



Interventions spécifiques de
réadaptation en déficience
physique pour éviter la chronicisation
des maux de dos non spécifiques
chez les adultes

RAPPORT d'ETMI abrégée

Mars 2020

Responsabilité et déclaration de conflits d'intérêts

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CIUSSS de la Capitale-Nationale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et les membres de l'Unité d'ETMISSS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

Pour citer ce document

Ndjepel, J., Cummings, J. et St-Jacques, S. (2020). *Interventions spécifiques de réadaptation en déficience physique pour éviter la chronicisation des maux de dos non spécifiques chez les adultes*. Rapport d'ETMI abrégée, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 66 p.

Remerciements

Les auteures désirent souligner la contribution de Marc Perron, conseiller au développement des pratiques innovantes, dont les excellentes suggestions et corrections ont permis d'améliorer grandement ce document.

Production

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Dépôt légal, 2020

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-86413-4 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-86414-1 (PDF)

Auteurs

Jacky Ndjepel, Ph. D. (c), professionnelle en ETMISSS

Julie Cummings, M. Sc., professionnelle en ETMISSS

Sylvie St-Jacques, Ph. D., responsable scientifique de l'UETMISSS

Demandeurs

Annie Plamondon, chef du programme de réadaptation au travail et du programme d'expertise de réadaptation en douleur chronique (PERDC), Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Valérie Brodeur, chef du programme des lésions musculosquelettiques, brûlures graves et amputations, Direction des programmes déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Gestionnaire du mandat

Catherine Safianyk, chef du service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Recherche documentaire

Ève Bouhêlier, bibliothécaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Conseil scientifique

Christine Maltais, responsable scientifique UETMI, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Kadija Perreault, professeure agrégée, Département de réadaptation, Université Laval et chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Comité de suivi

Valérie Brodeur, chef de programme, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Laurence Chabot-Couture, physiothérapeute, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Rose Gagnon, physiothérapeute, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Josée Gobeil, coordonnatrice clinique PERDC, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annie Johnson, usagère partenaire

Marc Perron, agent de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annie Plamondon, chef de programme, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Révision linguistique

Anne-Marie Tourville, technicienne en administration, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Conception graphique

Karine Binette, technicienne en arts graphiques, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Correspondance

Catherine Safianyk, chef du service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale, catherine.safianyk.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

RÉSUMÉ

Contexte

L'évaluation de l'offre de services destinée aux personnes ayant des douleurs chroniques sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale a révélé un manque de services de première ligne (soins primaires) en réadaptation pour cette clientèle. Afin de combler cet écart, la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) souhaite connaître les modalités d'intervention efficaces en réadaptation pour éviter la chronicisation des maux de dos non spécifiques (MDNS) et ainsi le développement d'incapacités persistantes chez les adultes. Ceci, tant sur le plan de l'organisation des soins et des services que pour ce qui est des professionnels à impliquer tout au long des trajectoires de soins.

Objectif

L'objectif de cette ETMI abrégée est d'identifier, d'une part, les modalités d'intervention de réadaptation efficaces pour la prise en charge des MDNS, et, d'autre part, l'offre de services à mettre en place en soins primaires pour éviter leur chronicisation.

Méthodologie

Les modalités d'intervention efficaces pour la gestion des MDNS ont été identifiées à partir du document *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*, développé récemment par la Haute Autorité de Santé de la France (HAS). Une revue de la littérature utilisant une approche systématique a été réalisée pour identifier les modèles d'offres de services à mettre en place en soins primaires. La qualité méthodologique et la crédibilité des documents retenus ont été évaluées et les données pertinentes recueillies ont été synthétisées et analysées.

Résultats

La majorité des interventions recommandées par la HAS pour la gestion des MDNS sont basées sur une revue systématique de la littérature et sur l'opinion d'experts. Parmi ces interventions, la prise en charge en physiothérapie, l'autogestion et l'éducation du patient, la reprise des activités habituelles, les interventions psychologiques de type cognitivo-comportemental, les activités sportives et un programme de réadaptation pluridisciplinaire sont recommandés.

Pour ce qui est de l'offre de services, 25 documents ont été retenus dont 15 études primaires, cinq revues systématiques et six documents de littérature grise. La synthèse et l'analyse des données issues de ces documents ont permis de déterminer d'une part, des ressources cliniques et d'autre part, des conditions tant organisationnelles que cliniques pour mettre en place une offre de services permettant d'éviter la chronicisation des MDNS en soins primaires.

Constats

a) Recommandations pour la gestion des MDNS :

- Une **information** rassurante doit être donnée au patient. Dans 90 % des cas, la lombalgie non spécifique se résorbe en moins de quatre à six semaines.
- La reprise progressive et précoce de l'**activité physique** constitue le principal moyen permettant une évolution favorable et pour éviter une récurrence.
- L'identification précoce des patients à **risque de chronicité** est recommandée.
- En l'absence d'amélioration à la suite de la prise en charge multidisciplinaire, l'inclusion d'un médecin spécialiste et, si nécessaire, d'un spécialiste en médecine préventive, est suggérée.
- La prise en charge « bio-psycho-sociale » doit être centrée sur les besoins du patient et s'appuyer sur une décision médicale partagée.

b) Offre de services en soins primaires pour prévenir la chronicisation

- **Sept trajectoires de soins** ont été identifiées dont trois basées sur la **stratification du risque**.
- Une **stratégie active d'implantation à multiples facettes d'un guide de pratique** incluant des visites de sensibilisation par des physiothérapeutes formés et l'inclusion du *STarT Back* dans le dossier électronique du patient permet de réduire le nombre de références en soins spécialisés.
- Une **formation sur la stratification du risque** (soins en fonction du profil de risque de chronicité) permet aux professionnels de prodiguer des soins plus adaptés avec une diminution des arrêts de travail et de l'incapacité des patients.
- L'outil **STarT Back** a une excellente capacité prédictive de l'incapacité et l'outil **Örebro** a une excellente capacité prédictive de l'absentéisme au travail.
- Les **guides de pratiques** et les **algorithmes** sur la prise en charge des MDNS peuvent aiguiller les professionnels dans leur pratique quotidienne auprès de cette clientèle.
- Les facteurs pronostiques qui sont davantage associés au risque de chronicisation des MDNS chez les patients sont **psychologiques** (anxiété, dépression, etc.) ainsi que **cognitifs et comportementaux** (évitement d'activités ou du mouvement).

Table des matières

1 › Contexte	1
2 › Problématique	2
2.1 › Maux de dos non spécifiques.....	2
2.2 › Chronicisation des maux de dos non spécifiques	3
2.3 › Interventions spécifiques de réadaptation en déficience physique	3
3 › Méthodologie	4
3.1 › Question décisionnelle.....	4
3.2 › PICOTS.....	4
3.3 › Questions d'évaluation :.....	4
3.4 › Recherche exploratoire	5
3.5 › Revue de la littérature.....	5
3.5.1 › Stratégie de recherche documentaire.....	5
a) Littérature scientifique	5
b) Littérature grise.....	6
3.5.2 › Sélection des documents et extraction des données	6
3.5.3 › Évaluation de la qualité méthodologique des études et de la crédibilité des documents de la littérature grise...	7
3.6 › Synthèse et analyse des résultats	7
3.6.1 › Cadre d'analyse	7
a) Les ressources	8
b) Les conditions.....	8
4 › Résultats	9
4.1 › Modalités d'intervention pour prévenir la chronicisation	9
4.1.1 › Brève description du document	9
4.1.2 › Synthèse de la fiche mémo	9
4.2 › Ressources et conditions requises pour éviter la chronicisation	12
4.2.1 › Sélection des documents	12
4.2.2 › Caractéristiques des documents retenus	12
4.2.3 › Conditions organisationnelles pour éviter la chronicisation.....	14
a) Les trajectoires de soins	14
b) Implantation d'un guide de pratique et d'un outil d'évaluation.....	18
4.2.4 › Conditions cliniques	19
4.2.5 › Ressources	20
4.2.6 › Ressources cliniques.....	20
a) La formation des professionnels de la santé	20
b) Outils d'évaluation.....	21

5 › Constats	24
5.1 › Modalités d'intervention pour éviter la chronicisation des maux de dos	24
5.2 › Ressources et conditions requises pour éviter la chronicisation des maux de dos	24
5.2.1 › Ressources cliniques	24
5.2.2 › Conditions organisationnelles	25
5.2.3 › Conditions cliniques	25
6 › Conclusion	26
Annexes	
Annexe I : Rapport de recherche documentaire.....	27
Annexe II : Schéma PRISMA de sélection des documents.....	31
Annexe III : Extraction des données.....	32
7 › Bibliographie.....	50
8 › Glossaire	53

Liste des tableaux

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS et de sélection.....	4
Tableau 2 : Dimensions évaluées et sources de données	5
Tableau 3 : Concepts utilisés pour la recherche documentaire.....	6
Tableau 4 : Légende des niveaux de preuve soutenant les recommandations.....	9
Tableau 7 : Caractéristiques des trajectoires axées sur la stratification du risque	15
Tableau 8 : Synthèse des trajectoires de soins et leurs caractéristiques.....	18
Tableau 9 : Facteurs pronostiques de l'incapacité	19
Tableau 10 : Formations aux professionnels de la santé dont l'impact sur la chronicisation des maux de dos a été mesuré	20

Liste des figures

Figure 1 : Évolution des maux de dos	3
Figure 2 : Cadre d'analyse	7

Liste des abréviations et des sigles

CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DI-TSA-DP	Déficiência intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiência physique
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETMISSS	ETMI en santé et services sociaux
GMF	Groupe de médecine familiale
GMF-U	Groupes de médecine familiale universitaires
HAS	Haute autorité de santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec
MDNS	Maux de dos non spécifiques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PICOTS	Population – Intervention – Comparateur – <i>Outcomes</i> – Temporalité – <i>Setting</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
TMS	Troubles musculosquelettiques

1 > CONTEXTE

La douleur chronique représente un problème de santé publique majeur tant à l'international qu'au Québec. Sa prévalence élevée, les incapacités qu'elle entraîne et la consommation importante des soins de santé qui y est associée font de la douleur chronique une priorité pour les systèmes de santé. Dans le cadre de la planification triennale demandée par le MSSS en 2015, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a réalisé un état de la situation de l'offre de services destinée aux personnes ayant des douleurs chroniques sur son territoire. Plusieurs problèmes ont été identifiés dont la disponibilité limitée des services de première ligne (soins primaires), l'accessibilité restreinte aux services médicaux spécialisés en raison notamment de longs délais d'attente et les coûts élevés des services professionnels en clinique privée. Bien qu'il existe déjà une offre de services spécialisés et surspécialisés au CIUSSS de la Capitale-Nationale déployée à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) pour les personnes aux prises avec des douleurs chroniques, très peu de services de proximité en réadaptation consacrés spécifiquement à des patients souffrant de problèmes douloureux, dont certains sont à risque de développer des douleurs chroniques, sont offerts au sein de l'établissement.

Considérant que les maux de dos représentent la source de douleur chronique la plus souvent rencontrée, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a initié un projet pilote qui s'adresse à la clientèle adulte souffrant de maux de dos non spécifiques et qui comporte deux volets : 1) les interventions spécifiques de réadaptation en déficience physique; 2) les interventions précoces en GMF/GMF-U et l'identification de la clientèle à risque de chronicisation.

Afin d'implanter une offre de services qui vise à éviter la chronicisation des maux de dos non spécifiques chez les adultes, la Direction des programmes DI-TSA-DP souhaite connaître les modalités d'intervention de réadaptation jugées les plus efficaces. Elle s'intéresse aussi aux meilleures pratiques en termes d'organisation des soins et des services et d'implication des professionnels tout au long du parcours de soins pour éviter le développement d'incapacités persistantes. Les résultats de cette ETMI soutiendront la prise de décision de la Direction des programmes DI-TSA-DP pour la mise en place d'une offre de services plus efficace et innovante, soutenue par des données probantes, afin de répondre aux besoins de la clientèle adulte présentant des maux de dos non spécifiques.

2 › PROBLÉMATIQUE

Les maux de dos non spécifiques (MDNS) constituent un motif fréquent de consultation en soins primaires. Très souvent, ils sont à l'origine d'une incapacité fonctionnelle persistante qui s'accompagne de difficultés sur le plan psychosocial. Les maux de dos peuvent être également spécifiques. Dans cette catégorie sont répertoriés les maux de dos dont l'étiologie est bien définie (accidentelle, traumatique, pathologique); le diagnostic est alors rapide et précis (Illes, Schiopu, Ouahes, Penders, & Reynders, 2015). Quant aux MDNS, leur origine est généralement multifactorielle, ce qui ne permet pas de déterminer de manière précise l'origine de la condition (Illes et al., 2015). Ces derniers sont davantage caractérisés par des symptômes et de l'incapacité.

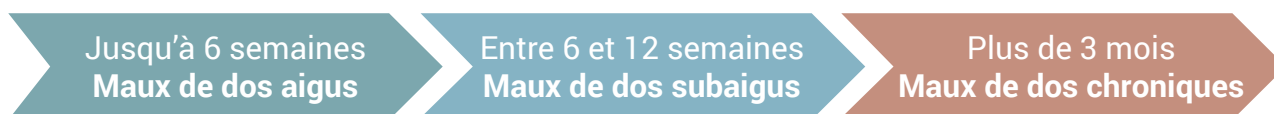
2.1 › Maux de dos non spécifiques

Les MDNS représentent l'une des principales causes d'absentéisme au travail et de recherche de traitement médical dans le monde (Balague, Mannion, Pellise, & Cedraschi, 2012). Cette condition impose un fardeau économique considérable aux individus, aux familles, aux communautés et aux gouvernements. De fait, la réduction des coûts directs ou indirects liés à la gestion des MDNS est devenue désormais un enjeu de santé publique (Balague et al., 2012). En termes de prévalence, près de 80 % de la population pourront souffrir un jour de douleurs au bas du dos. De ce nombre, 85 % pourront présenter des MDNS, 25 % connaîtront de nouveaux épisodes dans l'année suivant le premier diagnostic et 10 % seront confrontés à des douleurs chroniques (Beaudet, Courteau, Sarret, & Vanasse, 2013).

Les MDNS correspondent à 60 % des cas de troubles musculosquelettiques (TMS) d'origine non traumatique (Luttman et al., 2004). Ils peuvent être causés ou aggravés par les activités professionnelles. En effet, l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 a indiqué qu'environ un million de personnes en emploi au Québec souffrent de TMS d'origine non traumatique liés au travail, soit un travailleur sur quatre (Tissot, Stock, & Nektaria, 2020). En 2011, l'Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité au travail (EQCOTESST) a conclu que les TMS qui affectent le dos représentent entre 35 % et 40 % de l'ensemble des lésions professionnelles avec indemnisation au Québec. Lorsque les travailleurs mentionnent une douleur, dans 38,4 % des cas, celle-ci est située au niveau du dos (Stock et al., 2011).

Selon la localisation de la douleur, les MDNS peuvent survenir dans le haut du dos (**cervicalgie**), dans le milieu du dos (**dorsalgie**) et/ou dans le bas du dos (**lombalgie**). La lombalgie est la plus fréquente. À elle seule, la lombalgie engendre des taux de morbidité et d'invalidité élevés. Au Royaume-Uni, la lombalgie a été identifiée comme la principale cause d'incapacité chez les jeunes adultes, avec plus de 100 millions de journées de travail perdues par an. Aux États-Unis, les deux tiers du coût annuel de la lombalgie sont dus à des pertes de salaires et à une baisse de la productivité (Foster et al., 2018). Au Canada, les coûts annuels se situeraient entre 6 et 12 milliards de dollars (BJC, 2014). Au Québec, la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST) a rapporté plus de 9 752 cas de lombalgies en 2013 seulement (Dubois, 2015).

Si on se réfère à l'évolution dans le temps de la douleur occasionnée par les MDNS, celle-ci peut être qualifiée d'aigüe, de subaigüe ou de chronique. La majorité des auteurs s'accorde pour dire qu'un épisode de MDNS aigus dure entre quatre à six semaines, tandis qu'il est considéré comme subaigu lorsque l'épisode se poursuit jusqu'à 12 semaines, et devient chronique ou persistant au-delà de 12 semaines (**figure 1**).

Figure 1. Évolution des maux de dos

2.2 > Chronicisation des maux de dos non spécifiques

Le terme « chronicisation » fait référence au processus transitoire de la douleur aiguë vers une douleur chronique persistante (Morlion et al., 2018). Une douleur persistante au dos peut entraîner des conséquences négatives chez l'individu concerné et ouvrir la voie à des incapacités. Outre les facteurs biopsychosociaux, environnementaux et génétiques du patient, un consensus scientifique indique qu'une prise en charge inadaptée dans les premières semaines d'un épisode aigu peut, chez certains patients, favoriser une évolution de la problématique vers un état de douleur et d'incapacités chroniques (Morlion et al., 2018).

L'offre de services actuelle du CIUSSS de la Capitale-Nationale en matière de réadaptation physique s'est davantage développée autour des services spécialisés et surspécialisés, ce qui ne permet pas encore une prise en charge efficace et adaptée en soins primaires des patients souffrant de maux de dos. Dès la phase aiguë, les patients sont souvent confrontés au manque de services publics en soins primaires pour prévenir la chronicisation. Certains s'orientent vers des services professionnels en clinique privée, ce qui n'est pas accessible à tous étant donné les coûts considérables. Ajoutons à cela les longs délais d'attente lorsque les besoins des personnes deviennent plus complexes et nécessitent le recours à des services spécialisés ou surspécialisés. Une offre de services avec des interventions spécifiques de réadaptation en soins primaires permettrait d'organiser la prise en charge, à la fois précoce et par étapes, de l'usager souffrant de maux de dos avant que le processus de chronicisation de la douleur ne s'installe et qu'il nécessite des services spécialisés.

2.3 > Interventions spécifiques de réadaptation en déficience physique

Selon le cadre de référence du MSSS (2017) portant sur l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, le programme-services de déficience physique (DP) a opté pour un modèle d'organisation des services axé sur la primauté des services de proximité afin de rendre plus accessible une gamme complète de services plus près du milieu de vie des personnes. Dans un contexte de réorganisation du réseau de la santé, le programme DP doit donc revoir son organisation pour l'adapter aux besoins de l'usager en consolidant l'offre existante, en diversifiant les services spécifiques et, ainsi, permettre une concentration des besoins plus complexes vers des services spécialisés.

« Les services spécifiques » s'adressent à une clientèle vulnérable et particulière qui, pour la majorité, a besoin d'un suivi à moyen ou à long terme de façon continue et adaptée à sa condition (MSSS, 2017). Ces services seront offerts par une équipe multidisciplinaire constituée d'intervenants de différents domaines. Les membres de l'équipe doivent avoir des connaissances cliniques au sujet de la condition de santé de la personne, de ses besoins et de ceux de ses proches et des ressources disponibles pour y répondre. Ils travaillent en interrelation étroite et partagent les décisions et les actions autour d'un objectif commun.

La réadaptation désigne une vaste gamme d'activités, dont les soins médicaux, la thérapie physique, l'aide psychologique, l'orthophonie, l'ergothérapie et les services de soutien professionnel, ayant pour objectif d'éliminer l'incapacité physique ou psychique d'un individu (OMS, 2020; Info-TCC, 2020). Dans le cadre de ce projet, les interventions spécifiques de réadaptation physique font référence à la mise en place d'un service de proximité offert par une équipe multidisciplinaire assurant le traitement, la prise en charge et l'accompagnement des personnes souffrant de MDNS dans le but d'éviter la chronicisation. Ce service de proximité permettrait, entre autres, la diminution des recours aux services spécialisés et surspécialisés ainsi que la mise en place d'une trajectoire de soins claire et fluide entre les différents niveaux de soins requis.

3 › MÉTHODOLOGIE

3.1 › Question décisionnelle

Quelles sont les modalités d'intervention de réadaptation jugées les plus efficaces et l'offre de services spécifiques (soins primaires) à mettre en place pour éviter la chronicisation des maux de dos non spécifiques chez les adultes?

3.2 › PICOTS

La typologie PICOTS (**tableau 1**) a été utilisée pour formuler des questions d'évaluation, orienter la recherche bibliographique ainsi que la sélection des documents pertinents.

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS et de sélection

CRITÈRES	INCLUSION	EXCLUSION
P (Population)	› Intervenants et/ou professionnels impliqués dans le traitement des maux de dos › Adultes (18 ans - 64 ans) souffrant de maux de dos non spécifiques	› Adultes souffrant de maux dos d'origine spécifique (à la suite d'un traumatisme ou d'une pathologie)
I (Intervention)	› Modalités d'intervention (technique ou approche particulière) de réadaptation pour éviter la chronicisation des MDNS › Offre de soins et de services en réadaptation (ressources et conditions) pour les MDNS	› Traitement des maux de dos chroniques › Traitements pharmacologiques › Traitements de maux de dos d'origine spécifique
C (Compareurs)	› Suivi médical standard avec ou sans médication incluant les conseils de base donnés par des professionnels	
O (Outcomes / Résultats d'intérêt)	› Proportion de personnes développant des maux de dos chroniques › Modalités d'intervention › Type et nombre d'intervenants ou de professionnels impliqués › Modèles d'organisation des soins › Autres résultats d'intérêt	
T (Temporalité)	› Après la mise en place de la nouvelle offre de service ou de la nouvelle intervention	
S (Setting)	› Soins primaires	› Soins spécialisés

3.3 › Questions d'évaluation :

1. Quelles sont les modalités d'intervention spécifiques en réadaptation (pratiques, approches, interventions de groupe, interventions individuelles, etc.) à mettre en place pour éviter la chronicisation des maux de dos non spécifiques chez les adultes?
2. Quelles sont les ressources et les conditions requises sur les plans organisationnel et clinique pour mettre en place une offre de soins de réadaptation spécifique pour éviter la chronicisation des maux de dos non spécifiques chez les adultes?

3.4 › Recherche exploratoire

Une recherche exploratoire sur Internet à l'aide du moteur de recherche *Google*, en utilisant les termes « maux de dos non spécifiques » et « interventions de réadaptation » ou « prise en charge », a permis de répertorier 10 documents pertinents parmi les 50 premiers titres repérés pour chacune des stratégies. Parmi ceux-ci, une fiche mémo publiée par la Haute Autorité de Santé de France (HAS) en mars 2019 et intitulée *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune* a été identifiée (HAS, 2019). Considérant qu'il s'agit d'un document très récent qui est basé sur une revue systématique de la littérature et sur l'accord d'experts, celui-ci a été retenu pour répondre à la première question d'évaluation après consultation des membres du comité de suivi du présent projet d'ETMI.

Quant à la seconde question d'évaluation qui porte sur les ressources et les conditions requises sur les plans organisationnel et clinique, une revue de la littérature utilisant une approche systématique a été réalisée selon la méthode décrite dans les prochaines sections.

Le **tableau 2** présente les dimensions abordées par les questions d'évaluation ainsi que les sources de données permettant d'y répondre.

Tableau 2 : Dimensions évaluées et sources de données

QUESTIONS D'ÉVALUATION	DIMENSIONS	SOURCES DE DONNÉES
1) Quelles sont les modalités d'intervention spécifiques en réadaptation (pratiques, approches, intervention de groupe, intervention individuelle, etc.) à mettre en place pour éviter la chronicisation des maux de dos non spécifiques chez les adultes?	Efficacité/ Efficience	› HAS (2019), Fiche mémo <i>Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune</i>
2) Quelles sont les ressources et les conditions requises sur les plans organisationnel et clinique pour mettre en place une offre de soins de réadaptation spécifique pour éviter la chronicisation des maux de dos non spécifiques chez les adultes?	Organisationnelle	› Revue de la littérature scientifique utilisant une approche systématique › Revue de la littérature grise utilisant une approche systématique

3.5 › Revue de la littérature

3.5.1 › Stratégie de recherche documentaire

a) Littérature scientifique

La recherche documentaire en lien avec la seconde question d'évaluation a été réalisée en collaboration avec une bibliothécaire spécialisée dans la réalisation de revues systématiques. La stratégie de recherche élaborée, à partir de trois concepts, est présentée dans le **tableau 3**. Trois bases de données bibliographiques ont été interrogées à savoir *MEDLINE*, *Embase* et *CINAHL* (**Annexe 1**). Par ailleurs, la consultation des bibliographies des documents retenus a permis d'identifier d'autres publications pertinentes non repérées par la stratégie de recherche documentaire.

Tableau 3 : Concepts utilisés pour la recherche documentaire

CONCEPT 1 MAUX DE DOS		CONCEPT 2 SOINS PRIMAIRES	CONCEPT 3 ORGANISATION / STRUCTURATION DES SERVICES
<i>Back</i> <i>Low back</i> <i>Lumbal</i> <i>Lumbar</i>	<i>Pain-pains</i> <i>Ache-aches</i> <i>Sore-soreness</i> <i>Suffer*</i>	<i>Primary healthcare</i> <i>Primary care</i> <i>General practice</i> <i>Family practice</i>	<i>Models, organizational</i> <i>Efficiency organizational</i> <i>Program development</i> <i>Patient care team</i> <i>Care pathway</i> <i>Service delivery model</i>
<i>Lumbago / lumbalgia* / lumbalgiesia* / dorsalgia* / LBP</i>			

b) Littérature grise

Par définition, la littérature grise représente « tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale » (Schöpfel, 2012). Tout comme pour la littérature scientifique, la recherche de la littérature grise s'est faite à l'aide des trois concepts définis dans le **tableau 3**. Différentes stratégies de recherche ont été développées en fonction des sites consultés et des moteurs de recherche utilisés. Les mots clés, les sites consultés ainsi que les dates de consultation sont documentés à l'**annexe I**.

3.5.2 › Sélection des documents et extraction des données

Les documents ont été sélectionnés à partir des critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le **tableau 1**. Deux professionnelles en ETMI se sont partagées la tâche après s'être assurées d'une compréhension commune des critères de sélection par un accord inter-juges. Une première sélection a été réalisée à la lecture des titres et des résumés, puis à la lecture complète des documents retenus à la première étape. Un accord inter-juges a été mesuré pour les 200 premiers titres (première sélection) et les 50 premiers documents retenus en phase 1 (deuxième sélection). Le processus de sélection des documents retenus dans cette démarche systématique est présenté à l'**annexe II** (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* - PRISMA). Les publications pertinentes identifiées dans les bibliographies des documents retenus ont également fait l'objet d'une sélection. Les raisons qui ont mené à l'exclusion des documents à la deuxième étape de sélection ont été documentées.

Comme pour la sélection, deux professionnelles en ETMI se sont partagées l'extraction des données après avoir effectué un test de fidélité inter-juges pour les cinq premiers documents. L'extraction des données s'est effectuée à l'aide d'une grille structurée. Celle-ci a permis de faire ressortir, pour chaque document inclus, l'auteur, l'année de publication, le pays où l'étude a été réalisée, l'objectif de l'étude, le devis de recherche, les caractéristiques des participants, la description de l'intervention, les outils de mesure ainsi que les résultats. Une grille similaire a été utilisée pour l'extraction des documents de la littérature grise.

3.5.3 › Évaluation de la qualité méthodologique des études et de la crédibilité des documents de la littérature grise

L'évaluation de la qualité méthodologique des études et de la crédibilité des documents de littérature grise ont été effectuées par deux professionnelles en ETMI. La qualité méthodologique des études primaires retenues a été établie à l'aide de l'outil *QualSyst* (Kmet, Lee, & Cook, 2004), tandis que celle des revues systématiques a été déterminée à partir de l'outil AMSTAR (Shea et al., 2017). La crédibilité des documents de littérature grise, quant à elle, a été évaluée à l'aide de l'outil d'évaluation et d'appréciation critique de la littérature grise (*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance, AACODS*) développé par l'INESSS (INESSS, 2016).

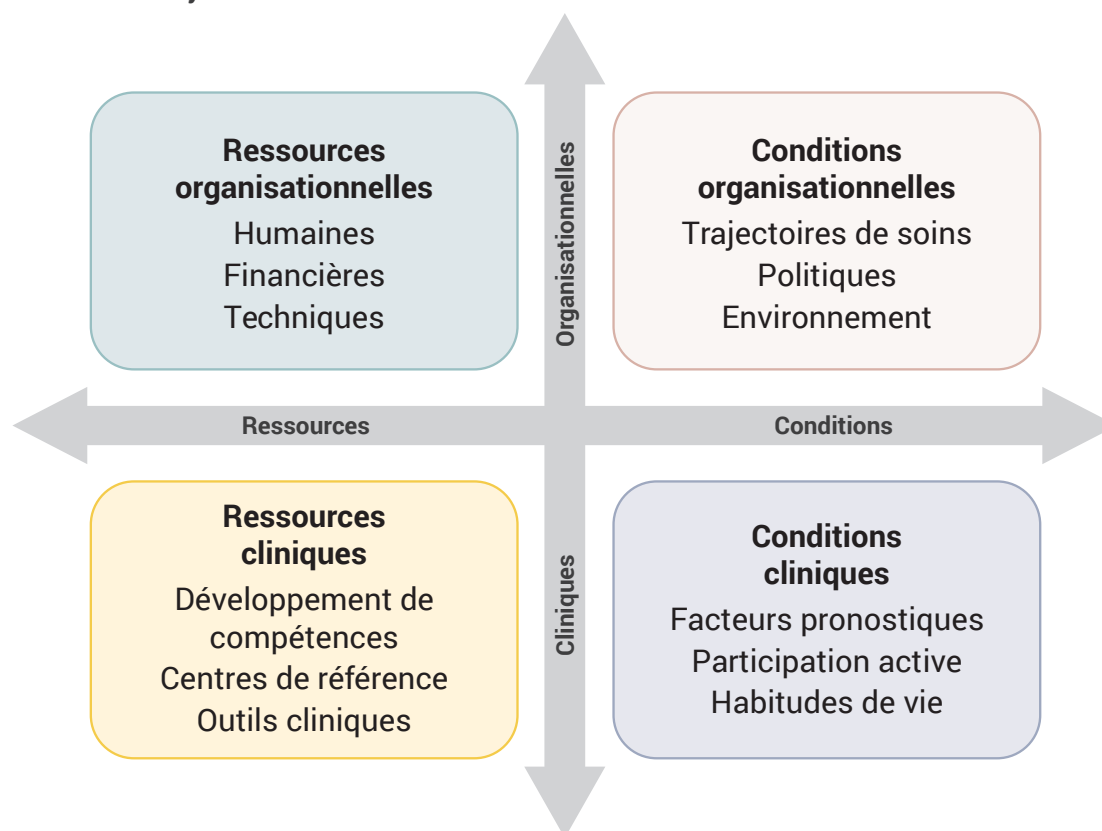
3.6 › Synthèse et analyse des résultats

Les données extraites ont été regroupées et synthétisées selon les dimensions évaluées et le cadre d'analyse présenté dans la section suivante.

3.6.1 › Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse a été élaboré à partir de la seconde question d'évaluation et bonifié à l'aide de trois documents portant sur les composantes organisationnelles et cliniques d'une offre de soins et de services (Levesque, Descôteaux, Demers, & Benigeri, 2014; Renaud-Gagnon, Demers, & Gilbert, 2017; St-Amant & Renard, 2003; Wertli, Rasmussen-Barr, Weiser, Bachmann, & Brunner, 2014). Le présent cadre s'articule autour deux notions principales, soit les ressources et les conditions à mettre en place dans une offre de services et de soins, notamment sur les plans clinique et organisationnel (**figure 2**).

Figure 2 : Cadre d'analyse



a) Les ressources

Dans ce cadre d'analyse, les **ressources organisationnelles** se définissent comme les moyens fournis par l'organisation afin d'assurer des soins et des services à la population. On distingue trois types de ressources : **humaines** (ex. : composition de l'équipe de travail), **financières** (ex. : budget) et **techniques** (ex. : équipement).

En ce qui concerne les **ressources cliniques**, elles englobent l'ensemble des moyens mis à la disposition des professionnels dans l'exercice de leurs professions. Ces moyens comprennent notamment les pratiques et le développement de compétences (guides de pratiques, algorithmes et formations professionnelles ou cliniques), les centres de référence (partenaires spécialisés, collaborateurs, organismes communautaires) et les outils cliniques (pour évaluer, informer, prévenir ou dépister).

b) Les conditions

Les **conditions organisationnelles** correspondent au contexte permettant d'assurer une prestation de soins et de services efficace et efficiente. Ces conditions liées au milieu de travail se composent de trajectoires de soins (accès, orientation et continuité), de politiques d'établissement (vision, mission) et de l'environnement de travail (coordination, organisation, interdisciplinarité).

Les **conditions cliniques**, quant à elles, réfèrent à l'état de santé des patients ou d'une population particulière. Ces conditions concernent l'histoire clinique du patient, l'évolution possible de ses symptômes, les facteurs pronostiques (diagnostics, comorbidités, prédispositions génétiques), sa participation (objectifs personnels, adhésion aux traitements, volonté ou consentement) et ses habitudes de vie (gestion de la maladie et de la douleur, activités).

4 › RÉSULTATS

Les données issues des documents retenus permettant de répondre aux deux questions d'évaluation sont rapportées dans cette section. La première question concerne les modalités d'intervention spécifiques en soins primaires permettant d'éviter la chronicisation des MDNS chez les adultes (section 4.1). La seconde question concerne les ressources et conditions requises sur les plans organisationnel et clinique afin de mettre en place une offre de services en soins primaires pour éviter la chronicisation des MDNS (section 4.2).

4.1 › Modalités d'intervention pour prévenir la chronicisation

Comme il est expliqué dans la section 3.4, une fiche mémo de la Haute Autorité de Santé de France (HAS) publiée en 2019 et intitulée *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune* (HAS, 2019) a été utilisée pour répondre à la première question d'évaluation.

4.1.1 › Brève description du document

Publié en mars 2019, le document de la HAS de France constitue une fiche mémo dont l'objectif consiste à optimiser la prise en charge de la lombalgie commune ou non spécifique (HAS, 2019). Les fiches mémo permettent de produire des recommandations sur une thématique précise dans un temps relativement court et dans un format abrégé. Les recommandations formulées dans cette fiche mémo sont basées sur une revue systématique de la littérature (2013-2018) et sur les travaux d'un groupe de travail multidisciplinaire. Elles s'adressent aux professionnels impliqués dans la gestion des lombalgies communes dont les médecins généralistes, les médecins du travail¹, les médecins de médecine physique², les chirurgiens, les psychologues, les kinésithérapeutes³, les ostéopathes, les chiropraticiens.

4.1.2 › Synthèse de la fiche mémo

Dans cette synthèse, les interventions médicamenteuses ne sont pas présentées. Pour les autres interventions, les recommandations qui s'y rapportent sont classées en fonction du niveau de preuve scientifique qui les soutient (**tableau 4**). L'accord d'experts correspond à l'approbation par au moins 80 % des membres du groupe de travail. Celui-ci a été utilisé lorsque, pour certaines interventions, il n'existait pas de données scientifiques.

Tableau 4. Légende des niveaux de preuve soutenant les recommandations, (HAS, 2019)

Niveau 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.
Niveau 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
Niveau C Faible niveau de preuve	Fondé 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.

1 En France, le médecin du travail est un médecin spécialisé en pathologie professionnelle et hygiène industrielle. Au Québec, la médecine du travail est reconnue comme une spécialité depuis 2015. Les médecins du travail font partie de l'association des spécialistes en médecine préventive : <https://www.asmpq.org/medecine-du-travail>.

2 Réfère au physiatre dans le contexte québécois.

3 Réfère au physiothérapeute dans le contexte québécois.

Cette hiérarchisation des niveaux de preuve a pour principal objectif de préciser les bases des recommandations. Le **tableau 5** présente les interventions non médicamenteuses qui ont été évaluées dans le cadre de la prise en charge des lombalgies non spécifiques. Les experts s'entendent pour dire qu'avant d'envisager une prise en charge non médicamenteuse, le diagnostic médical de lombalgie commune doit avoir été posé. La majorité des interventions recommandées le sont sur la base d'un niveau de preuve modéré (présomption scientifique) ou sur l'accord d'experts. Aucune recommandation n'est basée sur une preuve scientifique établie.

Tableau 5 : Synthèse des recommandations concernant les modalités d'intervention de réadaptation pour la lombalgie aigüe et à risque de chronicité (HAS, 2019)

TYPE DE PRATIQUE APPROCHE/ INTERVENTION	RECOMMANDATIONS	NIVEAU DE PREUVE
Prise en charge en kinésithérapie ⁴ / rééducative	› L'exercice physique constitue le principal traitement pour une évolution favorable. › Adapter des exercices thérapeutiques à la situation clinique du patient. Ces exercices doivent être enseignés par un kinésithérapeute⁵ et poursuivis à domicile. › Faire appel à la participation active du patient lors des séances de kinésithérapie. › Les ultrasons et les tractions lombaires ne sont pas recommandés.	B
	› Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale. › Les thérapies passives (ex. : techniques manuelles, traitement par le froid ou la chaleur) ne doivent pas être utilisées seules parce qu'elles n'ont pas d'efficacité.	AE
Autogestion et éducation du patient	› Le patient doit être informé de la nature bénigne des lombalgies aigües et d'une amélioration rapide de leur état dans la majorité des cas. › Proposer une éducation à la neurophysiologie de la douleur aux patients ayant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.	AE
Reprise des activités quotidiennes (AVQ)	› Encourager les patients à poursuivre autant que possible une activité normale (AVQ et activités professionnelles) puis à faire de l'exercice pour limiter le risque de récurrence.	B
Techniques manuelles (manipulations, mobilisation)	› Peuvent être envisagées dans la prise en charge des patients uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.	B
Interventions psychologiques	› Envisager une intervention psychologique de type cognitivo-comportemental uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés par un professionnel.	B
	› Il est conseillé que le psychologue impliqué dans la prise en charge soit sensibilisé à la gestion de la douleur chronique.	AE

4 Réfère à la physiothérapie dans le contexte québécois, la physiothérapie.

5 Réfère au physiothérapeute.

TYPE DE PRATIQUE APPROCHE/ INTERVENTION	RECOMMANDATIONS	NIVEAU DE PREUVE
Programme de réadaptation pluridisciplinaire (PRP)	› Envisager un PRP physique et psychologique qui tient compte des besoins et des capacités spécifiques des patients si ceux-ci 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 qui était recommandée.	B
	› Moduler l'intensité du PRP en fonction des situations médicale, psychosociale et professionnelle du patient. › Développer des PRP qui comportent des exercices actifs supervisés, une approche multidisciplinaire, des thérapies cognitives et comportementales et des mesures d'ordres social et professionnel.	AE
Ceinture lombaire	› Envisager la ceinture lombaire sur une courte durée pour aider à la reprise d'activités.	AE
Semelles orthopédiques	› Les semelles orthopédiques ne sont pas recommandées.	B
La neurostimulation électrique transcutanée (TENS)	› La TENS ne doit pas être proposée comme traitement unique. › 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
Acupuncture	› L'acupuncture, l'acupression et le <i>dry needling</i> n'ont pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie	n/d
Activités sportives	› Réaliser une activité physique dès que possible.	B
	› Le choix de l'activité physique doit tenir compte des préférences du patient et de la possibilité de réaliser une activité progressive et fractionnée. › Encourager la prescription d'activités physiques adaptées.	AE
Relaxation, sophrologie, hypnose	› Envisager des techniques de relaxation, de « méditation pleine conscience » ou d'hypnose uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale, associée à une prise en charge du patient	AE
Radiofréquence	› Envisager une dénervation par radiofréquence uniquement en présence d'une lombalgie résistante aux traitements usuels chez les patients présentant deux blocs diagnostics facettaires positifs.	B
Stimulation médullaire	› Peut se discuter (en centre d'évaluation et de traitement) en cas de douleurs avec une composante neuropathique, après échec des autres alternatives thérapeutiques (y compris une prise en charge multidisciplinaire).	AE
Traitement à l'ozone	› Impossible de statuer sur l'efficacité de l'ozonothérapie.	AE

n/d : information non disponible.

4.2 › Ressources et conditions requises pour éviter la chronicisation

Cette section présente les résultats de la revue de la littérature qui a été réalisée pour répondre à la deuxième question d'évaluation. Sont présentées, en premier lieu, la sélection et les caractéristiques des documents retenus. Une synthèse narrative des résultats en fonction des thématiques abordées selon le cadre d'analyse clôturé la section

4.2.1 › Sélection des documents

La recherche documentaire dans les bases de données bibliographiques et dans la littérature grise a permis de recenser 8 848 publications potentiellement éligibles dont 2 457 issues de la littérature scientifique et 6 391 provenant de la littérature grise. À la fin de la sélection, 25 documents ont été retenus : 14 études primaires, 5 revues systématiques et 6 documents de littérature grise. Les détails de la recherche documentaire sont rapportés dans l'**annexe I**. Le schéma PRISMA de sélection des documents est présenté à l'**annexe II**.

4.2.2 › Caractéristiques des documents retenus

Les vingt-cinq documents retenus proviennent de neuf pays dont les États-Unis (7), l'Australie (5), le Royaume-Uni (5), la Belgique (2), le Danemark (2), la France (1), la Nouvelle-Zélande (1), les Pays-Bas (1) et le Canada (1). La documentation retenue inclut quinze études primaires (5 essais randomisés, 3 études quasi expérimentales, 4 études de cohorte, 3 études qualitatives), cinq revues systématiques et six documents d'organisations savantes ou gouvernementales. Les publications se situent entre 2010 et 2019, et 2017 représente l'année qui a le plus de publications (5). Les résultats détaillés des documents inclus sont présentés à l'**annexe III**.

Le **tableau 6** présente une synthèse de la documentation retenue en fonction des thématiques abordées, selon le cadre d'analyse et le niveau de qualité méthodologique ou de crédibilité des documents. Pour les conditions organisationnelles, les trajectoires de soins ainsi que des modes d'implantation pour un guide de pratique et pour un outil sont discutés. Pour les conditions cliniques, seuls des facteurs pronostiques ont été identifiés. Pour ce qui est des ressources, aucun document ne porte sur les ressources organisationnelles. Concernant les ressources cliniques, deux thèmes ont été identifiés, soit la formation des professionnels et les outils cliniques.

Tableau 6 : Documentation retenue, thèmes traités et niveau de qualité et de crédibilité

Auteurs année	Cadre d'analyse	Conditions organisationnelles		Conditions cliniques	Ressources cliniques		Qualité/ Crédibilité
		Trajectoires de soins	Modes d'implantation	Facteurs pronostiques	Formation des professionnels	Outils cliniques	
Karran et al. (2017), Australie						✓	98%
Breen et al. (2011), États-Unis					✓		86%
Turner et al. (2013), États-Unis						✓	81%
Agency of Clinical Innovation – ACI (2016), Australie		✓					Bonne
Haute autorité de santé – HAS (2019), France						✓	Bonne
National Health Committee – NHC (2015), Nouvelle- Zélande		✓					Bonne

Auteurs année	Cadre d'analyse	Conditions organisationnelles		Conditions cliniques	Ressources cliniques		Qualité/ Crédibilité
		Trajectoires de soins	Modes d'implantation	Facteurs pronostiques	Formation des professionnels	Outils cliniques	
Jonckheer et al. (2017), Belgique		✓					Bonne
Institute of Clinical Systems Improvement (2018), États-Unis						✓	Bonne
Riis et al. (2019), Danemark		✓					80%
Foster et al. (2014), Royaume-Uni					✓		77%
Traeger et al. (2016), Australie						✓	77%
Ramond et al. (2011), France				✓			77%
Sanders et al. (2018), Pays-Bas					✓		75%
Hsu et al. (2019), États-Unis			✓				75%
Wertli et al. (2014), États-Unis				✓			72%
Riis et al. (2016), Danemark			✓				71%
Cherkin et coll. (2018), États-Unis						✓	71%
Foster et al. (2010), Royaume-Uni				✓			70%
Grotle et al. (2010), Royaume-Uni				✓			68%
Hill et al. (2011), Royaume-Uni						✓	67%
Moi et al. (2017), Australie		✓					60%
Chou et Shekelle (2010), États-Unis				✓			60%
Fourney et al. (2011), Canada		✓					54%
Staiger et al. (2010), Australie		✓					50%

À partir des scores issus de l'évaluation de la qualité méthodologique des études à l'aide de l'outil *QualSyst* (Kmet et al., 2004), trois catégories ont été définies. Quatre des études retenues ayant obtenu un score supérieur ou égal à 80 % sont considérées de bonne qualité méthodologique. Onze autres études ayant obtenu un score variant entre 67 % et 77 % sont considérées de qualité méthodologique modérée. Finalement, quatre études ayant obtenu des scores de 60 % et moins sont considérées de faible qualité méthodologique. Les six documents de littérature grise retenus ont un bon niveau de crédibilité.

4.2.3 > Conditions organisationnelles pour éviter la chronicisation

Sur le plan organisationnel, sept documents décrivent des trajectoires de soins et deux s'attardent sur l'implantation d'un guide de pratique et d'un outil d'évaluation.

a) Les trajectoires de soins

Les trajectoires de soins ont pour objectif d'assurer une prise en charge rapide des patients souffrant de maux de dos aigus et subaigus en soins primaires afin d'éviter la chronicisation et de faciliter la transition en soins spécialisés pour les personnes ayant une évolution défavorable ou une problématique complexe. Trois sont axées sur la stratification du risque, deux suggèrent la mise en place de cliniques spécialisées pour la gestion des patients à risque de chronicisation, une implique la création d'un poste de coordonnateur de soins, et une autre présente un modèle théorique.

Stratification du risque

La stratification du risque consiste à rechercher des facteurs de risques psychosociaux dont la présence pourrait accroître le risque de développer des douleurs chroniques invalidantes (drapeaux jaunes). Les trois trajectoires axées sur la stratification du risque sont issues de documents de bonne crédibilité. Ces trajectoires proviennent de l'Australie (ACI, 2016), de la Belgique (Jonckheer et al., 2017) et de la Nouvelle-Zélande (NHC, 2015), en soins primaires. Les trajectoires démarrent toutes par une visite initiale⁶ et couvrent une période de 12 semaines durant laquelle des rencontres de suivi sont planifiées en l'absence d'amélioration de la condition des patients. Au bout de 12 semaines, ces derniers sont dirigés vers des soins spécialisés. Quant aux patients dont l'état s'est amélioré, les auteurs ne donnent pas d'informations à leur sujet. Le modèle de la Belgique mentionne tout de même qu'en cas d'amélioration, les patients sortent de la trajectoire.

La visite initiale implique, pour tous les modèles, la recherche des drapeaux rouges afin de diriger rapidement ces patients vers des services spécialisés. Pour l'évaluation du risque de chronicisation des drapeaux jaunes, le modèle de la Nouvelle-Zélande recommande de la faire lors de la visite initiale, alors que la Belgique recommande de la faire deux semaines plus tard. En revanche, celui de l'Australie précise qu'il faut évaluer le risque de chronicisation uniquement s'il y a une présence apparente de drapeaux jaunes lors de la première consultation. Les visites de suivi sont planifiées auprès des patients dont la condition ne s'est pas améliorée. Au cours de ces rencontres, la présence des drapeaux rouges peut être réévaluée de même que celle des drapeaux jaunes. Quant aux traitements, ceux-ci dépendent du profil de risque de chronicisation identifié.

Le **tableau 7** présente le détail de ces trois trajectoires de soins. Aucune n'a fait l'objet d'une évaluation afin de déterminer son impact sur la chronicisation des maux de dos. Toutefois, il convient de souligner que le modèle de soins australien s'appuie sur des données probantes et sur l'expérience des praticiens australiens. Celui de la Belgique repose sur des données collectées en utilisant une démarche systématique et celui de la Nouvelle-Zélande s'appuie sur les résultats du travail du comité national de santé.

6 Il s'agit ici du premier contact avec le professionnel de la santé lors d'un premier épisode de maux de dos.

Tableau 7 : Caractéristiques des trajectoires axées sur la stratification du risque

AUTEURS ANNÉE, PAYS	CARACTÉRISTIQUES	IMPACT SUR LA CHRONICISATION
Agency of Clinical Innovation – ACI 2016 Australie	1) Visite initiale : - Recherche de drapeaux rouges - Recherche de drapeaux jaunes (<i>STarT Back</i> ou <i>Örebro</i>) si apparence de facteurs de risque - Explications et matériel pédagogique donnés au patient; réponses aux préoccupations du patient, conseils de mouvements, autogestion 2) Visites de suivi : * Suivi 1 (2 semaines après la visite initiale) : - Aucune amélioration : recherche de drapeaux jaunes : - <u>Risque faible</u> : éducation, autogestion, activité physique; - <u>Risque moyen</u> : rassurer le patient en soulageant ses symptômes, mettre en place un plan d'autogestion; - <u>Risque élevé</u> : évaluation psychosociale pour identifier les obstacles au rétablissement et les aborder avec une approche cognitivo-comportementale. * Suivi 2 (6 semaines après la visite initiale) : évaluation de la douleur et de la réponse au traitement. Aucune amélioration : recherche de drapeaux jaunes : - <u>Risque faible</u> : poursuivre la thérapie; - <u>Risque moyen/élevé</u> : envisager une orientation vers un spécialiste (rhumatologue, chirurgien, médecin en réadaptation) et poursuivre l'évaluation psychologique et la physiothérapie. * Suivi 3 (12 semaines après la visite initiale) : Aucune amélioration : nouvelle consultation chez le médecin généraliste et orientation vers un programme multidisciplinaire spécialisé dans la douleur chronique. Amélioration : poursuivre le traitement pour les risques moyen/élevé Professionnels impliqués : médecin généraliste, infirmière praticienne et physiothérapeute. Selon le statut clinique du patient, d'autres professionnels peuvent s'ajouter.	Non évalué
Jonckheer et coll. 2017 Belgique	1) Visite initiale : - Recherche de drapeaux rouges - Traitement : autogestion, activité physique, poursuite activité professionnelle - Rendez-vous planifié maximum 15 jours plus tard 2) Visites de suivis : * Suivi 1 (2 semaines) : - Recherche de drapeaux rouges - Recherche de drapeaux jaunes (<i>STarT Back</i> ou <i>Örebro</i>) - <u>Risque faible</u> : autogestion, activité physique; - <u>Risque moyen/élevé</u> : approche multimodale, soutien et coaching; - Absence d'amélioration : rendez-vous planifié maximum 4 semaines plus tard * Suivi 2 (après 4 semaines) : - Recherche de drapeaux rouges - Recherche de drapeaux jaunes - Amélioration : - <u>Risque faible</u> : autogestion, activité physique et sortie éventuelle de la trajectoire - <u>Risque moyen/élevé</u> : approche multimodale, soutien, coaching - Absence d'amélioration : rendez-vous planifié maximum 6 semaines plus tard. * Suivi 3 (après 6 semaines) - Recherche de drapeaux rouges - Recherche de drapeaux jaunes - Amélioration : - <u>Risque faible</u> : autogestion, activité physique et sortie éventuelle de la trajectoire; - <u>Risque moyen/élevé</u> : approche multimodale, soutien, coaching - Absence d'amélioration : référence en soins spécialisés. Professionnels impliqués : médecins généralistes, médecins de médecine physique.	Non évalué

AUTEURS ANNÉE, PAYS	CARACTÉRISTIQUES	IMPACT SUR LA CHRONICISATION
National Health Committee – NHC 2015 Nouvelle- Zélande	1) Visite initiale : - Recherche de drapeaux rouges : - <u>Si présence</u> : référence en soins spécialisés - <u>Si absence</u> : éducation, autogestion, activité physique, contrôle des symptômes - Recherche de drapeaux jaunes 2) Visites de suivi (4 à 6 semaines), plus tôt si la douleur est intense et ne disparaît pas - Amélioration : renforcer le traitement - Absence d'amélioration : recherche de drapeaux rouges et de drapeaux jaunes et référence vers un spécialiste après 8 semaines - Professionnels impliqués : physiothérapeute, chiropraticien, ostéopathe, spécialiste en médecine musculosquelettique.	Non évalué

Mise en place de cliniques spécialisées

Les deux trajectoires qui suggèrent la mise en place de cliniques spécialisées pour la gestion des patients à risque de chronicisation proviennent de l'Australie (Moi et al., 2017) et du Canada (Fourney et al., 2011). Ces deux études sont de faible qualité méthodologique.

Le modèle australien préconise la mise en place de cliniques appelées *Back Pain Assessment Clinic* (BAC), afin d'assurer une liaison efficace des patients à risque de chronicisation entre les soins primaires et les services spécialisés dans le but d'améliorer l'accès à une consultation auprès d'un spécialiste (Moi et al., 2017). Cette trajectoire implique une évaluation précoce des patients en soins primaires à partir d'un triage centralisé, réalisé par des praticiens spécialisés (rhumatologue, neurochirurgien, physiothérapeute en pratique avancée, etc.). En fonction du diagnostic, les patients sont orientés vers les services spécialisés appropriés (rhumatologie, orthopédie, neurochirurgie, etc.) ou vers la clinique spécialisée BAC. Les patients dirigés vers cette clinique sont à nouveau évalués à l'intérieur de 10 semaines pour la présence de drapeaux rouges. Parmi cette clientèle, les patients nécessitant des exercices physiques sont orientés vers des programmes de réadaptation dans la communauté tandis que les autres, dont les besoins sont plus spécialisés, sont vus en clinique externe à l'intérieur de 12 semaines. L'évaluation de cette trajectoire de soins a démontré une amélioration de l'accessibilité aux soins pour les patients. Ceux-ci ont bénéficié de soins appropriés et sécuritaires avec une diminution de la douleur, des incapacités et d'une amélioration du bien-être chez 18,5% d'entre eux. En outre, la diminution des coûts en soins spécialisés et l'optimisation de la main d'œuvre, en raison d'une gestion plus efficace des compétences et du temps des chirurgiens, ont été soulignées.

La trajectoire de soins qui nous vient du Canada, la *Saskatchewan Spine Pathway* (SSP), met l'accent sur l'importance de l'utilisation des soins issus de lignes directrices reconnues dans la gestion des maux de dos en soins primaires (Fourney et al., 2011). Ce modèle s'articule autour de deux composantes : 1) l'éducation des professionnels de santé en soins primaires (médecins de famille, chiropraticiens et physiothérapeutes) en mettant la mise à leur disposition de ressources éducatives, diagnostiques/thérapeutiques et d'autres mesures incitatives pour encourager un traitement basé sur les lignes directrices et 2) la mise en place d'une clinique spécialisée de transition, appelée *Spine Pathway Clinic*, dont le rôle consiste à réévaluer, à l'aide d'un système de classification basé sur les symptômes, les patients qui ne répondent pas aux traitements en soins primaires et à les diriger vers des soins spécialisés adaptés à leur condition. Sont impliqués dans cette clinique de transition, des physiothérapeutes entraînés qui révisent le diagnostic et les traitements des patients. Que ce soit en soins primaires ou dans la *Spine Pathway Clinic*, cette trajectoire met l'accent sur la recherche de drapeaux rouges et la réévaluation de la condition du patient. Les patients dont l'état s'améliore tout au long de la trajectoire poursuivent leur traitement.

Création d'un poste de coordonnateur de soins

Issue d'une étude australienne de faible qualité méthodologique, une trajectoire de soins ayant pour objectif d'améliorer l'intégration des soins d'urgence et des ressources communautaires pour les patients souffrant de lombalgies est présentée (Staiger et al., 2010). Cette trajectoire propose la création d'un poste de coordonnateur de soins qui favoriserait la référence des patients à risque de chronicisation et qui sont traités en soins d'urgence vers des ressources communautaires. Cependant, aucune information spécifique n'est donnée concernant son rôle auprès des patients, outre leur référence dans la communauté. Cette trajectoire implique :

- › Un service de triage à l'urgence axé sur l'évaluation des facteurs de risques psychosociaux de chronicisation suivi d'un traitement (le type de traitement donné n'est pas précisé). Cette évaluation est réalisée à l'aide de la section « Profil psychosocial » d'un outil de coordination de services : *Service Coordination Tool Templates* (SCTT). Les professionnels impliqués dans cette étape sont : l'infirmière de triage, le physiatre ou un autre professionnel de santé
- › À l'issue du traitement, les patients qui continuent à ressentir des douleurs quittent l'urgence et sont dirigés vers des ressources communautaires.
- › Le coordonnateur de soins est responsable du transfert de ces patients vers les services communautaires appropriés. Son rôle consiste en premier lieu à effectuer, dès le lendemain, un suivi auprès de la clientèle ayant quitté l'urgence sans aucune amélioration, puis à leur faciliter l'accès aux ressources communautaires, telles que le programme d'intervention précoce pour la douleur chronique en santé communautaire ou à d'autres services de santé privés.

Modèle théorique

Une publication dont la crédibilité est bonne présente un modèle organisationnel théorique qui vient du Danemark (Riis, Karran, Hill, Jensen, & Thomsen, 2019). Celui-ci suggère l'implication d'une équipe clinique autre que les médecins généralistes dans la gestion des maux de dos non spécifiques en soins primaires. Dans ce modèle, le rôle du médecin généraliste consiste à établir un diagnostic et à identifier un traitement pour le patient lors de la consultation initiale. Quant à l'équipe clinique (types de professionnels non précisés), celle-ci représente une option supplémentaire de traitement. Son rôle est de fournir aux patients de l'information et de l'enseignement sur l'activité physique et des exercices adaptés, de les accompagner dans l'autogestion de leur condition et finalement de prendre en charge les consultations de suivis. En l'absence d'amélioration des patients ou d'évolution des symptômes, cette équipe de professionnels redirige ces patients vers le médecin généraliste. Les auteurs soulignent que la mise en place de ce modèle requiert des changements sur le plan organisationnel auprès du médecin, des autres professionnels de la santé et du patient.

Dans l'ensemble, différentes étapes sont abordées dans les trajectoires de soins présentées, en l'occurrence le triage, la recherche de drapeaux rouges et jaunes, la prise en charge du patient et les références. Le **tableau 8** fait une synthèse des différentes trajectoires en faisant ressortir les étapes qui les caractérisent.

Tableau 8 : Synthèse des trajectoires de soins et leurs caractéristiques

ÉTAPES * Faible qualité *** Bonne qualité	ACI, 2016 ***	JONCKHEER ET COLL. (2017) ***	NHC (2015) ***	FOURNEY ET COLL., 2011 *	MOI ET COLL. (2017) *	STAIGER ET COLL. (2010) *	RIIS ET COLL. (2019) ***
Triage Centralisé par une équipe de spécialistes Médecin généraliste Infirmière et autres professionnels					✓	✓ ✓	✓
Recherche de de signaux d'alerte (drapeaux rouges) › Visite initiale Après 10 semaines Réévaluation (Suivi 1) : 2-6 sem. Réévaluation (suivi 2) : 6-12 sem.	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓	✓ ✓ ✓		✓
Recherche de facteurs de risque psychosociaux (drapeaux jaunes) › Visite initiale Réévaluation (suivi 1) : 2-6 sem. Réévaluation (suivi 2) : 6-12 sem.	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓			✓	
Prise en charge Clinique spécialisée Approche multimodale Équipe multidisciplinaire Équipe de professionnels cliniques		✓		✓	✓	✓	✓
Référence Coordonnateur de soins dans la communauté Ressources communautaires Soins spécialisés	✓	✓	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓

b) Implantation d'un guide de pratique et d'un outil d'évaluation

Deux études de qualité méthodologique modérée portent sur des modes d'implantation. La première, réalisée au Danemark (Riis et al., 2016), est un essai contrôlé randomisé comparant une stratégie active d'implantation à multiples facettes (MuS) et une stratégie d'implantation passive (PaS) habituelle d'un guide de pratique dans les soins primaires. Le but était de réduire le nombre de références des patients souffrant de maux de dos vers des soins secondaires à l'intérieur de 12 semaines. La MuS incluait des visites de sensibilisation par des physiothérapeutes formés, des rapports de qualité et l'inclusion du *STarT Back* dans le dossier électronique du patient. La PaS incluait une invitation à une rencontre d'information concernant le guide de pratique et des activités passives de formation. Après 12 semaines, une diminution statistiquement significative de référence aux soins secondaires a été notée dans le groupe MuS par rapport au groupe PaS ainsi qu'une diminution des coûts par patient.

La seconde étude (Cherkin et al., 2018) a évalué l'implantation d'une adaptation du *STarT Back* dans le cadre de l'intervention *Matching Appropriate Treatment to Consumers' Healthcare needs* (MATCH), dans le contexte américain. Le MATCH est une approche qui implique une variété de stratégies d'implantation dont les composantes majeures sont l'intégration du *STarT Back* et des recommandations de traitements dans le dossier de santé informatisé des patients; la formation et le soutien auprès des physiothérapeutes et des équipes de soins de primaires. Une variabilité importante de l'utilisation du *STarT Back* a été notée (50 % des professionnels ne l'ont pas utilisé) et, pour les professionnels ayant utilisé l'outil, aucun impact sur les taux de référence des patients vers les soins spécialisés n'a été observé.

4.2.4 > Conditions cliniques

Au sujet des conditions cliniques inhérentes au patient, trois revues systématiques et deux études primaires, se sont intéressées aux facteurs pronostiques de chronicisation. Le **tableau 9** présente les facteurs associés à l'incapacité. Toutes les études sont de qualité modérée (Foster, Thomas, Bishop, Dunn, & Main, 2010; Grotle, Foster, Dunn, & Croft, 2010; Ramond et al., 2011; Wertli et al., 2014) à l'exception d'une revue systématique (Chou & Shekelle, 2010) dont la qualité méthodologique est faible. Selon les résultats de ces études, les principaux facteurs de risque associés à l'incapacité sont les facteurs psychologiques et les facteurs cognitifs et comportementaux. D'autres facteurs ont été mentionnés dans une des revues systématiques, et ils incluent les facteurs socioprofessionnels, les incapacités physiques, la présence de comorbidités psychiatriques et l'état de santé général avant l'apparition de la douleur. Les épisodes antérieurs de maux de dos et les variables démographiques n'auraient pas d'impact.

Tableau 9 : Facteurs pronostiques de l'incapacité

FACTEURS ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ	AUTEURS, ANNÉE, PAYS
Facteurs psychologiques - La perception de la maladie, la dépression et l'auto-efficacité malgré la douleur⁷ (faible auto-efficacité) - Détresse psychologique, anxiété - Croyances d'évitement et de peur - Pensées négatives face au futur ou catastrophisme - Stress au travail - Faible espoir de retour au travail - Crainte d'une nouvelle blessure (en lien avec le travail)	Foster et al. 2010 Royaume-Uni** Chou et Shekelle, 2010 États-Unis* Grotle et al. 2010 Royaume-Uni** Wertli et al. 2014 États-Unis**
Facteurs socioprofessionnels - Être sans emploi	Grotle et al. 2010 Royaume-Uni**
Facteurs cognitifs et comportementaux - Comportement d'évitement d'activités ou du mouvement - Exagération, somatisation ou généralisation de la douleur - Faible contrôle personnel de la douleur	Chou et Shekelle, 2010. États-Unis* Grotle et al. 2010 Royaume-Uni**
Autres facteurs pronostiques	
- Incapacités fonctionnelles - Présence de comorbidités psychiatriques - État de santé général avant l'apparition de la douleur	Chou et Sekelle, 2010. États-Unis*
Niveau élevé de douleur chronique	Grotle et al. 2010 Royaume-Uni**

Qualité modérée** Qualité faible*

7 Croyances d'un patient sur sa capacité à accomplir une série d'activités malgré sa douleur.

4.2.5 › Ressources

Aucune étude n'a été identifiée en lien avec les ressources organisationnelles. Sur le plan des ressources cliniques, des formations pour les médecins et les professionnels de la santé ainsi que des outils cliniques ont été identifiés.

4.2.6 › Ressources cliniques

a) La formation des professionnels de la santé

Le **tableau 10** présente les détails de trois formations dont l'impact sur la chronicisation des maux de dos a été évalué. L'étude de Foster et collaborateurs (Foster et al., 2014), dont la qualité méthodologique est modérée, a montré un effet significatif sur l'incapacité des patients. Il s'agit d'une formation offerte aux médecins généralistes et aux physiothérapeutes sur différentes thématiques en lien avec la stratification du risque dans la gestion des maux de dos. Les résultats de l'étude indiquent, pour les patients traités par ceux qui ont suivi la formation, une amélioration significative des incapacités à six mois chez les patients à risques moyen et élevé de chronicisation ainsi qu'une diminution de 30 % des arrêts de travail.

La deuxième étude, de qualité méthodologique élevée, est de Breen et collaborateurs (Breen, Carr, Langworthy, Osmond, & Worswick, 2011). Dans cette étude, les médecins, les physiothérapeutes et des infirmières cliniciennes ont été formés sur les lignes directrices européennes pour la gestion des maux de dos aigus. À l'issue de l'intervention, les résultats montrent un faible impact sur l'incapacité des patients traités par les professionnels formés. L'effet global a été plus significatif chez les femmes.

La dernière étude porte sur la prise de décision partagée (Sanders, Bensing, Magnee, Verhaak, & de Wit, 2018). Les résultats de cette étude de qualité modérée ne montrent aucun impact sur la chronicisation des maux de dos des patients traités par les professionnels formés.

Tableau 10 : Formations aux professionnels de la santé dont l'impact sur la chronicisation des maux de dos a été mesuré

FORMATIONS	PERSONNES VISÉES	CONTENU DES FORMATIONS	IMPACT SUR LA CHRONICISATION
Introduction à la stratification dans les soins Foster et coll., 2014 **(Royaume-Uni)	Médecins généralistes Physiothérapeutes	› Mise à jour des meilleures pratiques de prise en charge des maux de dos › Utilisation et interprétation de l'outil <i>STarT Back</i> › Prise en charge stratifiée › Éléments pour guider le traitement et l'orientation en physiothérapie › Identification des drapeaux rouges et diagnostic	› Réduction significative de plus de 30 % du nombre d'arrêts de travail › Amélioration significative de l'incapacité à 6 mois
Lignes directrices européennes sur les maux de dos aigus Breen et coll., 2011 ***(Royaume-Uni)	Médecins généralistes Autres professionnels Patients	› Principes d'amélioration de la qualité de la pratique › Dernières données probantes sur la prise en charge des maux de dos › Compétences en communication et matières d'examen › Aspects psychologiques de la douleur et de la gestion de la douleur › Groupes de soutien pour les maux de dos › Aspects bio-biopsychosociaux des maux de dos	Impact faible mais statistiquement significatif sur : › La douleur › Les incapacités › La condition du patient › Effet global plus significatif chez les femmes

FORMATIONS	PERSONNES VISÉES	CONTENU DES FORMATIONS	IMPACT SUR LA CHRONICISATION
Prise de décision partagée Sanders et coll., 2018 **(Pays-Bas)	Médecins généralistes	› Prise de décision partagée	Aucune différence significative entre le score moyen d'invalidité ou de la douleur des patients entre les groupes contrôle et intervention

Qualité élevée*** Qualité modérée**

b) Les outils cliniques

Différents outils permettant d'évaluer le risque de chronicisation ont été identifiés ainsi que deux guides de pratiques et deux algorithmes de traitement.

Outils d'évaluation

Dans une revue systématique avec méta-analyse de qualité méthodologique élevée, Karran et ses collaborateurs (Karran et al., 2017) ont évalué la performance de sept instruments visant à identifier les patients à risque de chronicisation. Ces instruments incluaient : *STarT Back Tool*, *Örebro Musculoskeletal Pain Screening* (versions longue et abrégée), *Vermont Disability Prediction Questionnaire*, *Back Disability Risk Questionnaire*, *Absenteeism Screening Questionnaire*, *Chronic Pain Risk Score* et *Hancock Clinical Prediction Rule*. Parmi ceux-ci, le *STarT Back Tool* et l'*Örebro Musculoskeletal Pain Screening* sont les plus performants.

L'outil *STarT Back* a une valeur prédictive acceptable de l'incapacité mais non de la douleur. C'est un questionnaire d'auto-évaluation de neuf items dont cinq évaluent les aspects psychosociaux de la douleur du patient. Lorsque la sous-échelle psychosociale du questionnaire indique un score supérieur ou égal à 4, le patient est identifié comme ayant un profil à risque élevé d'incapacité persistante. Les patients dont le score global est inférieur ou égal à 3 présentent des profils à faible risque d'incapacité persistante tandis que ceux qui obtiennent un score global supérieur ou égal à 4 présentent des profils à risque modéré. Quant à l'*Örebro*, sa capacité prédictive est excellente pour l'absentéisme au travail et acceptable pour l'incapacité, tandis que, pour la douleur, l'outil n'est pas discriminant. Deux versions de l'*Örebro* existent : l'abrégée et l'originale. L'*Örebro* abrégé comporte dix items qui portent entre autres sur l'expérience de la douleur, les croyances pour éviter la peur, la détresse et le retour au travail. Les scores varient de 0 à 100, les scores élevés indiquent un risque plus important. Vingt-cinq items composent la version originale de l'*Örebro*. Le score total du patient se calcule à partir de 21 éléments et peut varier de 2 à 210 points. Les valeurs plus élevées indiquent plus de problèmes psychosociaux.

D'autres chercheurs ont adapté le *STarT Back* au contexte américain. Les résultats de leur étude, de qualité modérée, montrent que cet outil adapté a peu d'impact sur la chronicisation (Hsu et al., 2019). L'intervention n'a présenté aucun résultat significatif sur les patients ou sur l'utilisation des soins de santé.

L'étude de Hill et coll. (Hill et al., 2011), de qualité méthodologique modérée, a utilisé le questionnaire Roland et Morris (*Roland Morris Disability Questionnaire – RMDQ*) pour évaluer l'impact d'une intervention sur l'incapacité des patients. Le RMDQ est une échelle de 0 à 24 points où les scores élevés y indiquent une incapacité sévère. L'utilisation du RMDQ dans cette étude a permis de mesurer les différences dans les scores d'incapacité des patients ayant reçu ou non l'intervention.

Turner et ses collaborateurs (Turner et al., 2013) ont voulu améliorer la capacité prédictive du *Chronic Pain Risk Score*⁸ par l'ajout, d'une part, de 15 variables supplémentaires (modèle amélioré) et, d'autre part, de huit autres prédicteurs (modèle élargi). Les 15 variables ajoutées au modèle amélioré incluaient le niveau d'éducation, la durée de la douleur, l'espoir face au rétablissement, le handicap/litige/compensation au travail, le catastrophisme, les croyances face à la douleur, les problèmes de sommeil, le bien-être général. Les huit prédicteurs du modèle élargi concernaient les données sociodémographiques, l'indice de masse corporelle, les comorbidités médicales, l'anxiété/dépression, l'abus de substances, l'utilisation des soins de santé, le nombre de visites médicales liées aux symptômes et l'utilisation des opioïdes ou des sédatifs. Les résultats indiquent une excellente capacité prédictive du modèle élargi en ce qui concerne la persistance de douleur. Avec ce modèle, le risque de persistance des maux de dos à quatre mois peut être établi selon le score obtenu à 14 jours. En revanche, le modèle amélioré et le *Chronic Pain Risk Score* original présentent une capacité prédictive acceptable. Cette étude est de bonne qualité méthodologique.

D'autres outils comme le *PICK UP*, développé par l'équipe de Traeger et coll. (Traeger et al., 2016), prédiraient la persistance de la douleur avec une précision acceptable. Toutefois, le résultat est plus précis chez les patients à faible risque de chronicisation. Cette étude est de qualité méthodologique modérée. Le **tableau 11** présente différents outils issus des études retenues permettant d'évaluer le risque de chronicisation des maux de dos.

Tableau 11 : Outils d'évaluation pour les patients présentant des maux de dos

OUTILS AUTEURS, ANNÉE	UTILISATEURS	CAPACITÉ PSYCHOMÉTRIQUE
STarT Back Karran et coll., 2017 (Australie)***	n/d	Excellente capacité prédictive de l'incapacité Faible capacité prédictive de la douleur
Örebro Musculoskeletal Pain Karran et coll. 2017 (Australie)***	n/d	Excellente capacité prédictive pour l'absentéisme Valeur prédictive acceptable pour l'incapacité
Roland Morris Disability Questionnaire Hill et coll. 2011 (Royaume-Uni)**	Physiothérapeutes	Mesure de l'incapacité
Expanded Chronic Pain Risk Score (modèle élargi)	n/d	Excellente capacité prédictive de la douleur
Improved Chronic Pain Risk Score (modèle amélioré)		Capacité prédictive acceptable de la douleur
Chronic Pain Risk Score (modèle original) Turner et coll., 2013 (États-Unis)***		Capacité prédictive acceptable de la douleur
PICK UP Traeger et coll., 2016 (Australie)**	n/d	Capacité prédictive acceptable chez les patients à faible risque de chronicisation Faible capacité prédictive chez les patients à risque élevé de chronicisation

n/d : information non disponible

8 Le *Chronic Pain Risk Score* est un outil qui permet d'estimer la probabilité d'une douleur chronique chez un patient. L'outil détermine le score global du patient à partir de trois sous-échelles de mesure de la douleur chronique :

1) L'intensité de la douleur, 2) l'interférence de la douleur dans les activités, le nombre de jours de limitations de l'activité en raison de la douleur, le nombre de jours avec de la douleur au cours des six derniers mois, une échelle des symptômes dépressifs et 3) le nombre de sites anatomiques de douleur. Le score peut varier de 0 à 28. Un score élevé indique un risque plus important de chronicité (Turner et al. 2013).

Guides de pratiques

Les deux guides de pratiques identifiés ont une bonne crédibilité. Ils proviennent de la France (HAS, 2019) et de la Belgique (Van Wambeke et al., 2017). Concernant les outils d'évaluation permettant d'éviter la chronicisation des lombalgies, le guide de pratique français (HAS, 2019) recommande le *STarT Back Screening Tool*, qui détermine le profil de risque de chronicité du patient; l'*Örebro* abrégé, qui prédit le risque d'absentéisme au travail; le *Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire*, qui évalue le niveau d'appréhensions, les comportements d'évitement et les croyances ainsi que le *Hospital Anxiety and Depression Scale*, qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Quant à la gestion des lombalgies à risque de chronicisation, la HAS (2019) suggère une réévaluation globale entre deux et quatre semaines des patients ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire de ceux qui sont à risque de chronicité. Entre six et douze semaines, une autre réévaluation des symptômes est préconisée ainsi qu'une évaluation des facteurs psychosociaux (drapeaux jaunes).

Le guide de pratique de la Belgique (Van Wambeke et al., 2017) est multidisciplinaire et s'adresse aux professionnels impliqués dans la prise en charge des lombalgies. Ce guide est axé principalement sur la stratification du risque. Il recommande que l'identification des drapeaux jaunes soit faite avant que les douleurs des patients ne se chronicisent, mais pas trop tôt pour éviter qu'ils ne soient catégorisés comme étant « à risque » précocement. L'utilisation du *STarT Back* et de l'*Örebro* est préconisée. Finalement, la stratification du risque doit être envisagée pour chaque patient présentant un nouvel épisode. Pour les patients à faible risque dont la probabilité d'une évolution favorable est pressentie, une prise en charge simple et de faible intensité est demandée. Celle-ci consiste à rassurer le patient, à lui conseiller de rester actif et à le guider dans l'autogestion de la lombalgie. En revanche, une prise en charge plus complexe et de forte intensité est recommandée pour les personnes qui présentent un risque élevé d'évolution défavorable. Cette prise en charge inclut un programme d'exercices supervisés avec ou sans addition de techniques manuelles et/ou d'une approche psychologique de type cognitivo-comportementale.

Algorithmes de traitement

L'algorithme de traitement de l'*Institute of Clinical Systems Improvement* – ICSI (ICSI, 2018) est un document de bonne crédibilité qui suggère différentes étapes pour la prise en charge des lombalgies aiguës et subaiguës. En premier lieu, le professionnel de santé (type non précisé) établit un diagnostic. Ensuite, il détermine les objectifs de traitement avec le patient en utilisant la prise de décision partagée, puis élabore le plan de traitement et sa mise en œuvre. Un suivi est effectué à deux ou trois semaines.

Celui-ci permet, en cas de persistance des symptômes, de réévaluer et de considérer l'imagerie ou la référence à un spécialiste d'une part, et, d'autre part, de vérifier si le plan de soins a été mis en œuvre comme convenu. Sinon, le professionnel doit établir un nouveau plan de traitement et réévaluer les facteurs psychosociaux (drapeaux jaunes).

Un algorithme du MSSS du Québec (MSSS Gouvernement du Québec, 2015) sur la prise en charge de la douleur lombaire a été identifié⁹. Élaboré en 2015 par l'équipe interdisciplinaire du Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de McGill, cet outil propose trois niveaux de traitement en fonction du type de douleur lombaire. Le premier niveau, qui s'adresse aux clientèles présentant une lombalgie aiguë et subaiguë, comporte : 1) le diagnostic et l'élimination des drapeaux rouges à la visite initiale; 2) des options de traitement en fonction du diagnostic incluant des interventions pharmacologiques ou non (soins infirmiers, psychologie, physiothérapie); 3) des suivis de quatre à six semaines (suivi 1) et de huit à 12 semaines (suivi 2) après la visite initiale; 4) en l'absence d'amélioration au suivi 1, faire une réévaluation du patient. En l'absence d'amélioration au suivi 2, orienter le patient vers une équipe multidisciplinaire non chirurgicale spécialisée et envisager une imagerie médicale; 5) référer par la suite en 2^e et 3^e lignes et assurer le suivi du patient jusqu'à sa consultation en soins spécialisés.

9 Cet algorithme a été identifié lors de la recherche exploratoire. En raison de sa pertinence, l'équipe projet a jugé nécessaire de le présenter même s'il n'a pas été repéré par la recherche documentaire.

5 > CONSTATS

Étant donné qu'il s'agit d'une ETMISSS abrégée et considérant la grande hétérogénéité des résultats d'intérêt ainsi que le faible nombre d'études pour chacun de ces résultats, le niveau de preuve scientifique associé à chacun des résultats n'a pas été évalué. Par conséquent, les constats sont basés sur la qualité méthodologique des études et sur la crédibilité des documents retenus.

5.1 > Modalités d'intervention pour éviter la chronicisation des maux de dos

Différentes modalités d'intervention non médicamenteuses qui permettent d'éviter la chronicisation des maux de dos sont recommandées. Toutes sont basées sur des études de qualité méthodologique modérée ou sur l'accord d'experts (HAS, 2019). Ces interventions incluent la prise en charge en kinésithérapie et la rééducation, l'autogestion et l'éducation du patient, la reprise des activités quotidiennes, les interventions psychologiques de type cognitivo-comportemental, les activités sportives et un programme de réadaptation pluridisciplinaire. Globalement, les messages clés de la HAS (2019) se résument en ces termes :

- › Une information rassurante doit être donnée au patient. Dans 90 % des cas, la lombalgie non spécifique se résorbe en moins de quatre à six semaines.
- › L'activité physique constitue la principale intervention permettant une évolution favorable et pour éviter une récurrence.
- › L'identification précoce des patients à risque de chronicité est recommandée.
- › En l'absence d'amélioration suite à la prise en charge multidisciplinaire, l'inclusion d'un médecin spécialiste et, si nécessaire, d'un médecin du travail¹⁰ est suggérée.
- › La prise en charge « bio-psycho-sociale » doit être centrée sur le patient et s'appuyer sur une décision médicale partagée.

5.2 > Ressources et conditions requises pour éviter la chronicisation des maux de dos

Bien qu'aucune étude n'ait été identifiée en lien avec les ressources organisationnelles, les ressources cliniques ayant un impact positif sur la lombalgie incluent une formation des professionnels et l'utilisation d'outils cliniques. Parmi les conditions organisationnelles requises, des trajectoires de soins et l'implantation d'un guide de pratique et d'un outil d'évaluation du risque sont rapportées. Concernant les conditions cliniques, seuls des facteurs pronostiques associés à la chronicisation des maux de dos ont été identifiés.

5.2.1 > Ressources cliniques

- › Le choix des **formations** pour les professionnels impliqués dans la gestion des maux de dos doit se faire de façon judicieuse, car toutes n'ont pas un impact positif sur la chronicisation.
- › Une **formation sur la stratification du risque** permet aux professionnels de prodiguer des soins plus adaptés entraînant une diminution des arrêts de travail et de l'incapacité des patients.
- › L'outil **STaRT Back** a une excellente capacité prédictive de l'incapacité.
- › L'outil **Örebro** a une excellente capacité prédictive de l'absentéisme au travail.
- › L'outil **Expanded Chronic Pain Risk Score** a une excellente capacité prédictive de la douleur.
- › Les **guides de pratiques** et les **algorithmes** sur la prise en charge des maux de dos peuvent aiguiller les professionnels dans leur pratique quotidienne auprès de cette clientèle.

10 Au Québec, la médecine du travail est reconnue comme une spécialité depuis 2015. Les médecins du travail font partie de l'association des spécialistes en médecine préventive : <https://www.asmpq.org/medecine-du-travail>.

5.2.2 › Conditions organisationnelles

- › Sept trajectoires de soins ont été identifiées dont une seule a été évaluée, mais dans une étude de faible qualité.
- › Trois documents de bonne crédibilité présentent des **trajectoires basées sur la stratification du risque**.
- › Une **stratégie active d'implantation à multiples facettes d'un guide de pratique** incluant des visites de sensibilisation par des physiothérapeutes formés, des rapports de qualité et l'inclusion du *STarT Back* dans le dossier électronique des patients a permis de réduire le nombre de références en soins spécialisés.

5.2.3 › Conditions cliniques

Les facteurs pronostiques davantage associés au risque de développement d'incapacité chronique chez les patients avec MDNS sont les facteurs **psychologiques** (anxiété, dépression, etc.) ainsi que **cognitifs et comportementaux** (évitement d'activités ou du mouvement).

6 > CONCLUSION

Cette ETMI a permis d'identifier des modalités d'intervention pour les patients avec des MDNS à risque de développer une incapacité chronique. De plus, certaines ressources et conditions requises pour la mise en place d'une offre de soins pour cette clientèle ont été identifiées. La Direction des programmes DI-TSA-DP pourra s'inspirer de ces résultats afin de développer une offre de services en soins primaires pour la clientèle souffrant de MDNS. Toutefois, cette ETMI comporte des limites qu'il convient de souligner.

Les modalités d'intervention rapportées portent uniquement sur la lombalgie. Les autres types de maux de dos, dont la dorsalgie (douleur dans le milieu du dos) et la cervicalgie (douleur dans le haut du dos, plus précisément au niveau des vertèbres cervicales) n'y sont pas abordées. La question des récurrences des maux de dos n'a pas été spécifiquement traitée dans le cadre de ce mandat. Aussi, le type de professionnels impliqués dans les études ou dans les modèles de soins n'était pas toujours décrit, de même qu'aucune précision n'a été donnée au sujet des patients dont la condition s'était améliorée tout au long des trajectoires de soins. Par ailleurs, cette ETMI n'a pas permis d'identifier une trajectoire de soins optimale pour les patients à risque de chronicisation. Les trajectoires présentées peuvent ne pas s'appliquer dans le contexte québécois puisqu'elles sont souvent reliées au système de santé en place. Néanmoins, plusieurs éléments de ces trajectoires pourront être utiles à la Direction des programmes DI-TSA-DP dans la mise en place d'une trajectoire de soins en primaires pour la clientèle souffrant de MDNS.

Annexe I : Rapport de recherche documentaire

Auteure : Ève Bouhèlier, bibliothécaire, janvier 2020

1. Recherche dans les bases de données

1.1 Bases de données interrogées

- > Medline (Ovid)
- > Embase (Ovid)
- > Cinahl (Ebsco)

1.2 Date de la recherche : 17 juin 2019

1.3 Plan de concepts

CONCEPT 1 : MAUX DE DOS		CONCEPT 2 : SOINS PRIMAIRES	CONCEPT 3 : ORGANISATION/STRUCTURATION DES SERVICES
<i>Back</i> <i>Low back</i> <i>Lumbal</i> <i>Lumbar</i>	<i>Pain-pains</i> <i>Ache-aches</i> <i>Sore-soreness</i> <i>Suffer*</i>	<i>Primary healthcare</i> <i>Primary care</i> <i>General practice</i> <i>Family practice</i>	<i>Models, organizational</i> <i>Efficiency organizational</i> <i>Program development</i> <i>Patient care team</i> <i>Care pathway</i> <i>Service delivery model</i>
<i>Lumbago / lumbalgia* / lumbalgiesia* / dorsalgia* / LBP</i>			

1.4 Limites et filtres

TYPE	LIMITE OU FILTRE
Années	2010-2019
Langue	Anglais et français
Type de documents	Aucune limite

1.5 Bilan des recherches

BASE DE DONNÉES	NOMBRE DE RÉSULTATS
Medline (Ovid)	858
Embase (Ovid)	1145
Cinahl (Ebsco)	454
Total avant le retrait des doublons	2457
Doublons retirés	1047
Références uniques	1410

1.6 Stratégies de recherche

Base de données : Medline (Ovid)		Date de la recherche : 17 juin 2019
1	Back or low back pain/ or sciatica/	
2	lumbago* or lumbalgesi* or lumbalgi* or lumbodyn* or backache* or backpain* or dorsalg* or LBP or sciatic* or ((back or lumbar or lumbo* or lumbal or vertebrogenic*) adj4 (pain or pains or ache or aches or aching or sore or soreness or suffer* or strain* or sprain*))).ti,ab	
3	primary health care/ or physicians, primary care/ or family practice/ or physicians, family/ or general practitioners/ or ambulatory care/ or primary care nursing/ or physician assistants/ or community health centers/ or community health services/ or community health nursing/	
4	((primary or ambulatory or outpatient* or first line* or communit*) adj2 (care* or healthcare* or health)) or ((family or general) adj2 (practi* or medicine*)) or ((physician* or doctor or doctors) adj2 (family or assistant*)) or generalist* or (communit* adj2 (center* or service*))).ti,ab	
5	models, organizational/ or "organization & administration".fs. or efficiency, organizational/ or delivery of health care/ or patient-centered care/ or models, nursing/ or program development/ or program Evaluation/ or case management/ or patient care team/	
6	care or service*) adj4 (model or models or framework or approach or approaches or configuration)).ti,ab	
7	model or models or care or service* or approach or approaches or strategy or strategies or program* or intervention) adj2 (organization or planning or management or managing or design or designing or efficac* or effective* or efficien* or improv* or optimal* or optimi* or productivit* or evaluat*))).ti,ab	
8	((service* or care) adj2 (delivery or provision)) or (care adj2 (trajector* or pathway*))).ti,ab.	
9	6 or 7 or 8	
10	staff development/ or inservice training/ or exp health personnel/ed or education, professional/ or exp "education, continuing"/	
11	training or trained or teach or teaching or educate or education* or (skill* adj2 develop*).ti,ab	
12	10 or 11	
13	clinical pathway/ or exp clinical protocol/ or exp consensus/ or exp consensus development conferences as topic/ or critical pathways/ or exp guideline/ or guidelines as topic/ or exp practice guideline/ or practice guidelines as topic/ or health planning guidelines/	
14	(Guideline or practice guideline or consensus development conference or consensus development conference, NIH).pt.	
15	(best practice* or standard or standards or guideline* or guide line* or guidance or consensus or recommendation*).ti,ab	
16	1 or 14 or 15	
17	1 and 6 (14 or 15)	
19	Limit 19 to yr="2010 -Current"	
20	19 not (books or book series or chapter or conference abstract or conference review or letter or editorial or note).pt.	

Base de données : Embase (Ovid)

Date de la recherche : 17 juin 2019

1	backache/ or low back pain/ or sciatica/
2	(lumbago* or lumbalgesi* or lumbalgi* or lumbodyn* or backache* or backpain* or dorsalg* or LBP or sciatic* or ((back or lumbar or lumbo* or lumbal or vertebrogenic*) adj4 (pain or pains or ache or aches or aching or sore or soreness or suffer* or strain* or sprain*))).ti,ab
3	1 or 2
4	exp primary health care/ or general practitioner/ or general practice/ or outpatient department/ or exp ambulatory care/ or physician assistant/ or health center/ or community care/ or community health nursing/
5	((primary or ambulatory or outpatient* or first line* or communit*) adj2 (care* or healthcare* or health)) or ((family or general) adj2 (practi* or medicine*)) or ((physician* or doctor or doctors) adj2 (family or assistant*)) or generalist* or (communit* adj2 (center* or service*))).ti,ab
6	4 or 5
7	model/ or conceptual framework/ or "organization and management"/ or organizational efficiency/ or health care delivery/ or program development/ or program evaluation/ or case management/ or patient care/
8	((care or service*) adj4 (model or models or framework or approach or approaches or configuration)).ti,ab
9	((model or models or care or service* or approach or approaches or strategy or strategies or program* or intervention) adj2 (organi#ation or planning or management or managing or design or designing or efficac* or effective* or efficien* or improv* or optimal* or optimi* or productivit* or evaluat*))).ti,ab
10	((service* or care) adj2 (delivery or provision)) or (care adj2 (trajector* or pathway*))).ti,ab.
11	7 or 8 or 9 or 10
12	"health care personnel management"/ or in service training/ or continuing education
13	(training or trained or teach or teaching or educate or education* or (skill* adj2 develop*)).ti,ab
14	12 or 13
15	exp clinical pathway/ or exp clinical protocol/ or exp consensus/ or exp consensus development conferences as topic/ or critical pathways/ or exp guideline/ or guidelines as topic/ or exp practice guideline/ or practice guidelines as topic/ or health planning guidelines/
16	(best practice* or standard or standards or guideline* or guide line* or guidance or consensus or recommendation*).ti,ab
17	15 or 16
18	3 and 6 and (11 or 14 or 17)
19	limit 18 to yr="2010 -Current"
20	19 not (books or book series or chapter or conference abstract or conference review or letter or editorial or note).pt.

Base de données : Cinahl (Ebsco)

Date de la recherche : 17 juin 2019

1	MH (back pain or low back pain or sciatica)
2	TI(lumbago* or lumbalgesi* or lumbalgi* or lumbodyn* or backache* or backpain* or dorsalg* or LBP or sciatic* or ((back or lumbar or lumbo* or lumbal or vertebro*genic*) N3 (pain or pains or ache or aches or aching or sore or soreness or suffer* or strain* or sprain*))) or AB (lumbago* or lumbalgesi* or lumbalgi* or lumbodyn* or backache* or backpain* or dorsalg* or LBP or sciatic* or ((back or lumbar or lumbo* or lumbal or vertebro*genic*) N3 (pain or pains or ache or aches or aching or sore or soreness or suffer* or strain* or sprain*)))
3	S1 or S2
4	MH (primary health care or physicians, family or family practice or ambulatory care or physician assistants or community health centers or Community Health Services or community health nursing)
5	TI(((primary or ambulatory or outpatient* or first line* or communit*) N1 (care* or healthcare* or health)) or ((family or general) N1 (practi* or medicine*)) or ((physician* or doctor or doctors) N1 (family or assistant*)) or generalist* or (communit* N1 (center* or service*))) or AB(((primary or ambulatory or outpatient* or first line* or communit*) N1 (care* or healthcare* or health)) or ((family or general) N1 (practi* or medicine*)) or ((physician* or doctor or doctors) N1 (family or assistant*)) or generalist* or (communit* N1 (center* or service*)))
6	S4 or S5
7	MH (organizational change or organizational efficiency+ or program implementation or conceptual framework or health care delivery or patient centered care or nursing models, theoretical or program development+ or case management or multidisciplinary care team)
8	TI((care or service*) N3 (model or models or framework or approach or approaches or configuration)) or AB((care or service*) N3 (model or models or framework or approach or approaches or configuration))
9	TI((care or service*) N3 (model or models or framework or approach or approaches or configuration)) or AB((care or service*) N3 (model or models or framework or approach or approaches or configuration)) (organi#ation or planning or management or managing or design or designing or efficac* or effective* or efficien* or improv* or optimal* or optimi* or productivit* or evaluat*))
10	TI(((service* or care) N1 (delivery or provision)) or (care N1 (trajector* or pathway*))) or AB (((service* or care) N1 (delivery or provision)) or (care N1 (trajector* or pathway*)))
11	S7 or S8 or S9 or S10
12	MH(staff development+ or health personnel/ED or education, continuing+ or professional development+ or education, nursing, continuing)
13	TI(training or trained or teach or teaching or educate or education* or (skill* N1 develop*)) or AB(training or trained or teach or teaching or educate or education* or (skill* N1 develop*))
14	S12 or S13
15	MH (practice guidelines or critical path or clinical conferences or algorithms)
16	PT (practice guidelines or standards or algorithm or critical path)
17	TI (guideline* or "guide line*" or CPG OR CPGs or guidance or "best practice*" or consensus or algorithm* or "clinical pathway*" or "critical pathway*" or recommendation* or "committee opinion*" or "policy statement*" or "position statement*" or "position paper*" or standard or standards)
18	S15 or S16 or S17
19	S3 and S6 and (S11 or S14 or S18)
20	Published Date: 20100101-20191231

2. Recherche de la littérature grise

2.1 Ressources interrogées

- › Google
- › 16 sites Web, catalogues et autres ressources

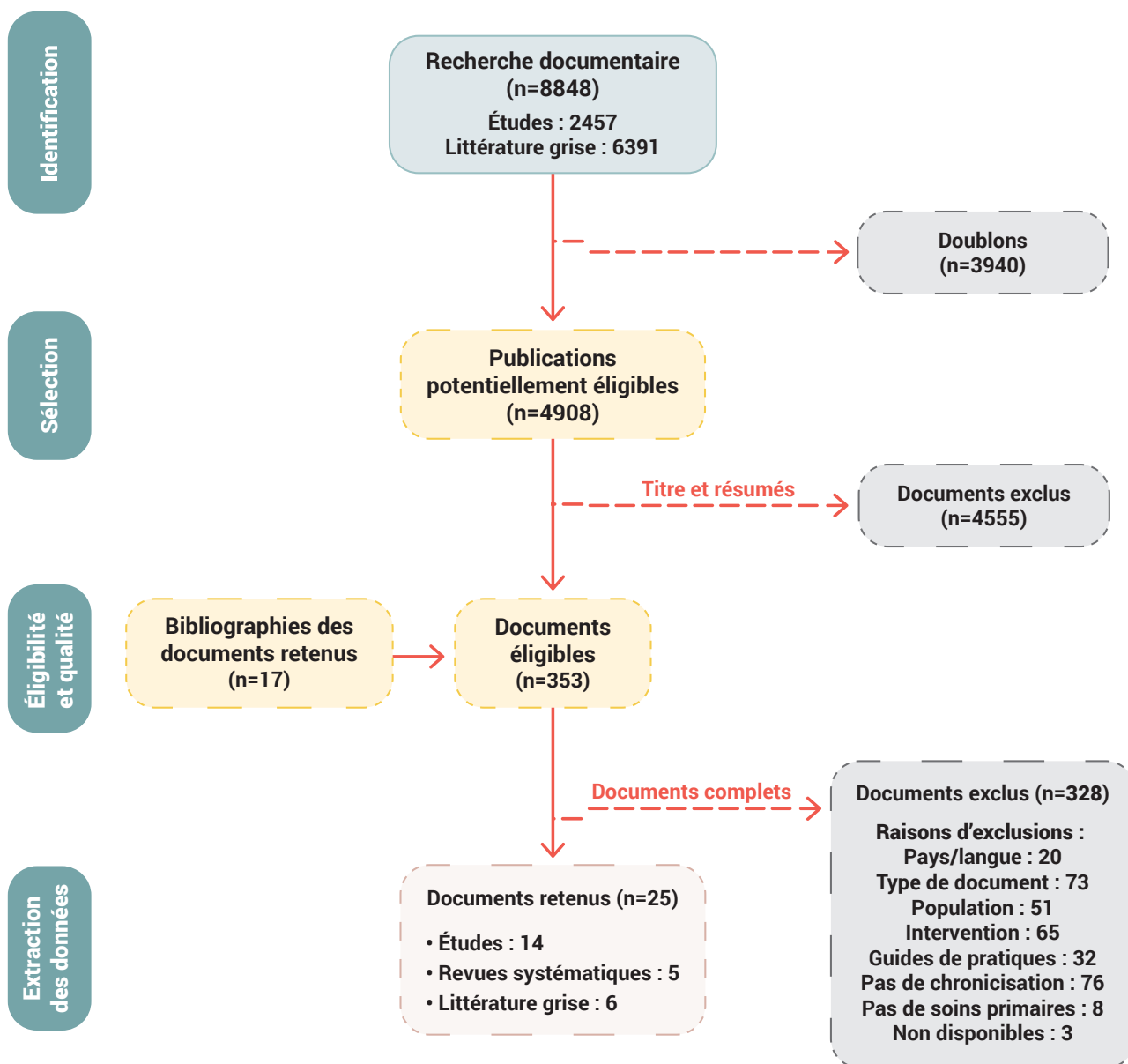
2.2 Date de la recherche

La recherche a été effectuée du 14 au 28 novembre 2019.

2.3 Bilan des recherches

RESSOURCES	NOMBRE DE RÉSULTATS POTENTIELLEMENT PERTINENTS
Sites Web, catalogues et autres ressources	17
Total avant le retrait des doublons	6391
Doublons retirés	2893
Références uniques	3498

Annexe II : Schéma PRISMA de sélection des documents



Annexe III : Extraction des données

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Breen et al. 2011 Royaume Uni	Objectif : Évaluer les changements dans les résultats des patients ayant reçu de l'enseignement (en prenant en compte leur pronostic). Devis : Étude de cohortes prospectives Qualité : 86 %	9 équipes de 6 professionnels (jusqu'à 3 médecins et au moins 1 patient). Physiothérapeute, réceptionniste, infirmière praticienne, gestionnaire Usagers de 18-65 ans avec maux dos, avec ou sans douleur aux jambes, d'une durée ≤ 12 semaines. douleur aiguë et subaiguë non spécifique 1^{ère} cohorte d'usagers (N=75) : recrutée 12 mois avant que l'équipe d'intervenants eu reçu leurs ateliers (8 demi-journées sur 9 mois) (mars 2007) Ateliers débutant mars 2008 (durée 9 mois) 2^{ème} cohorte (N=65) : recrutée 15 mois après que l'équipe d'intervenants eu reçu leurs ateliers (mars 2009)	Ateliers d'enseignement : Intervention sur l'amélioration de la pratique de soins des maux de dos 1- technique d'amélioration de la qualité; 2- pratique basée sur des données probantes selon le <i>European Acute Back Pain (Guidelines)</i>.	mesure #1 : - donnée socio-démographiques - pronostic - (RMDQ) <i>Roland and Morris Disability Questionnaire</i> mesure #2 : - échelle de 10 points sur la mesure de la douleur - fréquence des symptômes selon DEYO - index sur le niveau de gêne - sous échelles du SF-12 - santé générale - santé mentale - vitalité - fonctionnement social mesure #3 : - questionnaire post-suivi avec toutes les mesures #1 et #2 - échelle numérique du taux global d'amélioration/détérioration - échelle satisfaction de l'utilisateur - question unique sur la satisfaction	Impact faible mais statistiquement significatif dans l'analyse des scores au RMDQ, il y a des améliorations significatives avant et après les mesures : - moins de découragement 0.991 (0.26-1.75) p=0.008 - plus d'autogestion -1.245 (-2.27- -0.22) p=0.018 - moins de douleurs aux jambes 0.644 (-0.03-0.32) p=0.063 - effet global plus significatif pour les femmes

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Cherkin et al. 2018 États-Unis	Objectif : Évaluer les effets de la stratégie <i>STarT Back</i> dans les pratiques de soins primaires au sein du système de santé intégré américain à l'aide du <i>Matching Treatment to Consumer Healthcare needs</i> (MATCH). Devis : Étude contrôlée randomisée (RCT) à l'aveugle (single blinding) Qualité : 71 %	6 usagers (3 dans le groupe intervention et 3 dans groupe contrôle) 18 ans et plus (moyenne de 55 et 58 ans) maux de dos non spécifique ≤ 3 mois (moyenne de 56% et de 56%)	utilisation de l'outil START BACK (Angleterre) Cet outil est un questionnaire à 9 items qui permet de classer les patients selon les risques de chronicité - faible, moyen ou élevé - (douleurs invalidantes et/ou persistantes). Des traitements sont ensuite recommandés selon les profils pronostiques de chaque patient.	- 1 entrevue téléphonique durant la période pré-intervention (nov 2013-avril 2014) - 2 entrevues téléphoniques post-intervention (déc 2014-août 2016) après la visite du médecin et ensuite 2 à 6 mois plus tard - questionnaire Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ) pour les fonctions physiques - échelle sévérité de la douleur - condition du patient (dépression, anxiété, peur de bouger, amélioration globale, auto-efficacité, satisfaction, production au travail et restrictions dans les activités - utilisation des soins selon leur dossier informatisé	- L'intervention n'a présenté aucun résultat significatif pour les usagers ou sur l'utilisation des soins de santé. - Les stratégies d'intervention utilisées dans cette étude n'ont pas démontré d'augmentation dans l'utilisation des traitements recommandés pour les patients à risque de chronicité moyen et élevé (ex., physiothérapie, médecine complémentaire et alternative ou thérapie cognitivo-comportementale). - Elles n'ont pas non plus démontré une réduction de l'utilisation de tests ou de traitements non recommandés (ex., imagerie, opioïdes, injections à la colonne, aiguillage chirurgical) pour les patients à tous niveaux de risque.

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS																										
Chou et Sekelle 2010 États-Unis	Objectif : Synthétiser la littérature actuelle sur les drapeaux jaunes pouvant identifier les patients à risque de douleurs lombaires invalidantes chroniques. Devis : Revue systématique Qualité : 60 %	20 études portant sur 10 842 patients répondaient aux critères d'inclusion.		Recherche d'études pertinentes dans <i>MEDLINE</i> (1966-janvier 2010) et <i>EMBASE</i> (1974-février 2010)	% patients à risque Dans un contexte de soins primaires, les études axées sur la douleur, l'état fonctionnel ou les résultats mixtes ont démontré une proportion de patients ayant un mauvais pronostic : de 26 % (2% - 48%) après 3 à 6 mois et de 21 % (7% - 42%) après 1 an. Ressources cliniques : les facteurs de risques les plus susceptibles de prédire une invalidité persistante et qui devraient être inclus dans une évaluation du risque :																										
		- 14 études ont évalué les facteurs de risques individuels		Langue anglaise portant sur des patients adultes souffrant de lombalgie depuis moins de 8 semaines	<table><tr><th rowspan="2">Facteur de risques</th><th colspan="2">Résultats obtenus = prédictions (médiane [intervalle])</th><th rowspan="2">Outil d'évaluation utilisé</th></tr><tr><th>3-6 mois</th><th>1 an</th></tr><tr><td>Comportements mésadaptés de la gestion de la douleur (évitement des activités ou du mouvement, pensées négatives face au futur ou catastrophisme).</td><td>haut risque 2.2 (1.5-4.9)</td><td>haut risque 2,5 (2,2-2,8)</td><td>fear-avoidance beliefs questionnaire</td></tr><tr><td>Signes non organiques (facteurs psychologiques, exagération, somatisation ou généralisation de la douleur)</td><td>—</td><td>haut score de somatisation ou douleur généralisée 3,0 (1,7-4,6)</td><td>Waddell (nonorganic signs)</td></tr><tr><td>Incapacités fonctionnelles</td><td>haute intensité d'incapacités 1,4 (1,3-3,5) et faible intensité d'incapacités 0,53 (0,18-1,07)</td><td>haute intensité d'incapacités 2,1 (1,2-2,7) et faible intensité d'incapacités 0,40 (0,10-0,52)</td><td>Roland-Morris Disability Questionnaire Oswestry Disability Index autres</td></tr><tr><td>Statut de santé générale avant l'apparition de la douleur</td><td>faible état de santé liée à un plus grand risque 1,6 (1,1-1,7) (likelihood ratio positif) meilleure état de santé lié à un plus faible risque 0,73 (0,66-0,88) (likelihood ratio négatif)</td><td>faible état de santé liée à un plus grand risque 1,8 (1,1-2,0) (likelihood ratio positif) meilleure état de santé lié à un plus faible risque 0,85 (0,56-0,99) (likelihood ratio négatif)</td><td>non mentionné</td></tr><tr><td>Présence de comorbidités psychiatriques</td><td>haut score sur l'échelle de comorbidité 1,9 (1,4-2,1) (likelihood ratio positif) et faible score sur l'échelle de comorbidité 0,69 (0,55-0,85) (likelihood ratio négatif)</td><td>haut score sur l'échelle de comorbidité 2,2 (1,9-2,3) (likelihood ratio positif) et faible score sur l'échelle de comorbidité 0,85 (0,55-0,93) (likelihood ratio négatif)</td><td>non mentionné</td></tr></table>	Facteur de risques	Résultats obtenus = prédictions (médiane [intervalle])		Outil d'évaluation utilisé	3-6 mois	1 an	Comportements mésadaptés de la gestion de la douleur (évitement des activités ou du mouvement, pensées négatives face au futur ou catastrophisme).	haut risque 2.2 (1.5-4.9)	haut risque 2,5 (2,2-2,8)	fear-avoidance beliefs questionnaire	Signes non organiques (facteurs psychologiques, exagération, somatisation ou généralisation de la douleur)	—	haut score de somatisation ou douleur généralisée 3,0 (1,7-4,6)	Waddell (nonorganic signs)	Incapacités fonctionnelles	haute intensité d'incapacités 1,4 (1,3-3,5) et faible intensité d'incapacités 0,53 (0,18-1,07)	haute intensité d'incapacités 2,1 (1,2-2,7) et faible intensité d'incapacités 0,40 (0,10-0,52)	Roland-Morris Disability Questionnaire Oswestry Disability Index autres	Statut de santé générale avant l'apparition de la douleur	faible état de santé liée à un plus grand risque 1,6 (1,1-1,7) (likelihood ratio positif) meilleure état de santé lié à un plus faible risque 0,73 (0,66-0,88) (likelihood ratio négatif)	faible état de santé liée à un plus grand risque 1,8 (1,1-2,0) (likelihood ratio positif) meilleure état de santé lié à un plus faible risque 0,85 (0,56-0,99) (likelihood ratio négatif)	non mentionné	Présence de comorbidités psychiatriques	haut score sur l'échelle de comorbidité 1,9 (1,4-2,1) (likelihood ratio positif) et faible score sur l'échelle de comorbidité 0,69 (0,55-0,85) (likelihood ratio négatif)	haut score sur l'échelle de comorbidité 2,2 (1,9-2,3) (likelihood ratio positif) et faible score sur l'échelle de comorbidité 0,85 (0,55-0,93) (likelihood ratio négatif)	non mentionné
Facteur de risques	Résultats obtenus = prédictions (médiane [intervalle])		Outil d'évaluation utilisé																												
	3-6 mois	1 an																													
Comportements mésadaptés de la gestion de la douleur (évitement des activités ou du mouvement, pensées négatives face au futur ou catastrophisme).	haut risque 2.2 (1.5-4.9)	haut risque 2,5 (2,2-2,8)	fear-avoidance beliefs questionnaire																												
Signes non organiques (facteurs psychologiques, exagération, somatisation ou généralisation de la douleur)	—	haut score de somatisation ou douleur généralisée 3,0 (1,7-4,6)	Waddell (nonorganic signs)																												
Incapacités fonctionnelles	haute intensité d'incapacités 1,4 (1,3-3,5) et faible intensité d'incapacités 0,53 (0,18-1,07)	haute intensité d'incapacités 2,1 (1,2-2,7) et faible intensité d'incapacités 0,40 (0,10-0,52)	Roland-Morris Disability Questionnaire Oswestry Disability Index autres																												
Statut de santé générale avant l'apparition de la douleur	faible état de santé liée à un plus grand risque 1,6 (1,1-1,7) (likelihood ratio positif) meilleure état de santé lié à un plus faible risque 0,73 (0,66-0,88) (likelihood ratio négatif)	faible état de santé liée à un plus grand risque 1,8 (1,1-2,0) (likelihood ratio positif) meilleure état de santé lié à un plus faible risque 0,85 (0,56-0,99) (likelihood ratio négatif)	non mentionné																												
Présence de comorbidités psychiatriques	haut score sur l'échelle de comorbidité 1,9 (1,4-2,1) (likelihood ratio positif) et faible score sur l'échelle de comorbidité 0,69 (0,55-0,85) (likelihood ratio négatif)	haut score sur l'échelle de comorbidité 2,2 (1,9-2,3) (likelihood ratio positif) et faible score sur l'échelle de comorbidité 0,85 (0,55-0,93) (likelihood ratio négatif)	non mentionné																												
					Tous les outils prédisaient (ou non) la probabilité de retour au travail ou la possibilité de recevoir une allocation de la CSST. Les questionnaires évalués sont : <i>Vermont Disability Prediction Questionnaire</i> , <i>Acute Low Back Pain Screening Questionnaire</i> , <i>Improvement in Sickness Impact Profile Score</i> .																										

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Fourney et al. 2011 Canada	Objectif : (1) Quelles sont les différences entre les lignes directrices cliniques et les trajectoires? (2) Y a-t-il des exemples de trajectoires dans la gestion de la lombalgie? Y a-t-il des preuves de leur succès? (3) Quelles sont ses principales caractéristiques de la trajectoire de soin de la Saskatchewan (<i>Saskatchewan spine pathway</i>, SSP)? Devis : Revue systématique et étude de cas Qualité : 54 %	- Professionnels de première ligne et travaillant dans des cliniques spécialisées - Chirurgiens de la colonne vertébrale et les autres intervenants du milieu des soins (médecins traitants, chiropraticiens, physiothérapie, cliniques de la douleur, etc.)			Une trajectoire de soin est un concept centré sur le patient et fonctionne comme le processus d'amélioration continu de la qualité. Les objectifs des trajectoires sont semblables à celles des lignes directrices cliniques. Une trajectoire possède les caractéristiques suivantes : - une description claire des objectifs et des composantes clés des soins fondées sur les données probantes, en plus des attentes des patients; - une communication facilitée entre praticiens et patients; - une coordination des soins par la description d'une séquence d'activités dispensées par une équipe multidisciplinaire; - une veille constante, incluant la satisfaction des patients à l'égard des processus et des résultats; - l'affectation appropriée des ressources pour le bon fonctionnement de la trajectoire. L'efficacité de toutes les trajectoires présentées n'ont pas été testés. La trajectoire <i>Saskatchewan spine pathway</i> utilise des stratégies qui améliorent le bon usage des lignes directrices et qui aiguillent les patients provenant des soins primaires vers les soins spécialisés.

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Foster et al. 2014 Royaume Uni	Objectif : Déterminer les effets de l'implantation dans la gestion des maux de dos en soins primaires et sur le comportement clinique des médecins, les résultats pour les patients et les coûts. Devis : étude quasi expérimentale avant et après Qualité : 77 %	- 64 médecins généralistes et 15 physiothérapeutes - 922 patients de 18 ans et plus - Pré intervention : 368 - Post intervention : 554 - Patients ayant consulté pour un épisode de maux de dos de durée variable avec ou sans douleur à la jambe	Intervention : soins habituels + utilisation d'un outil de stratification du risque permettant de classer les patients en fonction du risque d'incapacité Phase 1 (6 mois) : Avant l'intervention, soins habituels Phase 2 (3 mois) : Introduction des soins stratifiés à l'aide d'un programme d'amélioration de la qualité à travers des sessions de formation adressées aux médecins et physiothérapeutes, des audits réguliers, des commentaires des pairs et des mentorats cliniques Phase 3 (12 mois) : Mise en œuvre des soins stratifiés et évaluation (12 mois) Comparateur : Soins habituels (conseils, médication, références aux traitements appropriés)	- 9 questionnaires d'auto-évaluation portant sur 8 facteurs pronostiques : - attribution d'un score de 0 à 9 en fonction du risque d'incapacité persistante des patients (faible, modéré et élevé) - Mesure du risque d'invalidité avec le questionnaire d'incapacité de Roland-Moris Pour les méd. (infos recueillies par l'inf. dans le dossier du patient) - Nombre de références aux physiothérapeute ou autres services - Nombre de tests demandés (radiographies, sang, etc.) - Nombre de prescriptions - Nombre de nouvelles consultations avec un physiothérapeute - Nombre de délivrances d'arrêts de travail	1. Type et nombre professionnels impliqués - Médecins généralistes (64) - Physiothérapeutes (communautaires) 2. Modèles d'organisation des soins Stratification des soins à l'aide d'un outil permettant de classer les patients en fonction du risque d'incapacité (faible, modéré et élevé) et d'y adresser un traitement approprié selon le risque. - Nombre approprié de références de patients à risque moyen et élevé vers la thérapie physique (40 % phase 1 vs 72 % phase 3) mais peu de différence pour les patients à faible risque (65 % vs 68 %) - Réduction significative de plus de 30% du nombre d'arrêts de travail - Modification des prescriptions entraînant la diminution de l'utilisation de non opioïdes et une augmentation de la consommation d'opioïdes légers - Amélioration significative de l'incapacité à 6 mois - Lien significatif avec les croyances d'évitement et de peur, du statut du risque et de la satisfaction du patient - Réduction globale de 50 % du temps de travail - Plus d'incidence sur les patients à moyen et risque élevé

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Foster et al. 2010 Royaume Uni	Objectif : Identifier les facteurs psychologiques associés à la lombalgie lors d'une consultation initiale et prédire avec la plus grande précision les résultats cliniques 6 mois après une consultation, afin de cibler des interventions en soins primaires. Devis : étude de cohorte prospective Qualité : 70%	- 1591 patients adultes ayant consulté un médecin généraliste pour des maux de dos avec ou non douleurs à la jambe - 8 cabinets de médecine générale	Aucune intervention Questionnaires en début d'étude et après 6 mois	- Questionnaire Roland-Moris sur l'incapacité (RMDQ) - Questionnaire révisé sur la perception de la maladie (IPQ-R) - L'échelle de Tampa de kinésiophobie - Questionnaire sur les stratégies d'adaptation (CSQ) - Échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital - Questionnaire sur l'auto-efficacité de la douleur (PSEQ) * Techniques ajustées de régression linéaire multiple (pour mesurer la force relative des obstacles psychologiques) (analyses statistiques)	- Les facteurs les plus fortement corrélés à l'incapacité : la perception des conséquences (IPQ-R), la dépression (HADS) et l'auto-efficacité de la douleur (PSEQ). - Les 20 facteurs psychologiques individuels ont chacun représenté entre 0,04 % et 33,3 % de la variance du score de base du RMDQ.
Grotle et al. 2010 Royaume Uni	Objectif : Comparer la contribution des indicateurs physiques, psychologiques et sociaux à la prévision de l'incapacité après un an entre les patients ayant une lombalgie de moins de 3 mois et de plus de 3 mois. Devis : Étude de cohorte prospective Qualité : 68 %	- Patients adultes souffrant de maux de dos aigus et subaigus - Patients adultes souffrant de maux de dos chroniques n : 2065 participants	Les participants sont repartis en 2 groupes : - maux de dos aigus et subaigus (douleurs moins de 3 mois) - maux de dos chronique (douleurs de plus de 3 mois)	- Questionnaires en début d'étude et 12 mois plus tard - Questionnaire d'autoévaluation d'incapacité de Roland-Moris (RMDQ) comprenant 24 items noté de 0 (aucune incapacité) à 24 (incapacité élevée) - Échelle de la douleur pour mesurer l'intensité de la douleur - Questionnaire simple pour évaluer la gêne - Échelle de la dépression et de l'anxiété de l'hôpital (HADS) (0 à 21) - L'échelle de Tampa de kinésiophobie (TSK) - Questionnaire d'évaluation des stratégies d'adaptation (CSQ)	Du point de vue statistique, les scores moyens au début et après 12 mois n'étaient pas significativement différents dans le groupe aigus/subaigus par rapport au groupe chroniques. L'incapacité s'est améliorée dans les 2 groupes au suivi de 12 mois. Cependant, l'amélioration était plus significative dans le groupe aigus/subaigus. Les facteurs pronostiques ayant le plus d'incidence sur l'incapacité dans le groupe aigu/subaigu sont : - Être sans emploi; - Avoir une douleur généralisée; - Niveau élevé de douleur chronique; - Catastrophisme; - Croyances de peur et comportements d'évitement.

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Hill et al. 2011 Royaume Uni	Objectif : Comparer l'efficacité clinique et l'efficacité, en termes de coût, de la stratification des risques de chronicité (<i>StarT Back</i>) par rapport à la meilleure pratique courante chez les patients se présentant en soins primaires pour des maux de dos. Devis : Essais contrôlé randomisé Qualité : 67 %	851 patients avec maux de dos assignés de façon aléatoire au groupe intervention (n=568) et au groupe contrôle (n=283)	Une évaluation du niveau de base des maux de dos et des sessions de traitements sont dispensées aux deux groupes par des physiothérapeutes. 30 min évaluation en physiothérapie + Traitement initial avis, exercices) Intervention : Décision de référence des patients et traitement selon la classification <i>StarT Back</i> : Faibles risques : exercice, soutien local, vidéo éducationnel Risques moyens : physiothérapie pour traitement des symptômes et fonctionnel Risques élevés : traitement par physiothérapeute avec connaissances en psychologie pour traitement des symptômes et fonctionnel + Obstacles psychologiques Contrôle : Décision de référence des patients basée sur le jugement clinique du physiothérapeute Indépendamment du niveau de risque	Mesure avant randomisation, 4 mois et 12 mois plus tard À partir de questionnaires postaux (patients) et de formulaires de rapport de cas (physiothérapeutes) Résultat principal : - Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) Résultats secondaires : - Référence en physiothérapie - Intensité maux de dos - <i>Pain Catastrophizing Scale</i> - <i>Tampa Scale of Kinesiophobia</i> - <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> - <i>Health related quality of life</i> - Perception de changement dans les maux de dos - Nombre de sessions de physio - Participation au traitement initial - Effets secondaires - Utilisation des ressources de santé et coût - Nombre de jours de travail perdu - Satisfaction des soins Analyse des résultats selon intention de traité	3. Autres résultats d'intérêt - Différence entre les scores RMDQ des groupes contrôles et interventions (à la faveur du groupe intervention pour lequel les scores sont plus faibles, donc moins d'invalidité). Sauf pour les risques faibles, les différences moyennes des scores sont significatives à 4 mois et à 12 mois pour les risques moyens. - 4 mois : à la faveur de l'intervention : intensité de la douleur, catastrophisme, peur, anxiété, dépression, santé physique générale, risque de chronicisation. - 12 mois : à la faveur de l'intervention : catastrophisme, peur, dépression, santé physique générale et risque de chronicisation. - Dans le groupe intervention : plus de patients satisfaits (4 mois); moins de jours de travail perdus (12 mois), plus de bénéfices à un coût moyen inférieur.

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Hsu et al. 2019 États-Unis	Objectif : Soutenir la mise en place de traitements efficaces pour la lombalgie commune selon un modèle <i>Start Back</i> adapté (MATCH) Devis : Étude qualitative (évaluation basée sur un modèle logique) Qualité : 75 %	Tous les professionnels en soins primaires (N=22) : médecins, ostéopathes, infirmières praticiennes, assistants physiothérapeutes, infirmières techniciennes infirmières bachelières et les assistants médicaux Exclus : adjointes administratives, laboratoire et pharmacie	Intervention : <i>Matching Appropriate Treatment to Consumers' Healthcare needs (MATCH)</i> implique une variété de stratégies de mise en œuvre, dont : - Intégrer l'outil d'évaluation du risque <i>STarT Back</i> ainsi que les traitements recommandés par groupes de pronostiques dans les dossiers de santé informatisés; - Formation et soutien aux équipes de soins en soins primaires; - Formation et soutien aux physiothérapeutes.	Observation ethnographiques des programmes de formations et des sessions d'entraînement - Guide d'observation - Utilisation d'un modèle logique sur l'implantation des stratégies d'intervention - Méthode d'analyses qualitatives (analyse par thème) - Prise de notes sur le terrain - Questionnaire d'évaluation post-formation (4 questions fermées et 3 questions ouvertes et statistiques descriptives) Entrevues de groupe avec les formateurs (Utilisation d'un modèle logique sur l'implantation des stratégies d'intervention et statistiques descriptives) Entrevues individuelles avec les membres de l'équipe de soins primaires + statistiques descriptives	Pas de résultats précis pour la clientèle avec douleur subaiguë Peu de variations dans les réactions sur les interventions, les réactions et les changements apportés à la pratique clinique. Les résultats qualitatifs sont agrégés. - La formation était utile (93 % participants en accord) - Les informations données étaient clairement présentées (93 % participants en accord) - Les informations données m'aideront à améliorer les soins que je donne aux patients (86 % participants en accord) - La formation a amélioré ma confiance sur l'aide que je peux apporter aux patients (78 % participants en accord) L'outil <i>STarT Back</i> a continué d'être utilisé pour 40% des patients, 6 mois après le processus de formation. Les résultats sur l'amélioration de l'utilisation des traitements appropriés pour chaque groupe et la réduction de l'utilisation de l'imagerie, injection de stéroïdes, opération, n'ont pas été atteints.

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Karran et al. 2017 Australie	Objectif : Évaluer l'efficacité des questionnaires de dépistage permettant de prédire le risque de faibles résultats chez les adultes à risque de chronicité souffrant de maux de dos. Devis : Revue systématique et méta-analyse Période couverte : juin 2014-mars 2016 Qualité : 98 %	Adultes souffrant de maux de dos aigus et subaigus avec ou sans douleur à la jambe se présentant dans les établissements de soins primaires, secondaires et tertiaires		Études : - Ont été incluses toutes les études qui rapportaient la validité de la valeur prédictive des instruments de dépistage - Types de résultats rapportés : intensité de la douleur, l'incapacité, congé de maladie ou absentéisme au travail, retour progressif au travail, rétablissement Instruments de dépistage : 1) questionnaire auto-rapporté; 2) évaluation de différents facteurs permettant de prédire les douleurs chez les patients ayant des douleurs musculosquelettiques 3) élaboré pour fournir de l'information pronostique sur les conditions musculosquelettiques	18 études retenues dont 17 réalisées en soins primaires et une seule dans un hôpital (soins secondaires) : 6 études ont évalué l'intensité de la douleur comme résultats primaires et 8 comme résultats secondaires; 4 études ont mesuré l'absentéisme au travail et 4 autres, les cotes de rétablissement; 5 études ont évalué le handicap comme résultat primaire et 5 autres études comme résultat secondaire. STaRT Back (STB) : (n=5) - Le rendement discriminatoire du STB ne donnait pas de renseignements (non informatif) sur les résultats relatifs à la douleur. - Le rendement discriminatoire du STB était acceptable pour les résultats liés à l'incapacité. Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (OMPSQ) : (n=7) Le rendement discriminatoire de l'OMPSQ était : - <u>Faible pour la douleur</u> (l'hétérogénéité statistique était modérée mais non statistiquement significative); - <u>Acceptable pour les incapacités</u> (aucune preuve d'hétérogénéité); - <u>Excellent</u> pour l'absentéisme prolongé de 6 mois et acceptable pour l'absentéisme prolongé de 12 mois (absence d'hétérogénéité statistique). Tous les 7 instruments (STB, OMPSQ, VDPQ, BDRQ, ASQ, CPRS, HCPR) (n=18) - Les résultats discriminatoires des instruments mis en commun étaient faibles pour la douleur. - La performance commune était acceptable pour les résultats liés à l'incapacité. - Au niveau de l'absentéisme, la variabilité des délais de suivi et des mesures des résultats utilisés dans les études n'a pas permis de faire des comparaisons entre les instruments.

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS																							
Moi et al. 2017 Australie	Objectif : Évaluer l'implantation d'un modèle de soins impliquant la création de cliniques <i>Back Pain Assessment Clinic</i> (BAC). Devis : Étude descriptive Qualité : 60 %	Intervenants (n=14) comprenant neurochirurgiens, chirurgiens orthopédistes, rhumatologues, gestionnaires en santé et physiothérapeutes) Référents (n=26) Patients avec douleurs au dos et au cou (n=54)	- Patients référés et vus au BAC - Patients référés mais non vus au BAC	Mesure : i) accès aux soins; ii) soins appropriés et sécuritaires; iii) optimisation et intégration de la main-d'œuvre; iv) efficience et durabilité. Les données qualitatives ont été recueillies à partir d'enquêtes et d'entrevues.	2. Modèles d'organisation des soins <table><tr><th></th><th colspan="3">BAC</th></tr><tr><td rowspan="2">Accès aux soins</td><td>non évalués au BAC</td><td>évalués au BAC n= 194 le délai moyen entre la référence et la consultation initiale de 9,8 semaines</td><td>redirigés sur la liste attente en neurochirurgie et orthopédie le temps d'attente moyen respectifs était de 101,3 et de 70,5 semaines (équivalent à une moyenne pondérée de 100 semaines)</td></tr><tr><td>(8/18) médecins ont dit qu'ils n'étaient pas au courant du BAC</td><td>(10/18) médecins pensent que le BAC a amélioré l'accès aux soins. n=54 patients interrogés disent qu'il est plus facile de se rendre aux locaux du BAC qu'à l'hôpital</td><td>(2/18) médecins préfèrent qu'un chirurgien voit leurs patients</td></tr><tr><td>Soins appropriés et sécuritaires</td><td></td><td>18.5 % patients libérés après avoir passé au BAC. Diminution de douleur, des incapacités et amélioration du bien-être</td><td>57 % patients référés dans la communauté 6,1 % référés à des cliniques spécialisées</td></tr><tr><td>Optimisation et intégration de la main-d'œuvre</td><td colspan="3">Les répondants disent que le BAC favorise une utilisation plus efficace des compétences et du temps des chirurgiens. Les intervenants et les omnipraticiens (61,5 %) considéraient que la présence d'un rhumatologue au BAC était importante pour s'assurer que les problèmes médicaux étaient cernés et gérés adéquatement. Les commentaires des intervenants concernant le rôle du advanced practice physiotherapists (PPA) sont positifs, bien que moins de 40 % des omnipraticiens comprennent leur rôle</td></tr><tr><td>Efficience et durabilité</td><td colspan="3">le BAC est plus économique que les références aux cliniques spécialisées</td></tr></table>		BAC			Accès aux soins	non évalués au BAC	évalués au BAC n= 194 le délai moyen entre la référence et la consultation initiale de 9,8 semaines	redirigés sur la liste attente en neurochirurgie et orthopédie le temps d'attente moyen respectifs était de 101,3 et de 70,5 semaines (équivalent à une moyenne pondérée de 100 semaines)	(8/18) médecins ont dit qu'ils n'étaient pas au courant du BAC	(10/18) médecins pensent que le BAC a amélioré l'accès aux soins. n=54 patients interrogés disent qu'il est plus facile de se rendre aux locaux du BAC qu'à l'hôpital	(2/18) médecins préfèrent qu'un chirurgien voit leurs patients	Soins appropriés et sécuritaires		18.5 % patients libérés après avoir passé au BAC. Diminution de douleur, des incapacités et amélioration du bien-être	57 % patients référés dans la communauté 6,1 % référés à des cliniques spécialisées	Optimisation et intégration de la main-d'œuvre	Les répondants disent que le BAC favorise une utilisation plus efficace des compétences et du temps des chirurgiens. Les intervenants et les omnipraticiens (61,5 %) considéraient que la présence d'un rhumatologue au BAC était importante pour s'assurer que les problèmes médicaux étaient cernés et gérés adéquatement. Les commentaires des intervenants concernant le rôle du advanced practice physiotherapists (PPA) sont positifs, bien que moins de 40 % des omnipraticiens comprennent leur rôle			Efficience et durabilité	le BAC est plus économique que les références aux cliniques spécialisées		
	BAC																											
Accès aux soins	non évalués au BAC	évalués au BAC n= 194 le délai moyen entre la référence et la consultation initiale de 9,8 semaines	redirigés sur la liste attente en neurochirurgie et orthopédie le temps d'attente moyen respectifs était de 101,3 et de 70,5 semaines (équivalent à une moyenne pondérée de 100 semaines)																									
	(8/18) médecins ont dit qu'ils n'étaient pas au courant du BAC	(10/18) médecins pensent que le BAC a amélioré l'accès aux soins. n=54 patients interrogés disent qu'il est plus facile de se rendre aux locaux du BAC qu'à l'hôpital	(2/18) médecins préfèrent qu'un chirurgien voit leurs patients																									
Soins appropriés et sécuritaires		18.5 % patients libérés après avoir passé au BAC. Diminution de douleur, des incapacités et amélioration du bien-être	57 % patients référés dans la communauté 6,1 % référés à des cliniques spécialisées																									
Optimisation et intégration de la main-d'œuvre	Les répondants disent que le BAC favorise une utilisation plus efficace des compétences et du temps des chirurgiens. Les intervenants et les omnipraticiens (61,5 %) considéraient que la présence d'un rhumatologue au BAC était importante pour s'assurer que les problèmes médicaux étaient cernés et gérés adéquatement. Les commentaires des intervenants concernant le rôle du advanced practice physiotherapists (PPA) sont positifs, bien que moins de 40 % des omnipraticiens comprennent leur rôle																											
Efficience et durabilité	le BAC est plus économique que les références aux cliniques spécialisées																											

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS												
Ramond et al. 2011 France	Objectif : Examiner les données probantes de la valeur pronostique des facteurs psychosociaux dans l'évolution des maux de dos aigus non spécifiques chez les adultes. Devis : revue systématique Période couverte : jusqu'en décembre 2009 Qualité : 77 %	Adultes souffrant de maux de dos non spécifiques depuis moins de 3 mois. - soins primaires			- 23 études retenues portant sur 18 cohortes (plusieurs articles portaient sur une même cohorte). - 6/18 études considérées de « grande qualité ». - Les professionnels impliqués dans les études : les médecins généralistes, physiothérapeutes, chiropraticiens, ostéopathes, rhumatologues et autres professionnels. - 16 facteurs psychosociaux analysés regroupés en trois catégories : <table><tr><th>Catégories</th><th>Facteurs</th><th>Résultats</th></tr><tr><td>Social et socio-professionnel</td><td> - Statut professionnel - Statut civil - Niveau de scolarité - Satisfaction au travail - Questions d'indemnisation - Réseau (soutien) social </td><td> Malgré le nombre d'études portant sur les données socio-économiques (au moins 5 par facteurs), un lien significatif avec les maux de dos n'a été trouvé qu'une seule fois pour chacun des facteurs 5/6 études ne montrait pas de lien significatif avec les maux de dos. 2/5 études ont démontré que l'association congés de maladie ouvrant droit aux indemnisations et maux de dos étaient prédictifs de mauvais résultats. 3/3 études n'ont démontré aucun lien avec l'évolution des maux de dos. </td></tr><tr><td>Psychologique</td><td> - Dépression - Anxiété - Somatisation - Détresse psychologique </td><td> 1/5 études a montré que la dépression prédisait le temps de guérison. 3/3 études n'ont montré aucun lien avec l'anxiété La somatisation a été jugée prédictive de l'incapacité à un an dans une cohorte de 250 patients mais pas à 4 ans. 2/7 études ont conclu qu'il y a un lien significatif entre la détresse et l'évolution des maux de dos. </td></tr><tr><td>Cognitif et comportemental</td><td> - Contrôle de la douleur - Stratégies d'adaptation - Croyances d'évitement de peur (<i>Fear-avoidance beliefs</i>) - État de santé général - Attentes du patient et - Jugement professionnel (fournisseur de soins) </td><td> Aucun lien entre le contrôle de la douleur et les maux de dos dans 3 études dont 2 considérées comme de grande qualité. L'adaptation passive était prédictive des maux de dos persistants à 3 mois. La peur liée à la douleur était le facteur prédictif le plus important de l'incapacité à 6 mois. La perception de son état de santé général reliée aux aspects biomédicaux et psychosociaux était associée à l'évolution des maux de dos. 3/4 études ont trouvé une valeur prédictive sur l'évolution des maux de dos. </td></tr></table>	Catégories	Facteurs	Résultats	Social et socio-professionnel	- Statut professionnel - Statut civil - Niveau de scolarité - Satisfaction au travail - Questions d'indemnisation - Réseau (soutien) social	Malgré le nombre d'études portant sur les données socio-économiques (au moins 5 par facteurs), un lien significatif avec les maux de dos n'a été trouvé qu'une seule fois pour chacun des facteurs 5/6 études ne montrait pas de lien significatif avec les maux de dos. 2/5 études ont démontré que l'association congés de maladie ouvrant droit aux indemnisations et maux de dos étaient prédictifs de mauvais résultats. 3/3 études n'ont démontré aucun lien avec l'évolution des maux de dos.	Psychologique	- Dépression - Anxiété - Somatisation - Détresse psychologique	1/5 études a montré que la dépression prédisait le temps de guérison. 3/3 études n'ont montré aucun lien avec l'anxiété La somatisation a été jugée prédictive de l'incapacité à un an dans une cohorte de 250 patients mais pas à 4 ans. 2/7 études ont conclu qu'il y a un lien significatif entre la détresse et l'évolution des maux de dos.	Cognitif et comportemental	- Contrôle de la douleur - Stratégies d'adaptation - Croyances d'évitement de peur (<i>Fear-avoidance beliefs</i>) - État de santé général - Attentes du patient et - Jugement professionnel (fournisseur de soins)	Aucun lien entre le contrôle de la douleur et les maux de dos dans 3 études dont 2 considérées comme de grande qualité. L'adaptation passive était prédictive des maux de dos persistants à 3 mois. La peur liée à la douleur était le facteur prédictif le plus important de l'incapacité à 6 mois. La perception de son état de santé général reliée aux aspects biomédicaux et psychosociaux était associée à l'évolution des maux de dos. 3/4 études ont trouvé une valeur prédictive sur l'évolution des maux de dos.
Catégories	Facteurs	Résultats															
Social et socio-professionnel	- Statut professionnel - Statut civil - Niveau de scolarité - Satisfaction au travail - Questions d'indemnisation - Réseau (soutien) social	Malgré le nombre d'études portant sur les données socio-économiques (au moins 5 par facteurs), un lien significatif avec les maux de dos n'a été trouvé qu'une seule fois pour chacun des facteurs 5/6 études ne montrait pas de lien significatif avec les maux de dos. 2/5 études ont démontré que l'association congés de maladie ouvrant droit aux indemnisations et maux de dos étaient prédictifs de mauvais résultats. 3/3 études n'ont démontré aucun lien avec l'évolution des maux de dos.															
Psychologique	- Dépression - Anxiété - Somatisation - Détresse psychologique	1/5 études a montré que la dépression prédisait le temps de guérison. 3/3 études n'ont montré aucun lien avec l'anxiété La somatisation a été jugée prédictive de l'incapacité à un an dans une cohorte de 250 patients mais pas à 4 ans. 2/7 études ont conclu qu'il y a un lien significatif entre la détresse et l'évolution des maux de dos.															
Cognitif et comportemental	- Contrôle de la douleur - Stratégies d'adaptation - Croyances d'évitement de peur (<i>Fear-avoidance beliefs</i>) - État de santé général - Attentes du patient et - Jugement professionnel (fournisseur de soins)	Aucun lien entre le contrôle de la douleur et les maux de dos dans 3 études dont 2 considérées comme de grande qualité. L'adaptation passive était prédictive des maux de dos persistants à 3 mois. La peur liée à la douleur était le facteur prédictif le plus important de l'incapacité à 6 mois. La perception de son état de santé général reliée aux aspects biomédicaux et psychosociaux était associée à l'évolution des maux de dos. 3/4 études ont trouvé une valeur prédictive sur l'évolution des maux de dos.															

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Riis et al. 2016 Danemark	Objectif : Réduire le nombre de références des patients souffrant de maux de dos vers les soins secondaires dans un délai de 12 semaines. Devis : Essai contrôlé randomisé Qualité : 71 %	60 médecins généralistes randomisés en 2 groupes pour l'implantation de lignes directrices : * 28 utilisant une stratégie à multiples facettes * 32 utilisant une stratégie d'implantation passive - 1101 patients âgés de 18-65 ans ayant consulté un médecin généraliste pour des maux de dos sur une période de 3 mois	Mise en œuvre (implantation) des lignes directrices d'un guide de pratique - Intervention : Stratégie d'implantation à multiples facettes : pratiques des soins usuels + des suivis avec des physiothérapeutes formés (MulS) : n = 539 patients - Comparateur : Stratégie d'implantation passive : pratique des soins usuels uniquement (PaS) n=562 patients	- Questionnaire (<i>StarT Back</i> et autres résultats) : - Nombre de références aux soins secondaires - Statut d'emploi - Nombre de congé de maladies - Satisfaction à l'égard du traitement reçu	Professionnels impliqués - Médecins généralistes - Physiothérapeutes Diminution statistiquement significative (rapport de cotes : 0.52 (95 % CI 0.30-0.90) p=0.020) des références en soins spécialisés : 27/539 du MulS ont été référés en soins secondaires (5 %) versus 59/562 du PaS (10.5 %) sur une période de 12 semaines. - Aucune différence significative entre les deux groupes sur le statut d'emploi, les congés de maladie et le statut fonctionnel. - Les patients du groupe PaS étaient significativement plus satisfaits du résultat du traitement que les patients du groupe MulS.
Riis et al. 2019 Danemark	Objectif : Proposer un cadre conceptuel amélioré où le personnel clinique est davantage impliqué dans la pratique générale pour la gestion des lombalgies non spécifiques. Devis : Approche théorique Qualité : Document de bonne crédibilité	Médecins généralistes et autres professionnels de la santé Patients souffrant de lombalgie non spécifique			- Modèle organisationnel permettant d'accroître davantage l'implication du personnel clinique dans la gestion des lombalgies. Concrètement : • le médecin généraliste : demeure responsable du diagnostic et de la prise de décision; • le personnel clinique : fournit de l'information, conseille les patients à l'auto-gestion de la maladie, instruit les patients sur des exercices et de l'activité physique, et effectue les consultations de suivi. - À l'aide d'une stratégie à multiples facettes impliquant des changements à 4 niveaux : organisationnel, des médecins généralistes, du personnel clinique et du patient; - Interventions suggérées pour soutenir le changement : restructuration de l'environnement de travail, vulgarisation du modèle, session d'éducation (conférences, cours annuels, etc.) et de formation (visite de sensibilisation, audits), disponibilité du matériel d'information en ligne et en papier; accès aux outils de dépistage, etc.

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Sanders et al. 2018 Pays-Bas	Objectif : Évaluer l'efficacité de la prise de décision partagée suivie d'un renforcement positif sur les résultats cliniques des patients souffrant de lombalgie non chronique en médecine générale (soins primaires). Devis : Essai contrôlé randomisé Qualité : 75 %	- 68 médecins généralistes - Patients adultes souffrant de maux de dos non chroniques	Les médecins ont été assignés à 2 groupes de façon aléatoire : * Le groupe expérimental (GE) (n : 34) a reçu 2 sessions de formation portant sur les compétences relatives à la prise de décision partagée. Ces derniers devaient intégrer dans leur consultation en suivant les étapes suivantes : - Informer le patient sur ses options thérapeutiques; - Discuter des préférences, des préoccupations et attentes du patient; - Confirmer la compréhension du patient, évaluer le niveau de participation souhaité par le patient; - Prendre la décision sur le plan d'intervention optimal. * Le groupe contrôle (GC) (n : 34) n'a pas reçu de formation et a continué à donner les soins habituels aux patients en suivant les lignes directrices pour la gestion des maux de dos	- Questionnaire d'autoévaluation d'incapacité de Roland-Moris (RMD) - Échelle analogique visuelle continue (VAS) pour mesurer la sévérité de la douleur - Mesure de l'absentéisme en répondant à une question précise - Collecte des données de consommation des soins de santé des patients à partir de questionnaires - Version néerlandaise du questionnaire abrégé de perception de la maladie	Professionnels impliqués - Médecins généralistes Incapacité : - Après 2 semaines, le score moyen d'incapacité dans les deux groupes a diminué jusqu'à 4.1 (GE) et 4.2 (GC); - Après 12 semaines, 2.1 (GE) et 2.3 (GC); - À 26 semaines, la différence est nulle entre les 2 groupes. Intensité de la douleur : - Après 2 semaines, le score moyen pour la douleur est de 18.9 (GE) et de 20.3 (GC); - À 12 semaines, il est de 13.6 (GE) et 16.3 (GC); - À 26 semaines, la différence est nulle. Absentéisme et consommation des soins de santé Le nombre moyen de jours d'absentéisme et la consommation moyenne de soins de santé à 2, 6, 12 et 26 semaines ne différaient pas entre les deux groupes. Conclusion : La formation des médecin généraliste sur la prise de décision partagée n'a pas amélioré le rétablissement des patients souffrant de maux de dos non chroniques.
Staiger et al. 2010 Australie	Objectif : Élaborer un parcours de soins pour améliorer les liens entre le milieu de soins aigu (urgence) et les services de santé communautaires dans le traitement des lombalgies. Devis : Étude de cas Qualité : 50 %	Le groupe de travail est composé de personnel et intervenants de : - l'hôpital - des services de santé communautaires - des soins post-aigus - du <i>District Division of General Practices</i> - des chercheurs de l'Université Deakin	Proposition d'une trajectoire de soins et des procédures selon les différents types de professionnels		Sept éléments clés nécessaires aux bons soins des patients avec maux de dos à risque de chronicité : 1. Approche de soins partagés entre milieu hospitalier et communautaire; 2. Utilisation des pratiques basées sur des données probantes pour les maux de dos; 3. Développement d'un nouveau rôle de coordonnateur des soins, qui favoriserait une plus grande intégration entre les secteurs hospitaliers et communautaires; 4. Développement et implantation d'un programme d'auto soins; 5. Utilisation de l'outil de référence SCTT (<i>Service Coordination Tool Template</i>) à travers les 2 secteurs; 6. Au département d'urgence, utiliser la section « profile psychosocial » de l'outil de référence SCTT pour faire un dépistage des facteurs de risques psychosociaux; 7. Tous les patients devraient être encouragés à consulter leur médecin de famille pour la médication et le suivi. Selon les auteurs, le succès organisationnel dépend de la formation et de l'engagement continu du personnel, i.e. cliniciens des services d'urgence, infirmières, professionnels paramédicaux et autres membres du personnel des secteurs de la santé aiguë et communautaire

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS																																										
Turner et al. 2013 Australie	Objectif : Examiner si la capacité prédictive du Modèle de risques de douleurs chroniques (<i>Chronic Pain Risk Score</i>) pouvait être améliorée par : (1) des mesures supplémentaires (modèle amélioré) et (2) l'ajout d'autres prédicteurs (modèle élargi). Devis : Étude descriptive Qualité : 81 %	Patients ayant consulté pour la première fois dans l'année pour des maux de dos T0 : n=571 T1 : n=521	Score de risques de douleurs chroniques – version originale : Outil utilisant un ensemble de mesures auto-déclarées pour estimer la probabilité qu'un patient continue de souffrir de maux de dos d'une manière cliniquement significative	Mesure au T0 et T1 (après 4 mois) 1) Mesure du modèle de risques de douleurs chroniques – version originale + des mesures supplémentaires (modèle amélioré) 2) Mesure du modèle de risques de douleurs chroniques – version originale + autres prédicteurs (modèle élargi)	<table><tr><th rowspan="2">Mesures significatives</th><th rowspan="2">T0 N=571</th><th colspan="2">T1 (après 4 mois) N=521</th></tr><tr><th>Modèle amélioré</th><th>Modèle élargi</th></tr><tr><td>Douleur chronique ou lombalgie</td><td></td><td colspan="2">21,7 % (modéré III à grave IV)</td></tr><tr><td rowspan="3">Au cours des 90 derniers jours</td><td rowspan="3"></td><td colspan="2">46,5 % douleur pendant 75 ou + jours</td></tr><tr><td colspan="2">25,4 % douleurs au cours des 30 à 74 jours</td></tr><tr><td colspan="2">28,1 % douleurs moins de 30 jours</td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>Diffusion de la douleur</td><td></td><td>1.22 (1.13, 1.34)</td><td>1.22 (1.11, 1.34)</td></tr><tr><td>Intensité/dysfonction de la douleur</td><td></td><td>1.48 (1.27, 1.73)</td><td>1.17 (1.05, 1.53)</td></tr><tr><td>Persistance de la douleur</td><td></td><td>1.007 (1.004, 1.011)</td><td>1.006 (1.001, 1.010)</td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>Espoir face au rétablissement</td><td></td><td></td><td>0.90 (0.82, 0.98)</td></tr></table>	Mesures significatives	T0 N=571	T1 (après 4 mois) N=521		Modèle amélioré	Modèle élargi	Douleur chronique ou lombalgie		21,7 % (modéré III à grave IV)		Au cours des 90 derniers jours		46,5 % douleur pendant 75 ou + jours		25,4 % douleurs au cours des 30 à 74 jours		28,1 % douleurs moins de 30 jours						Diffusion de la douleur		1.22 (1.13, 1.34)	1.22 (1.11, 1.34)	Intensité/dysfonction de la douleur		1.48 (1.27, 1.73)	1.17 (1.05, 1.53)	Persistance de la douleur		1.007 (1.004, 1.011)	1.006 (1.001, 1.010)					Espoir face au rétablissement			0.90 (0.82, 0.98)
Mesures significatives	T0 N=571	T1 (après 4 mois) N=521																																													
		Modèle amélioré	Modèle élargi																																												
Douleur chronique ou lombalgie		21,7 % (modéré III à grave IV)																																													
Au cours des 90 derniers jours		46,5 % douleur pendant 75 ou + jours																																													
		25,4 % douleurs au cours des 30 à 74 jours																																													
		28,1 % douleurs moins de 30 jours																																													
Diffusion de la douleur		1.22 (1.13, 1.34)	1.22 (1.11, 1.34)																																												
Intensité/dysfonction de la douleur		1.48 (1.27, 1.73)	1.17 (1.05, 1.53)																																												
Persistance de la douleur		1.007 (1.004, 1.011)	1.006 (1.001, 1.010)																																												
Espoir face au rétablissement			0.90 (0.82, 0.98)																																												
Traeger et al. 2016 Australie	Objectif : Développer et valider un modèle pronostique pour estimer le risque de lombalgie chronique. Devis : Étude de cohorte prospective Qualité : 77 %	2758 patients souffrant de maux de dos aigus ayant consulté un médecin généraliste, un physiothérapeute ou un chiropraticien	- Développement d'un questionnaire de dépistage pour prédire le risque d'une lombalgie chronique à partir des données d'étude de 1230 patients souffrant de maux de dos - Validation du questionnaire de dépistage développé auprès de 1528 autres patients (validité externe)	- Questionnaire composé de 5 items - Mesures de performance	- Le questionnaire développé peut prédire l'apparition d'une douleur persistante avec une précision acceptable. - Le questionnaire de dépistage prédit le résultat avec plus de précision chez les patients ayant un score de risque faible que ceux ayant un score de risque élevé.																																										

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Wertli et al. 2014 États-Unis	Objectif : Déterminer l'importance du facteur psychologique de comportement d'évitement et de la peur dans la chronicisation des lombalgies. Devis : Revue systématique Qualité : 72 %	- Études dont les patients sont soignés pour maux de dos - Études de qualité modérée selon l'évaluation des auteurs de la RS - Études de valeur pronostique des deux questionnaires les plus souvent utilisés (le FABQ et la TSK) - 24 études publiés entre 1990 et octobre 2011 - Études qui incluaient entre 100 et 300 sujets, avec un suivi minimal de 3 mois			Facteurs pronostiques Maux de dos aiguë : - la durée des maux de dos durait entre 5 et 28 jours; - le suivi des patients était principalement de 12 mois; - la mesure la plus commune était la perception de l'invalidité perçue; - une seule étude a révélé que les croyances d'évitement et de peur pouvaient être un pronostic d'invalidité perçue après 6 mois; - une force de cette étude est la réévaluation des croyances d'évitement et de peur après 6 semaines. Maux de dos aiguë à subaiguë : - la durée des maux de dos durait entre 1 et 83 jours; - suivi des patients de 3 mois à 12 mois; - les mesures les plus communes étaient les perceptions des patients non liées au travail et les mesures liées au travail; - dans les 2 études de cohorte portant sur des renseignements fournis par des compagnies d'assurance-invalidité (Canada et États-Unis), le FABQ-W pouvait prédire les le retour au travail; - dans une étude effectuée dans un contexte de soins primaires, le FABQ-P n'a pas pu prédire les mesures perçues non liées au travail; - dans une étude dont les soins étaient en physiothérapie, le FABQ-P n'a pas pu prédire l'incapacité perçue au T2 (suivi). Maux de dos subaiguë : - les mesures les plus communes étaient les perceptions des patients non liées au travail et les mesures liées au travail; - suivi des patients de 6 à 12 mois; - le FABQ, et une question du TSK, étaient des pronostics pour les résultats liés au travail après 3 et 6 mois. Maux de dos aiguë à chronique : - la durée des maux de dos durait entre 1 à plus de 10 ans; - suivi des patients de 6 mois à 12 mois; - les mesures les plus communes étaient les perceptions des patients non liées au travail et les mesures liées au travail; - le TSK était non pronostiques sur les mesures non liées au travail; - une étude a trouvé que d'autres concepts psychologiques — le modèle d'auto-régulation et le modèle d'auto-efficacité — étaient plus pronostiques que les croyances d'évitement et de peur. Dans les deux modèles, il est expliqué que le faible contrôle personnel sur la douleur, une faible auto-efficacité et une pensée d'un avenir inévitable avec la douleur pourraient conduire à un comportement passif et à de l'évitement; - deux études ont révélé que des valeurs de seuil élevées étaient pronostiques pour l'incapacité perçue à 6 mois et à 12 mois, respectivement.

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
NSW Agency for Clinical Innovation (ACI) 2016 Australie	Guide de pratique Bonne crédibilité	Patients âgés de 16 ans et plus souffrant de maux de dos depuis moins de 3 mois	Présentation d'un modèle de soins pour la gestion des patients souffrant de maux de dos aigus en soins primaires : MoC - Modèle de soins développé par le réseau musculo-squelettique en consultation avec le réseau de gestion de la douleur de l'ACI		Modèle de soins basé sur 10 principes clés : 1- Évaluation : histoire et examen clinique; 2- Stratification du risque avec <i>StarT Back</i> et <i>Örebro</i>; 3- Éducation personnalisée du patient; 4- Encouragement à l'activité physique; 5- Analgésiques simples en début de traitement; 6- Utilisation judicieuse de médicaments complexes; 7- Approche cognitivo-comportementale; 8- Pertinence de l'imagerie; 9- Délais prédéterminés pour l'examen; 10- Orientation et accès en temps voulu aux services spécialisés. Équipe de soins composée : du patient et sa famille, du médecin généraliste, de l'infirmière et du physiothérapeute Six normes de soins à respecter : 1. Chaque patient est évalué: historique, examen physique et si indiqué examen neurologique d'un membre inférieur; 2. Lors du triage, chaque patient est affecté à l'une des catégories suivantes : maux de dos non spécifique, maux de dos avec douleur à la jambe et suspicion de pathologie grave; 3- Aucun patient atteint de maux de dos non spécifique n'est référé pour l'imagerie; 4- Chaque patient reçoit une éducation sur son état qui reflète les approches contemporaines de traitement et d'autogestion; 5- La gestion des patients est guidée par des lignes directrices fondées sur des données probantes; 6- Un examen de suivi planifié pour chaque patient. Trois modèles des soins proposés : - Trajectoire : concerne les maux de dos non spécifiques; - Trajectoire : maux de dos aigus avec douleur aux jambes et perte progressive de la fonction neurologique; - Trajectoire : maux de dos avec douleur aux jambes.
Institute for Clinical Systems Improvement 2018 États-Unis	Guide de pratiques cliniques Document de bonne crédibilité	Adultes souffrant de maux de dos aigus ou subaigus	Algorithme de diagnostic et algorithme de traitement		Algorithme de traitement : - Établir un diagnostic de maux de dos aigus ou subaigus; - Déterminer les objectifs de traitement en utilisant la prise de décision partagée (objectifs du patient, objectifs cliniques, obstacles au patient, facteurs psychosociaux); - Élaborer un plan de traitement (éducation du patient, autogestion, prise en charge pharmacologique ou non; - Mettre en œuvre un plan de soins convenu d'un commun accord (éducation et formation des patients, plan d'autogestion, plan de réévaluation, plan de retour au travail). Un suivi de 2 à 3 semaines : • Si persistance des symptômes, réévaluer et considérer l'imagerie ou la référence à un spécialiste. Vérifier si le plan de soins est mis en œuvre comme prévu, si non établir à nouveau les objectifs du plan de traitement et réévaluer les facteurs psychosociaux.

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Jonckheer et al. 2017 Belgique	Guide de pratique L'un des objectifs du guide : diminuer la probabilité d'évolution de la lombalgie vers une douleur chronique et une incapacité professionnelle de longue durée	Patients souffrant de lombalgie (maux de dos)	* Éléments clés d'un itinéraire de soins pour la prise en charge des patients souffrant de lombalgies	Patients souffrant de lombalgies	Définition itinéraire de soins : « une intervention complexe visant la prise de décision partagée et l'organisation des processus cliniques pour un groupe de patients bien précis sur une période donnée » <i>European Pathway Association.</i> 1. Dépister les risques de passage à la chronicité - le <i>STarT Back screening tool</i> et le <i>Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire</i> version courte; - Aucune évaluation des risques psychosociaux lors de la première consultation (lorsque celle-ci intervient moins de 48 heures après l'apparition de la douleur) n'est recommandée mais plutôt lors d'une deuxième consultation, environ deux semaines après l'apparition des symptômes; - Toutefois, il est recommandé d'évaluer immédiatement les facteurs de risque si le patient a une douleur récurrente sans gestion appropriée depuis plusieurs semaines; - Une distinction est nécessaire entre une première occurrence de douleur lombaire et un nouvel épisode chez un patient souffrant de douleurs récurrentes. Le risque d'évolution vers la chronicité pourrait être plus élevé dans le deuxième cas; - Former tous les professionnels à évaluer le risque de passage à la chronicité. 2. Adapter les soins au patient en fonction du profil de risque de chronicité - Patient à faible risque : une approche simple (rassurer, encourager l'autogestion et l'activité physique, prescrire des médicaments seulement si nécessaire); - Patient avec profil de risque moyen : approche plus complexe (dite multimodale) est recommandée, programme d'exercices supervisés (p.ex. séances de kinésithérapie) éventuellement accompagné de techniques manuelles et/ou d'interventions psychologiques; - En cas de risque élevé et en l'absence d'amélioration à la phase subaiguë, un programme de réadaptation multidisciplinaire spécifique est privilégié. 3. Prise en charge globale dès la phase subaiguë si le risque est élevé - Si le risque de chronicité est élevé dès la phase subaiguë, mettre en place un programme de réadaptation dans une perspective biopsychosociale (avec une équipe multidisciplinaire composée d'au moins un médecin, un psychologue, un kinésithérapeute et un ergonome ou un ergothérapeute).

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Van Wambeke et al. 2017 Belgique	Document de bonne crédibilité		Guide de pratique axé sur la prise en charge des douleurs lombaires et radiculaires non spécifiques Guide multidisciplinaire s'adressant aux professionnels impliqués dans le traitement des maux de dos (kinesithérapeutes, médecins généralistes, spécialistes en médecine physique et réadaptation, anesthésistes-algologues, chirurgiens, psychologues et autres cliniciens		Évaluation des douleurs lombaires 1. Anamnèse et examen clinique - S'assurer qu'il n'y a pas d'affection sévère sous-jacente aux douleurs lombaires par l'identification des « drapeaux rouges ». - La présence ou l'absence d'une affection spécifique sous-jacente devrait toutefois toujours être considérée comme une hypothèse plutôt que comme un diagnostic définitif et la détection des drapeaux rouges devrait être réitérée lors de chaque consultation. 2. Stratification du risque : (faible niveau de recommandation) - L'identification des patients à risque doit se faire avant qu'il y ait chronicisation mais pas trop rapidement pour éviter qu'ils ne soient catégorisés comme « à risque »; - Les outils à utiliser pour prédire le risque de chronicité sont : le <i>StarT Back</i> et <i>Örebro</i>; - Envisager d'effectuer une stratification du risque chez chaque patient présentant un nouvel épisode de lombalgie; - La stratification du risque ne devrait pas être effectuée pendant les premières 48h qui suivent le début de la douleur; - Un soutien simple et de basse intensité pour les patients lombalgiques qui présentent une évolution favorable; - Un soutien plus complexe et intensif pour les patients lombalgiques à risque élevé d'évolution défavorable.

7 > BIBLIOGRAPHIE

- ACI, A. f. C. I.-. (2016). *Management of people with acute low back pain: model of care*. Retrieved from Australia:
- Balague, F., Mannion, A. F., Pellise, F., & Cedraschi, C. (2012). Non-specific low back pain. *Lancet*, 379(9814), 482-491. doi:10.1016/s0140-6736(11)60610-7
- Beaudet, N., Courteau, J., Sarret, P., & Vanasse, A. (2013). Prevalence of claims-based recurrent low back pain in a Canadian population: a secondary analysis of an administrative database. *BMC Musculoskelet Disord*, 14, 151. doi:10.1186/1471-2474-14-151
- BJC, B. a. J. C.-. (2014). Low Back Pain. Retrieved from <http://boneandjointcanada.com/low-back-pain/>
- Breen, A. C., Carr, E., Langworthy, J. E., Osmond, C., & Worswick, L. (2011). Back pain outcomes in primary care following a practice improvement intervention:- a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*, 12, 28. doi:10.1186/1471-2474-12-28
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., . . . Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Retrieved from
- Cherkin, D., Balderson, B., Wellman, R., Hsu, C., Sherman, K. J., Evers, S. C., . . . Foster, N. E. (2018). Effect of Low Back Pain Risk-Stratification Strategy on Patient Outcomes and Care Processes: the MATCH Randomized Trial in Primary Care. *J Gen Intern Med*, 33(8), 1324-1336. doi:10.1007/s11606-018-4468-9
- Chou, R., & Shekelle, P. (2010). Will this patient develop persistent disabling low back pain? *Jama*, 303(13), 1295-1302. doi:10.1001/jama.2010.344
- Dubois, J.-D. (2015). *Déterminants cliniques et neuromécaniques de l'évolution de l'incapacité fonctionnelle associée aux lombalgies chroniques*. (Thèse de doctorat), Université de Québec à Trois-Rivières, Canada.
- Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., . . . Maher, C. G. (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*, 391(10137), 2368-2383. doi:10.1016/s0140-6736(18)30489-6
- Foster, N. E., Mullis, R., Hill, J. C., Lewis, M., Whitehurst, D. G., Doyle, C., . . . Hay, E. M. (2014). Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPACT Back): a prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med*, 12(2), 102-111. doi:10.1370/afm.1625
- Foster, N. E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K. M., & Main, C. J. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 148(3), 398-406. doi:10.1016/j.pain.2009.11.002
- Fourney, D. R., Dettori, J. R., Hall, H., Hartl, R., McGirt, M. J., & Daubs, M. D. (2011). A systematic review of clinical pathways for lower back pain and introduction of the Saskatchewan Spine Pathway. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36(21 Suppl), S164-171. doi:10.1097/BRS.0b013e31822ef58f
- Grotle, M., Foster, N. E., Dunn, K. M., & Croft, P. (2010). Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care? *Pain*, 151(3), 790-797. doi:10.1016/j.pain.2010.09.014
- HAS, H. a. d. s.-. (2013). *État des lieux : niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. Retrieved from France:
- HAS, H. A. d. S.-. (2019). *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. . 178p.
- Hill, J. C., Whitehurst, D. G., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K. M., Foster, N. E., . . . Hay, E. M. (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*, 378(9802), 1560-1571. doi:10.1016/s0140-6736(11)60937-9
- Hsu, C., Evers, S., Balderson, B. H., Sherman, K. J., Foster, N. E., Estlin, K., . . . Cherkin, D. (2019). Adaptation and Implementation of the STarT Back Risk Stratification Strategy in a US Health Care Organization: A Process Evaluation. *Pain Med*, 20(6), 1105-1119. doi:10.1093/pm/pny170
- ICSI, I. o. C. S. I.-. (2018). *Adult Acute and Subacute Low Back Pain, sixteenth Edition*. Retrieved from United State of America:

- Illes, T. S., Schiopu, D., Ouahes, R., Penders, W., & Reynders, P. F. (2015). [Therapeutic algorithm for low back pain]. *Rev Med Brux*, 36(4), 307-312.
- INESSS. (2016). Liste d'évaluation et d'appréciation critique de la littérature grise « Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date et Significance » (AACODS). Traduction en français avec l'autorisation de l'auteure. . 3.
- Jonckheer, P., Desomer, A., Depreitere, B., Berquin, A., Bruneau, M., Christiaens, W., . . . Verhulst, D. (2017). *Lombalgie et douleur radiculaire : Éléments-clés d'un itinéraire de soins – Synthèse*. Retrieved from Bruxelles, Belgique:
- Karran, E. L., McAuley, J. H., Traeger, A. C., Hillier, S. L., Grabherr, L., Russek, L. N., & Moseley, G. L. (2017). Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*, 15(1), 13. doi:10.1186/s12916-016-0774-4
- Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields (no HTA Initiative #13)*. Retrieved from Edmonton, Canada: <https://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1471-2393-14-52-s2.pdf>
- Levesque, J.-F., Descôteaux, S., Demers, N., & Benigeri, M. (2014). Mesurer les caractéristiques organisationnelles des soins de santé de première ligne : une étude de repérage des items utilisés dans les questionnaires internationaux. 147P.
- Luttman, A., Jäger, M., Griefhan, B., G., C., Liebers, G., & Steinberg, u. (2004). *La prévention des troubles musculo-squelettiques sur le lieu de travail*. Retrieved from Genève, Suisse:
- Moi, J., Phan, U., Gruchy, A., Liew, D., Yuen, T., Cunningham, J., & Wicks, I. (2017). Back pain Assessment Clinic (BAC) based in Primary Care – a safe, effective and costsaving model. Results of a 12-month pilot project. *BMJ Open*, 1-56.
- Morlion, B., Coluzzi, F., Aldington, D., Kocot-Kepska, M., Pergolizzi, J., Mangas, A. C., . . . Kalso, E. (2018). Pain chronification: what should a non-pain medicine specialist know? *Curr Med Res Opin*, 34(7), 1169-1178. doi:10.1080/03007995.2018.1449738
- MSSS Gouvernement du Québec, p. (2015). *Algorithme de prise en charge de la douleur lombaire*. Retrieved from Québec:
- MSSS, M. d. l. s. e. s. s.-. (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience. Cadre de référence pour l'organisation des services de déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*. . Retrieved from Québec (Canada):
- NHC, N. H. C.-. (2015). *Low Back Pain: A Pathway to Priorisation*. Retrieved from Wellington, New Zealand:
- OMS, O. m. d. l. s.-. (2020). Incapacités et réadaptation. Retrieved from <https://www.who.int/disabilities/care/fr/>
- Ramond, A., Bouton, C., Richard, I., Roquelaure, Y., Baufreton, C., Legrand, E., & Huez, J. F. (2011). Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Fam Pract*, 28(1), 12-21. doi:10.1093/fampra/cmq072
- Renaud-Gagnon, L., Demers, P., & Gilbert, M. (2017). Guide d'accompagnement pour le déploiement d'une offre de service de 1^{ère} ligne en santé mentale adulte (SMA). 36p.
- Riis, A., Jensen, C. E., Bro, F., Maindal, H. T., Petersen, K. D., Bendtsen, M. D., & Jensen, M. B. (2016). A multifaceted implementation strategy versus passive implementation of low back pain guidelines in general practice: a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci*, 11(1), 143. doi:10.1186/s13012-016-0509-0
- Riis, A., Karran, E. L., Hill, J. C., Jensen, M. B., & Thomsen, J. L. (2019). A conceptual framework for increasing clinical staff member involvement in general practice: a proposed strategy to improve the management of low back pain. *BMC Fam Pract*, 20(1), 30. doi:10.1186/s12875-019-0923-x
- Sanders, A. R. J., Bensing, J. M., Magnee, T., Verhaak, P., & de Wit, N. J. (2018). The effectiveness of shared decision-making followed by positive reinforcement on physical disability in the long-term follow-up of patients with nonspecific low back pain in primary care: a clustered randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*, 19(1), 102. doi:10.1186/s12875-018-0776-8

- Schöpfel, J. (2012). Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la Documentation*, 66(3), 14-24.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., . . . Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *Bmj*, 358, j4008. doi:10.1136/bmj.j4008
- St-Amant, G., & Renard, L. (2003). Aspects théoriques d'un cadre de développement des capacités organisationnelles. 36.
- Staiger, P. K., Serlachius, A., Macfarlane, S., Anderson, S., Chan, T., & Young, G. (2010). Improving the coordination of care for low back pain patients by creating better links between acute and community services. *Aust Health Rev*, 34(2), 139-143. doi:10.1071/ah08634
- Stock, S., Funes, A., Delisle, A., St-Vincent, M., Turcot, A., & Messing, K. (2011). *Troubles musculo-squelettiques*. Retrieved from Québec, Canada:
- TCC, I. (2020). Comment peut-on définir la réadaptation? Retrieved from <http://www.repar.veille.qc.ca/info-tcc>
[Comment-peut-on-definir-la](http://www.repar.veille.qc.ca/info-tcc)
- Tissot, F., Stock, S., & Nektaria, N. (2020). *Portrait des troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail : résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015* (ISBN : 978-2-550-85737-2 (PDF)). Retrieved from Québec Canada: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2632_troubles_musculo-squelettiques_non_traumatiques_travail.pdf
- Traeger, A. C., Henschke, N., Hubscher, M., Williams, C. M., Kamper, S. J., Maher, C. G., . . . McAuley, J. H. (2016). Estimating the Risk of Chronic Pain: Development and Validation of a Prognostic Model (PICKUP) for Patients with Acute Low Back Pain. *PLoS Med*, 13(5), e1002019. doi:10.1371/journal.pmed.1002019
- Turner, J. A., Shortreed, S. M., Saunders, K. W., Leresche, L., Berlin, J. A., & Von Korff, M. (2013). Optimizing prediction of back pain outcomes. *Pain*, 154(8), 1391-1401. doi:10.1016/j.pain.2013.04.029
- Van Wambeke, P., Desomer A, A. L., Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, Dewachter J, . . . KCE, J. P. B. (2017). *Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires – Résumé*. Retrieved from Bruxelles, Belgique:
- Varvasovszky, Z., & Brugha, R. (2000). A stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338-345. doi:10.1093/heapol/15.3.338
- Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Weiser, S., Bachmann, L. M., & Brunner, F. (2014). The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J*, 14(5), 816-836.e814. doi:10.1016/j.spinee.2013.09.036

8 > GLOSSAIRE

Adaptation/réadaptation

« Les services d'adaptation/réadaptation consistent en un ensemble d'activités permettant la réalisation du potentiel optimal de la personne en lien avec ses aspirations et ses objectifs, en agissant à la fois sur le développement de ses habiletés, sur la compensation de ses incapacités et sur la réduction des obstacles environnementaux. Ils visent à assurer une participation sociale optimale. Ces services sont circonscrits dans le temps et prennent fin à la reprise des habitudes de vie ou dès l'atteinte des objectifs de participation sociale » (MSSS, 2017).

Autogestion

Approche qui vise l'autonomisation des patients présentant des lombalgies afin de les aider à reprendre leurs activités normales ainsi qu'à gérer leurs symptômes et leur traitement. Elle comprend des conseils (comme rester actif), des programmes d'éducation et de réassurance par information écrite et des encouragements à effectuer des exercices (non supervisés) (Van Wambeke et al., 2017).

Chronicité

État ou caractère d'une maladie chronique (Centre national des ressources textuelles et lexicales, 2012).

Chronicisation

Selon l'*Encyclopædia Universalis* (2020), c'est le fait de devenir ou de rendre chronique. Dans le cadre de ce mandat, la chronicisation réfère au processus transitoire de la douleur évoluant vers une douleur persistante et chronique. Traduction libre de (Morlion et al., 2018).

Clientèle vulnérable

Selon le thésaurus de l'activité gouvernementale (2013), une clientèle vulnérable désigne toute personne qui, en raison de son âge ou de son handicap, doit être protégée contre toute forme d'abus, d'agression ou d'exploitation (Gouvernement du Québec, 2019).

Collaboration interprofessionnelle

« Processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté » (Careau et al., 2014 et rev. 2018).

Drapeaux jaunes

Signes ou indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée. Ils peuvent être des problèmes émotionnels, des attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, des comportements douloureux inappropriés, des problèmes liés au travail ou des problèmes liés à l'indemnisation (HAS, 2019).

Drapeaux rouges

Groupe de signes cliniques d'alerte sur la possibilité d'une pathologie grave sous-jacente nécessitant des investigations complémentaires et une prise en charge spécifique et/ou urgente (HAS, 2019).

Déficiences physiques

« Se définit comme étant la déficience d'un système organique qui entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives, persistantes et épisodiques, liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices. La déficience réduit ou risque aussi de réduire la réalisation d'activités courantes ou l'exercice de rôles sociaux. » (MSSS, 2017)

Équipe multidisciplinaire

Équipe constituée d'intervenants issus de divers domaines comme la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychoéducation, la psychologie, le service social, l'éducation spécialisée, les soins infirmiers et autres soins et assistance (préposés ou auxiliaires familiales et sociales) qui se succèdent auprès du patient et qui donnent chacun leur opinion soit par écrit ou lors d'une réunion d'équipe. Un intervenant (pivot) fait une synthèse des opinions dans un plan d'action qui est appliqué (MSSS, 2017).

Incapacité

Terme générique pour la déficience, la limitation d'activités et la restriction de la participation. Selon l'OMS, l'incapacité est une réduction temporaire, prolongée ou permanente de la capacité d'accomplir certaines activités ou de remplir certains rôles ordinaires (OMS, 2001).

Littérature grise

La littérature grise correspond à « tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale » (Schöpfel, 2012).

Maux de dos non spécifiques

Douleur survenant principalement dans le dos ou symptômes d'origine vertébrale sans signe d'une affection sous-jacente grave telle qu'une sténose spinale ou une radiculopathie, ou d'autres causes spécifiques de la colonne vertébrale telles que la spondylolyse, le spondylolisthésis ou une fracture vertébrale par compression. Traduction libre, (ACI, 2016)

Niveau de preuve

Le niveau de preuve d'une étude réfère à sa capacité à répondre à la question posée. Cette capacité est évaluée entre autres par l'adéquation du protocole de l'étude et la question posée, l'existence ou non de biais lors de sa réalisation, la taille de l'échantillon (HAS, 2013).

Parties prenantes

Les parties prenantes incluent tous les acteurs présentant un intérêt pour la problématique, touchés par celle-ci ou qui, en raison de leur fonction, pourraient influencer le processus de prise de décision (Varvasovszky & Brugha, 2000). Il peut s'agir d'utilisateurs partenaires, de représentants d'associations ou d'organisations, de gestionnaires, de professionnels, d'experts et de décideurs.

Programme de réadaptation pluridisciplinaire

Programme qui relève de l'approche biopsychosociale qui combine à la fois une composante physique (ex. : exercices spécifiques, techniques manuelles) et au moins un autre élément de prise en charge (psychologique, social, éducatif ou ergonomique, etc.) (HAS, 2019).

Proximité des services

« La notion de proximité implique d'accroître la disponibilité des services le plus près possible de la population du territoire, mais fait aussi référence à la présence des acteurs et partenaires locaux pour soutenir la concertation, la planification et l'action intersectorielle »(MSSS, 2017).

Radiculalgie

Douleur provoquée par la compression de la racine d'un nerf connecté à la moelle épinière. Elle se manifeste ainsi le long de son trajet, partant de la colonne vertébrale et pouvant irradier dans les membres supérieurs ou inférieurs (Définition repérée de <https://douleurs-musculaires.ooreka.fr/astuce/voir/550355/radiculalgie>).

Récidives

Réapparition de symptômes après une guérison apparente caractérisée par des périodes de douleur entrecoupées de périodes sans douleur (www.doctissimo.fr).

Services spécifiques

Services qui s'adressent à une clientèle vulnérable et particulière qui, pour la majorité, a besoin d'un suivi à moyen ou à long terme de façon continue et adaptée à sa condition (MSSS, 2017).

Syndrome radiculaire

Ensemble de symptômes provoqués par la lésion d'une racine nerveuse et qui se caractérisent par une douleur dont la localisation varie en fonction du nerf touché (www.larousse.fr).

Techniques manuelles

Mouvements actifs ou passifs se centrant sur les articulations et tissus mous afin d'améliorer la mobilité et a fonction ainsi que de diminuer la douleur (massage, tractions, manipulations ou mobilisations) (Joncheer et al., 2017).

Troubles musculosquelettiques

Ensemble de symptômes et de lésions inflammatoires ou dégénératives de l'appareil locomoteur au cou, au dos, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs (Stock et al., 2011).

UETMISSS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec

