



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

## **Algorithme de prise en charge de la douleur lombaire**

Cet algorithme de prise en charge de **douleur lombaire** a été élaboré par l'équipe interdisciplinaire du centre d'expertise en gestion de la douleur chronique associé au Réseau universitaire intégré en santé (RUIS) de l'Université McGill sous la direction de D<sup>r</sup> Roderick Finlayson.

### **Collaborations particulières**

M<sup>me</sup> Regina Visca

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-72256-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

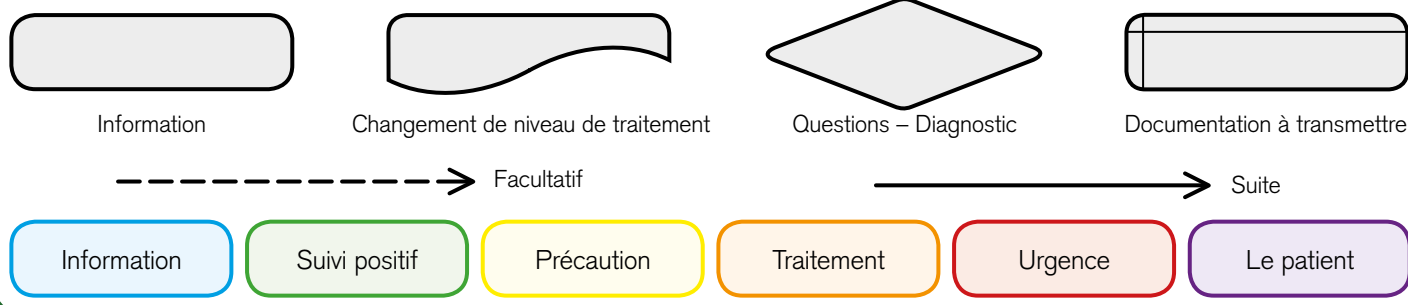
© Gouvernement du Québec, 2015

# DOULEUR LOMBAIRE

## Plan de prise en charge interdisciplinaire

### 1<sup>er</sup> niveau de traitement

#### Légende



**CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE**

#### Critères diagnostiques :

- A. Selon les critères du guide de pratique CLIP: lombalgie simple, lombalgie avec composante neurologique et lombalgie avec pathologie rachidienne grave suspectée (drapeaux rouges) (voir tableau 1).  
 B. Basés sur les antécédents, les symptômes, l'examen physique et l'évaluation des facteurs psychosociaux.

1A

#### Diagnostic: lombalgie simple

- A. Le diagnostic est clinique uniquement.  
 B. Éviter les examens d'imagerie à des fins diagnostiques.  
 C. Éviter les épreuves de laboratoire à moins qu'une maladie précise soit soupçonnée.

1B

#### Voir particularités pour :

- **Myélopathie** : voir l'[algorithme de McGill](#) si le patient démontre une instabilité à la marche, une faiblesse, des engourdissements ou une incoordination des doigts.
- **Radiculopathie** : voir l'[algorithme de McGill](#) si le patient démontre de la douleur unilatérale à la jambe, sous le genou (avec ou sans engourdissements ou faiblesse).
- **Claudication et sténose spinale** : voir l'[algorithme de McGill](#) si la lombalgie est associée à une douleur intermittente aux jambes qui est aggravée par la station debout ou par la marche et qui est soulagée par la position assise.

1B

#### Présence de signes d'alarme (drapeaux rouges)

- Diriger le patient vers le service d'urgence de votre RUIS (niveau tertiaire) pour évaluation et traitement immédiat si :
- Apparition récente d'incontinence ou de rétention urinaire ou fécale; traumatisme grave récent, paraparésie, quadraparésie ou autres signes neurologiques évolutifs.
  - Perte de poids inexpliquée, fièvre, frissons, syndrome de la queue de cheval, douleur aiguë non soulagée par la position couchée, douleur croissante qui ne faiblit pas : contacter le service de chirurgie de la colonne de votre RUIS.

1B

#### Traitement pharmacologique

- Choisissez un traitement selon la réponse aux traitements :
- Analgésiques non narcotiques (acétaminophène, AINS).
  - Myorelaxants (cyclobenzaprine).
  - Analgésiques opiacés (si aucune réponse aux autres agents, traitement d'une durée limitée).

1C

#### Interventions non pharmacologiques

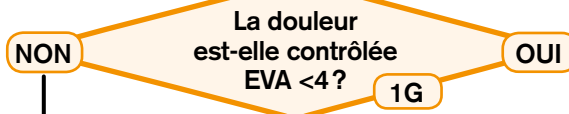
- (si les intervenants font partie de l'équipe ou sont disponibles)
- Soins infirmiers**: dépistage, enseignement et soutien, collaboration et coordination.
  - Psychologie**: interventions selon les résultats au test de dépistage.
  - Physiothérapie**: interventions selon les résultats au test de dépistage.

1D

#### Suivi :

Premier suivi: 4 à 6 semaines après la visite initiale.  
 Deuxième suivi: 8 à 12 semaines après la visite initiale.

1E



#### Offrir un suivi

1M

Demande de consultation en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne et assurer le suivi du patient jusqu'à sa consultation.

1I

Formulaire de référence en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne

1J

- Après le premier suivi : réévaluer le traitement et envisager des examens d'imagerie.
- Après le 2<sup>e</sup> suivi :
  - Oswestry < 40 % : orienter patient vers une équipe multidisciplinaire non chirurgicale spécialisée (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne) dans les maux de dos et assurer le suivi étroit jusqu'à sa consultation ;
  - Oswestry > 40 % : orienter patient vers la clinique du rachis et envisager de faire passer un test d'imagerie. Le patient pourrait être un candidat à l'intervention chirurgicale. Maintenir une communication avec le patient en attente des résultats d'imagerie et des réponses des spécialistes. Recommander au patient de rester actif, déconseiller le repos au lit et encourager la prise en charge autonome (poursuite des activités normales dans la mesure du possible).

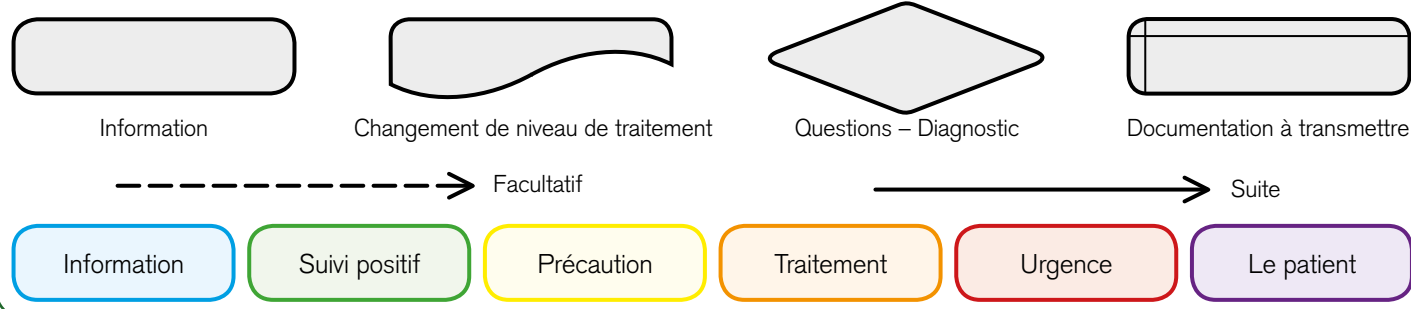
1E-1H

# DOULEUR LOMBAIRE

## Plan de prise en charge interdisciplinaire

### 2<sup>e</sup> niveau de traitement

#### Légende

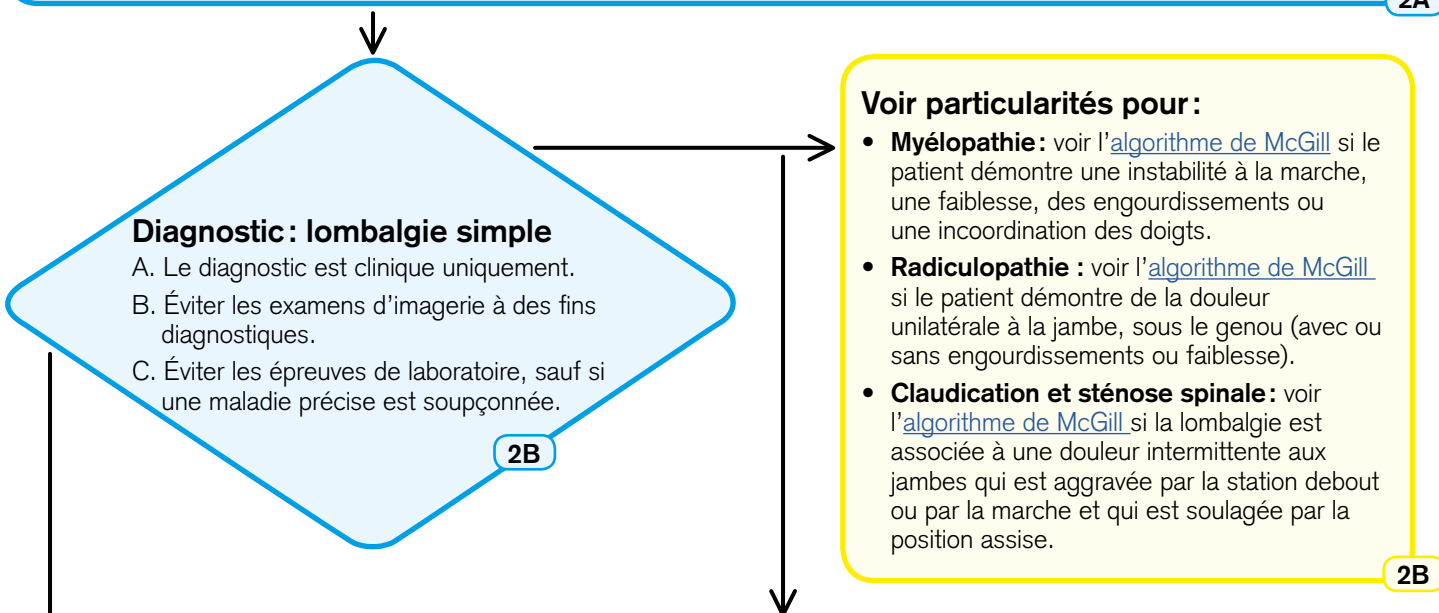


#### CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE

#### Critères diagnostiques :

- A. Douleur lombaire non soulagée après 12 à 16 semaines de traitement et un score Oswestry < 40.
- B. Selon les critères du guide de pratique CLIP : lombalgie simple, lombalgie avec composante neurologique et lombalgie avec pathologie rachidienne grave suspectée (drapeaux rouges).
- C. Basés sur les antécédents, les symptômes, l'examen physique et l'évaluation des facteurs psychosociaux.

2A



#### Présence de signes d'alarme (drapeaux rouges)

- Diriger le patient vers le service d'urgence de votre RUIS (niveau tertiaire) pour évaluation et traitement immédiat si :
- Apparition récente d'incontinence ou de rétention urinaire ou fécale; traumatisme grave récent, paraparésie, quadruparésie ou autres signes neurologiques évolutifs.
  - Perte de poids inexplicable (4.5 kg sur une période de 6 mois) fièvre, frissons, syndrome de la queue de cheval, douleur aiguë non soulagée par la position couchée, douleur croissante qui ne s'atténue pas : contacter le service de chirurgie de la colonne de votre RUIS.

2B

#### Traitement pharmacologique

- Réévaluation de la pharmacothérapie :
- Analgésiques non opiacés (acétaminophène, AINS).
  - Myorelaxants (cyclobenzaprine).
  - Analgésiques opiacés (si aucune réponse aux autres agents, traitement d'une durée limitée).

2C

#### Interventions non pharmacologiques

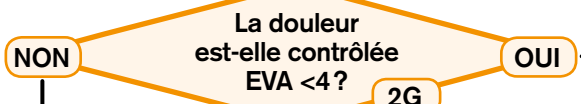
- i. Poursuivre ce qui a été entrepris au 1<sup>er</sup> niveau avec une équipe : **soins infirmiers, psychothérapie, physiothérapie.**
  - ii. Programme d'autogestion des maladies chroniques.
- Si facteurs de risque de chronicité ou faible évolution :**
- iii. Réadaptation spécialisée.
  - iv. Programme de retour au travail (Centre de réadaptation ou cliniques privées).

2D

#### Suivi :

- Premier suivi : 4 à 6 semaines après la visite initiale.  
 Deuxième suivi : 8 à 12 semaines après la visite initiale.

2E



2G

Informations à transmettre au professionnel référent en cours de traitement et lors du congé : voir niveau 3

2L

Offrir un suivi

- réévaluation

2M

- Après le premier suivi :
  - Réévaluation du traitement en cours ;
  - Orienter le patient vers un programme global si présence de drapeaux jaunes ;
  - Envisager des examens d'imagerie (radiographies), si nécessaire.
- Après le 2<sup>e</sup> suivi :
  - Oswestry < 40 % : orienter patient vers une équipe multidisciplinaire non chirurgicale spécialisée (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne) dans les maux de dos et assurer le suivi étroit jusqu'à sa consultation ;
  - Oswestry > 40 % : orienter patient vers la clinique du rachis (3<sup>e</sup> ligne) et envisager de faire passer un test d'imagerie. Le patient pourrait être un candidat à l'intervention chirurgicale. Maintenir une communication avec le patient en attente des résultats d'imagerie et des réponses des spécialistes. Recommander au patient de rester actif, déconseiller le repos au lit et encourager la prise en charge autonome (poursuite des activités normales dans la mesure du possible).

2E-2H

#### Demande de consultation en 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> ligne

Si échec au traitement de 1<sup>re</sup> ligne : pas de soulagement adéquat ; niveau fonctionnel non amélioré.

2I

Formulaire de référence en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne

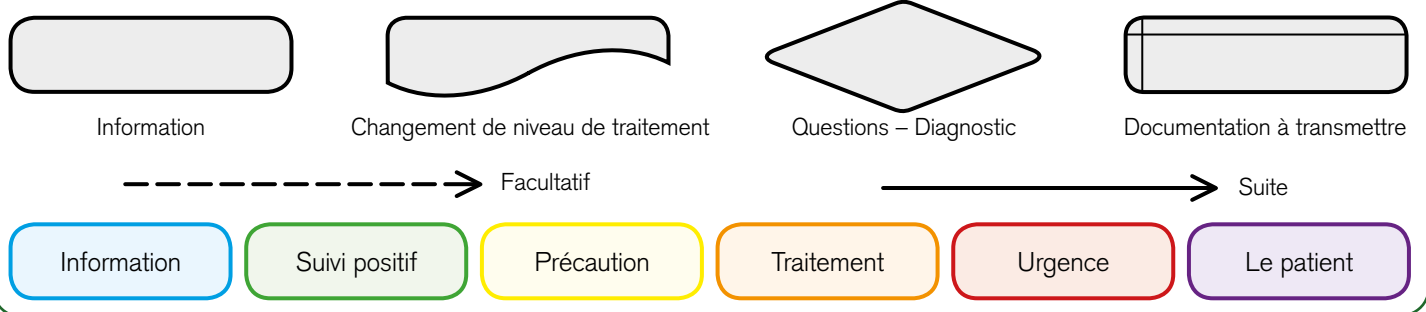
2J

# DOULEUR LOMBAIRE

## Plan de prise en charge interdisciplinaire

### 3<sup>e</sup> niveau de traitement (clinique de la douleur)

#### Légende



#### CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE

#### Critères diagnostiques :

- A. Douleur lombaire non soulagée après 12 à 16 semaines de traitement en 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne.
- B. Selon les critères du guide de pratique CLIP : lombalgie simple, lombalgie avec composante neurologique et lombalgie avec pathologie rachidienne grave suspectée (drapeaux rouges).
- C. Basés sur les antécédents, les symptômes, l'examen physique et l'évaluation des facteurs psychosociaux.

3A

#### Diagnostic : lombalgie simple

- A. Le diagnostic est clinique uniquement.
- B. Envisager de faire passer un test d'imagerie (IRM : maladie discale dégénérative ; tomodensitométrie : spondylolyse).

3B

#### Voir particularités pour :

- **Myélopathie** : voir l'[algorithme de McGill](#) si le patient démontre une instabilité à la marche, une faiblesse, des engourdissements ou une incoordination des doigts.
- **Radiculopathie** : voir l'[algorithme de McGill](#) si le patient démontre de la douleur unilatérale à la jambe, sous le genou (avec ou sans engourdissements ou faiblesse).
- **Claudication et sténose spinale** : voir l'[algorithme de McGill](#) si la lombalgie est associée à une douleur intermittente aux jambes qui est aggravée par la station debout ou par la marche et qui est soulagée par la position assise.

3B

#### Présence de signes d'alarme (drapeaux rouges)

- Diriger le patient vers le service d'urgence de votre RUIS (niveau tertiaire) pour évaluation et traitement immédiat si :
- Apparition récente d'incontinence ou de rétention urinaire ou fécale ; traumatisme grave récent, paraparésie, quadraparésie ou autres signes neurologiques évolutifs.
  - Perte de poids inexplicable (4.5 kg sur une période de 6 mois) fièvre, frissons, syndrome de la queue de cheval, douleur aiguë non soulagée par la position couchée, douleur croissante qui ne faiblit pas : contacter le service de chirurgie de la colonne de votre RUIS.

3B

#### Traitement pharmacologique et interventions invasives

- Revoir médication : analgésiques non opiacés, myorelaxants, analgésiques opiacés.
- Interventions anesthésiques : blocs épiduraux, facetiaires et autres.
- Neuromodulation et pompe implantable.
- Interventions chirurgicales : arthrodèse lombaire et remplacement de disque intervertébral.

3C

#### Interventions non pharmacologiques

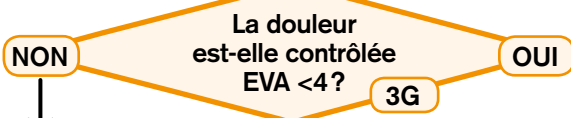
- i. Approche interdisciplinaire.
- ii. Programme d'autogestion des maladies chroniques.
- iii. Réadaptation spécialisée et surspécialisée.

3D

#### Suivi :

Si la douleur persiste, établir un plan de suivi individualisé.

3E



3G

- Critères de retour vers le médecin référent ou congé de la clinique de la douleur :
- Niveau de soulagement acceptable.
  - Plafonnement des options thérapeutiques.

3D

- Réévaluation du traitement pharmacologique et invasif, car d'autres options thérapeutiques sont possibles.

3E-3H

Retour vers 1<sup>re</sup> ligne

Offre d'un suivi

3M

#### Informations à transmettre au professionnel référent en cours de traitement et lors du congé :

- Diagnostic.
- Résumé de l'évolution.
- Résumé de traitement(s) tenté(s) et en cours.
- Liste de médicaments en cours.
- Suggestion de traitement à venir, s'il y a lieu.

3L

## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

### DÉFINITION

La douleur lombaire est un terme utilisé pour désigner une douleur qui est présente surtout dans le bas du dos, entre la 12<sup>e</sup> côte et le pli fessier, et en absence des éléments suivants <sup>1,2</sup>:

- Affectation sous-jacente grave (ex. : cancer, infection ou syndrome de la queue de cheval);
- Sténose spinale;
- Radiculopathie;
- Autres conditions connues (ex. : par tassement vertébral ou spondylarthrite ankylosante);
- Cause anatomopathologique précise.

La douleur lombaire est divisée en quatre types :

- Douleur lombaire aiguë : douleur présente depuis moins de 6 semaines;
- Douleur lombaire subaiguë : douleur présente depuis 6 à 12 semaines;
- Douleur lombaire chronique : douleur présente depuis plus de 12 semaines;
- Douleur lombaire récurrente : périodes de douleur entrecoupées de périodes sans douleur.

### 1A- 2A-3A : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le diagnostic doit prendre en considération :

- L'histoire clinique;
- L'examen physique (incluant un examen neurologique);
- L'évaluation des facteurs psychosociaux (voir annexe 1).

Les critères les plus utilisés sont ceux qui se retrouvent dans le *Guide de pratique CLIP*<sup>3</sup> : lombalgie simple, lombalgie avec composante neurologique et lombalgie avec pathologie rachidienne grave suspectée (drapeaux rouges).

**Tableau 1**

<b>Critères diagnostiques</b>	
<b>Lombalgie simple</b>	Les caractéristiques générales de la lombalgie simple sont : l'état général du patient est bon, la douleur lombaire ou lombosacrée est sans composante neurologique et la douleur est « mécanique », c'est-à-dire qui varie dans le temps et selon l'activité.
<b>Lombalgie avec composante neurologique</b>	Le patient doit avoir un ou des symptômes et signes indiquant une possible composante neurologique de la lombalgie. Parmi les symptômes retrouvés dans la lombalgie avec composante

Plan de prise en charge interdisciplinaire  
Douleur lombaire

	<p>neurologique, on note : douleur descendant en bas du genou (douleur aussi ou plus intense que la lombalgie), douleur irradiant souvent aux pieds ou aux orteils et engourdissements ou paresthésies dans le même territoire douloureux. À l'examen, nous retrouvons les signes suivants : signe d'irritation radiculaire positif comme le test d'élévation de la jambe tendue (« signe de Lasègue ») ou signes moteurs, sensitifs ou réflexes concordant avec l'atteinte d'une racine nerveuse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Myélopathie</b> : voir l'algorithme de myélopathie de McGill (<a href="http://www.mcgill.ca/spineprogram/algorithms/myelopathy">http://www.mcgill.ca/spineprogram/algorithms/myelopathy</a>) si le patient démontre une instabilité à la marche, une faiblesse, des engourdissements ou une incoordination des doigts.</li> <li>• <b>Radiculopathie</b> : voir l'algorithme de radiculopathie de McGill (<a href="http://www.mcgill.ca/spineprogram/algorithms/radiculopathy">http://www.mcgill.ca/spineprogram/algorithms/radiculopathy</a>) si le patient démontre de la douleur unilatérale à la jambe, sous le genou (avec ou sans engourdissements ou faiblesse).</li> <li>• <b>Claudication et sténose spinale</b> : voir l'algorithme de la claudication et de la sténose spinale (<a href="http://www.mcgill.ca/spineprogram/algorithms/spinal-stenosis">http://www.mcgill.ca/spineprogram/algorithms/spinal-stenosis</a>) si la lombalgie est associée à une douleur intermittente aux jambes qui est aggravée par la station debout ou la marche et qui est soulagée par la position assise.</li> </ul>
<p><b>Lombalgie avec pathologie rachidienne grave suspectée (drapeaux rouges)</b></p>	<p>Une lombalgie avec pathologie rachidienne grave doit être suspectée si un ou plusieurs des critères suivants sont présents : un traumatisme violent (comme une chute de hauteur ou un accident de la route), une douleur constante, progressive, non mécanique, la douleur thoracique ou abdominale, une douleur nocturne non soulagée par le décubitus dorsal, une histoire ou une suspicion de cancer, une infection au VIH ou autre, une pathologie sous-jacente, une prise chronique de corticostéroïdes, une perte de poids inexpliquée, des frissons, de la fièvre, une restriction importante et persistante de la flexion lombaire et une atteinte sensitive de la région périnéale (anesthésie en selle), une incontinence urinaire d'apparition récente. Le risque d'une atteinte grave peut être plus élevé avant 20 ans ou après 55 ans. Une attention particulière aux signes et symptômes précédemment mentionnés doit être accordée lorsque le patient se trouve dans ces catégories d'âge.</p>

**1B-2B-3B : DIAGNOSTIC**

Lors de l'évaluation du patient ayant une douleur lombaire, le clinicien doit procéder au triage selon les trois types de lombalgie (lombalgie simple, lombalgie avec composante neurologique et lombalgie avec

## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

pathologie rachidienne grave suspectée - Tableau 1)<sup>3</sup> afin, notamment, de dépister un problème grave requérant une intervention urgente ou spécialisée.

L'objectif principal consiste à identifier la présence de drapeaux rouges requérant une investigation médicale ou chirurgicale urgente. En absence des signes de drapeaux rouges, les patients ayant des signes et des symptômes neurologiques ont une récupération qui est deux fois plus lente que les patients ayant une lombalgie simple et ces signes et symptômes se résorbent le plus souvent sans intervention chirurgicale. Les signes et symptômes neurologiques chez un patient ayant une lombalgie et chez qui il n'y a pas de drapeaux rouges se résorbent le plus souvent sans intervention chirurgicale. Le recours à une consultation spécialisée ne devrait pas être fait, sauf si le clinicien constate un déficit fonctionnel persistant ou qui s'aggrave après une période de quatre semaines. La réévaluation du patient peut être répétée au besoin, selon l'évolution. Le triage des patients en trois types de lombalgie est utile pour pondérer l'urgence d'intervention au plan médicochirurgical et n'exclut pas l'utilisation de sous-classifications validées permettant d'orienter le choix et la modification des traitements.

La littérature démontre que les obstacles limitant le retour au travail du patient ayant une lombalgie persistante ne sont pas seulement d'ordre physique, mais aussi, et, surtout, d'ordre biopsychosocial<sup>4</sup>. De plus, lorsque le patient ne recouvre pas ses activités après 12 semaines de lombalgie, la possibilité de retour aux activités habituelles diminue de façon importante et le risque de persistance de symptômes s'accroît. Alors, il est très important que le clinicien évalue la perception du patient de son incapacité et de sa probabilité de retour aux activités habituelles dès la première consultation, et ce, surtout si le patient a des antécédents de lombalgie avec incapacité de longue durée. Lorsque les questionnaires Oswestry et Keele STarT Back Screening Tool prédisent un risque modéré ou élevé d'incapacité et de chronicité, le clinicien doit identifier les obstacles au retour aux activités habituelles ou diriger le patient vers un clinicien capable d'identifier ces obstacles.

Chez les patients qui souffrent de lombalgie simple, les résultats des tests radiologiques, tomodensitométriques ou par résonance magnétique ne sont pas associés aux symptômes exprimés par le patient ou à sa capacité fonctionnelle au travail<sup>3</sup>. Pour les deux autres types de lombalgie, et notamment chez les patients qui ont plus de 50 ans, une revue de la littérature récente conclut qu'une radiographie simple suffit pour exclure une pathologie vertébrale<sup>5</sup>. Les tests d'imagerie spécialisés devraient être réservés pour les patients chez qui une chirurgie est envisagée ou une maladie systémique est fortement suspectée. Une anamnèse et un examen physique permettent de poser un diagnostic clinique fiable sans qu'il soit nécessaire de recourir à des techniques d'imagerie médicale. Les examens d'imagerie radiologique ne sont pas recommandés dans les cas de lombalgie simple aiguë chez les patients de moins de 50 ans. Les radiographies standards sont facultatives chez les patients de plus de 50 ans. L'EMG n'est pas recommandé dans le cas de la lombalgie simple aiguë. Si le patient continue de présenter des symptômes 12 à 16 semaines après la visite initiale, il faut envisager un test d'imagerie (IRM - maladie discale dégénérative; tomodensitométrie - spondylolyse), car le patient pourrait être un candidat à l'intervention chirurgicale. Les épreuves de laboratoire ne sont pas recommandées à moins qu'une maladie précise soit soupçonnée.



## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

### **1D-2D-3D : TRAITEMENT EN INTERDISCIPLINARITÉ**

L'interdisciplinarité se définit comme étant un groupe de professionnels spécialement entraînés en douleur chronique qui se rencontrent régulièrement dans le but d'élaborer des plans de traitements coordonnés et adaptés à la situation clinique du patient.

Il est important d'identifier et de traiter toutes les dimensions de la douleur lombaire, autant la dimension médicale que les facteurs de comorbidité et leurs facteurs psychologiques. Les dimensions psychologiques peuvent être quantifiées par diverses mesures et par des tests psychométriques (voir dans les évaluations ci-dessous). La douleur lombaire n'est pas un désordre psychologique et la mesure de l'intensité douloureuse ainsi que de la comorbidité psychologique de la douleur sont des éléments essentiels à la compréhension de la globalité de l'état du patient. Le niveau de preuve est élevé quant à l'implication de certains éléments cliniques, psychosociaux et des facteurs reliés au travail dans la probabilité de retour aux activités habituelles. Ces facteurs doivent être identifiés si on veut en réduire l'impact<sup>12</sup>. L'identification des obstacles au retour à l'activité est une des recommandations les plus constantes dans les guides de pratique clinique<sup>3</sup>.

Le traitement de la douleur lombaire vise une restauration fonctionnelle globale du patient, d'où l'importance de l'interdisciplinarité avec des thérapies physiques visant la réadaptation et des traitements psychologiques permettant un soutien pour le patient et ses proches.

Des études<sup>6</sup> ont démontré que l'acceptation d'un certain degré de douleur persistante était associée à moins d'incapacité, de dépression et de douleur, et à un meilleur fonctionnement au travail et à domicile. Avant d'aborder le traitement d'une douleur lombaire persistante, le clinicien doit s'informer des attentes du patient et établir avec lui des objectifs réalistes. Il devra comprendre que le but n'est pas seulement de faire disparaître la douleur, mais surtout d'en contrôler les effets sur la pratique de ses activités habituelles et de ses rôles sociaux<sup>3</sup>.

Enfin, le traitement de douleur doit être individualisé et reposer sur une combinaison d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques. Le but du traitement est de soulager la douleur tout en améliorant la capacité fonctionnelle et la participation sociale. Une approche interdisciplinaire concertée entre les différents soignants est primordiale au succès<sup>7</sup>. Les données scientifiques concernant l'efficacité des modalités de thérapie physique spécifiques de même que de la durée et de l'intensité des programmes de traitement sont variables. Le clinicien devrait accorder une plus grande importance aux traitements dont l'efficacité a été démontrée (pour une synthèse de l'efficacité de divers traitements, se référer aux tableaux dans le : *Guide de pratique Clip* ou « *TOPS Guideline for Low Back Pain* » <http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf> <sup>3,8</sup>.

### **Interventions non pharmacologiques interdisciplinaires**

#### **Soins infirmiers :**

- Évaluation :

## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

- Tests de dépistage : douleur, perception de l'incapacité, perception de l'état de santé général, symptômes d'irradiation sous le genou, symptômes préexistants
  - Tests de dépistage psychologique (dépression et anxiété) : croyances et attitudes face à la douleur, aux médicaments et recadrage
    - Questionnaires sur la santé du patient-9 (PHQ-9)
    - Échelle de dépression HAD (*Hospital Anxiety and Depression*)
    - Questionnaire de santé générale (SF12)
    - Évaluation individuelle face à la douleur (FABQ)
    - Impressions générales de changement des patients (PGIC)
  - Tests de dépistage du point de vue fonctionnel :
    - Questionnaire concis sur les douleurs (*Brief Pain Inventory – BPI*)
    - Questionnaire d'Oswestry sur les incapacités liées à la douleur (ODI version 2.1a)
    - *Keele StarT Back Screening Tool*
  - Évaluation reliée au travail : satisfaction au travail, projection du patient face au retour au travail, mesures financières incitatives, absence de tout type de travail
- Éducation<sup>23</sup> et soutien :
- Rassurer le patient en lui indiquant que le pronostic est favorable (dans la mesure du possible, fournir de l'information imprimée pertinente sur la nature de la lombalgie non spécifique mettant l'accent sur le fait que la majorité des cas se résorbent en l'espace de 6 semaines<sup>8</sup>).
  - Rassurer le patient sur la rareté d'atteintes graves à la colonne et sur l'absence de signes (drapeaux rouges) signifiant une telle atteinte.
  - Éviter d'étiqueter le patient en insistant exagérément sur une atteinte spécifique de la colonne et sur son impact.
  - Recommander au patient de rester actif.
  - Déconseiller le repos au lit.
  - Encourager l'auto-prise en charge et rassurer le patient sur la reprise ou la poursuite des activités, y compris le travail, même s'il y a persistance des symptômes. La recommandation de rester actif autant que possible demeure, à l'heure actuelle, la plus unanimement respectée scientifiquement et cliniquement dans le monde entier.
  - Déconseiller l'emploi de soutien lombaire<sup>3,9</sup>.
  - Fournir des informations sur les analgésiques et co-analgésiques, sur les effets secondaires et la conformité au traitement.
  - Fournir le « Journal de bord » (CEGDC) au patient pour permettre l'auto-évaluation de la douleur et le suivi du plan d'action.
  - Enseigner des stratégies permettant de diminuer la douleur et d'augmenter la poursuite des activités normales (relaxation, respiration, application de chaud/froid, gradation des activités).
- Collaboration et coordination :
- Suivi avec le médecin et les autres professionnels

## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

- Coordination des interventions interdisciplinaires
- Mise en œuvre des recommandations médicales
- Coordination des références vers les autres professionnels et services (y compris l'autogestion)

### **Psychologie :**

Selon les résultats des questionnaires, le patient sera orienté vers les services psychologiques.

L'approche thérapeutique, individuelle ou de groupe, sera déterminée par le psychologue selon l'état du patient et vise à :

- Évaluer le rôle des facteurs psychosociaux et leur impact sur la probabilité de retour aux activités habituelles. Agir sur les dimensions psychologiques et environnementales pour réduire les obstacles au retour à l'activité.
- Corriger les fausses croyances et les perceptions erronées.
- Promouvoir et guider la poursuite ou la reprise graduelle des activités habituelles du patient. La recommandation de rester actif autant que possible demeure, à l'heure actuelle, la plus unanimement respectée scientifiquement et cliniquement dans le monde entier.
- Évaluer l'adhésion au plan de traitement et aux interventions individualisées visant à surmonter les obstacles psychosociaux, tels que la résolution de problèmes, la restructuration cognitive, les aptitudes à la communication, l'augmentation des sources de soutien social, l'amélioration de l'humeur et la gestion de l'anxiété.
- Encourager l'utilisation des techniques de gestion du stress comme la respiration et la relaxation abdominales.
- Enseigner les techniques de prévention de rechute quand le patient répond bien au plan de traitement.
- Identifier les facteurs psychosociaux et les autres obstacles qui diminuent l'efficacité du plan de traitement.
- Évaluer le besoin d'interventions plus spécialisées exigeant l'implication d'autres professionnels.

### **Physiothérapie :**

La physiothérapie joue un rôle important dans la restauration fonctionnelle, l'activation musculaire et le retour à l'activité physique. Les patients qui ont une douleur depuis deux à quatre semaines et dont la douleur est aggravée par l'activité physique ou l'exercice peuvent bénéficier des conseils sur les exercices thérapeutiques<sup>8</sup>. L'approche McKenzie se révèle comme étant efficace<sup>10</sup>. Après 10 séances, il faudra réévaluer la pertinence de continuer les traitements de physiothérapie. Les traitements actifs se sont révélés plus efficaces que les traitements passifs<sup>11</sup>. Les tractions, les ultrasons thérapeutiques, le traitement au laser, le traitement interférentiel, la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) et la massothérapie peuvent être utilisés en parallèle avec un programme d'exercices, mais ne sont pas recommandés seuls<sup>3,9,11</sup>. Les manipulations vertébrales pourraient être envisagées chez les patients ayant une lombalgie non spécifique aiguë qui ne s'améliore pas<sup>1,3,8,9</sup>. Les spécialistes offrant des

## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

manipulations vertébrales sont les physiothérapeutes, les chiropraticiens et les ostéopates. Le patient qui accepte de suivre des traitements de manipulations vertébrales devrait poursuivre son traitement s'il note une amélioration fonctionnelle continue après 2 séances (une amélioration de 50 % du score OSWESTRY est le signe d'un succès<sup>12</sup>).

### **1C-2C-3C : Traitement pharmacologique**

Le choix du traitement est arbitraire et dépend de plusieurs facteurs dont :

- l'efficacité du traitement pour la condition à traiter;
- l'âge du patient (chez les personnes très âgées ayant plusieurs comorbidités, il est préférable de commencer par la plus faible dose possible et de titrer plus lentement afin d'éviter la survenue d'effets indésirables);
- les facteurs de comorbidité (maladie rénale, hépatique, apnée du sommeil);
- le profil des effets secondaires du traitement;
- la tolérance des effets secondaires chez un patient particulier;
- le risque potentiel d'interaction médicamenteuse;
- la présence concomitante d'un trouble d'anxiété, d'une dépression ou d'un trouble du sommeil;
- le risque d'abus de surdose de substances ou de médicaments;
- le coût et remboursement du traitement.

Généralement, une approche progressive qui s'adapte à la réponse du patient est préférable. Parmi les médicaments qui peuvent être efficaces à court terme, on retrouve :

1. l'acétaminophène;
2. les AINS;
3. le cyclobenzaprine avec présence de spasme musculaire;
4. le tramadol ou tapentadol;
5. les narcotiques.

Le document suivant peut servir de référence :

<http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf>

### **3C : Interventions invasives**

#### **Infiltrations anesthésiques**

Les injections épidurales sont rarement indiquées dans le contexte d'une lombalgie simple sans composante radiculaire. D'autres types d'infiltrations (facettaires, sacro-iliaques, etc.) peuvent être indiqués dans un but diagnostique ou thérapeutique lorsque la douleur et l'invalidité sont persistantes<sup>13</sup>,

<sup>14</sup>.

## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

### **Intervention chirurgicale :**

Les interventions chirurgicales sont rarement indiquées dans le contexte d'une lombalgie simple sans composante radiculaire. Une arthrodèse lombaire ou un remplacement de disque intervertébral peuvent être indiqués pour certains patients qui correspondent à des critères spécifiques<sup>15</sup>.

### **La neuromodulation : neurostimulation et thérapie intrathécale<sup>16</sup>**

La neuromodulation est un traitement de dernier recours dans la gestion de la douleur chronique non cancéreuse. Pour la neurostimulation, les principales indications sont la lombosciatalgie réfractaire post chirurgicale (LRPC) et la sténose rachidienne. En plus, cette option thérapeutique est également indiquée pour les douleurs neuropathiques réfractaires telles que : syndrome de douleur régionale complexe (SDRC), la douleur ischémique et la douleur vasculaire périphérique.

La lombosciatalgie réfractaire post chirurgicale (LRPC) (aussi connue par le nom *failed back surgery syndrome*), qui est une douleur chronique du bas du dos et/ou des jambes survenant ou persistant après une intervention chirurgicale de la colonne vertébrale, est l'indication la plus fréquente pour la neurostimulation médullaire. Cette option thérapeutique est recommandée quand la douleur chronique est réfractaire aux thérapies traditionnelles connues<sup>16</sup>.

La neurostimulation médullaire pour la (LRPC) est plus efficace que la ré-opération<sup>17</sup> et aussi plus efficace comparativement aux traitements conventionnels<sup>18</sup>. Dans ces études, le soulagement à  $\geq 50\%$  fut considéré comme étant une réponse positive. 47 %-48 % des patients ont rapporté  $\geq 50\%$  de soulagement après 6-24 mois. En Angleterre, une méta-analyse pour l'évaluation de la technologie menée par Simpson et al., en 2009, a recommandé que la neurostimulation soit classée pour la LRPC<sup>19</sup>. Quant aux pompes intrathécales, elles sont indiquées pour la gestion de la douleur chronique lombaire réfractaire aux traitements conventionnels dans le cas de douleur liée à l'arachnoïdite, la sténose rachidienne, la douleur nociceptive ou mixte répondant bien aux opiacés.

### **2D-3D : Réadaptation spécialisée (2D) et surspécialisée (3D)**

La disponibilité de ces services peut varier selon la région géographique.

#### **1. Services spécialisés de réadaptation**

- a. Services de réadaptation pour la clientèle ayant une lombalgie subaiguë et nécessitant une réadaptation en vue d'un retour au travail

#### **Offre de service pour aider le retour au travail (si disponible)**

La personne référée pour un retour au travail sera évaluée par un ergothérapeute afin d'identifier les facteurs de risque de chronicité. Plusieurs outils peuvent être utilisés à cet effet<sup>20</sup>. Une évaluation de son

## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

poste de travail permettra de mieux comprendre la réalité du milieu de travail (analyse des exigences physiques de l'emploi et validation de la marge de manœuvre avec l'employeur pour un retour durable). À la suite de cette évaluation, l'ergothérapeute aidera le travailleur à instaurer des stratégies et lui fournira un plan d'intervention personnalisé afin de lui permettre d'effectuer son retour au travail. Des mises en situation, lorsque cela est pertinent, permettront au travailleur de développer son autonomie pour la gestion de ses symptômes. Finalement, l'ergothérapeute fera parvenir au médecin traitant ses recommandations dans une perspective de faciliter un retour au travail prélésionnel.

### b. Équipes dédiées en gestion de la douleur chronique<sup>1</sup>

La clientèle admissible en CRDP est la clientèle qui présente une douleur reliée à une déficience physique (DP) sous-jacente, persistant au moins trois mois au-delà du délai normal de guérison. La personne doit présenter des incapacités significatives et persistantes affectant une ou plusieurs activités de la vie quotidienne. Elle doit présenter une condition médicale et psychiatrique stable et avoir un pronostic favorable de réadaptation. La lombalgie chronique est reconnue comme une déficience physique.

L'évaluation devrait inclure :

- ◆ l'auto-évaluation de la douleur/impact;
- ◆ l'évaluation des facteurs psychosociaux.

Un plan d'intervention individualisé est établi entre l'équipe et le client visant la reprise d'habitudes de vie. Ce plan d'intervention est révisé au besoin. Après la réadaptation, un suivi peut être proposé au client. Le lecteur est invité à consulter le document de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) intitulé *Harmonisation des pratiques en Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP)* <sup>20</sup> concernant les critères de fin d'intervention *Outil d'aide à la décision* pour connaître les critères de fin d'intervention en réadaptation.

Selon l'AERDPQ, les équipes dédiées à la clientèle ayant de la douleur chronique devraient être composées au minimum d'un médecin, d'un psychologue, d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute et d'un kinésiothérapeute. L'offre de service devrait inclure l'apprentissage d'outils d'autogestion de la condition et un soutien pour la reprise (avec ou sans compensation) des activités de la vie quotidienne, soit :

- l'éducation (gestion de la douleur, croyances/peurs, gestion de l'énergie, hygiène du sommeil, hygiène posturale/mécanique corporelle, conseil en lien avec l'alimentation);

---

<sup>1</sup> Les interventions indiquées sont basées sur le document *Harmonisation des pratiques en Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) pour les personnes ayant de la douleur chronique*, Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2012.

## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

- la réactivation visant la reprise des activités de la vie quotidienne (incluant les stratégies de compensation);
- les interventions visant à réduire les facteurs psychosociaux;
- la généralisation des acquis.

Il est important de maintenir la collaboration entre les médecins et les autres professionnels pendant la réadaptation. D'autres intervenants peuvent être amenés à s'impliquer dans les interventions selon les besoins des clients.

### **2. Services surspécialisés de réadaptation**

Les CRDP peuvent offrir des services surspécialisés en douleur chronique pour une clientèle qui présente, outre son diagnostic de DP et de douleur chronique associée, des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux très complexes ou très peu fréquents. Les interventions visent à accompagner les intervenants des centres régionaux pour les cas complexes ou à évaluer un client et à donner des recommandations pour la poursuite de la réadaptation par le centre régional.

#### **1E-1H -2E-2H-3E-3H : SUIVI**

Le premier suivi devrait être fait quatre à six semaines après la visite initiale. L'objectif de cette visite est de réévaluer l'état du patient si les symptômes ne se sont pas résorbés. Plus précisément, il faudra :

- Identifier les affections graves (signes d'alarmes);
- Établir le score standardisé (Oswestry et Keele STarT Back Screening Tool) pour évaluer le risque modéré ou élevé d'incapacité et de chronicité;
- Évaluer la présence de drapeaux jaunes (annexe 1)<sup>21,22</sup> : si des drapeaux jaunes sont présents, orienter le patient vers le programme interdisciplinaire global (ex. : cliniques interdisciplinaires pour la lombalgie);
- Prendre en charge le patient de manière appropriée (médicament et traitement). Prescrire un traitement d'exercices d'appoint (jusqu'à 10 traitements pour déterminer s'il y a des résultats) avec des directives sur les exercices thérapeutiques de la part d'un spécialiste (physiothérapeute);
- Envisager des examens d'imagerie (radiographies), si nécessaire.

Le deuxième suivi devrait être fait douze à seize semaines après la visite initiale :

- Si l'état du patient s'est amélioré, continuer sur la même voie et faire la transition vers un programme d'exercices selon le jugement du physiothérapeute.
- Si le patient continue de présenter des symptômes et le score OSWESTRY est moins que 40 %, il faudra orienter le patient vers une équipe multidisciplinaire non chirurgicale de la région spécialisée en douleur de dos. Si le score OSWESTRY est plus que 40 %, il faudra diriger le

## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

patient vers une clinique du rachis d'un centre tertiaire. Il faudra également envisager de faire passer un test d'imagerie (IRM : maladie discale dégénérative; tomodensitométrie : spondylolyse). Le patient pourrait être un candidat à l'intervention chirurgicale. Il faudra maintenir une communication régulière avec le patient pendant l'attente des résultats d'imagerie et des réponses des spécialistes et recommander au patient de rester actif, lui déconseiller le repos au lit et encourager l'auto-prise en charge (poursuite des activités normales dans la mesure du possible).

### **1G : LA DOULEUR EST-ELLE CONTRÔLÉE?**

La douleur est considérée comme étant contrôlée si  $< 4/10$  (0 n'étant aucune douleur et 10, la pire douleur possible).

### **1I-2I : DEMANDE DE CONSULTATION EN CLINIQUE DE DOULEUR (3<sup>e</sup> OU 4<sup>e</sup> NIVEAU)**

Si après 12 à 16 semaines de traitement en 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> niveau, il n'y a pas de soulagement adéquat de la douleur ou niveau fonctionnel non amélioré.

### **1J-2J-3J : INFORMATIONS LORS DE LA DEMANDE CONSULTATION EN 2<sup>e</sup> OU 3<sup>e</sup> LIGNE**

Formulaire de référence au CEGDC (c.f. RUIS du territoire).

### **3K : CRITÈRES DE RETOUR VERS LE MÉDECIN RÉFÉRENT**

- Niveau de soulagement acceptable
- Plafonnement des options thérapeutiques

### **1L-2L-3L : INFORMATIONS À TRANSMETTRE AU PROFESSIONNEL RÉFÉRANT EN COURS DE TRAITEMENT ET LORS DU CONGÉ DE LA CLINIQUE DE LA DOULEUR PAR L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE**

- Diagnostic
- Résumé de l'évolution
- Résumé de traitement(s) tenté(s) et en cours
- Liste de médicaments tentés ou en cours



Plan de prise en charge interdisciplinaire  
Douleur lombaire

**RÉFÉRENCES**

1. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al., Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007; 147:478-91.
2. Network TNBP. The Norwegian Back Pain Network- The communication unit. Acute low back pain. Interdisciplinary clinical guidelines. Oslo, 2002.
3. Poitras S, Rossignol M, Dionne C, et al., An interdisciplinary clinical practice model for the management of low-back pain in primary care: the CLIP project. *BMC Musculoskelet Disord* 2008; 9:54.
4. Waddell G., Burton AK., Main CJ. Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work: a conceptual and scientific review. London: Royal Society of Medicine Press Ltd. 2003. <http://www.rsmppress.co.uk/waddell.pdf>.
5. Jarvik JG, Deyo RA, Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Annals of Internal Medicine* 2003; 137:586-597.
6. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain. *Pain* 2003; 105: 197-204.
7. Ashbum MA, Staats PS. Management of chronic pain. *Lancet* 1999; 353: 1865-69.
8. (IHE) IoHE. Ambassador Program guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain: background document. Available from <http://www.ihe.ca/research/ambassador-program/--low-back-pain/low-back-pain-guideline/guideline-documents/>. Edmonton (AB), 2009, Revised 2011.
9. Savigny P, Kuntze S, Watson P, et al., NICE clinical guideline 88-Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain. [serial online]. Accessed 2009.
10. Clare HA, Adams, et al., A systematic review of evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2004; 50(4): 209-216.
11. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al., Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006; 15 Suppl. 2:S169-91.

Plan de prise en charge interdisciplinaire  
Douleur lombaire

12. Fritz JM, Childs JD, Flynn TW. Pragmatic application of a clinical prediction rule in primary care to identify patients with low back pain with a good prognosis following a brief spinal manipulation intervention. *BMC Fam Pract* 2005; 6:29.
13. Cohen, S. P., Bicket, M. C., Jamison, D., Wilkinson, I., & Rathmell, J. P. (2013). Epidural steroids: A comprehensive, evidence-based review. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 38(3), 175-200.
14. Staal JB, de Bie R, de Vet HCW, Hildebrandt J, Nelemans P. Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3.
15. Chou, R., Baisden, J., Carragee, E. J., Resnick, D. K., Shaffer, W. O., & Loeser, J. D. (2009). Surgery for low back pain: A review of the evidence for an american pain society. *Spine*, 34(10), 1094-109.
16. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Utilisation des neurostimulateurs médullaires dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité, innocuité, indications cliniques, modalités organisationnelles et coûts. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Christine Lobè. *ETMIS* 2013; 9(3) : 1-116.
17. North RB, Kidd DH, Farrokhi F, Piantadosi SA. Spinal cord stimulation versus repeated lumbosacral spine surgery for chronic pain: a randomized, controlled trial. *Neurosurgery*. 2005; 56:98-106; discussion 106-107.
18. Kumar K, Taylor RS, Jacques L, et al., The effects of spinal cord stimulation in neuropathic pain are sustained: a 24-month follow-up of the prospective randomized controlled multicenter trial of the effectiveness of spinal cord stimulation. *Neurosurgery*. October 2008; 63(4):762-770.
19. Simpson EL, Duenas A, et al., *Health Technology*.
20. *Assessment* 2009; 13(17): iii, ix-x, 1-154
21. Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. Harmonisation des pratiques en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) concernant les critères de fin d'intervention. 2013. Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec.
22. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA*; 303:1295-302.
23. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, et al., A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008; 59:632-41.
24. Bouwmeester W, van Enst A, van Tulder M. Quality of low back pain guidelines improved. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34:2562-7.

## Plan de prise en charge interdisciplinaire Douleur lombaire

### ANNEXE 1 : DRAPEAUX JAUNES

Les « drapeaux jaunes » comportent des facteurs de risque psychosociaux dans la prise en charge de la lombalgie :

#### a) Facteurs psychologiques et comportementaux :

- État dépressif, anxiété, stress
- Tendance à s'isoler, absence de soutien familial
- La croyance que la douleur du dos est nocive ou potentiellement gravement invalidante (catastrophisme)
- Le comportement d'évitement du mouvement lié à la crainte de la douleur (kinésiophobie) et, par conséquent, une réduction de l'activité physique
- L'attente que les traitements passifs (par exemple, la prise en charge de la lombalgie chronique uniquement par le massage) soulagent la douleur plutôt que l'engagement dans un programme de rééducation active ou dans une reprise de l'activité physique

#### b) Facteurs professionnels :

- Insatisfaction au travail
- Tâches physiques lourdes
- Pas de possibilité de modifier le travail
- Faible soutien social dans l'environnement de travail, stress au travail, difficultés au travail
- Manque de confiance dans ses propres capacités à revenir au travail
- Conflits pour l'indemnisation d'une pathologie vécue comme professionnelle (employeur, médecins, sécurité sociale, etc.)

#### c) Facteurs cliniques :

- Des antécédents de lombalgie (ex. : l'intensité de la douleur, un impact fonctionnel important de la douleur, longue période d'absence pour maladie [lombalgie ou autre], irradiation radiculaire de la douleur)