validé en français</p> <p>Dupeyron A, Lanhers C, Bastide S, Alonso S, Toulotte M, Jourdan C, Coudeyre E.</p> <p>The Back Belief Questionnaire is efficient to assess false beliefs and related fear in low back pain populations: A transcultural adaptation and validation study. PLoS One. 2017 Dec 6;12(12):e0186753. doi: 10.1371/journal.pone.0186753. eCollection 2017.</p>
Encadré : « Prise en charge globale du patient »	
SOFMMOO	<p>En cas de lombalgie chronique - - - : savoir passer la main dès que le praticien est face a davantage de questions que de réponses. Je manque de précision clinique, je perds de ma crédibilité, je m'é gare vers l'escalade d'examens complémentaires- - -et je participe activement à la chronicisation.Les médecins spécialistes du mouvement (MPR,Rhumato, surtout lorsqu'ils ont la compétence médecine manuelle orthopédique : DIU) devront être sollicités très vite (3 premières semaines) si l'omnipraticien ne domine plus la question.</p> <p>EN PARTICULIER LES MÉDECINS À COMPÉTENCE MÉDECINE MANUELLE ORTHOPÉDIQUE OSTÉOPATHIQUE sont les vrais experts de l'examen clinique du rachis, avec une précision extrême, d'où une cohérence dans la prise thérapeutique qui suivra.</p> <p>La prise en charge doit se faire entre médecins afin d'éviter les discours parasites de croyances et suggestivité.</p> <p>Revoir les critères de PARIS (reprenant les critères définis par Robert MAIGNE à son époque)</p> <p>Cohérence des propositions thérapeutiques</p> <p>Encore une fois, pas de cohérence thérapeutique SI PAS DE COHÉRENCE diagnostique (cf plus loin pour le détail)</p> <p><i>DRAPEAUX MULTICOLORES : TB : RIEN À DIRE</i></p>
AFC	<p>La recommandation propose qu'« <i>En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité, il peut être utile d'adresser le patient à un médecin de second recours. Le type de médecin à qui adresser (rhumatologue, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, puis si indiqué en 3e intention le spécialiste de la douleur, ou le chirurgien du rachis), et le délai avant d'adresser dépendent à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge le patient, de la situation individuelle et des préférences du patient, et des ressources du système de soins disponibles localement.</i>»</p> <p>La liste de médecins entre parenthèse laisse penser que la recommandation ne se tourne que vers ces thérapeutes. Si c'est le cas, pourquoi ? Quels sont les arguments scientifiques permettant de limiter cette liste à ces professionnels ?</p>

<p>CMG</p>	<p>Le médecin du travail n'est pas cité dans cet encadré et n'est cité qu'en cas de drapeaux noirs ou bleu dans l'encadré précédent. L'intérêt d'adresser au médecin du travail doit être discuté devant toute lombalgie chronique et/ou récidivante.</p> <p>Ne faudrait-il pas préciser d'avantage la place et ce qu'on attend du rhumatologue et du médecin de rééducation ?</p>
<p>INRS</p>	<p>En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité, il peut être utile d'adresser le patient à un médecin de second recours. Le type de médecin à qui adresser (rhumatologue, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, puis si indiqué en 3^e intention le spécialiste de la douleur, ou le chirurgien du rachis), et le délai avant d'adresser dépendent à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge le patient, de la situation individuelle et des préférences du patient, et des ressources du système de soins disponibles localement. Il est également utile de contacter le médecin du travail pour connaître les contraintes du poste de travail et les possibilités d'adaptation de ce poste de travail.</p>
<p>CMK Expert 1</p>	<p>Au lieu de prise en charge globale je mettrais « globale et pluridisciplinaire ».</p> <p>En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité, il peut être utile d'adresser le patient à UN MEDECIN... et pourquoi pas aussi à un psychologue ? Ca prendrait tout son sens, avec un titre prise en charge GLOBALE du patient.</p> <p>Pour évaluer et traiter le risque de chronicité, je pense qu'il est mieux pouvoir discuter à plusieurs du patient, notamment médecin, rééducateur et psychologue. Pour moi le pluri professionnalisme est important dans cette phase. C'est ça qui permet de mettre en place une réelle stratégie de soins. Une échelle c'est bien mais de discuter à plusieurs même et surtout si tout le monde ne connaît pas le patient, c'est vraiment riche.</p>
<p>CMK Expert 2</p>	<p>Mentionner le parcours de soins avec médecin traitant qui peut orienter vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - paramédicaux, dont kinésithérapeutes qui sont mentionnés dans le guide - 2nd recours - 3^{ème} intention
<p>CMK Expert 5</p>	<p>J'aime bien la dernière phrase !</p>
<p>CMK Expert 6</p>	<p>Ce paragraphe semble se baser sur peu de données, en effet, le rapport reste « pauvre » sur ce thème suite à ma lecture (si je n'ai pas commis d'erreur). Je vais essayer d'y apporter une aide sincère et impartiale fondée sur le bon sens d'après les données du rapport.</p> <p>Dans l'ordre :</p> <p>→ pour la phrase « En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité... » : ce sont deux points totalement différents ! Les patients à risque de chronicité ne sont pas encore des patients chroniques mais seulement à risque (qui peut être faible, moyen ou élevé d'ailleurs). En effet, comme cela est cité dans le rapport de 146 pages, les patients lombalgiques à risque de chronicité doivent être envoyés vers une prise en charge adaptée sur la peur et les croyances du patient. Je ne suis pas partial dans le choix du professionnel pour exercer ce travail mais référer un patient vers un médecin plus spécialisé ne risque t'il pas de l'inquiéter encore plus ? Ou de l'enfermer dans la recherche d'une structure comme origine de la douleur ?</p> <p>Ne pensez-vous pas que cela risque d'augmenter son risque de chronicité future ?</p> <p>Alors que toutes les recommandations actuelles sont favorables à des thérapies basées sur le mouvement et/ou la reprise d'une activité physique dans un premier temps (avant consultation chez un spécialiste). Ne faut-il pas d'abord référer le patient vers un expert du mouvement ?</p> <p>Dans notre système de santé actuel, quel professionnel vous semble le mieux placé pour prendre le temps d'écouter les valeurs et les préférences du patient et qui est également un expert du mouvement ?</p> <p>→ pour les patients chroniques, la situation est différente : il est important de savoir par quelle étape le patient est déjà passé, de savoir ce qui a fonctionné même partiellement pour lui et ce qui n'a pas fonctionné. Il faudrait alors en réaliser une synthèse et demander l'avis du patient pour choisir la conduite thérapeutique à mener (expert du mouvement, médecin de second ou troisième recours si</p>

	nécessaire).
CMK Expert 7	<p>Malgré l'intitulé, il en ressort un parcours médico-centré, je n'ai pas retrouvé la bibliographie qui se rapporte à cet encadré seulement des accords d'experts.</p> <p>Peut-on imaginer une intégration du reste de l'équipe pluri-disciplinaire dans cet encadré?</p> <p>Apport littérature:</p> <p>Réduction des coûts avec une prise en charge précoce physiothérapie aux Etats-Unis.</p> <p>Sans parler d'accès direct, un accès à la physiothérapie précocement dans le parcours de soin est associée à une réduction des coût (soins, imagerie, consultations spécialiste) : <i>Frogner, Harwood, K and al.; Does Unrestricted Direct Access to Physical Therapy Reduce Utilization and Health Spending? Health Serv Res. 2016</i></p> <p><u>Le positif :</u></p> <p>Il est bon d'insister sur le caractère positif de l'évolution de la lombalgie commune.</p> <p>Très bon rappel des différents drapeaux .</p> <p>Le fait de l'avoir mis sur une page à part entière permet de pouvoir l'imprimer pour y avoir accès au quotidien.</p>
CMK Expert 8	Peut être insister un peu plus sur la sortie ou l'évitement des comportements sédentaires, l'importance de la communication/l'identification des acteurs autour du patient. De la continuité / à la contiguïté de la prise en charge
CNAM	<ul style="list-style-type: none"> - Insérer à risque <u>de passage à la chronicité</u> (3^{ème} alinéa) - Préférer <u>Les spécialistes ou spécialités médicales concernées</u> à l'expression « le type de médecin » (3^{ème} § seconde phrase)
CNP rhumatologie	<p>Idem : Les reco sont trop théoriques, et pas assez pratiques. Les questionnaires ne sont pas adaptés a une consultation de généraliste.</p> <p>Il n'y pas vraiment d'équipe pluridisciplinaire en pratique de ville dans la gestion d'un patient lombalgique ou lombosciatalgique.</p> <p>L'expression « peut être utile » doit être remplacée par « il est fortement conseillé ». Il faudrait peut-être préciser que la prolongation d'un arrêt de travail n'est pas toujours la réponse adaptée à la problématique</p>
SFR	<p>Tout à fait d'accord avec les 2 premiers paragraphes.</p> <p>Pas d'accord avec la suite (certainement parce que les objectifs même de la fiche n'ont pas été établis : lombalgie aiguë ou chronique). Il serait mieux d'écrire : pour limiter le risque de passage à la chronicité, le médecin généraliste doit évaluer le risque sur la base du STarT Back Screening Tool. Si le risque est > 3, le patient devra être adressé pour avis spécialisé auprès d'un rhumatologue ou d'un spécialiste de médecine physique et de réadaptation ».</p> <p>(la réduction de la chronicité ne passera que par un adressage précoce des patients à risque vers un médecin de 2^{ième} recours. Le niveau du risque peut être discuté mais l'utilisation d'un outil comme le STarT Back Screening Tool, validé en français, est probablement une approche pertinente)</p>
SOFMER Expert 1	<p>J'aurai mis plutôt (changements en rouge)</p> <p>La prise en charge doit être centrée sur le patient lombalgique en prenant en compte ses dimensions physique, psychologique et sociale. Cette prise en charge globale est habituellement nommée « bio-psychosociale ». Il est recommandé d'expliquer au patient les termes du diagnostic et de <i>lui</i> délivrer une information rassurante quant à l'évolution de la lombalgie commune (généralement favorable en quelques semaines).</p> <p>En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicisation, il peut être utile d'adresser le patient à un médecin de second recours. Ce peut être un rhumatologue ou un médecin de médecine physique et de réadaptation (selon les professionnels exerçant sur le territoire de santé)</p> <p>En 3e intention le patient peut être orienté vers une unité d'évaluation et de traitement de la douleur chronique ou le cas échéant à un chirurgien du rachis. Le délai avant d'adresser dépend à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge le patient, de la situation individuelle et des préférences du patient, et des ressources du système de soins disponibles localement.</p> <p>Il est important de veiller à la cohérence des propositions thérapeutiques au sein de l'équipe</p>

	pluridisciplinaire en raison du caractère délétère des discours discordants.
SOFMER Expert 3	<p>Il est fait mention d'équipe pluridisciplinaire en fin d'encadré, alors que cette équipe n'est pas définie au préalable.</p> <p>En soins primaires, ce type d'équipe n'existe pas vraiment à la différence des soins tertiaires, pour les centres spécialisés dans la prise en charge du rachis.</p> <p>Peut-être faudrait-il remplacer par ensemble des intervenants en soins primaires (MG, Kiné, médecin du travail, rhumato, MPR) ?</p>
Encadré : « Prise en charge par kinésithérapie »	
SOFMMOO	<p>Sous réserve d'une compétence "minimale" du prescripteur.</p> <p>Quand on voit le désarroi des jeunes médecins dans l'appréciation clinique précise du lombalgique (nombreuses thèses sur le sujet, et récent symposium SOFMMOO octobre 2018) l'on est en droit de ne pas toujours être serein quant aux indications et au suivi de la rééducation</p> <p>Assurer un retour systématique du bilan du kinésithérapeute, qui doit être cohérent avec le bilan du médecin expert.</p> <p>EN cas d'incohérence ou de désaccord, solliciter une discussion multidisciplinaire, pour parvenir à une cohérence <u>DIAGNOSTIC/TRAITEMENT</u></p> <p>L'on ne peut manquer d'évoquer ici le Challenge de l'organisation d'équipes de techniciens du sport (sous contrôle de médecins spécialistes du mouvement (rééducateur, médecin manuels), car les Kinésithérapeutes ne peuvent assurer toute cette charge qui d'autre part n'est pas à priori du domaine de la prise en charge financière par les Caisses, mais de la compétence des collectivités locales, aidées par des équipes pluridisciplinaires (Médecins du mouvement + MK + APA)</p> <p>Les tractions peuvent apporter pour certains d'entre nous un gain de confort, afin de permettre une prise en charge active plus rapide.</p>
AFC	<p>Dans un premier temps, pourquoi la kinésithérapie est-elle dans un encadré à part et non incluse dans l'encadré de prise en charge non médicamenteuse ?</p> <p>Dans un second temps, la recommandation mentionne que « <i>L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie (grade B).</i> ». Comme noté dans les commentaires sur le format de la fiche mémo, le fait de placer cette prise en charge avant les autres prises en charge laisse penser à une supériorité d'efficacité. Quels sont les arguments en faveur de cette supériorité d'efficacité étant donné que vos tableaux 21-22 (pages 56-69) n'en font pas mention ?</p> <p>Dns un troisième temps, la recommandation se poursuit par « <i>La réalisation d'exercices adaptés à la situation clinique est enseignée par un kinésithérapeute, poursuivie à domicile et recommandée chez les patients présentant une lombalgie chronique, à risque de chronicité (grade B). La réalisation de kinésithérapie doit faire appel à la participation active du patient (grade B). Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances erronées, bienfait de l'activité physique) avec une prise en charge bio-psycho-sociale (AE).</i> ». Pourquoi réserver cette prise en charge par l'exercice physique uniquement aux kinésithérapeutes ? En effet, d'autres professionnels ont ces compétences dans leur référentiel métier. Par exemple, les licences Sciences et Techniques Activités Physiques et Sportives (STAPS) mentionne Activité Physique Adaptée et santé (APA). D'après leur fiche RNCP, « <i>Le professionnel a pour vocation de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes, de Réadaptation et d'Intégration par l'Activité Physique Adaptée auprès de groupes de personnes relevant des catégories suivantes : troubles fonctionnels et métaboliques, troubles sensoriels et moteurs, troubles du comportement et de la personnalité, déficiences intellectuelles, Inadaptation sociale, troubles liés au vieillissement, maladies chroniques ou létales... Le professionnel a pour mission de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de Prévention, de suivi et d'Education de la Santé par l'Activité Physique Adaptée auprès de tout public.</i> » (https://c3d94585005.files.wordpress.com/2017/11/rncp_l_apas.pdf). Ce n'est qu'un exemple, et d'autres professionnels de la santé sont également compétents dans cette prise en charge. D'autant plus qu'une des recommandations de cette fiche mémo est qu'« <i>Il est important de veiller à la cohérence des propositions thérapeutiques au sein de l'équipe pluridisciplinaire en raison du caractère délétère des discours discordants.</i> ». Pour ce faire, il semble important que chaque professionnel ait sa place dans cette équipe pluridisciplinaire et qu'aucune profession ne monopolise un type de compétence.</p>
AFTNM	Rôle de la MK bien valorisé.

	<p>L'exercice physique adapté est le traitement principal...</p> <p>Les thérapies passives, utiles parfois au début de la kinésithérapie, ne doivent pas...</p>
CMG	<p>A quel moment prescrire une kinésithérapie ?</p> <p>Quand ne pas en prescrire ?</p>
CMK Expert 1	<p>Je dirais que le TENS fait partie aussi de nos techniques. Il n'est pas mentionné dans la fiche de synthèse alors qu'il est dit p°106 du rapport qu'il permettrait de mieux contrôler la douleur et de réduire la prise en charge médicamenteuse. Il est dit également qu'il n'a pas d'impact sur l'évolution de la lombalgie mais ça ne veut pas dire qu'il ne permet pas un meilleur confort du patient et une reprise des activités plus sereine. Certes sa prescription est réglementée mais la prise en charge kiné est un bon moment pour apprendre ce qu'est la douleur et comment marche le TENS. En plus, en kiné on a la possibilité de l'essayer avant de le prescrire.</p> <p>« L'exercice physique est le traitement principal » Je dirais plutôt La rééducation active et l'exercice physique. Et dans ce cas, je ne mettrais peut être pas la phrase plus bas « La réalisation de kinésithérapie doit faire appel à la participation active du patient. » pour simplifier... d'autant qu'ils ne recommandent ensuite pas les thérapies passives isolées (pour lesquelles, je préciserais « Les thérapies passives, comme le massage par exemple ».</p> <p>Je ne recommanderais pas les exercices d'auto-rééducation que pour les lombalgies à risque de chronicité mais pour toutes les lombalgies, et encore plus si il y a risque de chronicité.</p> <p>Je dirais aussi que les prises en charges en séances de groupe sont intéressantes dans la lombalgie. Mais je n'ai pas de niveau de preuves...</p>
CMK Expert 2	<p>Je réorganiserais ainsi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) L'exercice physique est le principal traitement... 2) Ajouter : « A partir d'une évaluation complète (fonctionnelle, activité physique, etc.), le kinésithérapeute propose au patient une rééducation personnalisée avec notamment la réalisation de mouvements actifs spécifiques qu'il pourra continuer à son domicile dans le cadre d'une auto-rééducation puis d'un entretien physique. » 3) « Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient... » 4) « La réalisation d'exercices thérapeutiques... » 5) « La réalisation de kinésithérapie doit faire appel... » 6) « Les thérapies passives... » 7) « Les ultrasons et les tractions... »
CMK Expert 3	<p>Evaluer les facteurs psycho-sociaux via des questionnaires (start back screening tool, tampa échelle de kinésiophobie, FABQ) me semble être un point important du bilan rééducatif.</p> <p>La rééducation intensive (réentraînement à l'effort) est la seule technique de rééducation ayant un haut niveau de preuve scientifique.</p> <p>Lever les freins empêchant la reprise d'une activité physique peut être un objectif majeur de la rééducation.</p> <p>L'exercice physique étant le traitement principal, encourager la reprise de l'activité physique est le moyen le plus efficace d'éviter des récives.</p> <p>En revanche, les techniques antalgiques (massage notamment) n'ont aucun effet sur le long terme.</p>
CMK Expert 4	<p>L'importance de l'implication du kinésithérapeute dans l'éducation du patient aurait pu être mise en avant (surlignée).</p>
CMK Expert 5	<p>Il n'y a pas de précision sur le délai de prise en charge kiné sachant que :</p> <p>Plusieurs études récentes et de bonne qualité sur l'accès direct du patient à la kinésithérapie montre qu'un accès tardif rallonge le parcours de soin pour les patients. Ceci engendrerait plus de couts supplémentaires pour la société (imageries, médication, séances de kinésithérapie supplémentaires, chirurgie) 1.2.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prise en charge du patient lombalgique aigu ou chronique débute toujours par un examen clinique dont les principes sont détaillés dans la brochure en accord avec les recommandations internationales

	<p>(médicales). Le kinésithérapeute est qualifié pour réaliser cet examen clinique et proposer un plan de rééducation prenant en compte l'aspect bio-psycho-social du patient, cette démarche s'inscrit sur une pratique basée sur les preuves (Evidence Based Practice, EBP).</p> <p>1. Fritz JM, Childs JD et al. Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future health care utilization and costs. <i>Spine</i> 2012; 37(25):2114-21.</p> <p>2. Bürge E, Monnin D et al. Cost-Effectiveness of Physical Therapy Only and of Usual Care for Various Health Conditions: Systematic Review. <i>Phys Ther</i>. 2016;96(6):774-86.</p> <p>3. Frogner BK, Harwood K et al. Does Unrestricted Direct Access to Physical Therapy Reduce Utilization and Health Spending? http://www.healthcostinstitute.org/files/HCCI-Issue-Brief-Unrestricted-Access-toPhysical-Therapy.pdf (sources SFP /https://www.sfphysio.fr/global/gene/link.php?doc_id=187&fg=1)</p>
<p>CMK Expert 6</p>	<p>Pour la phrase « Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et les croyances, bienfaits de l'activité physique)... », ne vous semble-t'il pas pertinent d'ajouter la notion d'éducation à l'évolution de l'histoire naturelle ? (même si cette notion peut appartenir à une sous catégorie des croyances du patient, c'est un moyen de le rappeler encore une fois)</p> <p><i>Rien à dire, en accord avec l'ensemble des éléments.</i></p>
<p>CMK Expert 7</p>	<p>1. Tout à fait d'accord avec les recommandations générales indiquées, soit la priorité à l'activité physique et aux exercices. Elles reflètent les recommandations internationales en physiothérapie.</p> <p>2. En revanche la phrase suivante porte à confusion: « <i>Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie</i> ». Cette phrase ne me paraît pas tout à fait correcte. La thérapie manuelle reporte des effets sur la réduction de la douleur à court terme et combinée à des exercices elle est recommandée.</p> <p>Argumentaire :</p> <p><i>NICE, Delitto et al. Low back pain clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. JOSPT. 2012.</i></p> <p><i>Toward Optimized Practice, 2015, etc.</i></p> <p><i>Cook C, Petersen S, Donaldson M, Wilhelm M, Learman K. Does early change predict long-term (6 months) improvements in subjects who receive manual therapy for low back pain? Physiother Theory Pract. 2017 Jul 20:1-9. doi: 10.1080/09593985.2017.1345025. Article en pré-publication.</i></p> <p>—> Proposition d'une modification pour « <i>les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car utilisées seules elles n'ont aucune efficacité sur la lombalgie</i> ».</p> <p>3. Education à la neurophysiologie de la douleur. Cette éducation fait partie intégrante de la rééducation des personnes en nécessitant (personnes étant inquiète de leur état, comportement de peur évitement, etc.), le kinésithérapeute a le privilège du temps avec son patient pour lui apporter l'éducation adéquate (se reporter à la première phrase de l'encadré).</p> <p><i>Stochkendahl, M. J., Kjaer, P., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Aaboe, J., Andersen, M., ... Vaagholt, M. (2017). National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. European Spine Journal, 27(1), 60–75. doi:10.1007/s00586-017-5099-2</i></p> <p>Des recommandations spécifiques aux kinésithérapeutes pourraient être mise à jour afin de préciser cet encadré.</p>
<p>CMK Expert 8</p>	<p>La kinésithérapie peut apporter plus que uniquement faire réaliser des mouvements au patient. Elle peut s'inscrire dans la démarche diagnostic, le suivi et la prévention des rechutes.</p> <p>On pourrait insister sur les compétences du kinésithérapeute à faire une évaluation complémentaire à celle des autres acteurs de santé notamment dans l'évaluation du complexe lombo pelvi fémoral ou concept du core stability décrit par les anglo saxon. C'est l'efficacité de la mise en jeu par une activation synergique des muscles du caisson abdominal pour obtenir une poutre composite efficace autour de la colonne lombaire.</p> <p>La place du kinésithérapeute en accord avec le médecin traitant dans le suivi longitudinal, objectif éviter les rechutes fréquentes dans la lombalgie commune. L'accès au kinésithérapeute est rapide, et on sait l'importance des temps courts dans ces moments</p>

CNAM	<ul style="list-style-type: none"> - Il est suggéré de placer en début d'encadré la phrase l'exercice physique - Le moment d'intervention du kinésithérapeute doit clairement être positionné. Il doit être possible de comprendre qu'une lombalgie commune non chronique peut évoluer favorablement sans nécessairement une intervention de kinésithérapie. - NB les US et tractions lombaires ne sont pas réservées aux kinésithérapeutes
CNP rhumatologie	mieux préciser la différence de prise en charge entre lombalgie et lombosciatique
SFR	Cette partie est très importante et intéressante pour le MG et place le kinésithérapeute en 1 ^{ière} ligne pour la prise en charge de la lombalgie commune dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale, sollicité dès le départ par le MG. La prise en charge par le kiné repose sur l'éducation du patient et la réalisation d'exercices physiques thérapeutiques. Elle n'est cependant pas toujours possible chez un patient encore très algique.
SOFMER Expert 3	Peut-être faut il évoquer la pertinence de la kiné à la phase subaiguë (après 4 à 6 semaines d'évolution défavorable) ?
Encadré : « Pertinence de l'imagerie »	
SOFMMOO	<p>à l'échelle du collectif médical c'est tout simplement voeu pieux..... depuis le temps que ce discours est tenu- - - avec les résultats que l'on connaît.</p> <p>Etre plus coercitif... la clinique protège le médecin, le crédibilise vis à vis de son patient. Sans compter que le radiologue, spécialiste lui aussi a un effet potentiel de sélection du dossier cohérent pour une imagerie : la précision de l'ordonnance de l'omnipraticien puis sa propre évaluation clinique (à condition d'être présent au moment de l'examen)</p> <p>Petit bémol SVP, concernant la radiographie standard, souvent utile pour pressentir une déminéralisation (voire fracture même limitée - - - -et à moindre coût</p> <p>Un patient corticothérapé récent qui souffre, ne présente-t-il pas une fracture thoraco-lombaire notamment .(si fréquente après 70 ans)... une RX simple (obtention rapide, coût très bas) orientera d'emblée vers l'intérêt d'une exploration biologique , et évitera des errances dans la prise de mesures thérapeutiques hasardeuses.</p> <p>Autre commentaire : l'imagerie est nécessaire dès que l'on décide d'une thérapeutique active ; d'accord pour ne plus utiliser de sémantique trop suggestive.</p> <p>Elle est utile pour faciliter l'élimination d'une lombalgie SYMPTOMATIQUE, et aider au diagnostic postural global dans certains cas.</p> <p>Puissent les radiologues n'utiliser le terme HERNIE DISCALE qu'avec la plus grande économie.</p>
AFC	Cet encadré mériterait d'être positionné avant les encadrés de prise en charge, faisant partie de l'évaluation du patient avant la prise en charge.
CMG	<p>Un seul drapeau rouge et notamment l'âge doit-il conduire à réaliser une imagerie ?</p> <p>Il faudrait peut-être ajouter un argumentaire « tout fait » sur pourquoi on ne fait pas d'imagerie.</p> <p>La phrase « et uniquement si cette imagerie est susceptible de modifier la prise en charge » signifie-t-elle qu'il ne faut pas réaliser d'imagerie (et donc pas de radiographies simples) pour une lombalgie commune qui dure depuis 4 mois, sans aucun drapeau rouge ?</p> <p>En pratique l'IRM n'est pas toujours accessible facilement : le scanner a-t-il un intérêt ou faut-il mieux attendre l'IRM ?</p> <p>D'une manière générale je trouve que cet encadré n'est pas assez clair sur les situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans lesquelles on peut se passer d'imagerie - Dans lesquelles une radiographie simple suffit - Dans lesquelles il faut faire une imagerie en coupe (et laquelle ?)
CMK Expert 3	Il me semble important d'expliquer au patient la corrélation entre son âge et l'aspect dégénératif de son rachis.
CMK Expert 6	Rien à dire, en accord avec l'ensemble des éléments.

<p>CMK Expert 7</p>	<p>Propositions :</p> <p>1. Il serait peut-être utile de développer la communication avec le patient, notamment pourquoi habituellement il n'y a pas lieu de prescrire une imagerie à l'aide de différents supports pédagogiques (infographie, vidéo);</p> <p>2. Mettre l'accent sur la nécessité d'avoir un discours commun (médecin généraliste, radiologue, spécialiste, kinésithérapeute) positif dans le cas où l'imagerie a été faite dans le cadre d'une lombalgie commune</p> <p>3. Proposition de mettre le pourcentage de sujets asymptomatiques au compte-rendu positif, à la manière des analyses de sang (proposition faite au dernier congrès de kinésithérapie, bien accueillie par le représentant des radiologues de la FNMR). <i>McCullough BJ, Johnson GR, Martin BI, Jarvik JG. Lumbar MR imaging and reporting epidemiology: do epidemiologic data in reports affect clinical management?. Radiology. 2012;262(3):941-6.</i></p>
<p>CMK Expert 8</p>	<p>L'intérêt des clichés pour mesurer les paramètres pelviens, l'équilibre sagittal : cliché face/profil en charge apparaît intéressant pour optimiser les prises en charge : comprendre les contraintes sur les rachis, le potentiel de la réserve d'extension de hanche et donc la qualité potentielle des fessiers qui ont un rôle important dans la stabilisation du bassin</p> <p>Un autre élément qui peut être abordé dans les risques de chronicité est donné par l'imagerie : la perte de hauteur des disques, la transformation des multifides (en graisse), les affections des articulaires postérieures sont d'autant d'éléments qui impactent la biomécanique du rachis et donc favorisent la chronicité. Ces points ont été notamment décrits par Hodges. On pourrait aussi ajouter l'importance de l'incidence pelvienne comme facteur de chronicité car plus celle-ci est importante, plus on a un risque de faiblesse du plancher pelvien, plus on a un risque de faiblesse du contrôle lombo-pelvien donc un risque de douleur chronique</p> <p>Parler des MODIC trop souvent méconnus par les différents acteurs mis en évidence avec l'IRM mais dont le diagnostic peut expliquer la symptomatologie</p> <p>Manque aussi d'information sur le rôle des pathologies articulaires des articulaires postérieures dans les douleurs chroniques</p>
<p>SFCR</p>	<p>Ici à nouveau votre recherche bibliographique commence à étudier les radiculalgies qui sont exclues du champ de la définition, seules les douleurs référées qui ne sont pas en rapport avec une compression radiculaires sont dans la définition. Ceci est très regrettable</p> <p>L'imagerie doit par contre comporter au-delà de 3 mois d'évolution en l'absence de drapeaux rouges : Une radiographie du rachis lombaire debout incluant les hanches de face et de profil pour calcul des paramètres pelviens et rachidiens selon Duval, Beaupère et Roussouly. Cette évaluation est totalement absente de votre recherche bibliographique et ceci est vraiment une lacune méthodologique. Et d'autre part une IRM pour laquelle nous partageons votre analyse</p>
<p>CNAM</p>	<p>Préciser au 3^{ème} alinéa le délai de réalisation de l'imagerie à envisager si lombalgie commune persistante et invalidante ...avant les 3 mois ? cf campagne FNMR</p>
<p>CNP rhumatologie</p>	<p>1/ Il faut, comme la plupart des recommandations le font, privilégier l'IRM en première intention et ne réserver le scanner qu'aux contre-indications ou non-accessibilité. En effet, notamment pour les LOMBALGIES, le scanner peut être un faux ami (spondylodiscite, modic, lymphome etc..) risquant de faire perdre du temps en cas de drapeau rouge se montrant faussement rassurant. À écrire clairement dès la reco 1</p> <p>2/ Le délai de demande d'examen en cas de pathologie non régressive malgré une bonne prise en charge doit être inscrit (6 semaines) pour éviter que chacun fasse à sa guise.</p> <p>3/ Pourquoi limiter les « interventions » aux épidurales et chirurgie ? quid des autres infiltrations (articulaires postérieures par ex) et des manipulations vertébrales ? Cela dit en l'absence de drapeau rouge, il est peut-être préférable de laisser le choix à chaque praticien... sachant qu'on rend quasiment opposable l'IRM en cas d'épidurale (est-ce une bonne chose ?)</p> <p>Les radios ne sont pas totalement obsolètes dans certaines situations comme par exemple les lombalgies aiguës chez des patients suspects ou suivis pour ostéoporose à la recherche immédiate d'un tassement vertébral ou l'exploration de troubles statiques rachidiens.</p> <p>Noter aussi la disponibilité immédiate en cas de drapeau rouge permettant de gagner du temps dans certaines situations (sacro-illite qui reste le meilleur critère diagnostique, vertèbre ivoire pas toujours évident en IRM, Paget (idem).. les exemples sont nombreux donc ne pas totalement disqualifier les radios standard souvent encore bien utilisées par nos collègues rhumato de « campagne »</p> <p>En modifications : « En cas d'indication d'imagerie rachidienne et en absence de contre-indication, une IRM est recommandée. Il n'y a pas d'indication à réaliser des radiographies isolées en dehors de la</p>

	<p>recherche d'instabilité rachidienne ou de trouble statique ».</p> <p>Nous proposons: « En cas d'indication d'imagerie rachidienne et en absence de contre-indication, une IRM est recommandée. En cas de contre-indication à l'IRM, une TDM est indiquée. Des radiographies peuvent être utiles à la recherche d'instabilité rachidienne, de trouble statique ou d'anomalies osseuses».</p> <p>Peu applicable pour un MG d'expliquer au patient pourquoi une imagerie ne doit pas être prescrite à l'occasion d'une consultation.</p> <p>Une imagerie rachidienne en coupe ne paraît pas indispensable avant de réaliser une infiltration épidurale. Le terme « radiographies isolées » ne me paraît pas clair.</p> <p>Il faudrait peut-être préciser que le commentaire de l'imagerie par le radiologue devrait être moins descriptif et rappeler, en commentaire de leur compte rendu, la fréquence des anomalies constatées dans la population générale asymptomatique.</p>
SFR	<p><i>Chronologiquement, cet encadré doit arriver après la prise en charge de la lombalgie commune (puisque tout le monde est d'accord pour écrire qu'en l'absence de drapeau rouge, il n'y a aucune indication à l'imagerie). On traite et on voit après.</i></p> <p><i>Idealement, si la fiche est destinée au médecin généraliste, cet encadré doit se résumer à :</i></p> <p><i>«En l'absence de drapeaux rouges, il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie rachidienne en cas de lombalgie aiguë ou de poussée aiguë de lombalgie, ».</i></p> <p><i>Faut il écrire lombalgie ou lomboradiculalgie : fonction de l'objectif de la fiche qui reste à déterminer.</i></p> <p><i>Le reste de l'encadré n'a pas lieu d'être d'autant que certaines positions ne peuvent pas être consensuelles sans données solides de la littérature :</i></p> <p><i>est il besoin d'avoir une imagerie de coupe avant infiltration épidurale ?</i></p> <p><i>la radiographie « isolée » doit elle être bannie ?</i></p> <p><i>Le MG a besoin d'être guidé de façon plus précise. Que veut dire lombalgie commune persistante : 2 semaines, 1 mois, 3 mois ? Que veut dire invalidante : n'ayant pas pu reprendre le travail après 1 mois de traitement, n'ayant pas pu reprendre le rugby 2 mois après l'épisode initial ...?</i></p> <p><i>La fiche Mémo devrait écrire : « En cas de symptomatologie douloureuse persistante d'une lombalgie aiguë commune, au delà de 1 mois malgré un traitement bien conduit (kiné + antalgiques) ou en cas de non reprise de l'activité professionnelle après 1 mois ou en cas d'un score STarT Back > 3, un avis sera pris auprès d'un rhumatologue ou d'un médecin de médecine physique et de réadaptation pour la poursuite de la prise en charge et envisager la nécessité d'une imagerie ». Mais cette phrase devrait être intégrée dans l'encadré « Prise en charge globale du patient ».</i></p> <p><i>OK +++ avec la phrase : « Il n'y a pas d'indication à renouveler l'imagerie en l'absence de modification des symptômes » mais ceci concerne la lombalgie chronique commune et non la lombalgie aiguë commune. Tout dépend de l'objectif de la fiche</i></p>
SFO	Scanner (imagerie en coupe ??) ou IRM
SOFMER Expert 2	je supprimerais les indications de radiographie pour instabilité (et après?) ou statique qui sont une affaire de spécialiste en troisième intention.
Encadré : « Prise en charge médicamenteuse »	
SOFMMOO	<p>Globalement parfaitement d'accord avec l'ensemble des propositions, en étant plus catégorique sur la contre indication des MYORELAXANTS : car ils lèvent la vigilance musculaire, perturbant ainsi le contrôle musculaire de la posture - - - avec les conséquences que ceci aura à distance : création de compensations potentiellement génératrices de chronicisation (nous pouvons développer facilement, mais ceci sort du cadre immédiat du sondage)</p> <p>Méfiance vis à vis des opiacés.</p> <p>L'usage des antalgique de palier 2 en phase aiguë doit être encouragée, sur une période aussi limitée que possible.</p> <p>Les corticoïdes n'ont pas la même efficacité sur les symptômes lombaires que sur les symptômes cervicaux (NCB notamment)</p>
AFC	La recommandation proposée est : « <i>Le paracétamol n'a pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie (NP1) mais il peut être utilisé à visée symptomatique pour gérer la douleur.</i> ». Quel est le grade de cette recommandation ? Effectivement, sur 7 guides retenus de votre

	recherche bibliographique et mentionnés dans le tableau 11 (pages 33-34), 3 guides ne recommandent pas leur utilisation (refs 57, 32, 8), 2 émettent une utilisation contre (refs 60, 68) et 2 autres le présentent comme une option possible (refs 70, 71). Dans le tableau 12 (page 34), la revue de la littérature ne rapporte également aucun résultat d'efficacité. Il semblerait donc qu'il s'agisse d'un accord d'experts. Mais dans ce cas, encore une fois, l'ordre de positionnement de cet encadré dans la fiche mémo laisse penser à une supériorité de la prise en charge médicamenteuse, ce qui ne ressort pas dans la littérature. Et l'interprétation faite dans la fiche mémo en plaçant le paracétamol en première intention semble erronée. Quels sont les arguments scientifiques pouvant expliquer de le positionner en première intention ?
AFTNM	<p>Pourquoi les Opioides Forts ne sont-ils pas cités alors que certains les utilisent ? Parfois sur des durées plus limitées que les opioïdes faibles.</p> <p>Opioïde Risk-Tool avec des majuscules</p>
CMG	Faudrait-il préciser que les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont la meilleure balance bénéfices / risques dans la lombalgie ?
CMK Expert 5	<p>Quid de l'homéopathie ?</p> <p>Quid de la mésothérapie ?</p>
CMK Expert 6	<i>Rien à dire, en accord avec l'ensemble des éléments.</i>
CMK Expert 7	Positif : l'emphase sur la nécessité de limiter la consommation d'opioïdes qui tendent à alimenter la sensibilisation centrale
CNAM	<ul style="list-style-type: none"> - Paracétamol , modalité parler de <u>traiter</u> la douleur plutôt que gérer - Dans le rapport les AINS sont clairement en 1^{ère} intention (grade A)
CNP rhumatologie	le chapitre sur l'absence d'indication d'un traitement antibiotique, Vitamine D, anti-TNF alpha paraît « hors sujet »
SFR	<p><i>La première phrase rédigée comme telle est déprimante. Une vision plus positive du traitement pourrait être :</i></p> <p><i>« La prise en charge antalgique graduée, débutant par des antalgiques de palier I, peut (ou doit, à discuter, car il faut que le patient puisse aller chez le kiné) être mise en place pour la gestion de la douleur à court terme mais son efficacité à moyen terme et dans la prévention de l'évolution vers la chronicité n'a pas été prouvée ».</i></p> <p><i>Pourrait il y avoir une prise de position sur les opioïdes forts (morphine) souvent utilisée en MG, plutôt que d'éviter la question ? Une durée courte ne serait pas choquante (à discuter mais certainement experts à prendre position).</i></p> <p><i>Peut on réellement écrire « il peut être envisagé un traitement par corticoïdes per os en cure courte » alors que tous les essais ont été négatifs et que les corticoïdes sont des médicaments qui exposent à un nombre important d'effets indésirables même parfois sur des durées courtes. Il y a là un risque de dérapage certain.</i></p>
SOFMER Expert 2	je rajouterai que les opioïdes forts sont fortement déconseillés
Encadré : « Prise en charge non médicamenteuse »	
SOFMMOO	<p>« SECOND RECOURS » : tout à fait d'accord avec les termes suivants.</p> <p>Après diagnostic médical.</p> <p>Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.</p> <p>Pourquoi tant de précautions pour les techniques manuelles : réalisées par des professionnels de santé, avec coordination des soins.</p> <p>Les NON PROFESSIONNELS DE SANTÉ doivent être exclus de ces indications, comme de tout parcours de soins (ils interviennent dans le cadre d'une prise en charge de confort, pour des troubles « fonctionnels » +/- subjectifs, et <u>sans contrôle médical « éclairé »</u> le plus souvent).</p> <p>ET techniques cognitivo-comportementales : doit inclure éducation à l'exercice physique</p>

	<p>adapté au handicap</p> <p>Problème des semelles : en cas de trouble postural associé (bien argumenté PAR UN MÉDECIN FORMÉ) elles peuvent être utiles.</p>
<p>AFC</p>	<p>Pourquoi la kinésithérapie ne fait-elle pas partie des prises en charge non médicamenteuse ?</p> <p>Quels sont les arguments scientifiques permettant de classer les différentes thérapies non médicamenteuses en trois secteurs de recours différents ? De la même façon, quels critères permettent de distinguer l'utilisation du terme « indiqué » ou « possibles » pour recommander les différentes modalités mentionnées dans le tableau de la fiche mémo ? Par exemple, l'activité physique adaptée et les activités sportives sont « indiqués » alors que les manipulations vertébrales sont « possibles ». Pourtant, dans le tableau 22 (pages 60-62), seules 2 références (#83 et 85) comparent les deux prises en charge et indiquent qu'il n'y a pas de différence entre les programmes de manipulations vertébrales et les exercices sur les patients lombalgiques à long et court terme. Aucun autre article dans le rapport d'élaboration ne fait mention de comparaison. On se pose donc la question de la supériorité d'une prise en charge par rapport à l'autre, de l'utilisation des termes « indiquées » et « possibles », et de la gradation en premier et second recours.</p> <p>Ces distinctions doivent également être argumentées dans le rapport d'élaboration car aucune information n'apparaît à ce sujet.</p> <p>Concernant l'éducation du patient à la neurophysiologie de la douleur, ne serait-il pas pertinent d'éduquer le patient aussi sur l'évolution naturelle de la lombalgie, comme mentionné dans l'encadré de prise en charge globale du patient ?</p> <p>Concernant les thérapies manuelles (manipulation, mobilisation), la recommandation, issue d'un accord d'expert, concernant la réalisation de techniques manuelles (manipulations, mobilisations) uniquement « après diagnostic médical » ne découle d'aucun argument scientifique et est en contradiction avec plusieurs dispositions réglementaires ou légales en vigueur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soit cette recommandation s'adresse aux Masseurs Kinésithérapeutes qui exercent, conformément à l'article R4321-5, sur prescription médicale et donc après un diagnostic médical mais alors, elle méconnaît l'interdiction expresse qui est faite à ses derniers d'effectuer des manipulations vertébrales dans le 3^{ème} alinéa de l'article R4321-7 : « le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes..... (de) mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales ». ➤ Soit cette recommandation s'adresse à d'autres professions utilisant les thérapies manuelles, les chiropracteurs par exemple, mais elle contrevient alors aux dispositions légales et réglementaires actuellement applicables à ces derniers. En effet, ni l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 ni le décret N° du 7 janvier 2011 ne prévoient un diagnostic médical préalable à la prise en charge d'un patient par un chiropracteur. Cette disposition a été confirmée par le Conseil d'État dans son arrêt N°347291 du 17/07/2013 : « le législateur n'a pas subordonné la possibilité d'effectuer des actes de chiropraxie à un diagnostic médical préalable non plus qu'à une prescription médicale systématique ». ➤ Il sera utilement rappelé que les textes réglementaires encadrant l'exercice et la formation du chiropracteur ont fait l'objet d'avis du Collège de la Haute Autorité de Santé (Dernier en date : Avis n° 2017.0076/AC/SG du 6 septembre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé portant sur des projets de décrets et d'arrêtés relatifs à la formation des chiropracteurs et à l'agrément des établissements de formation en chiropraxie). Ces textes prévoient la capacité pour les chiropracteurs (comme pour les ostéopathes d'ailleurs) d'évaluer une situation clinique et d'effectuer un diagnostic d'opportunité afin d'assurer la sécurité des soins prodigués à leurs patients. <p>Cette recommandation interroge y compris à la lecture des références scientifiques utilisées pour la rédaction de la fiche mémo. En effet, les revues systématiques et critiques avec méta-analyses citées dans rapport d'élaboration (#105 ; 122 et 182), <i>Ruddock et al., 2016</i> (9 essais clinique inclus) <i>US Department of Veterans Affairs, 2017</i> (40 essais cliniques inclus) et <i>Coulter et al. 2018</i> (51 essais cliniques inclus) ne rapportent pas de complication grave en relation avec des manipulations vertébrales.</p> <p>Dès lors, cette recommandation apparaît extrêmement discutable, non fondée scientifiquement et contraire à différents textes légaux, réglementaires ou jurisprudentiels.</p> <p>De plus, les thérapies manuelles sont recommandées « Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés. ». Les termes « unique-</p>

	<p><i>ment</i> » et « <i>supervisés</i> » ne semblent pas appropriés. D'après votre tableau 28 page 85, cette recommandation est issue du guide de bonne pratique Belge (ref 57). Or, en page 15 de ce même guide, cette recommandation ne concerne pas uniquement les manipulations ou mobilisations vertébrales mais aussi toutes les techniques de tissus mous. De plus, ces termes ont été choisis en fonction du cadre légal Belge et de la qualification professionnelle des kinésithérapeutes en Belgique. Il semble donc que cette recommandation ne puisse pas être applicable en l'état à d'autres thérapeutes et à la législation française. Pourquoi avoir choisi cette recommandation plutôt qu'une autre ? Ne serait-il pas plus opportun de baser la recommandation concernant l'utilisation des manipulations ou mobilisations vertébrales sur une évidence ou sur des travaux portant uniquement sur les manipulations ou mobilisations vertébrales sachant que comme expliqué précédemment le niveau d'efficacité semble être similaire à celui d'un programme d'exercice. Pourquoi ne pas avoir systématisée votre stratégie de recherche pour inclure des guides de bonne pratique sur les thérapies manuelles (manipulations, mobilisations) tels que les 4 références suivantes : Bussières et al, 2018 ; Wong et al, 2017 ; Kreiner et al, 2014 et Scottish Intercollegiate Guidelines Network en 2013 (cf références complètes dans les commentaires généraux en fin de tableau) pourtant publiés dans la période de temps de votre recherche ? Ces guides ont d'ailleurs une méthode à faible risque de biais d'après les critères AGREE.</p> <p>Pour finir, une fiche mémo sur l'évaluation et la prise de décision thérapeutique chiropratique relative aux patients lombalgiques et élaborée par l'Association Française de Chiropraxie selon la méthodologie de la HAS est en cours de demande d'analyse critique par la HAS. La collaboration entre les équipes de ces deux travaux permettrait de publier des recommandations plus complètes afin d'aider la prise de décision dans le choix des soins et d'harmoniser les pratiques ; dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.</p> <p>La prise en charge doit être centrée sur le patient en prenant en compte les dimensions physique, psychologique et sociale. Cette prise en charge globale nécessite une collaboration interdisciplinaire qui pourrait être renforcé par la complémentarité de ces deux fiches mémos.</p>
<p>AFTNM</p>	<p>Dans Tableau 2 :</p> <p>Activités physiques adaptées et reprise des activités sportives</p> <p>Dans la légende :</p> <p>Faut-il distinguer la sophrologie qui est une méthode de relaxation comme la relaxation de type Schultz ou la relaxation de type Jacobson ?</p> <p>Le terme de thérapie de pleine conscience serait préférable à Méditation de pleine conscience. La méditation est un outil au service de cette thérapie. On peut écrire thérapie de pleine conscience, fondée sur la méditation.</p> <p>Ne peut-on ajouter la thérapie d'acceptation et d'engagement ou thérapie ACT, proche mais distincte de la thérapie de pleine conscience ? Elles sont toutes les deux des Thérapies Cognitivo-Comportementales de 3ème vague.</p>
<p>AFLAR</p>	<p>Je souhaiterais en tant que patiente et représentante d'association de patients le rajout de la mention d'ETP qui n'apparaît nulle part dans le document et qui me paraît importante dans le cadre d'une affection chronique.</p>
<p>CMG</p>	<p>Que signifie exactement « éducation à la neurophysiologie de la douleur » : qui peut la faire ? avec quel outil ?</p> <p>⇒ Faut-il dire ici que l'on peut proposer au patient d'aller sur retrainpain.org</p> <p>Peut-être ajouter : « les semelles orthopédiques ne sont pas indiquées en l'absence d'anomalie posturale » ??</p> <p>Pourquoi dire que la sophrologie ou l'hypnose peuvent être envisagées dans le cadre d'une PEC multi modale et ne pas le dire pour l'acupuncture ?</p>
<p>INRS</p>	<p><i>Premier recours</i> : Auto-gestion et reprise des activités quotidiennes (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible, ou poursuite de l'activité sur un poste adapté)</p> <p><i>Modalités</i> : En lien avec le médecin du travail</p>
<p>CMK Expert 1</p>	<p>Je ne retrouve pas le TENS non plus ici. On parle de stimulation médullaire carrément mais pas de TENS. Pour moi c'est tout de même un bon allié, que l'on peut en plus tester en kiné avant de le prescrire au patient. Je pense que même en location, ça ne coûte pas très cher par rapport au reste. Lorsqu'ils parlent de techniques manuelles, parlent-ils d'ostéopathie et/ou de chiropraxie ? Parce qu'en tant que kiné, je n'aurais pas attendu l'autorisation du médecin pour mobiliser mon patient. Si</p>

	c'est le cas, pourquoi ne se mouillent ils pas en précisant ? Je trouve que ça prête grandement à confusion.
CMK Expert 2	<p>1) Il manque d'après moi en premier recours « mouvements actifs spécifiques » ou bien « éducation à la réalisation de mouvements actifs spécifiques »</p> <p>Il est d'après moi important de bien faire ressortir l'intérêt du travail actif spécifique par rapport aux techniques manuelles passives mentionnées en second recours. Dans le tableau, il est présenté l'intérêt de l'actif au travers de « l'activité physique adaptées et sportives » (très général) mais non de « mouvements actifs spécifiques » alors que les techniques manuelles sont décrites spécialement en second recours.</p> <p>D'où l'intérêt, d'après moi, d'intégrer la partie kinésithérapie dans « prise en charge non médicamenteuse » (sous le tableau par exemple) avec une description de l'action du kinésithérapeute et son intérêt dans le tableau.</p> <p>Intérêt de mettre en relation la description des techniques manuelles dans le tableau avec celle qui en est faite dans la partie « prise en charge kiné » pour uniformiser.</p> <p>2) Concernant « en absences d'études...efficacité de la sophrologie, etc. » je pense qu'il est important de préciser « ces méthodes ne doivent pas détourner le patient du parcours de soins et donc diminuer ses chances de guérison ». Je ferais une mention du site https://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-qu'une-dérive-sectaire/ou-la-décélérer/santé en avertissant les lecteurs du risque de dérive sectaire de certaines pratiques.</p>
CMK Expert 4	<p>Tableau très clair et agréable à lire.</p> <p>Il est dommage que la méditation et l'hypnose soient reléguées après des approches non recommandées (la revue systématique d'Hilton 2017 n'ayant pas été analysée dans le rapport)</p>
CMK Expert 5	Quid de l'ostéopathie, chiropraxie, microkiné et autres thérapies alternatives ?
CMK Expert 6	<p>Je ne comprends pas le choix du titre « Prise en charge non médicamenteuse », je trouve qu'il porte à confusion par rapport à la prise en charge par kinésithérapie et la prise en charge médicamenteuse. Le titre du rapport me semble plus pertinent.</p> <p>Il s'agit de : Autres prises en charge.</p>
CMK Expert 8	Dans ce paragraphe, la place de la kinésithérapie paraît importante dès le 1 ^{er} recours. Les compétences du kinésithérapeute en complément du médecin apparaissent très utiles pour remettre le patient en mouvement mais celui-ci à peut être besoin d'être clairement « missionner » pour ça, être juste un intermédiaire, un point d'encrage parfois lors de la reprise des activités professionnelles d'autant plus que celle ci aient été évaluées comme favorisant la pathologie
SFCR	<p>Pour la place de la chirurgie dans la lombalgie, nous reprenons les conclusion de l'étude HAS précédentes de 2016 avec commentaires</p> <p>Accord sur l'absence d'efficacité des systèmes dynamiques et dispositifs inter épineux</p> <p>Modifications sur l'intérêt de l'arthrodèse : qui est indiquée pour des pathologies discales +/- associées à de l'arthrose facettaire, évoluant depuis plus de un an et résistant au traitement conservateur avec rééducation intensive. Dans ce cas précis l'arthrodèse intersomatique de préférence par voie antérieure mini-invasive est efficace et donne un taux de succès élevé. En l'absence d'arthrose facettaire mais uniquement une pathologie discale (avec MODIC) la prothèse discale lombaire donne des résultats supérieurs au traitement conservateur (3 études prospectives randomisées)</p>
SFETD	<p>Beaucoup de croyances sont observées autour de la literie, des oreillers, avec des conséquences financières qui ne sont pas négligeables pour certains patients. Il serait important de mentionner, à côté des semelles, que les matelas durs, les oreillers ergonomiques et autres systèmes ne sont pas recommandés.</p> <p>Le texte est très modéré sur l'ostéopathie et les techniques manuelles et devrait rappeler les contre-indications, notamment en cas de drapeaux rouges, et d'atteinte neurologique déficitaire.</p>
CNP rhumatologie	les traitements percutanés discaux ne concernent naturellement que la lombosciatique discale

SFR	Cette prise en charge non médicamenteuse est importante mais il faudrait scinder ce qui relève de la lombalgie commune aiguë et ce qui relève de la lombalgie commune chronique. Tout est confus.
SFO	L examen clinique manuel n est pas mis en valeur Semelles orthopédiques A Voir
SOFMER Expert 1	Le pavé MK devrait se trouver avec la prise en charge non médicamenteuse Doit-on vraiment laisser cette phrase ? « Un traitement par radiofréquence ou ozone peut être discuté dans certaines situations cliniques par des équipes spécialisées. » Ces traitements sont ils encore utilisés et si oui par quel type d'équipe spécialisée ?
SOFMER Expert 2	* éducation à la neurophysiologie de la douleur est issue d'un essai contrôlé de qualité mais ne correspond à rien pour les praticiens. Je remplacerais par la réassurance et les conseils d'activités. Ou alors décrire le contenu de ce type d'éducation. * je supprimerais les traitements par radiofréquence ou ozone qui n'ont pas leur place dans ce mémo.
SOFMER Expert 3	Concernant les ceintures lombaires, il n'y a pas de méta-analyse récente, ni de recommandations mais un certain nombre d'études originales de bonne qualité, dont des publications réalisées par des équipes françaises, ce qui peut expliquer l'absence de prise en compte dans les reco internationales. <i>Calmels P, Queneau P, Hamonet C, Le Pen C, Maurel F, Lerouvreur C, et al. Effectiveness of a lumbar belt in subacute low back pain: an open, multicentric, and randomized clinical study. Spine 2009;34:215–20. doi:10.1097/BRS.0b013e31819577dc.</i> <i>Roelofs PDDM, Bierma-Zeinstra SMA, van Poppel MNM, Jellema P, Willemsen SP, van Tulder MW, et al. Lumbar supports to prevent recurrent low back pain among home care workers: a randomized trial. Ann Intern Med 2007;147:685–92.</i> <i>Calmels P, Galtier B, Carzon JG, Poinsignon JP, Vautravers P, Delarque A. Étude de l'effet antalgique et fonctionnel du port d'une orthèse lombaire souple dans la lombalgie aiguë. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique 1999;42:333–40. doi:10.1016/S0168-6054(99)80071-3.</i> <i>Lumbar support and nonspecific low back pain: Evidence for daily practice</i> <i>Lanhers C, Boutevillain L, Pereira B, Coudeyre E. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, Volume 59, Supplement, September 2016, Page e29</i>
Encadré : « Infiltrations rachidiennes »	
CMK Expert 6	Rien à dire, en accord avec l'ensemble des éléments.
CNP rhumatologie	Globalement assez d'accord sur les reco. l'expression « sans recommandation claire » pour les infiltrations facettaires me semble à éviter dans ce contexte justement de « recommandation ». Une imagerie préalable ne me semble pas forcément indispensable à la réalisation d'une infiltration épidurale il faudrait mettre une phrase du genre « l'indication et la localisation de l'infiltration doit être envisagé après avis d'un médecin spécialiste sur la base de son examen clinique et de l'étude de l'imagerie » ; cela permettrait d'éviter des infiltrations mal indiquée et mal positionnées notamment dans un « circuit court » MG radiologue
SFR	<i>Dans cet encadré, on retrouve l'ambiguïté de savoir quel est l'objectif de la fiche Mémo : lombalgie ou lomboradiculite ?</i>
SOFMER Expert 2	rajouter les critères de Cochin pour limiter les gestes inutiles
Encadré : « Aspects de prévention secondaire »	
SOFMMOO	RAS Exercices actifs et marche
INRS	Il est recommandé aux personnes ayant présenté une lombalgie ou ayant une lombalgie récidivante, de réaliser une activité physique ou des exercices d'auto-rééducation régulièrement afin de diminuer le risque de récurrence. Le choix de l'activité physique doit prendre en compte la préférence du patient. En lien avec le médecin du travail, le poste de travail pourra être adapté.

CMK Expert 2	Ajouter « des mouvements spécifiques et personnalisés d'auto-rééducation puis d'entretien »
CMK Expert 3	<p>Il me semble utile de rassurer le patient sur le fait que la reprise d'une activité physique ne va pas aggraver les signes cliniques ou radiologiques d'un rachis dégénératif.</p> <p>Devant un patient exprimant une causalité entre son travail et sa lombalgie, il me semble indispensable de faire intervenir le médecin du travail. L'intervention d'autres acteurs sociaux peut aussi aider le patient dans la reconnaissance de sa plainte. La résolution d'une lombalgie d'origine professionnelle étant dépendante de la reconnaissance de la plainte par l'employeur.</p>
CMK Expert 5	<p>J'aurais peut-être fallu préciser :</p> <p>« exercices d'auto-rééducation préconisés par le kinésithérapeute »...pour ne pas faire ceux des magazines Top Santé ou Notre Temps !</p>
CMK Expert 6	<p>: Rien à dire, en accord avec l'ensemble des éléments.</p> <p>NB : La taille de la police de la dernière phrase est différente de celle des autres phrases.</p>
CMK Expert 8	<p>L'activité physique n'a plus besoin de faire ses preuves en tant qu'outil thérapeutique. Cependant, les médecins peinent à la prescrire. Il semblerait qu'ils manquent d'informations sur le sujet, et que la mise en œuvre sur le terrain soit complexe. Comment assurer le suivi des patients, comment avoir une évaluation efficace des limitations musculo-squelettiques, comment prévenir les risques de rechutes liés à l'activité et qui peuvent freiner le patient? C'est là que par ses atouts, le masseur-kinésithérapeute entre dans son rôle au sein d'une approche interdisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La relation de confiance avec les patients • Le toucher thérapeutique • L'observation : du mouvement analytique vers une expertise biomécanique • Du Bilan Diagnostique Kinésithérapique (BDK) au Bilan Kiné APA : Cela fait plus de 20 ans que les bilans des masseurs-kinésithérapeutes sont reconnus pour l'évaluation des incapacités, des déficiences et du handicap. Dès la publication de la loi sport-santé, l'ordre a ainsi publié une « Notice de mise en œuvre de l'activité physique adaptée par les kinésithérapeutes » qui est consultable sur leur site. Dans cette notice, les grands principes d'un bilan APA sont présentés aux masseur-kinésithérapeutes pour faciliter la prise en charge de leurs patients chroniques dont les lombalgies. Un point important de ce bilan uni les différents experts du sport-santé : l'évaluation du complexe lombo-pelvi-fémoral ou core stability.
CNAM	Il est recommandé ... <u>de pratiquer</u> plutôt que réaliser une activité... (1ere phrase)
SOFMER Expert 2	le conseil d'activité physique mérite d'être plus clair: aucune contre indication à la pratique du sport.

4. Validation

4.1 Adoption par le Collège de la HAS

Lors de la délibération du 27 mars 2019, le Collège de la HAS a adopté la fiche mémo avec demande de modifications mineures qui ont été intégrées.

Annexe 1. Recherche documentaire

► Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Sources

Les bases de données bibliographiques automatisées suivantes ont été interrogées :

- *Medline (National Library of Medicine, États-Unis) ;*
- *The Cochrane Library (Wiley Interscience, États-Unis) ;*
- *BDSP (Banque de données en santé publique) ;*
- *Science Direct (Elsevier) ;*
- *National Guideline Clearinghouse (Agency for Healthcare Research and Quality, États-Unis) ;*
- *HTA Database (International Network of Agencies for Health Technology Assessment).*

Tableau 47. **Stratégie de recherche documentaire**

Type d'étude / sujet / Termes utilisés		Période de recherche	Nombre de références
Recommandations			
Etape 1	"Sciatica"[Majr] OR "Back Pain"[Majr:NoExp] OR "Low Back Pain"[Majr:NoExp] OR back pain Or sciatica Field: Title AND	01/2013-04/2018	
ET			
Etape 2	Guideline* or Guidance or Consensus or Recommend* Field: Title		105
Méta-analyses, revues systématiques			
Etape 1		01/2016-04/2018	
ET			
Etape 3	"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" OR "pooled analysis" [title/abstract]		219
Nombre total de références obtenues			324

Les sites Internet internationaux des sociétés pertinentes cités ci-dessous ont été explorés en complément des sources interrogées systématiquement :

Adelaide Health Technology Assessment

Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia
Agency for Healthcare Research and Quality
Agency for Healthcare Research and Quality /National Quality Measures Clearinghouse
Agency for Healthcare Research and Quality /Patient Safety Network
Alberta Heritage Foundation for Medical Research
Alberta Health Services
American College of Physicians
American Medical Association
Australian Government - Department of Health and Ageing
Blue Cross Blue Shield Association - Technology Evaluation Center
Bibliothèque médicale Lemanissier
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
Cancer Care Ontario
Centers for Disease Control and Prevention
California Technology Assessment Forum
Centre fédéral d'expertise des soins de santé
CISMeF
CMAInfobase
Collège des médecins du Québec
Cochrane Library Database
Centre for Review and Dissemination databases
Department of Health (UK)
ECRI Institute
Evaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision
Euroscan
GIN (Guidelines International Network)
Haute Autorité de Santé
Horizon Scanning
Institute for Clinical Systems Improvement
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Institut national de veille sanitaire
Instituto de Salud Carlos III / Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Iowa Healthcare collaborative
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment
National Horizon Scanning Centre
National Health and Medical Research Council
National Health committee
National Institute for Health and Clinical Excellence
National Institutes of Health
New Zealand Guidelines Group
Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias OSTEBA
Ontario Health Technology Advisory Committee
Scottish Intercollegiate Guidelines Network
Singapore Ministry of Health

West Midlands Health Technology Assessment Collaboration
World Gastroenterology Organisation
World Health Organization

En complément, les sommaires des revues suivantes ont été dépouillés tout au long du projet : *Annals of Internal Medicine*, *Archives of Internal Medicine*, *British Medical Journal*, *Canadian Medical Association Journal*, *JAMA*, *Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *Presse Médicale*.

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau suivant présente la stratégie de recherche dans la base de données *Medline*. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types d'études.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Veille

Une veille bibliographique a été maintenue sur le sujet jusqu'en décembre 2018.

► Critères de sélection des articles

La revue systématique de la littérature a été limitée aux études relatives à l'efficacité ou la sécurité des interventions proposées.

Ont été incluses dans la revue systématique de la littérature les publications suivantes, en français ou anglais :

- recommandations de bonne pratique (revues systématiques + avis d'experts pluridisciplinaires + avis de représentants d'utilisateurs) publiées depuis 2013 ;
- revues systématiques d'essais contrôlés, avec ou sans méta-analyse, publiées en français ou anglais depuis 2016.

► Résultats

Nombre de références identifiées : 324

Nombre de références analysées : 257

Nombre de références retenues : 101

Références

1. Société française de médecine générale. Lombalgie commune en soins premiers. Paris: SFMG; 2017. http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1366/fichier_lombalgie_commune_en_soins_preiers_cnamtse1dca.pdf
2. Palazzo C, Ravaut JF, Papelard A, Ravaut P, Poiraud S. The burden of musculoskeletal conditions. PLoS One 2014;9(3):e90633.
3. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014. Paris: CNAMTS; 2013. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2013-a-2017/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2014.php>
4. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017. Paris: CNAMTS; 2016. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-17_assurance-maladie.pdf
5. Haute Autorité de Santé, Société française de médecine du travail. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs
6. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, *et al.* Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires. KCE Reports 287Bs. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: KCE; 2017. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume1.pdf
7. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. London: NICE; 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
8. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, *et al.* National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. Eur Spine J 2018;27(1):60-75.
9. American College of Physicians, Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2017;166(7):514-30.
10. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult acute and subacute low back pain. Sixteenth edition. Bloomington: ICSI; 2018. <https://www.icsi.org/guideline/low-back-pain/>
11. Toward Optimized Practice. Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical practice guideline. 3rd edition - minor revision 2017. Edmonton: TOP; 2015. <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/885801>
12. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pflingsten M, Schorr SG. Non-specific low back pain. Clinical practice guideline. Dtsch Arztebl Int 2017;114(51-52):883-90.
13. American College of Physicians, Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Weimer M, *et al.* Systemic pharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med 2017;166(7):480-92.
14. American College of Physicians, Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, *et al.* Nonpharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med 2017;166(7):493-505.
15. Maas ET, Juch JN, Ostelo RW, Groeneweg JG, Kallewaard JW, Koes BW, *et al.* Systematic review of patient history and physical examination to diagnose chronic low back pain originating from the facet joints. Eur J Pain 2017;21(3):403-14.
16. Haute Autorité de Santé. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/arg_pertinence_chir_lombalgie.pdf
17. Stanton TR, Latimer J, Maher CG, Hancock MJ. How do we define the condition 'recurrent low back pain'? A systematic review. Eur Spine J 2010;19(4):533-9.
18. Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? BMC Musculoskelet Disord 2016;17:220.
19. Verhagen AP, Downie A, Maher CG, Koes BW. Most red flags for malignancy in low back pain guidelines lack empirical support: a systematic review. Pain 2017;158(10):1860-8.
20. Karran EL, McAuley JH, Traeger AC, Hillier SL, Grabherr L, Russek LN, *et al.* Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. BMC Med 2017;15:13.

21. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot JF, *et al.* Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* 2018;27(11):2791-803.
22. Panagopoulos J, Hush J, Steffens D, Hancock MJ. Do MRI findings change over a period of up to 1 year in patients with low back pain and/or sciatica? A systematic review. *Spine* 2017;42(7):504-12.
23. Steffens D, Hancock MJ, Pereira LS, Kent PM, Latimer J, Maher CG. Do MRI findings identify patients with low back pain or sciatica who respond better to particular interventions? A systematic review. *Eur Spine J* 2016;25(4):1170-87.
24. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 6:CD012230.
25. Rasmussen-Barr E, Held U, Grooten WJ, Roelofs PD, Koes BW, van Tulder MW, *et al.* Non-steroidal anti-inflammatory drugs for sciatica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 10:CD012382.
26. Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 2:CD012087.
27. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Day RO, Pinheiro MB, Ferreira ML. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2017;76(7):1269-78.
28. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ. Efficacy, tolerability, and dose-dependent effects of opioid analgesics for low back pain. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2016;176(7):958-68.
29. Shanthanna H, Gilron I, Rajarathinam M, AlAmri R, Kamath S, Thabane L, *et al.* Benefits and safety of gabapentinoids in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med* 2017;14(8):e1002369.
30. Enke O, New HA, New CH, Mathieson S, McLachlan AJ, Latimer J, *et al.* Anticonvulsants in the treatment of low back pain and lumbar radicular pain: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2018;190(26):E786-93.
31. Zadro JR, Shirley D, Ferreira M, Carvalho Silva AP, Lamb SE, Cooper C, *et al.* Is vitamin D supplementation effective for low back pain? A systematic review and meta-analysis. *Pain Physician* 2018;21(2):121-45.
32. Jing S, Yang C, Zhang X, Wen S, Li Y. Efficacy and safety of etanercept in the treatment of sciatica: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Neurosci* 2017;44:69-74.
33. Guo JR, Jin XJ, Shen HC, Wang H, Zhou X, Liu XQ, *et al.* A comparison of the efficacy and tolerability of the treatments for sciatica: a network meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2017;51(12):1041-52.
34. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Efficacy and tolerability of muscle relaxants for low back pain: systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain* 2017;21(2):228-37.
35. Song L, Qiu P, Xu J, Lv J, Wang S, Xia C, *et al.* The effect of combination pharmacotherapy on low back pain. A meta-analysis. *Clin J Pain* 2018;34(11):1039-46.
36. Chou R, Zambelli Pinto R, Fu R, Lowe RA, Henschke N, Dana T. Systemic corticosteroids for radicular and non-radicular low back pain [protocol]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 12:CD012450.
37. Goldberg H, Firtch W, Tyburski M, Pressman A, Ackerson L, Hamilton L, *et al.* Oral steroids for acute radiculopathy due to a herniated lumbar disk. A randomized clinical trial. *JAMA* 2015;313(19):1915-23.
38. Macedo LG, Saragiotto BT, Yamato TP, Costa LO, Menezes Costa LC, Ostelo RW, *et al.* Motor control exercise for acute non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 2:CD012085.
39. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LO, Menezes Costa LC, Ostelo RW, *et al.* Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 1:CD012004.
40. Shi Z, Zhou H, Lu L, Pan B, Wei Z, Yao X, *et al.* Aquatic exercises in the treatment of low back pain. A systematic review of the literature and meta-analysis of eight studies. *Am J Phys Med Rehabil* 2018;97(2):116-22.
41. Luomajoki HA, Bonet Beltran MB, Careddu S, Bauer CM. Effectiveness of movement control exercise on patients with non-specific low back pain and movement control impairment: a systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract* 2018;36:1-11.
42. Lam OT, Strenger DM, Chan-Fee M, Pham PT, Preuss RA, Robbins SM. Effectiveness of the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy for treating low back pain: literature review with meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2018;48(6):476-90.
43. Neto T, Freitas SR, Marques M, Gomes L, Andrade R, Oliveira R. Effects of lower body quadrant neural mobilization in healthy and low back pain populations: a systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract* 2017;27:14-22.
44. Matheve T, Brumagne S, Timmermans AA. The effectiveness of technology-supported exercise therapy for low back pain. A systematic review. *Am J Phys Med Rehabil* 2017;96(5):347-56.

45. Coulombe BJ, Games KE, Neil ER, Eberman LE. Core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. *J Athl Train* 2017;52(1):71-2.
46. Ojha HA, Wyrsta NJ, Davenport TE, Egan WE, Gellhorn AC. Timing of physical therapy initiation for nonsurgical management of musculoskeletal disorders and effects on patient outcomes: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther* 2016;46(2):56-70.
47. Nelson NL. Kinesio taping for chronic low back pain: a systematic review. *J Bodyw Mov Ther* 2016;20(3):672-81.
48. López-de-Uralde-Villanueva I, Muñoz-García D, Gil-Martínez A, Pardo-Montero J, Muñoz-Plata R, Angulo-Díaz-Parreño S, *et al.* A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of graded activity and graded exposure for chronic nonspecific low back pain. *Pain Med* 2016;17(1):172-88.
49. Fernandez M, Ferreira ML, Refshauge KM, Hartvigsen J, Silva IR, Maher CG, *et al.* Surgery or physical activity in the management of sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Eur Spine J* 2016;25(11):3495-512.
50. van Erp RM, Huijnen IP, Jakobs ML, Kleijnen J, Smeets RJ. Effectiveness of primary care interventions using a biopsychosocial approach in chronic low back pain: a systematic review. *Pain Pract* 2019;19(2):224-41.
51. da Luz Júnior MA, Oliveira de Almeida M, Silva Santos R, Tassoni Civile V, Oliveira Pena Costa L. Effectiveness of Kinesio Taping® in patients with chronic non-specific low back pain: a systematic review with meta-analysis. *Spine* 2019;44(1):68-78.
52. Li Y, Yin Y, Jia G, Chen H, Yu L, Wu D. Effects of kinesiotape on pain and disability in individuals with chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Rehabil* 2018;269215518817804.
53. Wu T, Zhao WH, Dong Y, Song HX, Li JH. Effectiveness of ultrasound-guided versus fluoroscopy or computed tomography scanning guidance in lumbar facet joint injections in adults with facet joint syndrome: a meta-analysis of controlled trials. *Arch Phys Med Rehabil* 2016;97(9):1558-63.
54. Zhai J, Zhang L, Li M, Tian Z, Tian Y, Zheng W, *et al.* Epidural injection with or without steroid in managing chronic low-back and lower extremity pain: a meta-analysis of 10 randomized controlled trials. *Am J Ther* 2017;24(3):e259-e69.
55. Wei G, Liang J, Chen B, Zhou C, Ru N, Chen J, *et al.* Comparison of transforaminal versus interlaminar epidural steroid injection in low back pain with lumbosacral radicular pain: a meta-analysis of the literature. *Int Orthop* 2016;40(12):2533-45.
56. Vorobeychik Y, Sharma A, Smith CC, Miller DC, Stojanovic MP, Lobel SM, *et al.* The effectiveness and risks of non-image-guided lumbar interlaminar epidural steroid injections: a systematic review with comprehensive analysis of the published data. *Pain Med* 2016;17(12):2185-202.
57. Vekaria R, Bhatt R, Ellard DR, Henschke N, Underwood M, Sandhu H. Intra-articular facet joint injections for low back pain: a systematic review. *Eur Spine J* 2016;25(4):1266-81.
58. Liu J, Zhou H, Lu L, Li X, Jia J, Shi Z, *et al.* The effectiveness of transforaminal versus caudal routes for epidural steroid injections in managing lumbosacral radicular pain. A systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2016;95(18):e3373.
59. Haute Autorité de Santé. HYDROCORTANCYL 2,5 POUR CENT, suspension injectable. B/1 flacon de 5 ml (CIP : 34009 305 155 8-7). Avis de la Commission de la transparence du 9 novembre 2017. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-16248_HYDROCORTANCYL_PIC_REEV_Avis2_CT16248.pdf
60. Tegner H, Frederiksen P, Esbensen BA, Juhl C. Neurophysiological pain education for patients with chronic low back pain. A systematic review and meta-analysis. *Clin J Pain* 2018;34(8):778-86.
61. Ainpradub K, Sitthipornvorakul E, Janwantanakul P, van der Beek AJ. Effect of education on non-specific neck and low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Man Ther* 2016;22:31-41.
62. Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Chen X, Jin S, *et al.* Self-management program for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2017;100(1):37-49.
63. Borges Dario A, Moreti Cabral A, Almeida L, Loureiro Ferreira M, Refshauge K, Simic M, *et al.* Effectiveness of telehealth-based interventions in the management of non-specific low back pain: a systematic review with meta-analysis. *Spine J* 2017;17(9):1342-51.
64. Wood L, Hendrick PA. A systematic review and meta-analysis of pain neuroscience education for chronic low back pain: short-and long-term outcomes of pain and disability. *Eur J Pain* 2019;23(2):234-49.
65. American Osteopathic Association. American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for patients with low back pain. *J Am Osteopath Assoc* 2016;116(8):536-49.
66. Franke H, Franke JD, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2014;15:286.
67. Canadian Chiropractic Guideline Initiative, Bussi eres AE, Stewart G, Al-Zoubi F, Decina P, Descarreaux M, *et al.* Spinal manipulative therapy and other conservative treatments for low back pain: a guideline from the Canadian Chiropractic Guideline Initiative

- Initiative. *J Manipulative Physiol Ther* 2018;41(4):265-93.
68. Agency for Healthcare Research and Quality, Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, *et al.* Noninvasive treatments for low back pain. Comparative Effectiveness Review number 169. Rockville: AHRQ; 2016.
https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/back-pain-treatment_research.pdf
69. Coulter ID, Crawford C, Hurwitz EL, Vernon H, Khorsan R, Suttorp Booth M, *et al.* Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J* 2018;18(5):866-79.
70. Ruddock JK, Sallis H, Ness A, Perry RE. Spinal manipulation vs sham manipulation for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *J Chiropr Med* 2016;15(3):165-83.
71. U.S. Department of Veterans Affairs, Shekelle PG, Paige NM, Miake-Lye IM, Beroes JM, Suttorp Booth M, *et al.* The effectiveness and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of acute neck and lower back pain: a systematic review. Washington: Department of Veterans Affairs; 2017.
<https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/ChiropracticCare.pdf>
72. Mariano TY, Urman RD, Hutchison CA, Jamison RN, Edwards RR. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for subacute low back pain: a systematic review. *Curr Pain Headache Rep* 2018;22(3):15.
73. Hall A, Richmond H, Copsey B, Hansen Z, Williamson E, Jones G, *et al.* Physiotherapist-delivered cognitive-behavioural interventions are effective for low back pain, but can they be replicated in clinical practice? A systematic review. *Disabil Rehabil* 2018;40(1):1-9.
74. Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, *et al.* Back schools for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;Issue 8:CD011674.
75. Poquet N, Lin CW, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, *et al.* Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 4:CD008325.
76. Marin TJ, van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, *et al.* Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;Issue 6:CD002193.
77. O'Keeffe M, Purtill H, Kennedy N, Conneely M, Hurley J, O'Sullivan P, *et al.* Comparative effectiveness of conservative interventions for nonspecific chronic spinal pain: physical, behavioral/psychologically informed, or combined? A systematic review and meta-analysis. *J Pain* 2016;17(7):755-74.
78. Straube S, Harden M, Schröder H, Arendacka B, Fan X, Moore RA, *et al.* Back schools for the treatment of chronic low back pain: possibility of benefit but no convincing evidence after 47 years of research: systematic review and meta-analysis. *Pain* 2016;157(10):2160-72.
79. Wu LC, Weng PW, Chen CH, Huang YY, Tsuang YH, Chiang CJ. Literature review and meta-analysis of transcutaneous electrical nerve stimulation in treating chronic back pain. *Reg Anesth Pain Med* 2018;43(4):425-33.
80. Jauregui JJ, Cherian JJ, Gwam CU, Chughtai M, Mistry JB, Elmallah RK, *et al.* A meta-analysis of transcutaneous electrical nerve stimulation for chronic low back pain. *Surg Technol Int* 2016;28:296-302.
81. Yang LH, Duan PB, Hou QM, Du SZ, Sun JF, Mei SJ, *et al.* Efficacy of auricular acupuncture for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med* 2017;2017:6383649.
82. Liu L, Huang QM, Liu QG, Thitham N, Li LH, Ma YT, *et al.* Evidence for dry needling in the management of myofascial trigger points associated with low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2018;99(1):144-52 e2.
83. de Castro Moura C, de Cássia Lopes Chaves E, Lima Ramos Cardoso AC, Alves Nogueira D, Pinheiro Corrêa H, Couto Machado Chianca T. Cupping therapy and chronic back pain: systematic review and meta-analysis. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018;26:e3094.
84. Hu HT, Gao H, Ma RJ, Zhao XF, Tian HF, Li L. Is dry needling effective for low back pain? A systematic review and PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine* 2018;97(26):e11225.
85. Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, Vempati R, d'Adamo CR, Berman BM. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;Issue 1:CD010671.
86. Lin HT, Hung WC, Hung JL, Wu PS, Liaw LJ, Chang JH. Effects of pilates on patients with chronic non-specific low back pain: a systematic review. *J Phys Ther Sci* 2016;28(10):2961-9.
87. Sitthipornvorakul E, Klinsophon T, Sihawong R, Janwantanakul P. The effects of walking intervention in patients with chronic low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Musculoskelet Sci Pract* 2018;34:38-46.
88. Vanti C, Andreatta S, Borghi S, Guccione AA, Pillastrini P, Bertozzi L. The effectiveness of walking versus exercise on pain and function in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Disabil Rehabil* 2017:1-11.
89. Ribaud A, Tavares I, Viollet E, Julia M, Hérisson C, Dupeyron A. Which physical activities and sports can be recommended to chronic low back pain patients after

rehabilitation? *Ann Phys Rehabil Med* 2013;56(7-8):576-94.

90. Sielski R, Rief W, Glombiewski JA. Efficacy of biofeedback in chronic back pain: a meta-analysis. *Int J Behav Med* 2017;24(1):25-41.

91. Anheyer D, Haller H, Barth J, Lauche R, Dobos G, Cramer H. Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain. A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2017;166(11):799-807.

92. Al-Najjim M, Shah R, Rahuma M, Gabbar OA. Lumbar facet joint injection in treating low back pain: radiofrequency denervation versus SHAM procedure. Systematic review. *J Orthop* 2018;15(1):1-8.

93. Lee CH, Chung CK, Kim CH. The efficacy of conventional radiofrequency denervation in patients with chronic low back pain originating from the facet joints: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Spine J* 2017;17(11):1770-80.

94. Contreras Lopez WO, Navarro PA, Vargas MD, Alape E, Camacho Lopez PA. Pulsed radiofrequency versus continuous radiofrequency for facet joint low back pain: a systematic review. *World Neurosurg* 2019;122:390-6.

95. Grider J, Manchikanti L, Carayannopoulos A, Sharma ML, Balog CC, Harned ME, *et al.* Effectiveness of spinal cord stimulation in chronic spinal pain: a systematic review. *Pain Physician* 2016;19(1):E33-54.

96. Costa T, Linhares D, Ribeiro da Silva M, Neves N. Ozone therapy for low back pain. A systematic review. *Acta Reumatol Port* 2018;43(3):172-81.

97. de Oliveira Magalhaes FN, Dotta L, Sasse A, Teixeira MJ, Fonoff ET. Ozone therapy as a treatment for low back pain secondary to herniated disc: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Physician* 2012;15(2):E115-29.

98. Shiri R, Falah-Hassani K, Viikari-Juntura E, Coggon D. Leisure-time physical activity and sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain* 2016;20(10):1563-72.

99. Shiri R, Falah-Hassani K. Does leisure time physical activity protect against low back pain? Systematic review and meta-analysis of 36 prospective cohort studies. *Br J Sports Med* 2017;51(19):1410-8.

100. Shiri R, Coggon D, Falah-Hassani K. Exercise for the prevention of low back pain: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Am J Epidemiol* 2018;187(5):1093-101.

101. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, *et al.* Prevention of low back pain. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2016;176(2):199-208.

Participants

► Groupe de travail

Dr Florian Bailly, rhumatologue - médecin de la douleur, Paris - Chargé de projet

Mme Karine Petitprez, chef de projet HAS - SBPP, Saint-Denis

Dr Sandrine Bercier, médecin généraliste, Coulommiers

Dr Sabrina Dadoun, rhumatologue, Paris

M. Jean-Philippe Deneuille, masseur-kinésithérapeute, Paris

Dr Rogatien Faguer, chirurgien, Angers

Dr Jean-Baptiste Fassier, médecin du travail, Lyon

Dr Michèle Koleck, maître de conférences en psychologie de la santé, Bordeaux

Dr Louis Lassalle, radiologue, Paris

Dr Thomas Le Vraux, médecin généraliste, Annecy

Mme Brigitte Liesse, représentante d'usagers, Paris

Pr Audrey Petit, médecin du travail, Angers

Dr Aline Ramond-Roquin, médecin généraliste, Craon

Pr François Rannou, médecin de médecine physique et réadaptation - rhumatologue, Paris

Dr Jean-François Renard, médecin généraliste, Vincennes

Mme Alexandra Roren, masseur-kinésithérapeute, Paris

Dr Sylvie Rozenberg, rhumatologue, Paris

Mme Catherine Sebire, représentante d'usagers, Carrière-sur-Seine

Dr Anne-Priscille Trouvin, rhumatologue – médecin de la douleur, Boulogne-Billancourt

Dr Gilles Viudes, urgentiste, Hyères

► Parties prenantes

Les parties prenantes suivantes ont été sollicitées pour avis et ont répondu à la phase de lecture :

- Association française de chiropraxie (AFC)
- Association française de lutte anti-rhumastismale (Aflar)
- Association française des thérapies non médicamenteuses (AFTNM)
- Association des médecins ostéopathes de France
- Conseil national professionnel de rhumatologie
- Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)
- Collège de médecine générale (CMG)
- Société française d'étude et du traitement de la douleur (SFETD)
- Société française de chirurgie rachidienne (SFCR)
- Société française de médecine du travail (SFMT)
- Société française de médecine manuelle orthopédique et ostéopathique (Sofmmoo)
- Société française de médecine physique et de rééducation (Sofmer)
- Société française d'ostéopathie (SFO)
- Société française de rhumatologie (SFR)

Les parties prenantes suivantes ont été sollicitées pour avis et n'ont pas répondu à la phase de lecture :

- Association des masseurs kinésithérapeutes ostéopathes
- Association ville hôpital – lutter contre la douleur (AVH-LCD)
- Conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique et Société française de chirurgie orthopédique et de traumatologie (Sofcot)
- Conseil national professionnel de médecine d'urgence (CNPMU)
- Conseil national professionnel de radiologie
- Ostéopathes de France syndicat (OFS)
- Société française de médecine d'urgence (SFMU)
- Société française de psychologie (SFP)
- Société française de radiologie (SFR)
- Union des masseurs kinésithérapeutes ostéopathes (UMKO)

► **Les organismes institutionnels suivants ont été sollicités pour donner un avis sur la fiche mémo**

- Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)
- Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) *
- Direction générale de la santé (DGS)*
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- Direction de la sécurité sociale (DSS)
- Institut national de recherche et de sécurité (INRS)*

* Cet organisme a rendu un avis officiel sur la fiche mémo.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Fiche descriptive

Titre	Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune
Méthode de travail	Fiche mémo
Objectif(s)	Améliorer la prise en charge de la lombalgie commune en optimisant le parcours de soins du patient lombalgique.
Patients ou usagers concernés	<p>Patients atteints de lombalgie commune.</p> <p>Sont exclues du champ de ces recommandations : les douleurs lombaires ou radiculaires qui sont causées par une pathologie sous-jacente sévère (infection, tumeur, ostéoporose, fracture, déformation structurelle, maladie inflammatoire, syndrome de queue de cheval ou maladie neurologique grave).</p>
Professionnel(s) concerné(s)	Médecins généralistes, rhumatologues, médecins de médecine physique et de rééducation, médecins du travail, chirurgiens du rachis, masseurs kinésithérapeutes, médecins de la douleur, radiologues, psychologues, ostéopathes, chiropracteurs.
Demandeur	CNAM et DGOS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	<p>Coordination : Karine Petitprez, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence)</p> <p>Secrétariat : Mme Jessica Layouni</p>
Recherche documentaire	<p>De janvier 2013 à décembre 2018 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 1)</p> <p>Réalisée par Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Sylvie Lascols (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)</p>
Auteur du rapport d'élaboration	Florian Bailly, rhumatologue - médecin de la douleur, Paris.
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, parties prenantes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	<p>Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur les sites www.has-sante.fr et DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.</p>
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en mars 2019.
Actualisation	L'actualisation de cette fiche mémo sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr