



**HAL**  
open science

## Recommandations et arbre décisionnel sur la prise en charge de la lombalgie avec ou sans radiculalgie

Audrey Petit, François Rannou, Gilles Vuides, Catherine Sebire, Sylvie Rozenberg, Alexandra Roren, Jean-Francois Renard, Aline Ramond-Roquin, Karine Petitprez, Brigitte Liesse, et al.

### ► To cite this version:

Audrey Petit, François Rannou, Gilles Vuides, Catherine Sebire, Sylvie Rozenberg, et al.. Recommandations et arbre décisionnel sur la prise en charge de la lombalgie avec ou sans radiculalgie. *Revue du Rhumatisme*, 2021, 10.1016/j.rhum.2021.10.565 . hal-03669326

**HAL Id: hal-03669326**

**<https://hal.science/hal-03669326>**

Submitted on 22 Jul 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## Recommandations et arbre décisionnel sur la prise en charge de la lombalgie avec ou sans radiculalgie

Bailly Florian,<sup>1</sup>; Trouvin Anne Priscille ;<sup>2</sup>; Bercier Sandrine,<sup>3</sup>; Dadoun Sabrina,<sup>4</sup>; Deneuille Jean-Philippe, Mr<sup>5</sup>; Faguer Rogatien,<sup>6</sup>; Fassier Jean-Baptiste,<sup>7</sup>; Koleck Michèle,<sup>8</sup>; Lassalle Louis,<sup>9</sup>; Le Vraux Thomas,<sup>10</sup>; Liesse Brigitte, Mrs<sup>11</sup>; Petitprez Karine,<sup>12</sup>; Ramond-Roquin Aline<sup>13</sup>; Renard Jean-François,<sup>14</sup>; Roren Alexandra, Mrs<sup>15</sup>, Rozenberg Sylvie,<sup>16</sup>, Sebire Catherine, Mrs<sup>17</sup>, Vuides Gilles,<sup>18</sup>, Rannou François,<sup>19</sup>, Petit Audrey,<sup>20</sup>

1 : Hôpital Pitié Salpêtrière - Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur; 47-83 boulevard de l'hôpital, 75013 Paris ; France.

2 : Hôpital Cochin – Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, 27 Rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris ; France.

3 : Médecin généraliste, 28 Avenue Victor Hugo, 77120 Coulommiers; France.

4 : Clinique Geoffroy Saint Hilaire, 59 Rue Geoffroy-Saint-Hilaire, 75005 Paris ; France.

5 : 62 Rue de Charonne, 75011 Paris ; France.

6 : Hôpital universitaire de Angers, 4 Rue Larrey, 49100 Angers ; France.

7 : Hospices Civils de Lyon, Médecine et santé au travail et pathologies professionnelles, 3 Quai des Célestins, 69002 Lyon ; France.

8 : Faculté de psychologie de Bordeaux, 3ter Place de la Victoire, 33000 Bordeaux ; France.

9 : Hôpital Cochin – Assistance Publique Hôpitaux de Paris – Service de radiologie, 27 Rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris ; France.

10 : 12 Route Des Vignieres, 74000 Annecy ; France.

11: Représentante d'usagers Paris; France.

12 : Haute Autorité de Santé, 5 Avenue du Stade de France, 93210 Saint-Denis; France.

13: 5 Rue Joseph Cugnot, 49500 Segre; France.

14 : Jean-François Renard,. 13 Rue de Montreuil, 94300 Vincennes ; France.

15 : Alexandra Roren, Hôpital Cochin – Assistance Publique Hôpitaux de Paris, service de médecin physique et réadaptation, 27 Rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris ; France.

16 : Sylvie Rozenberg, , Pitié Salpêtrière Hospital – Assistance Publique Hôpitaux de Paris, service de rhumatologie, 47-83 boulevard de l'hôpital, 75013 Paris ; France.

17 : Catherine Sebire, , Association Francophone pour Vaincre les Douleurs Carrières-sur-Seine France.

18 : Hyeres Hospital Marie Josee Treffot – Service des urgences Avenue Marechal Juin, 83400 Hyeres ; France.

19 : Hôpital Cochin – Assistance Publique Hôpitaux de Paris, service de médecine physique et réadaptation, 27 Rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris ; France.

20: Hôpital universitaire de Angers, 4 Rue Larrey, 49100 Angers; France.

Auteur correspondant

Florian Bailly,

Centre d'évaluation et de traitement de la Douleur, Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris

Florian.bailly@aphp.fr

## Abstract

Objectif : Développer et valider des recommandations françaises à destination des professionnels de santé prenant en charge les patients présentant une lombalgie commune avec ou sans radiculalgie.

Méthodes : Afin de synthétiser la littérature existante, un rapport d'élaboration été créé à partir d'une revue systématique des méta-analyses publiées sur la lombalgie entre 2015 et 2018 ainsi que des recommandations internationales publiées entre 2013 et 2018, pour synthétiser l'état des connaissances scientifiques. Un groupe d'experts multidisciplinaire comprenant 17 professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la lombalgie et 2 représentants des patients a été constitué. Ce groupe a élaboré des recommandations préliminaires ainsi qu'un parcours de soins. Après consultation de 25 institutions académiques, une version définitive des recommandations et de l'arbre décisionnel a été validée. Pour chaque recommandation, un accord entre experts a été évalué par la méthode RAND/UCLA.

Résultats : Le groupe d'experts a rédigé 32 recommandations préliminaires, dont un parcours de soins, qui a été modifié après consultation des institutions académiques. Le consensus du groupe d'experts multidisciplinaire a été évalué pour chaque recommandation finale : 32 recommandations ont été évaluées comme appropriées ; aucune n'a été évaluée comme incertaine ou inappropriée. Une approbation forte a été obtenue pour 27 recommandations et faible pour 5.

Conclusion : Ces nouvelles recommandations introduisent plusieurs concepts dans la prise en charge de la lombalgie, notamment la nécessité d'identifier précocement les lombalgies à risque de chronicité afin de permettre une prise en charge accélérée et si nécessaire pluridisciplinaire.

Mots-clés : lombalgie ; recommandations ; parcours de soins

## Introduction

La lombalgie est un problème de santé publique par l'invalidité fréquente qu'elle peut occasionner et par les coûts associés à la lombalgie. Elle est la première cause d'années vécues avec un handicap dans les pays développés et en développement [1]. La plupart des lombalgies sont aiguës et spontanément résolutive. Cependant, pour certains patients, la lombalgie se chronicise et impacte lourdement la qualité de vie. Elle entraîne également des coûts élevés, liés aux soins de santé mais également aux coûts indirects liés aux journées de travail perdues ou à la productivité réduite [2].

La prise en charge de la lombalgie reste hétérogène dans le monde. Bien que l'imagerie ait un rôle limité, les prescriptions d'imagerie rachidienne sont élevées : 39 % des patients souffrant de lombalgie aiguë ont une prescription d'imagerie par leur médecin traitant en Norvège [3], 50 % en France [4,5], 54 % aux États-Unis [6] et 56 % en Italie [7]. Bien que l'exercice soit reconnu comme le meilleur traitement de la lombalgie chronique, de nombreux patients ne bénéficient que de traitements passifs, comme des massages [8]. De même, le traitement proposé par de nombreux médecins reste essentiellement médicamenteux [9].

Par conséquent, il est nécessaire de modifier la prise en charge des patients, notamment lors de la phase aiguë, afin de réduire la transition vers la chronicité. L'élaboration et la mise en œuvre de recommandations nationales sont un des éléments permettant de guider les professionnels de santé vers des soins efficaces et scientifiquement reconnus, afin de diminuer le fardeau de la lombalgie [10].

Plusieurs recommandations internationales ont été précédemment publiées aux États-Unis, au Danemark, en Angleterre et en Belgique [11–14]. Les recommandations les plus récentes n'avaient qu'une actualisation de la bibliographie que jusque mars 2016 [13]. Par ailleurs, en France, les dernières recommandations datent de 2000 et doivent être actualisées [15]. En réponse à une demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la Haute Autorité de Santé (HAS) a coordonné une mise à jour des recommandations françaises sur la lombalgie avec ou sans radiculopathie associée.

L'objectif était de développer des recommandations incluant un parcours de soins pour la prise en charge de la lombalgie. La cible de ces recommandations était les professionnels de santé de première ligne (c'est-à-dire les médecins généralistes et les kinésithérapeutes), mais aussi les médecins spécialistes et les autres professionnels de santé impliqués dans la gestion de la lombalgie.

## Méthodes

L'élaboration de ces recommandations a été réalisée selon les recommandations de constitution des recommandations : gestion des conflits d'intérêts, évaluation critique de la littérature, évaluation multidisciplinaire, participation des parties prenantes et des patients[16]. Une note de cadrage préalable à la création de la recommandation a été réalisée. Un guide détaillant la méthodologie est disponible sur le site de la haute autorité de santé (HAS) [17] ainsi qu'une version résumée dans le rapport d'élaboration [18].

### Constitution d'un panel d'experts

Un groupe d'experts libéraux et hospitaliers sur la lombalgie a été constitué à partir des propositions des sociétés savantes de chaque spécialité. Ce groupe d'experts était composé d'une chef de projet et méthodologiste (K.P.), d'un chargé de projet (F.B.), d'un documentaliste et d'un panel représentatif d'experts : 4 médecins généralistes, 2 rhumatologues, 2 kinésithérapeutes, 2 médecins du travail, un médecin de médecine physique et de réadaptation, un urgentiste, un chirurgien du rachis, un radiologue, un psychologue, et un médecin de la douleur. Deux représentants de patients ont été inclus dans le groupe d'experts. Pour tous les participants de ce groupe, l'existence de conflits d'intérêts a été évaluée. Les experts ayant un conflit d'intérêt susceptible d'interférer avec l'élaboration des recommandations ont été exclus.

### Recherche documentaire

La population cible des recommandations était les adultes souffrant de lombalgie commune, avec ou sans radiculalgie, avec ou sans « anomalie » radiologique (comme une hernie discale, un canal lombaire étroit, une arthrose de l'articulation postérieure), à l'exception de la scoliose (qui n'était pas considérée comme une lombalgie non spécifique). Les lombalgies secondaires, les lombalgies chez les femmes enceintes et les enfants étaient en dehors du cadre de la recommandation. La recherche bibliographique a inclus l'ensemble des traitements médicamenteux ou non médicamenteux. La prise en charge chirurgicale et le maintien dans l'emploi ont été exclus en raison de recommandations récentes dans ce domaine [19,20].

Afin d'inclure l'ensemble des données scientifiques récentes, une recherche systématique de l'ensemble des recommandations publiées entre janvier 2013 et décembre 2018 en français ou anglais, ainsi qu'une revue systématique de l'ensemble des revues systématiques (avec ou sans méta-analyse) entre janvier 2016 et décembre 2018 a été réalisé dans les bases de données MEDLINE, Cochrane Library et dans les ressources des recommandations nationales d'autres pays (agences nationales de santé).

### Rapport d'élaboration et recommandations finales

À partir de la revue systématique réalisée par une documentaliste, le chef de projet a sélectionné les articles dans le champ de la recommandation et a synthétisé l'ensemble des données dans le rapport

d'élaboration. Pour chaque partie du rapport d'élaboration, une synthèse résumant l'état des connaissances scientifiques a été rédigée. En cas de limite méthodologique des articles rapportés, une seconde évaluation a été réalisée par la chef de projet et ces limites ont été notées dans le rapport d'élaboration.

À partir du rapport d'élaboration, le groupe d'experts a élaboré des recommandations préliminaires par consensus, et a gradé le niveau de preuve de chaque recommandation (tableau 1). La synthèse de la littérature et les recommandations préliminaires ont été réalisées en tenant compte de la littérature internationale (sans spécificité locale). La synthèse finale destinée aux praticiens de santé a été conçue en fonction des spécificités françaises. Un parcours de soins a été développé pour détailler la chronologie de prise en charge recommandée. L'ensemble de ces documents a été soumis à 25 institutions académiques et parties prenantes pour la phase de consultation. À partir de leur avis, le groupe d'experts a rédigé la version finale des recommandations.

Pour chaque recommandation, l'accord entre les experts du groupe de travail a été évalué en utilisant la méthode RAND/UCLA [21]. Chaque expert a évalué chacune des lignes directrices sur une échelle de 1 à 9 (1, désaccord total et 9, accord total).

Chaque recommandation a été considérée comme :

- "appropriée" avec un score médian  $\geq 7$  et un accord entre les membres du groupe de travail.
- "inappropriée" avec un score médian  $\leq 3,5$  et un accord entre les membres du groupe de travail.
- "incertaine" avec un score médian de 4 à 6,5 (indécision) ou absence de consensus entre les membres du groupe de travail.

Une approbation forte était considérée si la note était de 7 à 9, et une forte désapprobation de 1 à 3. Une approbation faible était considérée si la note était de 5 à 9, et une faible désapprobation de 1 à 5. Le groupe de travail étant composé de plus de 16 membres, une valeur extrême pouvait être exclue de la note globale, selon la méthode RAND/UCLA.

Une validation externe a été effectuée par un comité indépendant de la HAS.

## Résultats

La revue systématique de la littérature a identifié 572 références de recommandations internationales ou de revues systématiques. Sept recommandations internationales ont été incluses [11–14,22–24]. Neuf recommandations internationales ont été exclues du rapport en raison de liens d'intérêts [25,26], d'absence de méthodologie décrite [27], de population cible en dehors de la recommandation, ou lorsqu'elles étaient réalisées sans support bibliographique actualisé[28–33]. Après suppression des duplicatas, sélection des

recommandations ou revues systématiques dans le champ de recherche, 101 références ont été incluses. Trois réunions présentiels ont permis de créer le rapport d'élaboration, la version préliminaire de 32 recommandations incluant l'arbre décisionnel. Après la phase de consultation des parties prenantes, la version finale des recommandations a été réalisée par le groupe d'experts, puis validée par le comité de la HAS (tableau 2 et figure 2a et 2b) Trois recommandations ont été incluses dans le rapport d'élaboration mais pas dans la synthèse en raison des spécificités françaises (tableau 3). Les drapeaux rouges, jaunes, bleu et noirs sont reportés dans le tableau 4. Le niveau de preuve a été précisé pour chaque recommandation (grade A pour 3 d'entre elles, grade B pour 12, grade C pour 3 et accord d'experts pour les 13 dernières – Tableaux 2 et 3). Après évaluation par la méthode la méthode RAND/UCLA, l'ensemble des recommandations a été évalué « approprié ». Un consensus fort a été obtenu pour 27 d'entre elles, et faible pour 5 d'entre elles (définitions de la lombalgie, éducation aux neurosciences de la douleur, techniques manuelles, ceintures lombaires, myorelaxants).

## Discussion

De nouvelles recommandations ainsi qu'un arbre décisionnel ont été rédigées et validées dans la prise en charge des patients lombalgiques. De nombreux principes de prise en charge sont issus des précédentes recommandations déjà validées, mais plusieurs recommandations sont innovantes, dans l'objectif d'améliorer la prise en charge réalisée.

Tout d'abord, de nouvelles définitions de terminologie ont été proposées : « poussée aiguë de lombalgie », lombalgie récidivante, lombalgie à risque de chronicité ou lombalgie chronique. L'objectif était de ne plus considérer la lombalgie comme un épisode isolé mais dans le cadre d'une pathologie à part entière. De nombreux patients ont des trajectoires de douleurs complexes, alternant des phases de rémission ou de rechute, avec ou sans douleur de fond [34]. La lombalgie récidivante est fréquente : plus de 2/3 des sujets ayant un épisode lombalgique ont une récurrence dans les 12 mois [35]. La prise en charge globale de la pathologie rachidienne permet également d'envisager la prévention secondaire. Le terme de « lombalgie commune », plutôt que la « lombalgie non-spécifique » a été retenu car ce terme est mal compris des patients et suggère que la cause de la lombalgie n'a pas été identifiée [36].

Également, le concept de lombalgie subaiguë n'a pas été retenu car il était basé uniquement sur un concept temporel ne prenant pas en compte l'aspect pronostique. Le concept de lombalgie à risque de chronicité a été préféré car il permet de suggérer une prise en charge multidisciplinaire précoce pour certains patients. Ce concept avait déjà été proposé par les recommandations belges [11,37], et l'intérêt d'une prise en charge précoce incluant de la kinésithérapie avec prise en charge active du patient a montré son intérêt pour limiter le passage à la chronicité [38].



L'ensemble des traitements médicamenteux a été rétrogradé en seconde intention, après la prise en charge non médicamenteuse, puisqu'aucun médicament n'a prouvé son efficacité pour diminuer la durée d'un épisode de lombalgie. Les traitements non-médicamenteux qui incluent le patient en tant que participant actif dans sa prise en charge ont été proposés. Comme fréquemment recommandé par le passé, l'exercice physique associé à l'éducation du patient est la prise en charge recommandée pour l'ensemble des patients ayant une lombalgie, ou en prévention secondaire [39]. Aucun exercice physique n'est contre-indiqué dans la lombalgie [39], et de multiples modalités peuvent être proposées aux patients [40]. L'activité physique n'est probablement pas principalement liée à un changement de force musculaire mais plutôt lié à de multiples autres mécanismes dont l'hypoalgésie à l'effort [41], l'amélioration du moral, la lutte contre la kinésiophobie, et la réorganisation corticale [42].

La création et la validation de ces recommandations ont des forces et des faiblesses. La force principale est la méthodologie rigoureuse basée sur le consensus d'un large panel d'experts représentant l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge les patients lombalgiques, ainsi que par la phase d'évaluation externe par les sociétés savantes. La coordination de ces recommandations par une agence nationale permet d'assurer son indépendance, l'absence de liens d'intérêts et le respect des règles de constitution d'une recommandation. La faiblesse de cette recommandation pourrait être l'inclusion de l'ensemble des revues systématiques récentes mais pas l'ensemble de toute la littérature sur la lombalgie. La littérature a été synthétisée à partir de 2016, date à laquelle les recommandations disponibles internationales avaient stoppé leurs actualisations.

Ces recommandations pourraient permettre d'améliorer la prise en charge des patients lombalgiques, tout particulièrement en permettant une identification et une prise en charge précoce des patients à risque de chronicité, en limitant les imageries du rachis non indiquées, ainsi que les arrêts de travail prolongés. La dissémination de ces recommandations est importante pour leur mise en application[43]. Dans la lombalgie, il a été montré que des interventions répétées et durables sont nécessaires pour pouvoir modifier des aspects importants de la prise en charge de la lombalgie, comme la réduction des imageries rachidiennes ou des arrêts de travail prolongés, ainsi que l'identification des patients à risque de chronicité [44] Il est prévu via une campagne nationale organisée par la caisse nationale d'assurance maladie française, adressée à la fois à la population générale et aux professionnels de santé.

Pour permettre de garder une version scientifiquement validée de ces recommandations, une actualisation est prévue 5 ans après la finalisation de celles-ci.

## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier la Haute Autorité de Santé française pour l'organisation et le financement de ces recommandations. Ces recommandations ont été entièrement financées par la HAS afin d'assurer leur indépendance (le chef de projet (F. B.) a reçu des honoraires pour sélectionner la littérature incluse dans les recommandations et pour rédiger le rapport de compilation (montant total de 4560 euros pour un travail représentant 3 mois à temps plein), tous les autres experts, y compris les 2 représentants des patients ont reçu des honoraires pour la compensation des 3,5 jours de présence (montant moyen de 382 euros pour les employés et 785 euros pour les praticiens privés), et pour les éventuels frais de transport).

## Contribution des auteurs et déclaration de transparence.

L'auteur correspondant atteste que tous les co-auteurs listés ont validé cet article. Tous les co-auteurs ont participé au groupe d'experts qui a créé et validé ces recommandations. L'auteur principal affirme que ce manuscrit est un compte rendu honnête, précis et transparent de l'étude rapportée ; qu'aucun aspect important de l'étude n'a été omis ; et que toute divergence par rapport à l'étude telle que planifiée (et, le cas échéant, enregistrée) a été expliquée.

## Références

- [1] GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392:1789–858.
- [2] Katz JN. Lumbar Disc Disorders and Low-Back Pain: Socioeconomic Factors and Consequences. *JBJS* 2006;88:21–4.
- [3] Werner EL, Ihlebæk C. Primary care doctors' management of low back pain patients--ten years after. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2012;132:2388–90.
- [4] Assurance Maladie - Risques professionnels. Rapport inédit sur les lombalgies liées au travail : un enjeu de santé publique 2016. <http://carsat-nordpicardie.fr/images/stories/GRP/2016-11-15-Dossier-de-presse-AT-MP.pdf> (accessed December 24, 2019).
- [5] Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Programme de sensibilisation sur la lombalgie - Dossier de presse 2017. [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/CP\\_DP\\_lombalgie.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_DP_lombalgie.pdf) (accessed December 24, 2019).
- [6] Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, Barron J, Brady P, Liu Y, et al. Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign. *JAMA Intern Med* 2015;175:1913–20.
- [7] Rizzardo A, Miceli L, Bednarova R, Guadagnin GM, Sbrojavacca R, Della Rocca G. Low-back pain at the emergency department: still not being managed? *Ther Clin Risk Manag* 2016;12:183–7.
- [8] Carey TS, Freburger JK, Holmes GM, Castel L, Darter J, Agans R, et al. A long way to go: practice patterns and evidence in chronic low back pain care. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009;34:718–24.
- [9] Michaleff ZA, Harrison C, Britt H, Lin C-WC, Maher CG. Ten-year survey reveals differences in GP management of neck and back pain. *Eur Spine J* 2012;21:1283–9.
- [10] McGuirk B, King W, Govind J, Lowry J, Bogduk N. Safety, Efficacy, and Cost Effectiveness of Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care. *Spine* 2001;26:2615.
- [11] Centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE, Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C et al. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires. KCE Reports 287Bs. Good Clinical Practice (GCP). 2017. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_287B\\_Douleurs\\_lombaires\\_et\\_radiculaires\\_Resume1.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume1.pdf) (accessed September 11, 2019).
- [12] Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017;166:514–30.
- [13] Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J* 2018;27:60–75.
- [14] NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59> (accessed September 11, 2019).
- [15] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme* 2002;69:338-43.
- [16] Qaseem A. Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. *Ann Intern Med* 2012;156:525.
- [17] Haute Autorité de Santé. Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence 2016. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/guide\\_methodologique\\_fiche\\_memo\\_fiche\\_pertinence.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/guide_methodologique_fiche_memo_fiche_pertinence.pdf) (accessed June 2, 2019).

- [18] Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune 2019. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune) (accessed June 11, 2019).
- [19] Haute Autorité de Santé. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. Haute Autorité de Santé n.d. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie) (accessed January 3, 2020).
- [20] Petit A, Mairiaux P, Desarmenien A, Meyer J-P, Roquelaure Y. French good practice guidelines for management of the risk of low back pain among workers exposed to manual material handling: Hierarchical strategy of risk assessment of work situations. *Work* 2016;53:845–50.
- [21] Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. RAND CORP SANTA MONICA CA; 2001.
- [22] ICSI. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult acute and subacute low back pain. Sixteenth edition. 2018. <https://www.icsi.org/guideline/low-back-pain/> (accessed September 11, 2019).
- [23] Institute of Health Economics (Alerta, Canada). Toward Optimized Practice. Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical practice guideline. 3rd edition - minor revision 2017. 2015. <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/885801> (accessed September 11, 2019).
- [24] Chenot J-F, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pfungsten M, Schorr SG. Non-Specific Low Back Pain. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114:883–90.
- [25] Garcia JBS, Change Pain Latin America AdvisoryPanel. Change Pain Latin America--new initiative established to enhance management of patients with chronic pain in Latin America. *Braz J Anesthesiol* 2014;64:140–2.
- [26] Malik Mohamed Hussein A, Singh D, Mansor M, Izma Muhamed Kamil O, Yin Choy C, Suma Cardoso M, et al. The Malaysian Low Back Pain Management Guidelines n.d. <https://www.masp.org.my/index.cfm?&menuid=23> (accessed April 6, 2020).
- [27] Wong JJ, Côté P, Sutton DA, Randhawa K, Yu H, Varatharajan S, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *Eur J Pain* 2017;21:201–16.
- [28] Tamburin S, Paolucci S, Magrinelli F, Musicco M, Sandrini G. The Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation: rationale and methodology. *J Pain Res* 2016;9:311–8.
- [29] Metzger RL. Evidence-based practice guidelines for the diagnosis and treatment of lumbar spinal conditions. *Nurse Pract* 2016;41:30–7. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000508169.67852.bb>.
- [30] Reese C, Mittag O. Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. *Int J Rehabil Res* 2013;36:6–12.
- [31] Poitras V, Khangura S, Ford C. *Physiotherapy Interventions for the Management of Neck and/or Back Pain: A Review of Clinical and Cost-Effectiveness*. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017. PMID: 30183217.
- [32] Zhao H, Liu B, Liu Z, Xie L, Fang Y, Zhu Y, et al. Clinical practice guidelines of using acupuncture for low back pain. *World Journal of Acupuncture - Moxibustion* 2016;26:1–13.
- [33] Lisi AJ, Salsbury SA, Hawk C, Vining RD, Wallace RB, Branson R, et al. Chiropractic Integrated Care Pathway for Low Back Pain in Veterans: Results of a Delphi Consensus Process. *J Manipulative Physiol Ther* 2018;41:137–48.
- [34] Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17:220, s12891-016-1071–2.
- [35] da Silva T, Mills K, Brown BT, Pocovi N, de Campos T, Maher C, et al. Recurrence of low back pain is common: a prospective inception cohort study. *J Physiother* 2019;65:159–65.

- [36] Lim YZ, Chou L, Au RT, Seneviwickrama KMD, Cicuttini FM, Briggs AM, et al. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 2019;65:124–35.
- [37] Centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE. Lombalgie et douleur radiculaire : éléments-clés d'un itinéraire de soin 2017.  
[https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_295B\\_Lombalgie\\_et\\_douleur\\_radiculaire\\_itineraire\\_de\\_soins\\_Synthese\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_295B_Lombalgie_et_douleur_radiculaire_itineraire_de_soins_Synthese_0.pdf) (accessed October 12, 2019).
- [38] Arnold E, La Barrie J, DaSilva L, Patti M, Goode A, Clewley D. The Effect of Timing of Physical Therapy for Acute Low Back Pain on Health Services Utilization: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil* 2019;100:1324–38.
- [39] Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018;391:2368–83.
- [40] Ribaud A, Tavares I, Viollet E, Julia M, Hérisson C, Dupeyron A. Which physical activities and sports can be recommended to chronic low back pain patients after rehabilitation? *Ann Phys Rehabil Med* 2013;56:576–94.
- [41] Bruehl S, Burns JW, Koltyn K, Gupta R, Buvanendran A, Edwards D, et al. Are endogenous opioid mechanisms involved in the effects of aerobic exercise training on chronic low back pain? A randomized controlled trial. *Pain* 2020;161:2887–97.
- [42] Nicolini C, Fahnestock M, Gibala MJ, Nelson AJ. Understanding the Neurophysiological and Molecular Mechanisms of Exercise-Induced Neuroplasticity in Cortical and Descending Motor Pathways: Where Do We Stand? *Neuroscience* 2021;457:259–82.
- [43] Ward V, House A, Hamer S. Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. *J Health Serv Res Policy* 2009;14:156–64.
- [44] Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2016;17:258.

Tableau 1 : Grade des recommandations

Niveau de preuve	Grade
<p>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.</p>	<p>Grade A (preuve scientifique établie)</p>
<p>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.</p>	<p>Grade B (présomption scientifique)</p>
<p>Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).</p>	<p>Grade C (faible niveau de preuve)</p>
<p>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.</p>	<p>Accord d'experts</p>

Tableau 2 : Recommandations finales avec le grade de chaque recommandation et le consensus entre experts

Titre	Recommandation	Consensus
1. Définition de la lombalgie	<p>La lombalgie est définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur (AE). Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes (AE).</p> <p>La lombalgie commune désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges »). Le terme lombalgie « commune » est préféré à celui de lombalgie « non spécifique » en pratique courante (AE). La lombalgie chronique est définie par une lombalgie de plus de 3 mois.</p>	Approprié ; consensus faible
2. Proposition de terminologie	<p>Il est proposé (AE) d'utiliser les termes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « poussée aiguë de lombalgie » plutôt que lombalgie aiguë afin d'englober les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles ;</li> <li>- « lombalgie à risque de chronicité » pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes) ;</li> <li>- « lombalgie récidivante » en cas de récurrence de lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité.</li> </ul>	Approprié, consensus fort
3. Evaluation clinique de la lombalgie	<p>La <b>recherche des signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges ») orientant vers une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente doit être réalisée</b> pour toute douleur lombaire récente, ou aggravation des symptômes ou apparition de nouveaux symptômes (AE).</p> <p>La recherche de ces signes d'alerte doit rester à l'esprit du praticien à tous les stades de la lombalgie, notamment en cas de poussée aiguë de lombalgie survenant dans le cadre d'une douleur chronique, ou en cas de modification des symptômes cliniques (AE). La spécificité des signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges ») pris isolément est limitée ; c'est leur combinaison qui</p>	Approprié, consensus fort

	<p>doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie sous-jacente à la douleur lombaire justifiant une prise en charge spécifique.</p> <p>Il est recommandé de réévaluer le patient 2 à 4 semaines après une poussée aiguë de lombalgie (AE).</p>	
4. Evaluation du risque de chronicité	<p>La recherche précoce des facteurs de risque psychosociaux (cf. « drapeaux jaunes ») est recommandée afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité, et d'établir une prise en charge adaptée au risque (grade B).</p> <p>Certains éléments (peurs et croyances, contextes psychologique et social) doivent être identifiés précocement.</p> <p>En complément de cette évaluation, un questionnaire composite comme le <i>STarT Back screening tool</i> (qui propose une prise en charge stratifiée sur le risque), et la version courte du questionnaire Örebro (qui est prédictif de l'absentéisme) peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chronicité (grade B). D'autres questionnaires plus spécifiques tels que le FABQ (évaluant le niveau de peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie) ou l'HAD (évaluant le niveau d'anxiété et de dépression) peuvent aussi être utilisés (AE).</p>	Approprié, consensus fort
5. Pertinence de l'imagerie	<p>En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie rachidienne dans le cas d'une poussée aiguë de lombalgie (grade C).</p> <p>Il est recommandé d'expliquer au patient pourquoi une imagerie n'est pas nécessaire (AE).</p> <p>En l'absence de drapeau rouge, il est recommandé de réaliser une imagerie rachidienne en cas de lombalgie chronique (au-delà de 3 mois) (AE) : la réalisation d'une IRM est recommandée (ou un scanner en cas de contre-indication à l'IRM) (AE).</p> <p>Si un geste invasif (infiltration épidurale voire chirurgie rachidienne) est envisagé, une imagerie rachidienne (IRM ou scanner si contre-indication) est conseillée (sauf chez les patients hyperalgiques afin de ne pas retarder leur prise en charge) (AE).</p> <p>En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication</p>	Approprié, consensus fort



	<p>à réaliser des radiographies isolées en dehors de la recherche d'une instabilité ou d'un trouble statique rachidiens (AE).</p> <p>Il n'y a pas d'indication à renouveler l'imagerie en l'absence de modification des symptômes (AE).</p> <p>Il est important d'expliquer au patient l'absence de corrélation systématique entre les symptômes et les signes radiologiques. Il est recommandé d'expliquer et de dédramatiser les termes médicaux et techniques des comptes rendus d'imagerie (AE).</p>	
6. Prise en charge globale de la lombalgie	<p>La prise en charge doit être centrée sur le patient : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique, et socioprofessionnelle) (AE). Cette prise en charge globale est habituellement nommée « bio-psycho-sociale » et s'appuie sur une décision médicale partagée.</p> <p>Il est recommandé d'expliquer au patient les termes du diagnostic et de délivrer une information rassurante quant au pronostic de la lombalgie commune (généralement favorable en quelques semaines) (AE). En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité, il est utile d'envisager une prise en charge pluridisciplinaire (AE) pouvant impliquer : kinésithérapeute, rhumatologue, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, médecin du travail, puis si indiqué spécialiste de la douleur, ou chirurgien du rachis. Le type de professionnels impliqués dépend à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge initialement le patient, de la situation individuelle, des préférences du patient, et des ressources du système de soins disponibles localement (AE).</p> <p>Il est important de veiller à la cohérence des propositions thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, en raison du caractère délétère des discours discordants (AE).</p>	Approprié, consensus fort
7. Maintien en emploi et prévention de la désinsertion professionnelle	<p>Les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail (cf. « drapeaux bleus et noirs ») doivent être recherchés en cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés au-delà de 4 semaines (AE). Dans ce cas, l'expertise du médecin du travail doit</p>	Approprié, consensus fort

	être sollicitée, notamment pour connaître les contraintes et les possibilités d'adaptation du poste de travail (AE).	
8-14. Prise en charge non-médicamenteuse	<p>8. Avant d'envisager une prise en charge non médicamenteuse, le diagnostic médical de lombalgie commune doit avoir été posé (AE). L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie commune (grade B).</p> <p><u>Prise en charge de première intention :</u> 8. Autogestion et reprise des activités quotidiennes (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible) : indiquées (grade B)</p> <p>9. Activités physiques adaptées et activités sportives (Activité progressive et fractionnée selon la préférence du patient): indiquées (grade B).</p> <p>10. Kinésithérapie chez les patients présentant une lombalgie à risque de chronicité ou chronique : indiquée (grade B). La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignée par un kinésithérapeute, puis poursuivie à domicile, est recommandée (grade B). Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale (AE). La réalisation de la kinésithérapie doit faire appel à la participation active du patient (grade B). Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie (AE).</p> <p><u>Prise en charge de deuxième intention :</u> 11. Education à la neurophysiologie de la douleur chez les patients présentant une lombalgie à risque de chronicité ou chronique : indiquée (AE).</p> <p>12. Techniques manuelles (manipulations, mobilisations), uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés : possibles (grade B).</p> <p>13. Interventions psychologiques de type thérapies cognitivo-comportementales, uniquement dans le cadre</p>	<p>8. Approprié, consensus fort</p> <p>9. Approprié, consensus fort</p> <p>10. Approprié, consensus fort</p> <p>11. Approprié, consensus faible</p> <p>12. Approprié, consensus fort</p> <p>13. Approprié,</p>

	<p>d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés ; par un professionnel ou une équipe formés aux TCC de la douleur : possibles (grade B).</p> <p><u>Prise en charge de troisième intention :</u>  14. Programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale et professionnelle, chez les patients présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistante, en présence de facteurs de risque psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée (À moduler en fonction de la situation médicale, psychosociale et professionnelle du patient) : possible (grade B).</p>	<p>consensus fort</p> <p>14. Approprié, consensus fort</p>
<p>15-20. Prise en charge médicamenteuse</p>	<p>15. Aucun médicament antalgique n'a prouvé d'efficacité à moyen terme sur l'évolution d'une poussée aiguë de lombalgie. Néanmoins la prise en charge antalgique graduée, débutant par des antalgiques de palier I, peut être mise en place pour la gestion des accès douloureux (AE).  Il est recommandé de rappeler le bon usage des antalgiques et leur utilité à visée symptomatique et non curative (AE).  Le choix du traitement doit prendre en compte les antécédents médicaux, les expériences antérieures de prise antalgique, les préférences du patient et le risque de mésusage.</p> <p><u>Prise en charge de première intention :</u>  16. Paracétamol : Peut être utile à visée symptomatique pour traiter la douleur (AE).  17. AINS : Peuvent être proposés après évaluation de la balance bénéfique/ risque en fonction des antécédents, pour la plus courte durée possible, à la dose efficace la plus faible (grade A).</p> <p><u>Prise en charge de seconde intention :</u>  18. Opioïdes : Le risque de mésusage doit être pris en compte. Les opioïdes faibles peuvent être proposés avec ou sans association au paracétamol, à faible dose, en cas d'échec ou de contre-indication aux AINS, pour la plus courte durée possible. Les opioïdes forts sont réservées aux lombalgies réfractaires aux prises en charge bien conduites (y compris programme de réadaptation pluridisciplinaire) pour la plus courte durée possible (grade B). Il est recommandé d'informer</p>	<p>15. Approprié, consensus fort</p> <p>16. Approprié, consensus fort</p> <p>17. Approprié, consensus fort</p> <p>18. Approprié, consensus fort</p>

	<p>le patient du risque d'effets secondaires des opioïdes. Le maintien d'un traitement par opioïdes faibles ou forts doit être très régulièrement réévalué en fonction des bénéfices qui auront été préalablement établis avec le patient (AE). Il existe des outils pour détecter un risque de mésusage avant la première prescription (Opioid Risk-Tool) et avant un renouvellement (échelle POMI). En cas de risque de mésusage, une surveillance étroite du patient est conseillée (AE). En cas de mésusage avéré, une prise en charge conjointe avec un centre de la douleur ou d'addictologie est recommandée (AE).</p> <p>19. Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) : Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie (grade A). Peuvent être envisagés soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique, soit en cas de troubles anxio-dépressifs associés, en tenant compte de la balance bénéfique/risque (grade B)</p> <p>20. Gabapentinoïdes : Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie (Grade A). Peuvent être envisagés en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique, en tenant compte de la balance bénéfique/risque (grade B)</p>	<p>19. Approprié, consensus fort</p> <p>20. Approprié, consensus fort</p>
<p>21-29 Prises en charge envisageables sous conditions/non recommandées</p>	<p>21. Les ultrasons et les tractions lombaires ne sont pas recommandés (grade B).</p> <p>22. Les semelles orthopédiques ne sont pas indiquées (grade B).</p> <p>23. L'acupuncture, l'acupression et le <i>dry needling</i> (puncture sèche) n'ont pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie.</p> <p>24. En l'absence d'étude de bonne qualité, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité de la sophrologie, de la relaxation, de la « méditation pleine conscience » ou de l'hypnose. Elles peuvent cependant être envisagées dans le cadre d'une combinaison multimodale associée à une prise en charge active du patient (AE).</p> <p>25. Il est possible d'envisager le port d'une ceinture lombaire ou d'un corset sur une courte durée pour aider à la reprise d'activités (AE) bien qu'ils n'aient pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie.</p> <p>26. En cas de douleurs avec une composante neuropathique, après échec des autres alternatives thérapeutiques (y compris une prise en charge multidisciplinaire), une stimulation médullaire peut se discuter en centre d'évaluation et traitement de la</p>	<p>21. Approprié, consensus fort</p> <p>22. Approprié, consensus fort</p> <p>23. Approprié, consensus fort</p> <p>24. Approprié, consensus fort</p> <p>25. Approprié, consensus fort</p> <p>26. Approprié,</p>

	<p>douleur (AE).</p> <p>27. En l'absence d'étude, il n'est pas possible de statuer sur l'intérêt du traitement par Néfopam (AE), ni par corticoïdes (AE).</p> <p>28. Les myorelaxants ont une balance bénéfique/risque défavorable dans la lombalgie commune (AE).</p> <p>29. Il n'y a pas d'indication à un traitement par antibiotiques (grade B), ni par vitamine D (grade B), ni par patch de lidocaïne (AE), ni par anti-TNF alpha (AE).</p>	<p>consensus fort</p> <p>27. Approprié, consensus fort</p> <p>28. Approprié, consensus fort</p> <p>29. Approprié, consensus fort</p>
30. Infiltrations rachidiennes	<p>Il n'y a généralement pas d'indication à réaliser des infiltrations épidurales dans les lombalgies sans radiculalgie (grade C).</p> <p>Une infiltration épidurale peut être envisagée pour une douleur radiculaire persistante et sévère malgré un traitement médical bien conduit (grade C), si possible après réalisation d'une imagerie en coupes, et dans le cadre d'une décision partagée avec le patient compte tenu des risques et de l'efficacité limitée des infiltrations.</p> <p>En cas d'antécédent chirurgical, la voie d'abord doit se situer à distance de l'étage opéré ou par la voie du hiatus sacro-coccygien (AE).</p> <p>En l'état actuel des produits disponibles en France, la voie foraminale est contre-indiquée (AE). Il n'est pas possible de formuler de recommandation claire sur l'usage des infiltrations facettaires intra-articulaires.</p>	<p>30. Approprié, consensus fort</p>
31. Prévention secondaire	<p>Il est recommandé aux personnes ayant présenté une lombalgie de pratiquer régulièrement une activité physique et/ou des exercices d'auto rééducation afin de diminuer le risque de récurrence (grade B). Le choix de l'activité physique doit prendre en compte la préférence du patient (AE).</p>	<p>31. Approprié, consensus fort</p>
32. Arbre décisionnel	<p>Cf arbre décisionnel disponible sur le site de la haute autorité de santé [18]</p>	<p>32. Approprié, consensus fort</p>

Légende : AE = accord d'experts ; FABQ = Fear avoidance and Beliefs Questionnaire; HAD = Hospital Anxiety and Depression questionnaire. AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens. IRSNa = inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

Tableau 3 : Recommandations basées sur la littérature et le consensus d'experts mais non inclus dans la synthèse clinique

Texte de la recommandation	Niveau de preuve scientifique	Raison de non-inclusion dans la synthèse clinique
Une dénervation par radiofréquence (cf. définition) peut être envisagée uniquement en présence d'une lombalgie résistante aux traitements usuels (y compris une prise en charge multidisciplinaire) chez des patients présentant deux blocs diagnostics facettaires positifs.	Grade B	Non inclus car la dénervation par radiofréquence est peu pratiquée en France
En l'absence d'études de bonne qualité, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité de l'ozone	Accord d'experts	Non inclus car le traitement par ozone est peu pratiqué en France
La TENS n'a pas d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie. La TENS ne doit pas être proposée comme traitement unique de la lombalgie chronique. Elle peut être utile comme adjuvant chez certains patients pour le contrôle de la douleur afin de réduire le besoin de médicaments, en complément d'une prise en charge non médicamenteuse.	Accord d'experts	Non inclus car la prescription de TENS est réservée aux centres de la douleur

Notes de tableau: TENS = Electrostimulation transcutanée

Tableau 4 : Liste des drapeaux d'alerte

Type de drapeau	Liste des caractéristiques suggérant le drapeau. La spécificité des signes d'alerte pris isolément est limitée ; c'est leur combinaison qui doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie sous-jacente à la douleur lombaire justifiant une prise en charge spécifique.
Drapeaux « rouges » pointant vers une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit</li> <li>- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval)</li> <li>- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée)</li> <li>- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur)</li> <li>- Perte de poids inexpliquée</li> <li>- Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile</li> <li>- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme)</li> <li>- Déformation structurale importante de la colonne</li> <li>- Douleur thoracique (rachialgies dorsales)</li> <li>- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans ;</li> <li>- Fièvre</li> <li>- Altération de l'état général</li> </ul>
Drapeaux « jaunes » : indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales</li> <li>- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active</li> <li>- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur</li> <li>- Problèmes liés au travail (insatisfaction</li> </ul>

	professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité)
Drapeaux « bleus » : facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charge physique élevée de travail</li> <li>- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail</li> <li>- Manque de capacité à modifier son travail</li> <li>- Manque de soutien social</li> <li>- Pression temporelle ressentie</li> <li>- Absence de satisfaction au travail</li> <li>- Stress au travail</li> <li>- Faible espoir de reprise du travail</li> <li>- Peur de la rechute</li> </ul>
Drapeaux « noirs » : facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste</li> <li>- Insécurité financière</li> <li>- Critères du système de compensation</li> <li>- Incitatifs financiers</li> <li>- Manque de contact avec le milieu de travail</li> <li>- Durée de l'arrêt maladie</li> </ul>



Figure 1 : Flow chart de la recherche systématique de la littérature \*

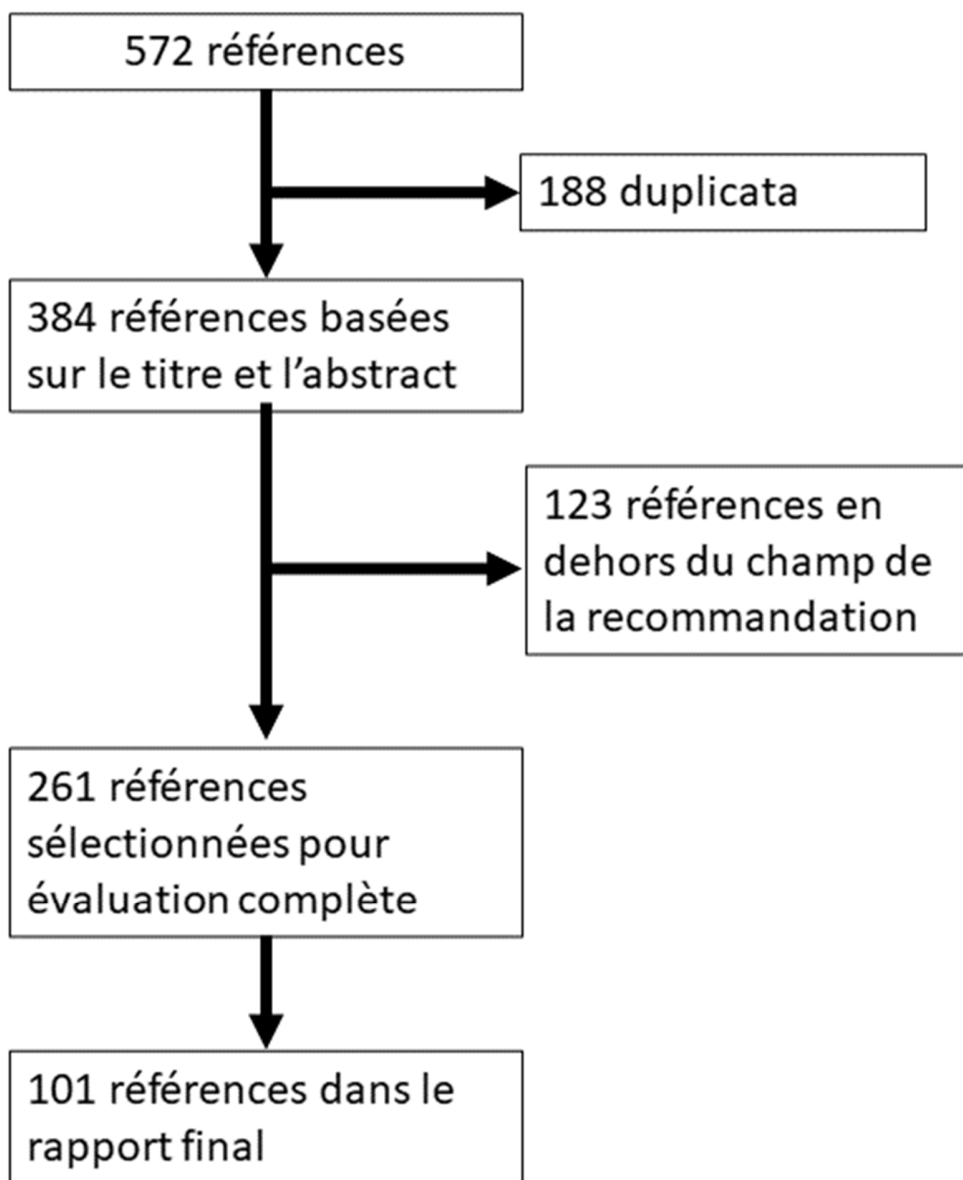
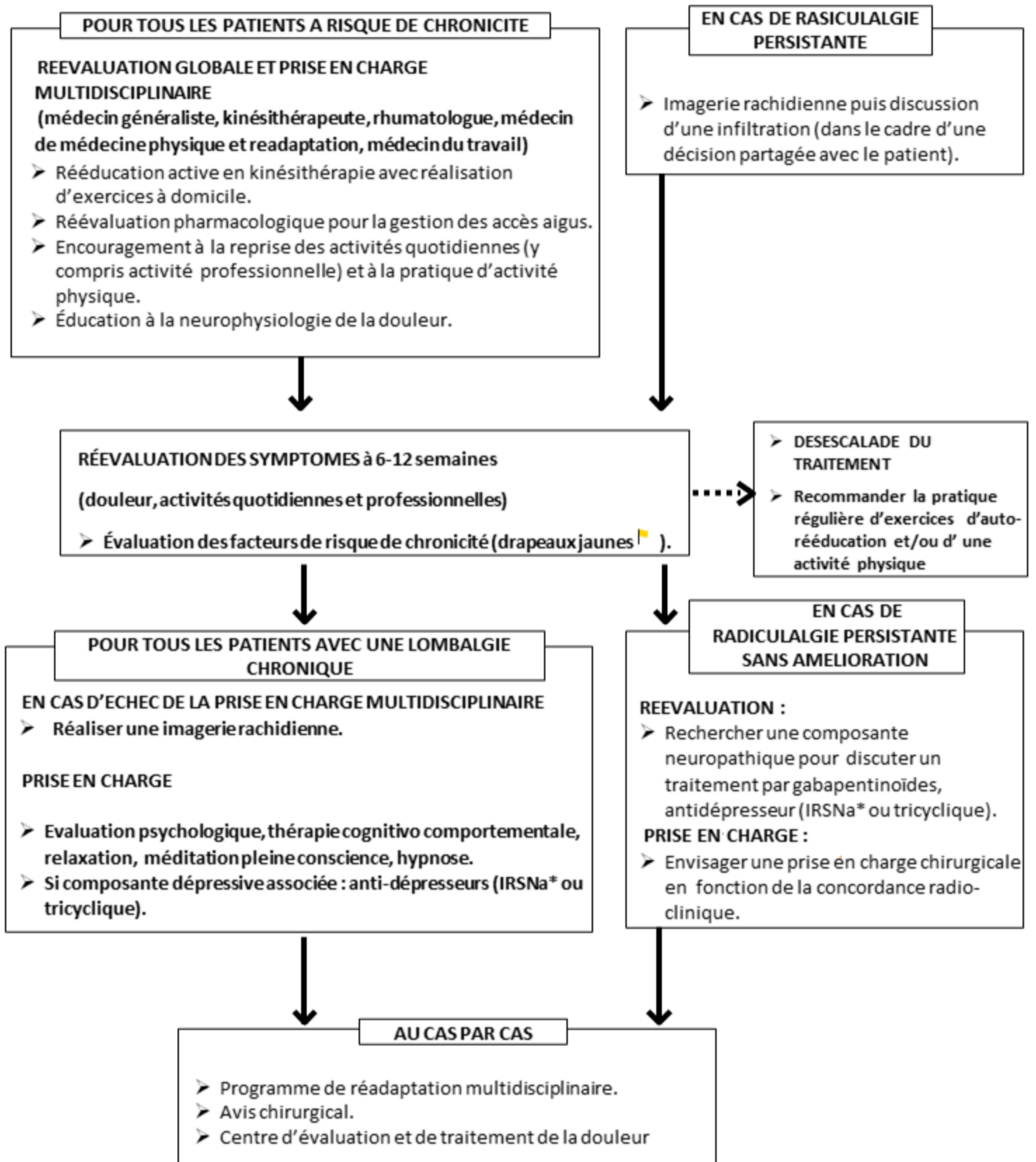


Figure 2 : Arbre décisionnel. a : partie 1 : poussée aiguë de lombalgie. b : partie 2 : lombalgie à risque de chronicité ou chronique.

## Partie 2. Lombalgie à risque de chronicité / chronique



\*IRSNa : inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline