

Revue des recommandations des « guides de pratique » dans les cas de douleur musculosquelettique persistante

Claudine Morand

Le médecin traitant veut préparer la réadaptation fonctionnelle de M. Barré Expertisé souffrant de dorsolombalgie persistante depuis un accident de travail. En plus de préciser clairement les attentes de son patient d'une façon réaliste et de répondre à ses questions sur le programme, l'équipe multidisciplinaire, les étapes, les objectifs et la durée, il doit d'abord repérer les signes d'alerte (red flags) et les facteurs de risque psychosociaux (yellow flags). Seriez-vous en mesure de nommer les indicateurs de gravité de la situation ?

SELON LES DONNÉES PROBANTES sur les cervicalgies et les lombalgies persistantes, le médecin doit rechercher à l'anamnèse les signes d'alerte et les facteurs de risque psychosociaux conformément à la méthode d'évaluation des patients souffrant de problèmes musculosquelettiques chroniques. Il est très difficile d'évaluer les coûts totaux découlant de l'ab-

La D^{re} Claudine Morand, physiatre, est consultante à la clinique Physio-Ergo Réadaptation de Québec, où elle fait l'évaluation interdisciplinaire des patients de la Société de l'assurance automobile du Québec. Elle est aussi formatrice et conférencière dans le domaine de la douleur chronique d'origine non cancéreuse liée à l'appareil locomoteur et enseigne à l'Université Laval aux étudiants de médecine. Par ailleurs, elle agit à titre de médecin expert devant la Commission des lésions professionnelles et le Tribunal administratif du Québec et fait également de l'expertise à titre de médecin arbitre.

Tableau I

Diagnostic différentiel de la lombalgie³

🌀 Lombalgie mécanique.....	97 %
🌀 Douleur irradiée d'origine viscérale.....	2 %
🌀 Lombalgie non mécanique.....	1 %
🌀 Douleur d'origine cancéreuse.....	0,7 %
🌀 Douleur d'origine inflammatoire.....	0,3 %
🌀 Douleur d'origine infectieuse.....	0,01 %

sentéisme attribuable à la lombalgie et des incapacités. Cependant, Gatchel et coll.¹ ont montré l'importance des interventions des équipes interdisciplinaires dans le traitement de la lombalgie aiguë et subaiguë (moins de 10 semaines après la blessure) dans un essai clinique à répartition aléatoire, où ils ont dépisté, selon un modèle validé, 70 patients à risque élevé de chronicité sur 700. Les résultats indiquent

Les signes d'alerte ont pour but de repérer les lombalgies d'origine néoplasique, infectieuse, inflammatoire ou fracturaire (tableau II). Les facteurs psychosociaux augmentent le risque de chronicisation de la douleur ou d'une invalidité de longue durée. Ils sont regroupés en quatre catégories (travail, comportement, croyance et psychologie) décrites dans le tableau III.

Repère

Tableau II**Signes d'alerte
(cancer, infection, inflammation ou douleur réfractaire)^{3,5}**

	Cocher si +
⦿ Âge du début de la lombalgie : < 20 ans ou > 55 ans	<input type="checkbox"/>
⦿ Douleur constante et évolutive qui n'est pas d'origine mécanique (qui n'est pas modifiée ni augmentée par le repos au lit), nocturne	<input type="checkbox"/>
⦿ Douleur présente depuis plus d'un mois	<input type="checkbox"/>
⦿ Antécédents : cancer, immunodépression, VIH, utilisation de drogues ou de médicaments par voie intraveineuse, prise de corticostéroïdes généraux sur une longue période	<input type="checkbox"/>
⦿ Atteinte de l'état général : perte de poids, hyperthermie, maladie générale, infection surtout des voies urinaires	<input type="checkbox"/>
⦿ Douleur thoracique ou abdominale	<input type="checkbox"/>
⦿ Découvertes compatibles avec une spondylite ankylosante ou une sacro-iléite	<input type="checkbox"/>
⦿ Absence de réponse aux traitements usuels	<input type="checkbox"/>
⦿ Traumatisme important	<input type="checkbox"/>
⦿ Ankylose persistante et grave	<input type="checkbox"/>
⦿ Déformation lombaire	<input type="checkbox"/>

une différence statistiquement significative dans le groupe ayant bénéficié d'une intervention précoce. Les coûts ont été réduits de 63 % pour les jours d'absence au travail liés à la lombalgie, de 38 % pour les consultations médicales et de 56 % pour les médicaments (38 % moins de douleur signalée). De plus, plusieurs études ont révélé l'efficacité d'une intervention rapide et intensive².

En clinique, la grande majorité des lombalgies sont mécaniques, comme on peut le voir dans le *tableau I*.

**À quoi servent les signes d'alerte
et les facteurs de risque psychosociaux ?**

Les **signes d'alerte** (*red flags* ou *drapeaux rouges*) ont pour but de repérer les lombalgies d'origine néoplasique, infectieuse, inflammatoire ou fracturaire

Tableau III**Facteurs de risque psychosociaux³****Travail**

- ⦿ Croyance que la douleur doit être disparue avant le retour au travail ou à des activités normales
- ⦿ Anticipation ou crainte d'une augmentation de la douleur avec l'activité ou le travail
- ⦿ Perception que le travail est dommageable
- ⦿ Manque de soutien du milieu du travail
- ⦿ Antécédents professionnels

Comportements

- ⦿ Attitude passive en réadaptation
- ⦿ Repos prolongé
- ⦿ Activités réduites avec diminution marquée des activités de la vie quotidienne
- ⦿ Évitement des activités normales
- ⦿ Sommeil perturbé par la douleur
- ⦿ Augmentation de la consommation d'alcool ou de substances semblables depuis l'apparition de la douleur

Croyances

- ⦿ Croyance que la douleur est dommageable, ce qui entraîne un comportement d'évitement
- ⦿ Catastrophisme
- ⦿ Mauvaise interprétation des symptômes organiques
- ⦿ Douleur impossible à maîtriser
- ⦿ Suivi des exercices faible
- ⦿ Attente irréaliste en ce qui a trait à une technique thérapeutique
- ⦿ Faible degré d'instruction

Facteurs psychologiques

- ⦿ Dépression
- ⦿ Sentiment d'inutilité
- ⦿ Irritabilité
- ⦿ Anxiété en fonction des symptômes
- ⦿ Désintérêt pour les activités sociales
- ⦿ Attitude surprotectrice du conjoint
- ⦿ Attitude punitive du conjoint
- ⦿ Manque de soutien pour verbaliser ses problèmes

(*tableau II*)^{3,4}.

Les facteurs de risque psychosociaux (*yellow flags*

ou *drapeaux jaunes*) augmentent le risque de chronicisation de la douleur ou d'une invalidité de longue durée. Ils sont regroupés en quatre catégories (travail, comportement, croyance et psychologie) décrites dans le *tableau III*. Il existe une bonne corrélation entre l'invalidité et la présence de facteurs de risque psychosociaux, alors que la relation est faible entre ces derniers et l'intensité de la douleur. Cette information est utile pour déterminer le pronostic de retour au travail⁵.

Quel programme convient pour la réadaptation en cas de lombalgies persistantes ?

Selon les plus récentes études scientifiques, la prise en charge de la lombalgie chronique ou persistante comportant plusieurs interventions (éducation, programme d'exercices, approche comportementale, relaxation et visite sur le lieu de travail) est plus efficace qu'une prise en charge médicale isolée ou classique. Toutefois, les traitements doivent être intensifs (plus de 100 heures).

Le programme

Dans une clinique de réadaptation, le programme dure environ sept semaines, à raison de 5 jours par semaine et de 5,5 heures par jour. Il vise la prise en charge du travailleur selon un modèle biopsychosocial reconnu.

L'équipe de réadaptation est généralement composée d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute ou d'un ergonome, d'un psychologue, d'un kinésologue et d'un médecin.

L'approche

La réadaptation fonctionnelle diffère de la physiothérapie classique en phase aiguë et subaiguë du fait que ses objectifs et son approche reposent sur l'éducation, le conditionnement général ainsi que la mise au point de stratégies compensatoires pour récupérer les fonctions perdues et optimiser les capacités résiduelles.

Tableau IV

Objectifs de la réadaptation fonctionnelle

1. Soulagement de la douleur par différentes interventions, comme les exercices pour la maîtrise de la douleur ; la co-analgésie, les narcotiques, dont les opioïdes faibles comme le tramadol, qui sont associés au meilleur niveau de preuve (modéré) ; et les infiltrations
2. Réduction des incapacités
3. Amélioration du fonctionnement physique, psychologique, social, professionnel et de la qualité de la vie
4. Participation du patient à chacune des étapes pour favoriser son rôle actif (essentiel)

Les étapes

Les quatre étapes de la stratégie de traitement d'une lombalgie chronique sont⁶ :

1. la prise en charge de la douleur ;
2. la restauration de la fonction ;
3. l'accompagnement psychologique ;
4. la réinsertion professionnelle.

Les objectifs

Les objectifs du programme de réadaptation fonctionnelle sont présentés dans le *tableau IV*. Les traitements s'appliquent à la phase chronique, soit après 12 semaines d'évolution, mais avant la consolidation et la détermination des limitations fonctionnelles.

Quels sont les derniers « guides de pratique » en matière de lombalgie ou de cervicalgie persistante ?

Depuis 2005, les références québécoises suivantes viennent appuyer les recommandations de réadaptation à l'aide d'un programme multidisciplinaire : le projet CLIP, le rapport de l'AETMIS et le récent volume

Selon les plus récentes études scientifiques, la prise en charge de la lombalgie chronique ou persistante comportant plusieurs interventions (éducation, programme d'exercices, approche comportementale, relaxation et visite sur le lieu de travail) est plus efficace qu'une prise en charge médicale isolée ou classique. Toutefois, les traitements doivent être intensifs (plus de 100 heures).

Repère

Tableau V**Efficacité des traitements classiques de la lombalgie persistante***

Niveau de preuve scientifique			
Élevé (niveau A)	Modéré (niveau B)	Faible (niveau C)	Inexistant (niveau D)
Programme multidisciplinaire : efficace si intensif (> 100 heures) et jumelé à une composante de retour au travail	Approche McKenzie	Massage : meilleur en association avec l'exercice et l'éducation	Support lombaire
	École de dos : efficace à court terme et en milieu de travail	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Neurostimulation transcutanée (TENS)
Acupuncture			
Thérapie comportementale : plus efficace que l'absence de traitement ou l'inscription sur une liste d'attente	Exercice : pas d'indication pour privilégier un type ou un autre	Analgésiques : plus efficaces qu'un placebo pour réduire la douleur et accroître le niveau fonctionnel	Dénervation par radiofréquence
			Manipulation
Infiltration facettaire	Relaxants musculaires : plus efficaces qu'un placebo ; effets indésirables possibles	Traction	Repos au lit
Relaxants musculaires : plus efficaces qu'un placebo ; effets indésirables possibles		Ultrason thérapeutique	Infiltration épidurale (corticostéroïdes)
		Antidépresseurs : données contradictoires	Infiltration des points gachettes : musculaires ou ligamentaires

■ Approprié

■ Non recommandable

■ Efficacité inconnue

* Une lombalgie est persistante ou chronique après douze semaines d'évolution.

Consultez régulièrement le site Internet www.repar.veille.qc.ca/clip pour voir les mises à jour de ce tableau.Adapté de : Rossignol M. *Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne*. Site Internet : www.repar.veille.qc.ca/clip. Reproduction autorisée.

de physiatrie intitulé : *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*^{3,5,7}.

Le projet CLIP (Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne)

Le projet CLIP, un guide de pratique clinique, a été

mis au point en 2005-2006, avec le soutien de l'Institut de recherche en santé et sécurité au travail, qui est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Il énonce des conclusions quant à l'efficacité des différents traitements⁵. Le *tableau V* classe les traitements prudents de la lom-

Depuis 2005, les références québécoises suivantes viennent appuyer les recommandations de réadaptation à l'aide d'un programme multidisciplinaire : le projet CLIP, le rapport de l'AETMIS et le récent volume de physiatrie intitulé : Pathologie médicale de l'appareil locomoteur.

Repère

Encadré**Niveaux de preuve**

- ④ Le niveau de preuve élevé repose sur les résultats de plusieurs études de bonne qualité, qui concordent.
- ④ Le niveau de preuve moyen repose sur les résultats d'études de moins bonne qualité (comptant notamment un nombre peu élevé de sujets), qui concordent.
- ④ Le niveau de preuve faible repose sur les résultats d'une seule étude ou sur les résultats de plusieurs études, mais qui concordent.
- ④ L'absence de preuve repose sur des études sans groupe de comparaison, sur des considérations théoriques ou sur un consensus d'experts.

balgie chronique, selon les niveaux de preuve scientifique reconnus (*encadré*).

Le rapport de l'AETMIS

Le rapport 2006 de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé nous révèle les mêmes informations concernant l'efficacité de la multidisciplinarité⁷.

Selon Ospina et Harstall⁸, le degré d'efficacité des traitements en clinique multidisciplinaire est :

- ④ élevé pour la lombalgie chronique ;
- ④ moyen pour la douleur pelvienne chronique ;
- ④ faible pour la fibromyalgie ou la douleur généralisée ainsi que pour la douleur du cou et de l'épaule.

Malgré les différences importantes dans les caractéristiques de la douleur, l'évaluation et le plan de traitement sont généralement similaires lorsque la douleur devient chronique ou persistante.

Les affections de l'appareil locomoteur

La nouvelle édition du volume intitulé *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*, publiée en 2008³, donne les recommandations suivantes : « Lorsque la lombalgie chronique persiste, le patient devrait être orienté vers une équipe interdisciplinaire et dans les cas où la composante psychosociale s'accroît, une consultation en psychologie est indiquée ».

Quand doit-on diriger le patient vers un programme de réadaptation ?

La réadaptation dans le cadre d'un programme interdisciplinaire ou multidisciplinaire à la suite

Tableau VI**Stades de la lombalgie et probabilité d'un retour au travail⁵**

Catégorie	Durée	Probabilité de retour
Lombalgie aiguë	0 – 4 semaines	80 % – 100 %
Lombalgie subaiguë	4 – 12 semaines	60 % – 80 %
Lombalgie chronique	> 12 semaines > 1 – 2 ans	< de 60 % Pratiquement nulle

d'une lésion musculosquelettique lombaire qui devient chronique consiste donc en un traitement prudent dont l'efficacité est reconnue, avec un niveau de preuve scientifique élevé, s'il est prescrit au moment opportun.

Afin de diminuer la durée de l'incapacité et d'améliorer les chances de reprise du travail, il faut diriger le patient vers un programme de réadaptation si un plafonnement thérapeutique est atteint après trois mois et que le retour au travail ne se fait pas comme prévu.

Le *tableau VI* nous montre comment la probabilité de retourner au travail décroît avec la durée de la lombalgie. Après une période d'absence de un à deux ans, les possibilités d'un retour à n'importe quel type de travail sont à peu près nulles^{3,5}.

À qui s'adresse la réadaptation fonctionnelle ?

Selon le projet CLIP, lorsque le clinicien perçoit qu'il n'existe aucune option pour faciliter le retour au travail du patient, il doit l'orienter vers des spécialistes en réadaptation du travail⁵. Ces derniers disposent des ressources nécessaires pour prendre contact avec l'employeur et évaluer les facteurs liés au milieu de travail ainsi que les facteurs psychosociaux qui font obstacle au retour au travail.

Cette approche interdisciplinaire biopsychosociale comprend un programme intensif (plus de 100 heures) qui entraîne des coûts élevés et en limite l'accessibilité.

Plus on retarde l'utilisation des ressources reconnues comme efficaces, plus les coûts directs et indirects liés à l'invalidité augmentent. C'est un cercle vicieux. Selon Suissa et coll., les patients de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) qui ont reçu un diagnostic de « coup de lapin » ou *whiplash* et qui ont été traités selon le protocole, c'est-à-dire qui ont été évalués rapidement par une équipe multidisciplinaire,

coûtent environ 1000 \$ de moins chacun que ceux ayant reçu le traitement standard⁹.

Les centres de réadaptation privés, ainsi que les services « privés » dans les centres publics, offrent leurs services à la clientèle de la SAAQ et de la CSST de même qu'aux assureurs privés. Ces derniers sont de plus en plus sensibilisés au rapport coûts-avantages de ces interventions rapides et réalisent qu'il s'agit d'un investissement intéressant plutôt qu'une dépense.

Concernant l'assurance invalidité, les choses évoluent pour cette clientèle. L'assureur veut aussi se joindre à l'équipe pour que les patients en tirent profit. Selon M^{me} Christiane Fortier, directrice à la Croix Bleue Medavie, l'assureur peut investir des sommes importantes dans des interventions qui étaient autrefois quasi inexistantes, comme une évaluation des capacités fonctionnelles ou le remboursement de programmes de réadaptation et de réintégration professionnelle¹⁰.

Dans les cliniques de réadaptation, la majorité des patients ont subi une entorse cervicale ou un TAEC de stade 2 (c'est-à-dire sans fracture, ni atteinte neurologique) et y sont envoyés directement par un clinicien, le plus souvent quelques mois après l'accident. Les patients et leurs médecins trouvent non seulement que les services offerts sont efficaces, mais qu'ils sont aussi de très bonne qualité.

La philosophie de la SAAQ se révèle ainsi dans le programme de soins personnalisés des entorses et des blessures musculaires pour les accidentés de la route. Afin d'accélérer le rétablissement des patients, la SAAQ a mis sur pied un nouveau modèle de prise en charge qui fait appel aux meilleures données scientifiques. Ce modèle a prouvé son efficacité dans un projet pilote en 2001. Les personnes qui ont suivi le programme se sont dites très satisfaites des services et des soins reçus. Ce programme propose une organisation coordonnée et proactive des soins, en plus d'offrir une approche personnalisée¹¹.

Le patient n'a pas à être vu par un spécialiste avant d'être évalué par une équipe interdisciplinaire pour les accidentés de la route. Il n'existe aucun obstacle pour que ces patients reçoivent les traitements dont l'efficacité est reconnue, lorsque le médecin les prescrit et parfois même les exige.

Du côté de la CSST, le trajet n'est pas le même pour le travailleur accidenté. En effet, la voie juridique demande souvent des preuves et des expertises avant

que le patient ne puisse recevoir les traitements reconnus. La CSST indemnise les travailleurs qui ont subi une lésion à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Elle veille aussi à ce que les personnes reçoivent l'assistance médicale nécessaire. Enfin, elle fournit des services de réadaptation aux travailleurs qui, en raison d'une lésion professionnelle, subissent une atteinte permanente à leur intégrité physique ou psychique¹².

Retour au cas clinique

M. Barré Expertisé a été traité par son médecin de famille selon les recommandations du guide de pratique du CLIP sur les lombalgies et a connu une amélioration de son état. Toutefois, cette approche ne fait pas l'unanimité chez les experts spécialistes de l'appareil locomoteur de la CSST.

Date de réception : 28 juillet 2008

Date d'acceptation : 24 août 2008

Mots clés : lombalgie cervicale, trouble associé à une entorse cervicale, projet CLIP

La D^{re} Claudine Morand a été conférencière en 2007 et en 2008 pour les sociétés pharmaceutiques Allergan et Purdue.

Bibliographie

1. Gatchel RJ, Polatin PB, Noe C et coll. Treatment and cost-effectiveness of early intervention for acute low back pain patients: a one-year prospective study. *J Occup Rehabil* 2003; 13 (1) : 1-9.
2. Mitchell RI, Carmen GM. The functional restoration approach to the treatment of chronic pain with soft tissue and back injuries. *Spine* 1994; 19 (6) : 633-42.
3. Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 2^e éd. Saint-Hyacinthe : Edisem; 2008. 1472 p.
4. Gailly J, Paulus D, Nielens H. Lombalgie chronique : que dit la littérature EBM ? *Rev Méd Gén* 2007; 245 : 307-9. Site Internet : www.ssmg.be/new/files/RMG245_307-309.pdf (Date de consultation : le 1^{er} juillet 2008).
5. Rossignol M. *Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne*. Site Internet : www.repar.veille.qc.ca/clip (Date de consultation : le 1^{er} juillet 2008).
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique – Services des recommandations et références professionnelles*. Paris : L'Agence; 2000. 13 p.
7. Dobkin PL, Boothroyd LJ. *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé*. Montréal : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS); 2006. 97 p.

Summary

Review of practical guides recommendations for persistent musculoskeletal pain. Main practical guides for persistent dorsolumbar pain recommend the evaluation of red and yellow flags to rapidly (before 12 weeks) refer the patient to an interdisciplinary team to prevent chronicity. Functional rehabilitation treatments must be intensive (more than 100 hours) to be effective. These recommendations should be part of the specialists' and general practitioners' medical expertises treatment plan, especially when these resources are available.

Keywords: cervical pain, trouble associated with cervical sprain, Projet CLIP

8. Ospina M, Harstall C. *Multidisciplinary pain programs for chronic pain: evidence from systematic reviews*. Edmonton : Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR) ; 2003. 53 p.
9. Suissa A, Giroux M, Gervais M et coll. Assessing a whiplash management model: a population-based non-randomized intervention study. *J Rheumatol* 2006 ; 33 (3) : 581-7.
10. Fortier C. L'assurance invalidité... en attendant le retour à la vie active. *Le Médecin du Québec* 2007 ; 42 (1) : 103-4.
11. SAAQ. *Programme de soins personnalisés des entorses et des blessures musculaires – Les services offerts en centre d'évaluation*. Québec : La Société ; 2008. Site Internet : www.saaq.gouv.qc.ca/publications/victime/programme_soins_services.pdf (Date de consultation : le 1^{er} juillet 2008).
12. CSST. *Rapport annuel de gestion 2007*. Québec : La Commission ; 2007. Site Internet : www.csst.qc.ca/portail/fr/publications/dc400_2032_1.htm (Date de consultation : le 1^{er} juillet 2008).

Pour en savoir plus

- ⊗ Recommandations de l'ANAES. Évaluation de la rééducation multidisciplinaire de la lombalgie chronique. Centre de documentation et de recherche en médecine générale. CMDRG, Bibliomed. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 4 octobre 2001, n° 237.
- ⊗ Guide de pratique sur le projet CLIP (Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne). Module 1 : L'évaluation du patient lombalgique. Module 2 : L'approche thérapeutique du patient lombalgique. Module 3 : Prise en charge de la lombalgie avec incapacité persistante. Site Internet : www.fmoq.org/FormationProfessionnelle/OutilsFormation/CLIP_LombalgiesGuide.pdf (Date de consultation : le 1^{er} juillet 2008).

L'auteure tient à remercier tous les auteurs de ce numéro sur la réadaptation, l'équipe de rédaction du *Médecin du Québec* ainsi que Clermont Dupuis, son complice de cœur et d'esprit, qui l'a accompagnée dans ce projet.