



HAL
open science

**L'intérêt de la mise en place d'un programme
multidisciplinaire centré sur le modèle biopsychosocial
dans la prise en charge de la lombalgie subaiguë
commune**

Aubin Manfredi

► **To cite this version:**

Aubin Manfredi. L'intérêt de la mise en place d'un programme multidisciplinaire centré sur le modèle biopsychosocial dans la prise en charge de la lombalgie subaiguë commune. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03975624

HAL Id: dumas-03975624

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03975624v1>

Submitted on 6 Feb 2023

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.

**L'INTÉRÊT DE LA MISE EN PLACE D'UN
PROGRAMME MULTIDISCIPLINAIRE CENTRÉ
SUR LE MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL DANS LA
PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE
SUBAIGUË COMMUNE**

MANFREDI Aubin

Directrice de mémoire : M^{me} HENRY Joannie

REMERCIEMENTS

C'est avec une certaine émotion que je m'apprête à conclure ces quatre années de formation en rédigeant ces remerciements.

Je tiens tout d'abord à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près comme de loin à ma formation : l'équipe pédagogique de l'IFMK de Marseille ainsi que l'ensemble des tuteurs de stages rencontrés durant mes années d'études. Vous avez tous contribué à votre manière à alimenter ma pratique professionnelle.

Je remercie tout particulièrement ma directrice de mémoire : Madame HENRY Joannie, pour l'implication et le dévouement dont elle a fait preuve. Vos conseils m'ont été précieux et je vous remercie pour votre patience, votre disponibilité ainsi que pour l'ensemble des réponses que vous avez apportées à chacune de mes questions durant la rédaction de ce mémoire.

Je tiens également à exprimer toute ma reconnaissance envers mes parents et mes sœurs, qui me supportent depuis toujours. Je vous remercie énormément pour le soutien sans faille que vous m'apportez au quotidien. C'est en grande partie grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. J'espère vous rendre fier à travers ma réussite professionnelle.

Un grand merci à toi Pascal pour être à mes côtés et m'accompagner dans nos futurs projets.

Je salue les belles rencontres amicales que j'ai pu faire durant ma formation, sans qui ces années n'auraient pas été les mêmes.

LISTE DES ABREVIATIONS

AM	Assurance Maladie
HAS	Haute Autorité de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
GTNDO	Groupe Technique National de Définition des Objectifs
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EN	Echelle Numérique
EVS	Echelle Verbale Simple
MPQ	McGill Pain Questionary
TMI	Testing Musculaire International
RMDQ	Roland Morris Disability Questionary
ODI	Oswestry Disability Index
SF12	Short Form 12
FABQ	Fear Avoidance Belief Questionary
TSK	Tampa Scale Kinesiophobia
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
CES-D	Center of Epidemiologic Studies-Depression
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
EBP	Evidence Based Practice
ECR	Essai Contrôlé Randomisé
NS	Non Significatif
*	Significatif
IC ou [... ; ...]	Intervalle de Confiance
MCID	Minimal Clinically Important Difference
PM	Programme Multidisciplinaire
SKU	Soins Kinésithérapiques Usuels

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Rappel anatomique.....	2
1.1.1. Le rachis.....	2
1.1.2. Les vertèbres lombaires.....	3
1.1.3. Les moyens d'unions	4
1.2. La lombalgie	5
1.2.1. Définition et classification	5
1.2.2. Données épidémiologiques	6
1.2.3. Intérêt socioéconomique.....	6
1.3. Diagnostic et évaluation de la lombalgie subaiguë commune.....	7
1.3.1. Evaluation de la douleur	7
1.3.2. Evaluation physique.....	8
1.3.3. Evaluation de l'incapacité fonctionnelle	8
1.3.4. Evaluation des facteurs de risques	9
1.3.5. Evaluation psychologique	10
1.3.6. Evaluation des activités professionnelles	11
1.4. Les traitements de la lombalgie subaiguë commune	12
1.4.1. La masso kinésithérapie.....	12
1.4.2. La prise en charge multidisciplinaire.....	13
1.5. Intérêt de la revue de littérature.....	15
2. METHODOLOGIE	17
2.1. Critères d'éligibilité.....	17
2.1.1. Schéma d'étude	17
2.1.2. Population	17
2.1.3. Intervention et comparateur	17
2.1.4. Critères de jugement	18
2.1.5. Critères d'inclusion et d'exclusion	19
2.2. Méthodologie de recherche des études.....	19
2.2.1. Sources documentaires investiguées.....	19
2.2.2. Equations de recherche utilisées	19
2.3. Méthode d'extraction et d'analyse des données.....	21
2.3.1. Sélection des études.....	21
2.3.2. Evaluation de la qualité méthodologique des études sélectionnées	21

2.3.3.	Extraction des données	22
2.3.4.	Méthode de synthèse des résultats	22
3.	RESULTATS	23
3.1.	Description des études	23
3.1.1.	Diagramme de flux	23
3.1.2.	Références des études exclues	24
3.1.3.	Références des études incluses	25
3.2.	Risques de biais des études incluses	31
3.3.	Effets de l'intervention sur les critères de jugement principaux	33
3.3.1.	La douleur	34
3.3.2.	L'incapacité fonctionnelle	35
3.4.	Effets de l'intervention sur les critères de jugement secondaires	36
3.4.1.	Le retour au travail	36
3.4.2.	Les comportements	37
3.5.	Résumé des résultats	40
4.	DISCUSSION	42
4.1.	Analyse des résultats	42
4.1.1.	Analyse des populations	42
4.1.2.	Analyse des interventions	43
4.1.3.	Analyse des outils de mesure	46
4.2.	Analyse des résultats principaux	47
4.2.1.	La douleur	47
4.2.2.	L'incapacité fonctionnelle	48
4.3.	Analyse des résultats secondaires	49
4.3.1.	Le retour au travail	49
4.3.2.	Les comportements	50
4.4.	Qualité des preuves	54
4.5.	Applicabilité des résultats en pratique clinique	54
4.6.	Limites de la revue de littérature	55
4.7.	Biais potentiels de la revue de littérature	56
5.	CONCLUSION	57
5.1.	Implication pour la pratique clinique	57
5.2.	Implication pour la recherche	58
6.	BIBLIOGRAPHIE	59
7.	ANNEXES	63

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Le rachis dans le plan frontal et sagittal	2
Figure 2 - Vue supérieure d'une vertèbre lombaire	4
Figure 3 - Les drapeaux identifiés par la HAS	9
Figure 4 - Modèle psychologique de la peur liée à la douleur	10
Figure 5 - Actes utilisés lors de la prise en charge kinésithérapique d'un patient présentant une lombalgie à risque de chronicité	12
Figure 6 - Modèle PICO.....	16
Figure 7 - Diagramme de flux	23
Figure 8 - Frise chronologique des évaluations de suivi	45

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Intervention et comparateur	18
Tableau 2 - Critères de jugement principaux.....	18
Tableau 3 - Critères de jugement secondaires	18
Tableau 4 - Critères d'inclusion et d'exclusion	19
Tableau 5 - Mots clés des termes PICO	20
Tableau 6 - Équation de recherche selon les différents moteurs investigués	20
Tableau 7 - Références exclues	25
Tableau 8 - Scores PEDro.....	31
Tableau 9 - Résumé des résultats.....	41
Tableau 10 - Population représentée dans la revue de littérature.....	42
Tableau 11 - Caractéristiques des programmes des groupes d'interventions multidisciplinaires	43
Tableau 12 - Professionnels de santé impliqués dans les programmes d'études	45
Tableau 13 - Résumé de l'intérêt de la mise en place d'un programme multidisciplinaire selon les critères de jugement	53
Tableau 14 - Cotation des critères de jugement à l'échelle GRADE.....	54
Tableau 15 - Score de la revue de littérature à la grille AMSTAR	56

1. INTRODUCTION

En 2017, l'assurance maladie (AM) rédige un livret informatif intitulé « *Je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il et que faire ?* » destiné à tous types de public s'intéressant aussi bien de près que de loin à cette pathologie [1]. La lombalgie commune y est alors qualifiée de véritable mal du siècle¹ et apparaît comme un enjeu socioéconomique majeur. Il s'agirait, à ce jour, du deuxième motif de consultation vers un médecin généraliste. Aussi, on estime que 84 % des français souffriront de douleurs lombaires au minima une fois dans leur vie.

Le pronostic est généralement favorable puisque dans 90 % des cas, la lombalgie commune évolue spontanément en moins de 4 à 6 semaines. Cependant, lorsque la douleur persiste après 12 semaines d'évolution, la lombalgie passe alors au stade de chronicité. Ce stade concerne seulement 7 % de la population lombalgique [1].

Selon une étude réalisée par l'assurance maladie sur l'opinion publique, 68 % des français estiment que face à un "mal de dos", la solution en premier recours consiste à se reposer et de ce fait cesser toutes activités physiques et/ou professionnelles [2]. C'est pourquoi, le 06 janvier 2018, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes lance le mouvement *#bienbougeravecmonkine*, un programme de sensibilisation destiné au grand public ayant pour but d'inciter les personnes souffrant de lombalgie à consulter leur kinésithérapeute. Le meilleur traitement identifié à ce jour contre la lombalgie est le mouvement. Le kinésithérapeute a donc pour rôle d'accompagner les patients dans leur quotidien et les inciter a fortiori à maintenir une activité physique et/ou professionnelle [3].

En mars 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) fait paraître de nouvelles recommandations dans sa fiche mémo « *prise en charge du patient présentant une lombalgie commune* » [4]. Il y est énoncé que le patient doit être, au même titre que le kinésithérapeute, acteur de sa prise en charge afin d'éviter tout risque de récurrence et dans l'optique d'une évolution favorable. Ainsi, la kinésithérapie et la reprise des activités quotidiennes sont toutes deux recommandées en première intention dans le cadre d'une lombalgie (grade B).

Cependant, face à un échec de la prise en charge kinésithérapique seule ou devant des facteurs de risques psychosociaux faisant obstacle à une évolution favorable, de nouvelles recommandations sont alors indiquées. En effet, en tierce intention, la mise en place d'un programme multidisciplinaire axé sur un modèle holistique est recommandée (grade B) [4]. Cette prise en charge doit être centrée sur le patient et doit prendre en compte aussi bien ses dimensions physiques, psychologiques et socioéconomiques (« biopsychosocial »).

Ainsi, depuis le 13 août 2019, l'assurance maladie propose une brochure conçue par un groupe de professionnels de santé interdisciplinaire intitulé « *Lombalgie commune : comment orienter la prise en charge pluridisciplinaire et favoriser le maintien d'une activité professionnelle* ». Cette brochure informe et accompagne les bonnes pratiques des professionnels de santé concernés dans la prise en charge des lombalgies communes [5].

¹ *Mal du siècle* : à l'époque romantique, mélancolie vague et désenchantement qui tourmentaient les jeunes générations. (A. de Musset a analysé cet état d'âme, ressenti par le René de Chateaubriand, dans la Confession d'un enfant du siècle [1836]) – Larousse, édition 2020.

1.1. Rappel anatomique

Afin de poser les bases de ce travail de recherche, il est essentiel d'effectuer un rappel général et succinct sur l'anatomie de la région rachidienne, plus spécifiquement lombaire.

1.1.1. Le rachis

1.1.1.1. L'axe rachidien

Le rachis, communément appelé colonne vertébrale, forme le système squelettique axial. C'est un ensemble de structures osseuses constituées de 33 vertèbres superposées les unes aux autres. Il prend son origine à la base du crâne et se termine au niveau du bassin [6].

L'axe rachidien est organisé en 5 segments vertébraux, comme présenté en figure 1 ci-dessous :

- Le **rachis cervical**, constitué de 7 vertèbres (C1 à C7) qui occupent le $\frac{1}{3}$ postérieur de l'épaisseur du cou ;
- Le **rachis thoracique ou dorsal**, constitué de 12 vertèbres (T1 à T12) qui occupent le $\frac{1}{4}$ postérieur de l'épaisseur de la région thoracique ;
- Le **rachis lombaire**, constitué de 5 vertèbres (L1 à L5) qui occupent le $\frac{1}{2}$ postérieur de l'épaisseur de l'abdomen ;
- Le **sacrum**, constitué de 5 vertèbres soudées (S1 à S5) ;
- Le **coccyx**, constitué de 4 à 5 vertèbres soudées.

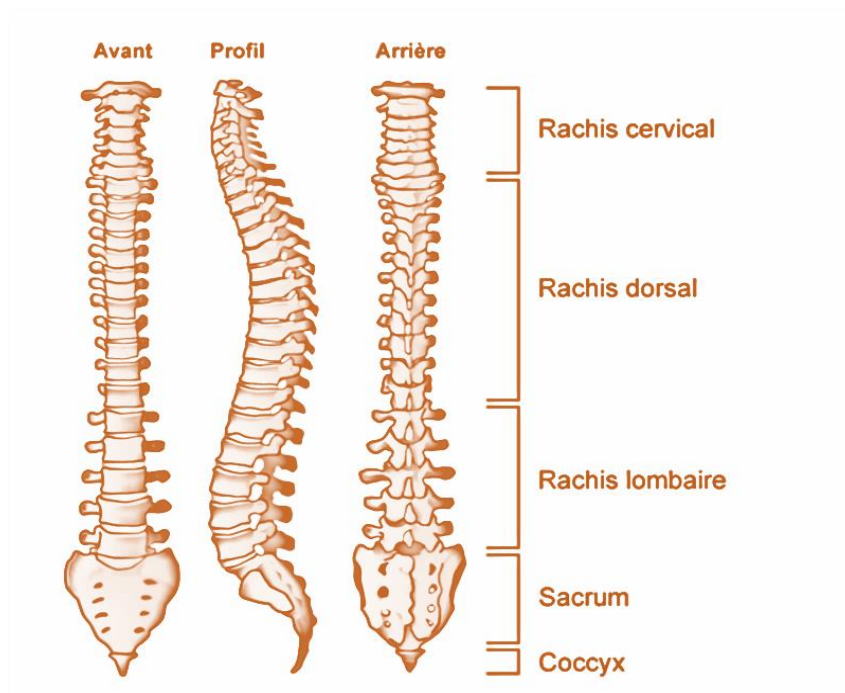


Figure 1 - Le rachis dans le plan frontal et sagittal [7]

Le rachis cervical est le plus mobile de l'axe rachidien, il permet de protéger la portion haute de la moelle épinière. Le rachis thoracique est, quant à lui, peu mobile puisque chaque vertèbre s'articule avec deux côtes, de part et d'autre, fixées en avant au sternum. Il protège les organes de la cage thoracique : cœur et poumons ainsi que la moelle épinière thoracique. Le rachis lombaire est le plus massif puisqu'il est celui qui reçoit le plus de contraintes et de poids. Il protège la portion terminale de la moelle épinière et les racines nerveuses.

Aussi, la colonne vertébrale présente 3 courbures physiologiques dans le plan sagittal [6] :

- Une **lordose cervicale** à concavité postérieure ;
- Une **cyphose thoracique** à convexité postérieure ;
- Une **lordose lombaire** à concavité postérieure.

1.1.1.2. Le rôle du rachis

La colonne vertébrale assure principalement deux fonctions : mécanique et neurologique [8].

○ La fonction mécanique :

Le rachis permet en tant que pilier du corps humain, le maintien de la station assise et érigée du corps. Il rend possible les différents mouvements du tronc (flexion/extension, rotations, inclinaisons). Il joue également un rôle d'amortisseur grâce à la présence de ses courbures dans le plan sagittal qui lui permettent d'absorber les chocs et les pressions subies par le corps.

○ La fonction neurologique :

Le rachis assure la protection de la moelle épinière et des nerfs de la queue-de-cheval qui cheminent dans le canal vertébral. La moelle épinière s'étend jusqu'à la première vertèbre lombaire, puis se prolonge par un ensemble de racines nerveuses appelé "queue-de-cheval" destiné aux membres inférieurs ainsi qu'au périnée.

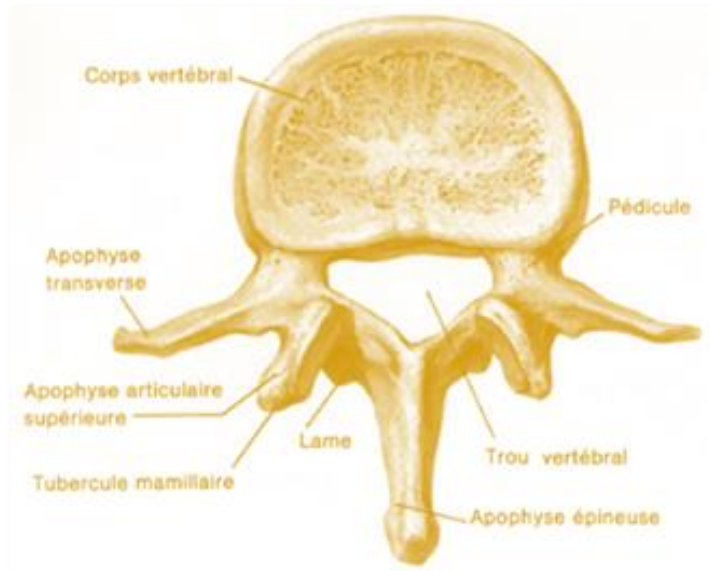
1.1.2. Les vertèbres lombaires

Le rachis est constitué de 5 vertèbres lombaires qui forment une courbure à concavité postérieure.

Une vertèbre lombaire se distingue de par son anatomie, composée comme indiqué dans la figure 2 de [9] :

- Un corps vertébral massif, réniforme, à grand axe transversal ;
- Des pédicules sagittaux, très épais ;
- Un foramen vertébral en forme de triangle équilatéral ;
- Deux lames épaisses, plus hautes que larges avec une orientation en dehors et en avant ;
- Deux processus transverses dits « costiformes », allongés, dirigés en dehors ;
- Deux processus épineux courts, épais, quadrangulaires avec une orientation pratiquement horizontale ;
- Deux processus articulaire postérieur (PAP) en forme de trochoïdes, qui ne permet qu'un seul degré de rotation entre chaque vertèbre lombaires.

Figure 2 - Vue supérieure d'une vertèbre lombaire [9]



1.1.3. Les moyens d'unions

1.1.3.1. Les articulations intervertébrales

L'articulation entre les deux **corps vertébraux** se fait entre la partie inférieure du plateau vertébral de la vertèbre supérieure et le plateau vertébral supérieur de la vertèbre inférieure. La particularité se trouve dans la présence d'une structure fibrocartilagineuse, le disque vertébral, constitué de 2 parties [10] :

- Une partie périphérique appelée **annulus fibrosus**, correspondant à une succession de lamelles obliques de la périphérie vers le centre ;
- Une partie centrale appelée noyau ou **nucléus pulposus**, se trouvant physiologiquement dans le tiers postérieur du disque intervertébral.

L'articulation au niveau des **facettes articulaires postérieures** se fait entre le processus articulaire postérieur inférieur de la vertèbre sus-jacente et la supérieure de la vertèbre sous-jacente [10]. On peut en retrouver de différentes formes en fonction de l'étage vertébral.

On identifie sur ces articulations interfaccettaires différentes structures, que sont : du cartilage, un système capsulaire, une synoviale, des ligaments (le ligament Jaune, le ligament Interépineux, le ligament Supra épineux, le ligament Intertransversaire).

1.1.3.2. Le système musculaire

En tant que structure osseuse axiale supportant le poids du corps, la colonne vertébrale subie des contraintes considérables. Ainsi, elle est le lieu d'attache de nombreux muscles qui aident au maintien de la posture ainsi qu'à répartir les forces inégales du poids du corps.

On dissocie les muscles présents dans le plan superficiel, le plan moyen et le plan profond [11] :

- **Plan superficiel** : *trapèzes, grands dorsaux, rhomboïdes* (grands et petits) et *dentelés postérieurs* (supérieurs et inférieurs). Ces muscles superficiels sont impliqués dans le mouvement des membres supérieurs par leurs actions sur la scapula ou sur l'humérus.
- **Plan moyen** : *ilio costaux, longissimus, épineux*. Ces muscles « paravertébraux » présents au niveau lombaire, thoracique et cervical, participent au maintien de la posture et jouent un rôle important dans l'érection du rachis.
- **Plan profond** : *splénius* (de la tête et du cou), *intertransversaires et épineux, transversaire-épineux* (court rotateur, long rotateur, multifide court, multifide long). Ces fibres musculaires vont venir augmenter la capacité de maintien, de stabilité et de mobilité en extension de chaque étage vertébral.

1.2. La lombalgie

Suite à ce rappel sur les mécanismes de l'anatomie vertébrale lombaire, il va être défini la pathologie étudiée dans ce travail, soit la lombalgie. Des données vont être mises en avant sur son impact socioéconomique dans la santé publique actuelle.

1.2.1. Définition et classification

La lombalgie se définit par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire (T12-L1) et la charnière lombo sacrée (L5-S1). On distingue les lombalgies spécifiques qui sont secondaires (tumoraux, infectieuses, inflammatoires, traumatiques) avec les lombalgies non spécifiques, plus communément appelées lombalgies communes. Ce terme de lombalgie commune indique qu'il n'existe aucune lésion majeure détectable pouvant expliquer les douleurs.

Selon la HAS, la lombalgie commune est décrite comme « une douleur lombaire chez l'adulte ne comportant pas de signe d'alerte (drapeaux rouges/red flags) » [4].

On retrouve 3 classifications de lombalgies selon la durée de l'épisode douloureux [12] :

- **Lombalgie aiguë** ou « poussée aiguë de lombalgie » ou « lumbago », lorsque la douleur évolue favorablement dans une période inférieure à 3 voire 4 semaines ;
- **Lombalgie subaiguë**, lorsque la douleur persiste au-delà de 3 à 4 semaines, et jusqu'à 12 semaines. Elle concerne une part plus faible des cas de lombalgie, mais elle doit faire l'objet d'une attention particulière, car c'est une période charnière entre une guérison rapide et un passage à la chronicité ;
- **Lombalgie chronique**, lorsque la douleur persiste après 12 semaines d'évolution.

Dans ce travail de recherche, on s'intéressera essentiellement à la lombalgie dite subaiguë, puisque même si elle concerne la part la plus faible du public lombalgique, elle constitue la phase la plus déterminante en ce qui concerne l'évolution de la lombalgie et ses impacts sur la santé.

1.2.2. Données épidémiologiques

Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et son enquête décennale santé 2002-2003, plus de la moitié de la population souffrirait de douleurs lombaires au moins un jour dans les 12 derniers mois [13]. La prévalence est de 54,0 % chez les hommes et de 57,2 % chez les femmes. Aussi, plus de 15 % des hommes et 19 % des femmes dépasseraient le stade de lombalgie aiguë et souffriraient de lombalgie de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois [13].

Selon le rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO), paru en 2003, la lombalgie serait à l'origine de 6 millions de consultations chez le médecin généraliste. Elle représente ainsi la 3^{ème} cause de consultation en médecine générale pour les hommes (7 % des consultations) et la 6^{ème} pour les femmes (6 % des consultations). Elle constitue près d'un tiers des actes de kinésithérapie, et pas loin de 2,5 % de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses [14].

Aussi, la lombalgie est l'une des pathologies les plus fréquemment rencontrées en milieu professionnel. Elle constitue la 3^{ème} affection motivant une entrée en invalidité. Elle représente 13 % des motifs d'accidents de travail faisant suite à un arrêt de travail. La lombalgie serait la cause d'une durée moyenne d'arrêt de travail de 33 jours, pour un total de 3,6 millions de jours d'arrêt [14].

Au niveau mondial, la lombalgie représente la première cause de handicap d'après une étude réalisée par Global Health Metrics en 2018. L'incidence de la lombalgie dans le monde est en constante évolution depuis les années 1990. Ainsi, entre 1990 et 2007, le nombre de « years of healthy life lost due to disability » (YLD) tous âges confondus attribués à la lombalgie a augmenté de 30 % [15].

1.2.3. Intérêt socioéconomique

Selon le rapport rédigé par le GTNDO de 2003, le coût financier médical direct de la lombalgie est estimé à 1,4 milliard d'euros. Il représente environ 1,6 % des dépenses de santé chaque année. Les coûts indirects entraînés par la lombalgie, quant à eux, se chiffraient 5 à 10 fois plus [14].

Le coût direct moyen d'un patient lombalgique sur une durée de 6 mois serait estimé à 715 euros d'après une étude française de 2009. Les dépenses de santé les plus importantes sont occasionnées par les soins de kinésithérapie (22,9 %), les traitements médicamenteux (19,5 %), les frais d'hospitalisation (17,4 %) et les consultations médicales (12,5 %) [16].

La lombalgie chronique, bien que représentant seulement 6 à 8 % des lombalgies communes est responsable de plus de 85 % des coûts médicaux directs ou indirects [17]. Au vu de toutes ces données, il paraît primordial de prévenir tout risque de chronicité, qui aurait un impact socioéconomique plus élevé.

Le diagnostic précoce ainsi que l'évaluation de la lombalgie permettront de mettre en avant les objectifs principaux de la rééducation du patient afin de proposer le traitement le plus adapté possible à chacun.

1.3. Diagnostic et évaluation de la lombalgie subaiguë commune

L'évaluation de la lombalgie pour être la plus complète possible, doit être composée d'une évaluation de la douleur, d'un examen physique, d'un examen clinique incluant une évaluation des capacités fonctionnelles et une évaluation psychologique. Aussi, une évaluation des facteurs psychosociaux et comportementaux est particulièrement importante.

1.3.1. Evaluation de la douleur

Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), la douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » [18].

La douleur est dite multifactorielle. Elle associe une composante sensori-discriminative, une composante affective et émotionnelle, une composante cognitive et une composante comportementale [19].

La douleur étant une expérience, cela traduit qu'elle peut être vécue différemment par chacun. Ainsi, le patient reste le mieux placé pour évaluer la douleur qu'il ressent. En effet, il est le seul à pouvoir la décrire avec ses propres mots, quantifier son intensité et déterminer ses circonstances d'apparition et d'atténuation.

C'est pourquoi, à ce jour, il existe davantage d'outils d'auto-évaluation de la douleur. Parmi ces outils, on retrouve des échelles d'auto-évaluations unidimensionnelles et des questionnaires multidimensionnels qui évaluent plusieurs composantes [18]. Le mode d'utilisation de ces échelles et les corrélations entre elles sont à retrouver en **ANNEXE 1** :

- ♦ L'échelle visuelle analogique ou EVA ;
- ♦ L'échelle numérique ou EN / NRS ;
- ♦ L'échelle verbale simple ou EVS ;
- ♦ Le McGill pain questionnaire ou MPQ.

En mai 2020, ces outils ont été recommandés par la HAS pour mesurer la douleur [20]. En effet, des études récentes comme celle réalisée par Amelia Williamson « *Pain: a review of three commonly used pain rating scales* » a permis de démontrer l'intérêt de l'utilisation de ces échelles sur la douleur dans la pratique clinique [21]. Il y est conclu que les trois échelles d'évaluation de la douleur (EVA, EVS, EN) sont valides, fiables et appropriées, bien que l'échelle visuelle analogique présente plus de difficultés pratiques que l'échelle d'évaluation verbale ou l'échelle d'évaluation numérique [21]. La corrélation entre les échelles EVA et EN est considérée comme très forte ($r = 0.92$) [22].

Le McGill pain questionnaire, quant à lui, est selon l'agence européenne des médicaments, l'outil de mesure le plus fréquemment utilisé pour l'évaluation multidimensionnelle de la douleur dans la douleur chronique ou à risque de chronicité [23]. Ce questionnaire est fiable et valide selon des récentes études parues sur le sujet [24].

1.3.2. Evaluation physique

Cette évaluation physique général permet de confirmer le caractère non spécifique de la lombalgie et de s'assurer de l'absence de toute complication (« drapeaux rouges ») qui nécessiterait une prise en charge spécifique. Un tableau récapitulatif des différents examens utilisés est à retrouver en **ANNEXE 2**.

L'examen doit débiter par une inspection générale de la présentation du patient et de la posture globale de son rachis. Il se poursuit par une analyse tant active que passive de la mobilité vertébrale évaluée d'abord de manière qualitative puis quantitative. Certains outils validés comme la mesure de l'indice de Schöber ou les distances doigt-sol peuvent être utilisés [25]. L'examen continue par la palpation des structures en restant attentif à la présence de points douloureux. Ensuite, le testing musculaire international (TMI) permet de mesurer la force musculaire. Aussi, l'endurance des muscles du tronc peut aussi être évaluée grâce au test de Shirado-Ito et au test de Sorensen [26], [27]. Enfin, l'examen neurologique des membres inférieurs se compose d'une évaluation des réflexes ostéotendineux et de la sensibilité.

On peut ainsi retrouver l'ensemble de ces examens physiques dans des fiches d'évaluations cliniques de la lombalgie comme celle rédigée par l'association québécoise des médecins du sport [28]. Elles sont utilisées aussi bien lors des bilans initiaux de prise en charge que dans l'analyse de l'évolution de la lombalgie commune.

1.3.3. Evaluation de l'incapacité fonctionnelle

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993, l'incapacité correspond à « toute restriction dans les capacités à réaliser une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » [29]. En 2001, suite à l'élaboration de la CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé par l'OMS, le terme d'incapacité est remplacé par celui d'activité. Il exprime les conséquences du handicap sur le fonctionnement des individus dans leur vie quotidienne.

Des outils d'évaluation présentés essentiellement sous la forme d'auto-questionnaires ou d'échelles ont été développés afin de mesurer le niveau d'incapacité dans les activités du quotidien. Deux des outils principaux couramment utilisés sont (**ANNEXE 3**):

- ♦ *Le **questionnaire de Roland Morris** ou RMDQ ;*
- ♦ *L'**indice d'incapacité d'Oswestry** ou ODI.*

Des articles scientifiques parus durant ces dernières années ont analysé la validité et la fiabilité de ces deux échelles dans le cadre de l'évaluation des douleurs lombaires. Ainsi, les études « *Validation transculturelle de l'Oswestry disability index en français* » [30] et « *Validation of a French version of Roland–Morris questionnaire in chronic low back pain patients* » [31] concluent qu'elles constituent toutes deux des échelles fiables, valides et reproductibles dans l'évaluation des incapacités physiques de la personne souffrant de lombalgie. De plus, ces deux échelles bien que différentes dans la forme, ont un score de corrélation élevé ($r = 0.8$) et peuvent être facilement mises en relation dans l'analyse de leur résultat [32].

1.3.4. Evaluation des facteurs de risques

Depuis les années 1990, de nombreuses études ont vu le jour afin d'identifier des facteurs favorisant l'apparition d'épisodes de lombalgie ainsi que leur chronicisation [33]. Ainsi, dans ses nouvelles recommandations parues en 2019, la HAS mentionne l'apparition du terme de « drapeaux » ou « flags » spécifiques à la lombalgie commune [4]. Ils représentent des facteurs de risques à identifier par un professionnel de santé le plus précocement possible.

Il y est alors distingué quatre types de drapeaux, voir figure 3 ci-dessous :

- Les **drapeaux rouges** (« Red flags ») ou facteurs de risque biomédicaux : ce sont des signes d'alerte devant orienter vers une pathologie sous-jacente qui nécessiterait une prise en charge spécifique ;
- Les **drapeaux jaunes** (« Yellow flags ») ou facteurs de risque psychocomportementaux : ce sont un ensemble de dispositions psychologiques et comportementales, et de représentations qui participent au processus de chronicisation de la lombalgie ;
- Les **drapeaux bleus** (« Blue flags ») ou facteurs socioéconomiques : ce sont des facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur ;
- Les **drapeaux noirs** (« Black flags ») ou facteurs professionnels : ce sont des facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurances.

Drapeaux rouges : <ul style="list-style-type: none">• Douleur de type non mécanique• Symptôme neurologique étendu• Paresthésie au niveau du pubis• Traumatisme important• Perte de poids inexplicquée• Antécédent de cancer• Usage de drogue intraveineuse/ corticoïdes• Déformation importante de la colonne• Âge d'apparition < à 20 ans ou > à 55 ans• Fièvre ou altération de l'état général	Drapeaux bleus : <ul style="list-style-type: none">• Charge physique élevée de travail• Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail• Manque de capacité à modifier son travail• Manque de soutien social• Pression temporelle ressentie• Absence de satisfaction au travail• Stress au travail• Faible espoir de reprise du travail• Peur de la rechute
Drapeaux jaunes : <ul style="list-style-type: none">• Problèmes émotionnels : dépression, anxiété, stress• Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos• Comportements douloureux inappropriés : évitement ou réduction de l'activité• Problèmes liés au travail ou problèmes liés à l'indemnisation	Drapeaux noirs : <ul style="list-style-type: none">• Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive / changement de poste• Insécurité financière• Critères du système de compensation• Incitatifs financiers• Manque de contact avec le milieu de travail• Durée de l'arrêt maladie

Figure 3 - Les drapeaux identifiés par la HAS [4]

1.3.5. Evaluation psychologique

Des études cognitivo-comportementales récentes sur l'impact psychologique de la lombalgie suggèrent deux réponses comportementales antinomiques face à la douleur : l'affrontement ou l'évitement [34].

En effet, si la douleur ressentie est interprétée comme menaçante, alors la peur liée à cette douleur va progresser. Ce phénomène entraîne le patient dans une hypervigilance et un évitement de tout mouvement spontané, suivi d'une incapacité, d'un abandon voire une dépression, responsables elles-mêmes d'une persistance de l'expérience douloureuse. Au contraire, en l'absence de peur liée à la douleur, le patient s'expose rapidement à ses activités de la vie quotidienne, ce qui le mène vers une guérison rapide [35]. Ce modèle psychologique est illustré ci-dessous en figure 4.



Figure 4 - Modèle psychologique de la peur liée à la douleur [35]

Ainsi, une étude datée de 2004, « *Mythes sur la lombalgie, le handicap et les maux de dos* », suggère que les patients ayant des idées erronées sur la lombalgie ainsi que ses dommages dans la réalisation des tâches quotidiennes peuvent avoir des retentissements cognitivo-comportementaux importants. Dans cette étude, 77 % des personnes interrogées pensent que si l'on a mal au dos, un mauvais mouvement peut engendrer des problèmes majeurs [36].

Les croyances et représentations préconçues des patients face à leur lombalgie sont au cœur des drapeaux jaunes, associés fortement au processus de chronicisation de la douleur. Parmi l'ensemble de ces mécanismes psychologiques, les plus fréquemment observés sont :

- L'**anxiété** et la **dépression** : il s'agit d'une émotion souvent ressentie comme désagréable qui correspond à l'attente d'un danger [37]. Un excès d'anxiété peut mener à une dépression ;
- Le **catastrophisme** : il désigne les pensées négatives du patient concernant sa pathologie, telle que la croyance que ses douleurs vont persister à vie ou que rien ne pourra jamais le soulager ;
- La **Kinésiophobie** : elle apparaît lorsque le patient, par peur du mouvement, décide de s'autolimiter dans ses mouvements [38], elle s'allie souvent avec le phénomène « **appréhension-évitement** » qui désigne le fait que le patient s'autolimites dans ses mouvements par peur de provoquer une quelconque douleur [38].

Les facteurs de risque psychologiques et comportementaux sont intimement liés entre eux et forment un véritable cercle vicieux qu'il est absolument nécessaire de briser dans le cadre de la prise en charge d'un patient lombalgique. Il semble de ce fait essentiel de pouvoir évaluer la survenue de tels comportements. C'est pourquoi de nombreux outils, souvent des auto-questionnaires, ont été développés dans le but d'évaluer chacun des mécanismes évoqués ci-dessus (**ANNEXE 4**).

Tel que :

- ♦ Le **Short Form 12** ou SF-12 ;
- ♦ Le **Fear-avoidance beliefs questionnaire** ou FABQ ;
- ♦ Le **Tampa Scale of Kinesiophobia** ou TSK ;
- ♦ Le **Hospital Anxiety and Depression scale** ou HADS ;
- ♦ Le **Center for Epidemiologic Studies Depression** ou CES-D.

La plupart de ces outils ne sont pas spécifiques à la seule prise en charge d'une lombalgie et à ce jour, des doutes subsistent quant à leur validité et fiabilité en pratique clinique [39]. Cependant, elles restent les échelles les plus utilisées pour évaluer l'aspect psychique d'un patient. C'est pourquoi, tous ces questionnaires ont pu être utilisés dans ce travail de recherche.

1.3.6. Evaluation des activités professionnelles

Dans le cadre de la lombalgie commune, l'évaluation des activités professionnelles se fait par l'analyse du statut professionnel de la personne. Ainsi, analyser le statut professionnel du patient équivaut à relever la profession ou la qualification professionnelle, l'ancienneté au poste de travail, mais aussi les différentes contraintes mécaniques inhérentes à ce poste.

L'incapacité liée à l'activité professionnelle peut être évaluée grâce au calcul du nombre de jours d'arrêt de travail dû aux douleurs lombaires. L'arrêt de travail se mesure en jours et donne un indicateur sur les incapacités liées à l'exercice d'une activité professionnelle pour les patients présentant une lombalgie commune.

Ainsi, selon une fiche de l'assurance maladie, datée de décembre 2017, la durée de l'arrêt de travail est adaptée pour chacun selon l'âge et les conditions physiques, le temps et la fonction exercée dans son travail [40]. Elle doit être évaluée précocement puisque en cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés au-delà de 4 semaines, les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail dits « drapeaux bleu et noir » doivent être recherchés [4].

L'ensemble des données physiques, psychologiques et sociales relevées durant l'évaluation clinique du patient permettent d'orienter sur la prise en charge adéquate, qui accompagnerait au mieux le patient dans l'évolution de sa lombalgie.

La mise en œuvre d'une approche multidisciplinaire biopsychosociale permettrait de prendre en compte chacune des composantes physique, psychique et sociale décrites ci-dessus. Il serait alors intéressant d'étudier les possibles bénéfices de l'instauration d'un programme prenant en compte l'ensemble de ces composantes dans le cadre de la prise en charge de la lombalgie subaiguë commune.

1.4. Les traitements de la lombalgie subaiguë commune

Selon la fiche mémo de la HAS sur la prise en charge du patient présentant une lombalgie commune, la kinésithérapie serait le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie commune (grade B). Cependant, face à des accès douloureux ou une inefficacité de la prise en charge active, d'autres traitements peuvent être au quel cas envisagés [4].

1.4.1. La masso kinésithérapie

Les prescriptions de masso kinésithérapie dans la prise en charge des lombalgies communes représentent une part importante du traitement usuel. En effet, selon la HAS, plus d'un million de malades ont été pris en charge par masso kinésithérapie dans le cadre du traitement de douleurs lombaires en 1998 [41].

Elle doit respecter les objectifs inhérents à la stratégie thérapeutique recommandée dans la prise en charge des lombalgies communes [42] :

- Lutte contre la douleur ;
- Récupération des amplitudes articulaires lombaires ;
- Récupération de la force des muscles du tronc et du segment lombo-pelvien ;
- Récupération fonctionnelle.

Le kinésithérapeute peut choisir parmi son éventail d'acte possible (exercices thérapeutiques, conseils et éducation, massage, physiothérapie, électrothérapie, manipulations vertébrales, balnéothérapie,...) afin de proposer une prise en charge la mieux adaptée au patient.

Ainsi, la HAS dans ses nouvelles recommandations de 2019, soumet une synthèse des actes recommandés lors de la prise en charge kinésithérapique d'un patient présentant une lombalgie commune à risque de chronicité, présentée dans la figure 5 [4].

	Niveau de preuve
L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie	<i>Grade B</i>
La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés, enseignés par un kinésithérapeute, puis à domicile est recommandée chez les patients à risque de chronicité	<i>Grade B</i>
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	<i>Accord Expert</i>
Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles ne présentent aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie	<i>Accord Expert</i>
Les ultrasons, les tractions lombaires et les semelles orthopédiques ne sont pas recommandés	<i>Grade B</i>

Figure 5 - Actes utilisés lors de la prise en charge kinésithérapique d'un patient présentant une lombalgie à risque de chronicité [4]

1.4.2. La prise en charge multidisciplinaire

Si le patient présente des facteurs de risque de passage à la chronicité (« drapeaux »), une prise en charge pluridisciplinaire est alors indiquée (grade B) [4]. Cette prise en charge associée à une démarche holistique centrée sur le patient est essentielle dans l'évolution physique, psychologique et sociale de la lombalgie commune.

1.4.2.1. Le modèle biopsychosocial

Le terme biopsychosocial a été énoncé pour la première fois en 1977 par Georges Libman Engel, psychiatre américain. A ce jour, il existe en médecine deux modèles théoriques : le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial. Ce modèle biopsychosocial est une approche plus contextuelle et transdisciplinaire que le modèle biomédical. Il tient compte des interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la pathologie [41].

Ainsi, l'évolution des patients est déterminée, non pas seulement par les facteurs biologiques, mais aussi par les événements psychosociaux constitutifs de la vie du patient. Dans ce modèle, aucun de ces trois déterminants de la santé ne doit se voir accorder une place plus importante que les autres.

Selon la HAS, la prise en charge biopsychosociale doit être centrée sur le patient. Elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur aussi bien dans ses dimensions physique, psychologique et socio-professionnelle (Accord Expert) [4].

La mise en pratique du modèle biopsychosocial est régie par deux caractéristiques indispensables : la participation active du patient et une éducation thérapeutique adéquate. Ce modèle permet donc au patient, au même titre que les professionnels de santé, de s'impliquer dans sa propre prise en charge.

Cependant, ce modèle reste mal compris et trop souvent mal utilisé. Quelques hypothèses peuvent expliquer le manque de succès du modèle biopsychosocial auprès des professionnels de santé, tel que : la méconnaissance et le scepticisme, la difficulté à intégrer complexité et incertitude dans la démarche médicale, la nécessité de repenser la relation soignant-soigné et de faire appel à des connaissances théoriques et des compétences relationnelles élargies [43].

En effet, l'intégration du modèle biopsychosocial dans sa pratique, pour un professionnel seul, nécessite l'acquisition de compétences supplémentaires afin de prendre en charge le patient dans sa globalité, ce qui est bien souvent difficile à mettre en place. Ce modèle biopsychosocial conduit donc vers une démarche thérapeutique pluridisciplinaire alliant différents acteurs de la santé afin de répondre au mieux aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des patients.

1.4.2.2. Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

Depuis quelques années, de nouvelles institutions comme l'association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel (APMSL) travaillent à la fois avec et pour les professionnels de santé dans le but de favoriser l'émergence d'un exercice coordonné multidisciplinaire dans un lieu unique et commun : les maisons de santé pluridisciplinaires ou MSP [44].

Selon l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, les MSP « assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales » [45].

Le développement de MSP a pour objectifs principaux [45] :

- D'offrir à la population d'un territoire un lieu de prise en charge la plus globale possible ;
- D'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en facilitant la continuité des soins ;
- De contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, par le partage d'expérience et la complémentarité des approches.

Les professionnels de santé élaborent donc un projet commun, appelé projet de santé, qui représente le socle de leur exercice multidisciplinaire. De nos jours, ce mode d'exercice est en large expansion. En effet, entre 2008 et 2020, 1 300 maisons de santé pluriprofessionnelles ont été créées en France [46]. La création de ces établissements de santé permet de faciliter la mise en place de programmes multidisciplinaires divers et variés.

1.4.2.3. Les programmes multidisciplinaires

Selon la HAS : « l'équipe est un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin » [47].

La sélection des professionnels impliqués dans les programmes pluridisciplinaires dépend à la fois de l'expérience des thérapeutes et des besoins intrinsèques de la personne selon sa pathologie. Dans le cadre de la lombalgie commune, les acteurs impliqués dans la prise en charge multidisciplinaire peuvent être : kinésithérapeutes, médecins, ergothérapeutes, psychologues. D'autres thérapeutes peuvent également être impliqués, si le patient nécessite une prise en charge spécifique [48].

Après avis de la HAS, l'assurance maladie a fait paraître une brochure : « *Lombalgie commune : comment orienter la prise en charge pluridisciplinaire et favoriser le maintien d'une activité professionnelle* » destinée aux professionnels de santé [5]. Un programme multidisciplinaire composé de kinésithérapie, d'un apprentissage de la gestion de la douleur et d'une prise en charge psychologique associée y est présenté comme exemple.

Le kinésithérapeute participe au maintien ou à la reprise de l'activité physique au travers de différents programmes d'exercices proposés. Cependant, des problèmes psychologiques peuvent persister et entretenir la douleur ressentie par le patient. Une prise en charge psychologique et/ou cognitivo-comportementale permet d'accompagner le patient vers une meilleure gestion de sa douleur et favorise la déconstruction des fausses croyances associées à la lombalgie commune [49].

Il n'existe pas un seul et unique programme multidisciplinaire mais bien des multitudes de programmes possibles. Chaque programme peut être différent en termes d'intensité, de contenu ou de durée.

1.5. Intérêt de la revue de littérature

Dès lors que la douleur lombaire devient chronique, elle entraîne des retentissements multiples : à la fois physiques, psychologiques, socioprofessionnels voire comportementaux. La lombalgie chronique commune est responsable de plus de 85 % des coûts médicaux directs ou indirects en France [17]. C'est ainsi un véritable enjeu socioéconomique dans la santé publique actuelle. D'après toutes ces données, il paraît donc essentiel de lutter, autant que faire se peut, contre le passage au stade de chronicité.

La prise en charge pluridisciplinaire, au même titre que la prise en charge kinésithérapique usuelle, s'organise autour d'objectifs visant la gestion de la douleur, l'amélioration des capacités fonctionnelles, la prise en charge des troubles psychologiques ainsi que la réinsertion sociale et/ou professionnelle du patient lombalgique.

Cette prise en charge multidisciplinaire centrée sur le modèle biopsychosocial a déjà été étudiée à de nombreuses reprises dans le cadre de la lombalgie chronique ces dernières années. La plupart des études montrent un bénéfice potentiel de cette prise en charge dans la diminution des douleurs et des incapacités des patients face à un traitement physique usuel [50]-[51].

Néanmoins, très peu de revues de littératures sont parues concernant cette prise en charge multidisciplinaire dans la population lombalgique subaiguë. Or, une efficacité reconnue de cette thérapeutique permettrait de limiter le passage au stade de chronicité et ainsi d'éviter tous les problèmes socioéconomiques conséquents qui en découlent dans la santé actuelle.

A l'ère de l'Evidence based practice (EBP), il est pertinent de réaliser ce travail de recherche afin de permettre aux professionnels de santé de pouvoir choisir la thérapeutique la plus adaptée parmi les outils disponibles pour traiter la lombalgie subaiguë commune.

C'est pourquoi, l'objectif principal de cette revue de littérature est d'analyser un possible intérêt de la prise en charge multidisciplinaire dans la diminution des douleurs et l'amélioration des capacités fonctionnelles chez le patient souffrant de lombalgie subaiguë commune.

Afin de clarifier au mieux la question de recherche de la revue de littérature, il a été utilisé le modèle PICO, voir figure 6 [52] :

- ❖ « P » : **Population** étudiée, soit des patients souffrant de lombalgie subaiguë commune ;
- ❖ « I » : **Intervention**, soit la mise en place d'un programme multidisciplinaire ;
- ❖ « C » : **Comparateur** auquel sera confronté le traitement, soit un programme de soins kinésithérapiques usuels dans la prise en charge de la lombalgie commune ;
- ❖ « O » : **Outcomes** (critères de jugement) montrant l'efficacité du traitement, soit la douleur ressentie, l'incapacité fonctionnelle, le retour au travail et les différents comportements psychologiques des patients face à la douleur.

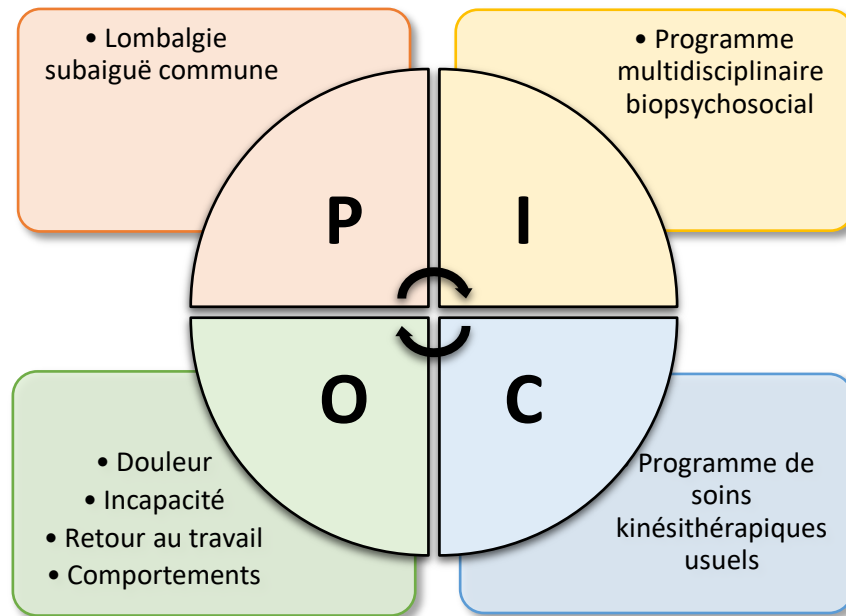


Figure 6 - Modèle PICO

La problématique est la suivante : « **Les programmes multidisciplinaires s'appuyant sur le modèle biopsychosocial sont-ils plus efficaces que les programmes de soins kinésithérapiques usuels dans le cadre de la prise en charge des lombalgies subaiguës communes ?** ».

2. METHODOLOGIE

Cette deuxième partie est une description des différentes étapes qui vont permettre de rechercher des études scientifiques, de les sélectionner et d'extraire leurs données afin de répondre à la question de recherche initiale. D'abord, il sera défini les critères d'éligibilité souhaités dans cette revue de littérature. Ensuite, il sera abordé la méthodologie de recherche des études effectuées. Enfin, il sera précisé comment l'extraction des données et leur analyse seront réalisées.

2.1. Critères d'éligibilité

Dans cette revue de littérature, le sujet se porte sur l'étude de l'efficacité des programmes multidisciplinaires basés sur le modèle biopsychosocial dans la prise en charge de la lombalgie subaiguë commune. Afin de répondre au mieux à la problématique, une étude thérapeutique est choisie comme modèle de rédaction.

2.1.1. Schéma d'étude

Dans le cadre d'une question thérapeutique, les essais cliniques randomisés (ECR), sont les études ayant le plus haut niveau de preuve [53]. Ainsi, afin de garantir la meilleure pertinence clinique possible, seuls les essais cliniques randomisés sont sélectionnés dans ce travail de recherche.

Aussi, pour avoir les données les plus représentatives de l'état actuel de la science, seuls les articles dont la date de parution est comprise entre l'année 2000 et la fin de l'année 2021 sont inclus dans l'étude. Par souci de compréhension, seulement les études rédigées en français ou en anglais sont comprises.

2.1.2. Population

L'objectif de cette revue de littérature est de cibler la population souffrant de lombalgie commune. Ainsi, toutes les pathologies figurant dans les « drapeaux rouge » font figure de critères d'exclusion. Les participants intégrés dans l'étude sont des personnes présentant une lombalgie subaiguë commune comprise entre 3 à 12 semaines d'évolution.

Plus de 4 personnes sur 5 souffriront de lombalgie commune au cours de leur vie [54]. Afin de représenter au mieux la population cible, seul un âge minimum basé à 18 ans est indiqué.

Il n'y a aucune différence significative dans la répartition entre les hommes et les femmes dans le contexte de soin français, c'est pourquoi il n'y aura aucune restriction de sexe dans cette revue de littérature.

2.1.3. Intervention et comparateur

Les études doivent inclure un groupe de patients recevant une prise en charge multidisciplinaire biopsychosociale. Le terme biopsychosocial sous-entend que seules les études s'intéressant à la fois à l'aspect physique et psychologique des participants sont sélectionnées dans ce travail de recherche.

L'intervention doit être comparée à un groupe contrôle, qui par définition ne recevra pas le même traitement. En effet, les programmes pluridisciplinaires doivent être comparés à un groupe de patients recevant une prise en charge kinésithérapique usuelle dans le cadre de la lombalgie commune. Le tableau 1 permet de synthétiser les informations données ci-dessus.

Intervention	Comparateur
<ul style="list-style-type: none"> Programme multidisciplinaire biopsychosocial : kinésithérapie + prise en charge psychologique +/- autres 	<ul style="list-style-type: none"> Soins kinésithérapiques usuels : exercices physiques, conseils, thérapies passives

Tableau 1 - Intervention et comparateur

2.1.4. Critères de jugement

Le critère de jugement est un paramètre mesuré, permettant de mettre en évidence le résultat d'une intervention. Les critères de jugement principaux choisis sont l'évolution de la douleur et la mesure des capacités fonctionnelles des patients lombalgiques. Les résultats concernant ces critères de jugement principaux sont décrits à l'aide de différents outils indiqués dans le tableau 2 :

Douleur	Capacité fonctionnelle
<ul style="list-style-type: none"> Echelle visuelle analogique (EVA) Echelle numérique (EN ou NRS) Questionnaire McGill (MPQ) 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire Roland Morris (RMQ) Questionnaire Oswestry (ODI)

Tableau 2 - Critères de jugement principaux

Les critères de jugement secondaires choisis sont l'impact sur l'activité professionnelle et l'évolution comportementale qui découlent de la lombalgie. Les résultats concernant ces critères de jugement secondaires sont décrits à l'aide de différents outils présentés dans le tableau 3 :

Activité professionnelle	Comportements
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de jours d'arrêt maladie 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire TSK Questionnaire SF-12 Questionnaire CES-D Questionnaire HADS Questionnaire FABQ

Tableau 3 - Critères de jugement secondaires

2.1.5. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont un groupe de conditions définies que doivent présenter les études scientifiques pour faire partie de ce travail. A contrario, les critères d'exclusion sont les conditions qui rendent impossible l'inclusion des articles dans la revue de littérature. Ces critères sont présentés dans le tableau 4 ci-dessous.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">○ Essais cliniques randomisés (ECR)○ Etudes publiées entre 2000 et 2021○ Etudes traitant les lombalgies subaiguës communes (3 à 12 semaines)○ Etudes composées de personnes de + de 18 ans○ Etudes évaluant la douleur, les capacités fonctionnelles et/ou l'activité professionnelle et les comportements	<ul style="list-style-type: none">○ Etudes traitant les lombalgies spécifiques○ Etudes traitant les lombalgies chroniques○ Etudes dont le programme d'intervention n'inclut pas le modèle biopsychosocial○ Etudes comparant la prise en charge multidisciplinaire à un comparateur autre que les soins kinésithérapiques usuels○ Etudes dans une langue autre que français ou anglais

Tableau 4 - Critères d'inclusion et d'exclusion

2.2. Méthodologie de recherche des études

2.2.1. Sources documentaires investiguées

La rédaction de cette revue de littérature a nécessité un travail de recherche des études scientifiques disponibles sur le sujet choisi. La recherche d'articles a été investiguée sur différentes banques de données médicales scientifiques telles que PubMed, PEDro, Cochrane Library et Kinédoc. La base de recherche Google Scholar a également été utilisée bien que ce ne soit pas un outil scientifique à proprement parler.

Par ailleurs, un « effet boule de neige » a été appliqué en sélectionnant des articles mentionnés dans les bibliographies des revues de littératures et d'articles existants ainsi qu'en utilisant la rubrique « similar article » sur la base de données PubMed. Ce travail de recherche a été effectué entre août 2021 et novembre 2021. Il a été choisi, afin d'obtenir des données les plus représentatives de l'état actuel de la science et de garantir une pertinence clinique, de restreindre la recherche en se basant sur des études parues entre 2000 et 2021.

2.2.2. Equations de recherche utilisées

L'équation de recherche est un ensemble de mots-clés combinés avec des opérateurs booléens « AND », « OR » et « NOT » (correspondant en français à ET, OU, SAUF). La combinaison de tous ces termes permet de transmettre un ensemble d'articles le plus exhaustif possible. Les mots-clés ont été définis à l'aide des MeSH termes du PICO précédemment énoncé. Pour ce faire, un site dédié a été utilisé : HeTop [55]. Le tableau 5 ci-joint expose les mots clés recherchés en français et en anglais.

Mots clés en Français	Mots clés en Anglais
Lombalgie	low back pain
Subaiguë	Subacute
Chronique	Chronic
Programme pluridisciplinaire / multidisciplinaire	Multidisciplinary program
Biopsychosocial	Biopsychosocial
Douleur, incapacité, retour au travail, comportement	Pain, disability, work capacity, behaviour

Tableau 5 - Mots clés des termes PICO

L'équation de recherche utilisée pour cette revue de littérature est donc :

((("low back pain") OR ("subacute low back pain") NOT ("chronic")) AND (("biopsychosocial") OR ("multidisciplinary"))) AND (("pain") OR ("disability") OR ("work capacity") OR ("behaviour"))

Cette équation de recherche a été adaptée en fonction du moteur de recherche utilisé afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles, voir tableau 6 :

Moteur de recherche	Equation de recherche
PubMed	<i>((("low back pain") OR ("subacute low back pain") NOT ("chronic")) AND ("biopsychosocial") OR ("multidisciplinary"))) AND (("pain") OR ("disability") OR ("work capacity") OR ("behaviour"))</i> Filtre : clinical trial
PEDro	- Abstract & Title : subacute low back pain - Body part : lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis - Method : clinical trial - Title only : multidisciplinary
Cochrane	Title abstract keyword (low back pain) AND (subacute) AND (multidisciplinary) Filtre : clinical trial
Kinédoc	(Lombalgie subaiguë) ET (programme multidisciplinaire) OU (biopsychosocial) Filtre : Autres

Tableau 6 - Équation de recherche selon les différents moteurs investigués

2.3. Méthode d'extraction et d'analyse des données

2.3.1. Sélection des études

Les articles sont sélectionnés sur les bases de données scientifiques citées précédemment. Ces bases de données (PubMed, PEDro, Cochrane et Kinédoc) permettent de recenser les articles évoquant le sujet de la revue de littérature.

La sélection des articles débute dans un premier temps par l'exclusion des études dits en doublons sur les différentes bases de données utilisées.

Dans un deuxième temps, le tri des articles continue par la suppression, après une lecture des abstracts et des titres, des études non éligibles à la revue de littérature. Ainsi, après lecture des titres et des abstracts, un certain nombre d'articles sont éliminés à cette étape.

Puis dans un troisième temps, les études restant font l'objet d'une lecture complète. Suite à cette lecture en lien avec les critères d'inclusion et d'exclusion cités précédemment, des articles sont de nouveaux éliminés à cette étape.

Finalement, après une lecture intégrale du texte de ces articles, seuls les études répondant spécifiquement aux critères méthodologiques demandés sont inclus dans l'analyse de la revue de littérature.

2.3.2. Evaluation de la qualité méthodologique des études sélectionnées

Afin d'évaluer la qualité méthodologique des articles sélectionnés dans la revue de littérature, la grille d'évaluation PEDro est utilisée (**ANNEXE 5**). C'est l'échelle d'évaluation la plus adaptée dans le cadre d'une question thérapeutique centrée sur des essais cliniques randomisés [56].

Cette grille est composée de 11 items permettant d'évaluer la validité externe (critère 1) et interne (critères 2 à 9) des articles ainsi que la bonne interprétabilité de leurs résultats (critères 10 à 11).

Pour chacun de ces items, un point est attribué si et seulement si le critère est explicitement décrit dans l'étude. Dans le cas contraire, le point ne peut être attribué.

Au plus le score est élevé, au plus l'étude détient une qualité méthodologique pertinente scientifiquement. Ainsi, un score inférieur à 4 correspond à un faible niveau de preuve ; un score compris entre 4 et 6 correspond à un niveau de preuve modéré ; un score supérieur à 6 correspond à un haut niveau de preuve [57].

L'échelle d'évaluation PEDro permet également d'évaluer les différents risques de biais, tels que : les biais d'attribution (items 2 à 4), les biais d'évaluation (items 5 à 7), les biais de suivi (item 8), les biais d'attrition (item 9) et les biais d'interprétation des résultats (items 10 et 11).

2.3.3. Extraction des données

La phase d'extraction des données a été réalisée au cours de la lecture complète de chaque article inclus à l'aide des paramètres cités ci-dessous :

- La situation de l'article : date, pays, auteurs ;
- Le type d'étude ;
- Le type de population : pathologie, sex-ratio, âge ;
- Le nombre de participants à l'étude ;
- Les critères d'inclusion / Les critères d'exclusion ;
- La description de l'intervention : composantes, durée ;
- La description du groupe contrôle : composantes, durée ;
- Les critères de jugement principaux et secondaires ;
- Les résultats de l'étude.

Les données récoltées lors de la lecture des différents articles inclus dans cette revue de littérature ont été extraites et regroupées sous forme de tableaux dans la partie résultat. Cette méthode de synthèse permet une compréhension ainsi qu'une comparaison plus aisée de ces informations.

Aussi, les études ayant été exclues suite à une lecture complète sont présentées dans un tableau avec leur motif d'exclusion dans la section résultat.

2.3.4. Méthode de synthèse des résultats

Cette revue de littérature prend la forme d'une revue systématique présentant des résultats de manière qualitative [58].

Afin d'analyser les résultats retrouvés lors de la lecture des articles compris dans la revue de littérature, plusieurs paramètres sont étudiés :

- La **différence inter-groupe** : elle permet d'évaluer l'efficacité du traitement étudié aux différents moments d'évaluation ;
- La **valeur p** : elle permet d'estimer la probabilité que la différence observée entre les traitements ne soit pas due qu'au hasard [59]. Le p est donc la représentation de cette probabilité et devra être inférieure à 5 % pour démontrer des résultats significatifs ;
- L'**intervalle de confiance à 95 %** : il est l'outil de référence pour estimer la taille d'effet d'un traitement [60].

La valeur p est indiquée dans l'ensemble des études, cependant l'intervalle de confiance à 95 % ainsi que la taille d'effet ont dû être calculés manuellement.

Pour rappel, l'analyse des résultats a pour objectif de montrer de la manière la plus précise possible l'efficacité d'une prise en charge multidisciplinaire axée sur le modèle biopsychosocial sur la douleur, les capacités fonctionnelles, le travail et les comportements pour un patient souffrant d'une lombalgie subaiguë commune.

3. RESULTATS

3.1. Description des études

3.1.1. Diagramme de flux

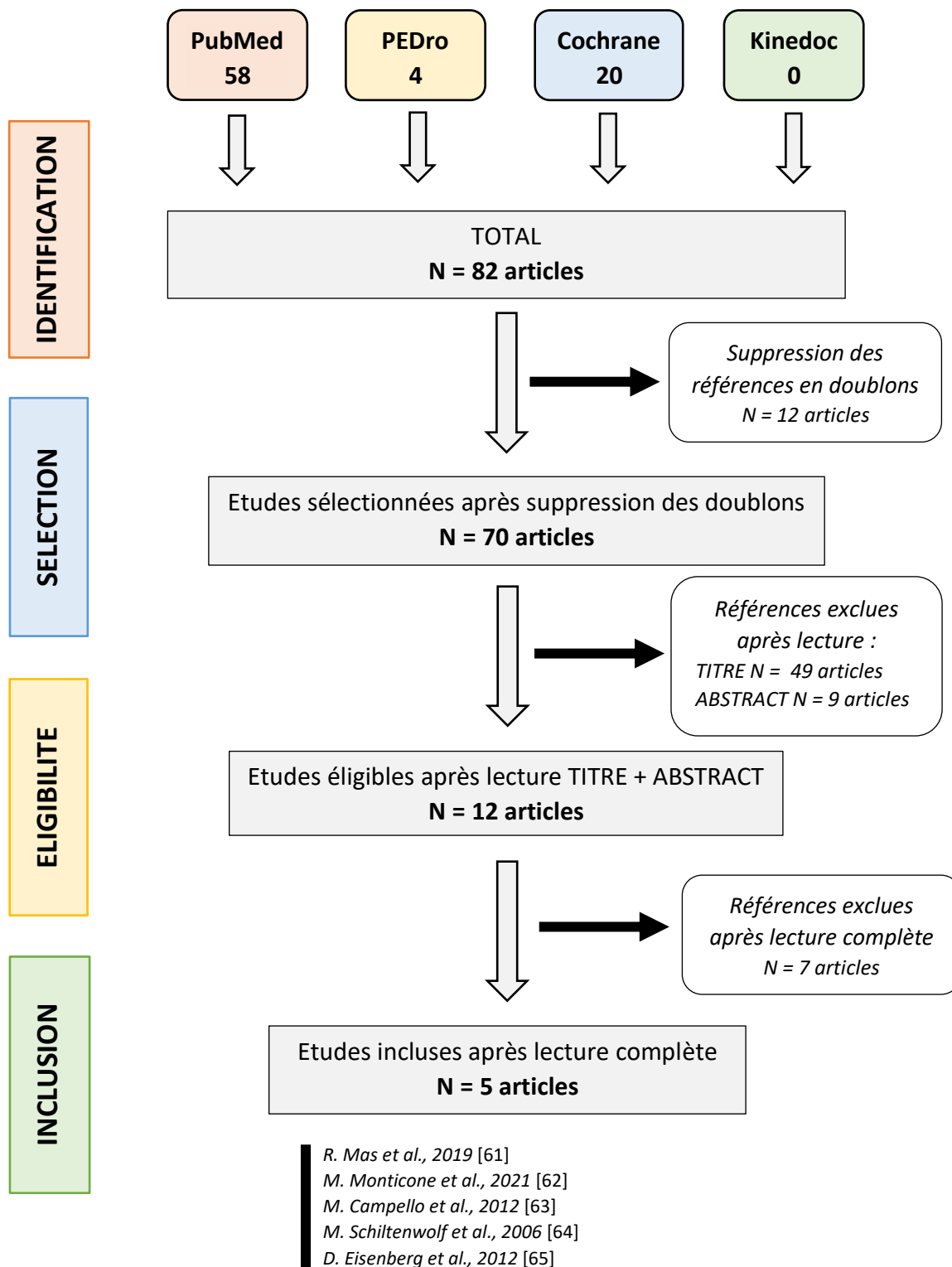


Figure 7 - Diagramme de flux

3.1.2. Références des études exclues

Suite à la recherche sur les différentes bases de données investiguées, 82 études ont été proposées. Afin de sélectionner uniquement les études se rapportant au sujet de la revue de littérature, plusieurs étapes de sélection ont été effectuées.

→ **Suppression des doublons (N = 12)**

Cette première étape d'écrémage a permis d'écarter les études parues en doublons dans les bases de données. Ainsi, 70 études ont été retenus pour une lecture du titre et de l'abstract.

→ **Exclusion par le titre et l'abstract (N = 58)**

Cette deuxième étape a permis d'exclure les études hors sujet. En effet, lors de la lecture du titre et de l'abstract, lorsque le thème, la population ou le schéma d'étude de l'article ne correspondait pas au sujet, ce dernier était exclu. Ainsi, 12 articles ont été retenus pour une lecture intégrale.

→ **Exclusion après lecture intégrale (N = 7)**

Cette dernière étape a permis d'exclure les études ne répondant pas aux critères d'inclusion et d'exclusion du sujet de la revue. Ainsi, un total de 7 articles ont été exclus à cette étape. Ces études sont présentées dans le tableau 7 ci-dessous avec la raison de leur exclusion.

Finalement, après une lecture intégrale du texte de ces études, 5 articles ont été inclus dans l'analyse de la revue de littérature, listés ci-dessous de la date de parution la plus ancienne à la plus récente :

M. Schiltenswolf et al. [64] **“Comparison of a biopsychosocial therapy (BT) with a conventional biomedical therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode of sick leave: A randomized controlled trial”** – 2006, Allemagne.

M. Campello et al. [63] **“Implementation of a multidisciplinary program for active-duty personnel seeking care for low back pain in a U.S. Navy medical center: A feasibility study”** – 2012, USA.

D. Eisenberg et al. [65] **“A model of integrative care for low-back pain”** – 2012, USA.

R. Mas et al. [61] **“Effectiveness of a multidisciplinary BIOPSYCHOSOCIAL intervention for non-specific SUBACUTE low back pain in a working population: A cluster randomized clinical trial”** – 2019, Espagne.

M. Monticone et al. [62] **“Multidisciplinary program based on early management of psychological factors reduces disability of patients with subacute low back pain. Results of a randomised controlled study with one year follow-up”** – 2021, Italie.

	Titre	Raison de l'exclusion
A. Suman et al., 2017 [66]	<i>Implementation of a Multidisciplinary Guideline for Low Back Pain: Process-Evaluation Among Health Care Professionals</i>	Résultats portant uniquement sur la satisfaction des patients suite à la mise en place d'un protocole multidisciplinaire
J. Anema et al., 2007 [67]	<i>Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial</i>	Comparateur non conforme aux critères d'inclusion de la revue
P. Pederson et al., 2017 [68]	<i>Comparing multidisciplinary and brief intervention in employees with different job relations on sick leave due to low back pain: protocol of a randomised controlled trial</i>	Etude évaluant l'effet d'une intervention multidisciplinaire uniquement selon le niveau de relation professionnelle
Y. Henchoz et al., 2010 [69]	<i>Functional multidisciplinary rehabilitation versus outpatient physiotherapy for nonspecific low back pain: randomized controlled trial</i>	Population non conforme aux critères d'inclusion de la revue
C. Jensen et al., 2011 [70]	<i>One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention</i>	Population non conforme aux critères d'inclusion de la revue
M. Benedict et al., 2004 [71]	<i>Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise</i>	Population non conforme aux critères d'inclusion de la revue
A. Berenguera et al., 2011 [72]	<i>Study protocol of effectiveness of a biopsychosocial multidisciplinary intervention in the evolution of non-specific sub-acute low back pain in the working population: cluster randomised trial</i>	Pas de résultats présentés

Tableau 7 - Références exclues

3.1.3. Références des études incluses

La revue de littérature compte ainsi 5 études représentant des essais cliniques randomisés publiés entre 2006 et 2021. Ces dernières traitent la comparaison entre une prise en charge multidisciplinaire biopsychosociale et une prise en charge kinésithérapique usuelle dans le cadre du traitement d'une lombalgie subaiguë commune. Les caractéristiques PICO de chaque étude sont à retrouver dans les tableaux ci-dessous. Un résumé mettant en commun les données détaillées des études est également à retrouver dans l'**ANNEXE 6**.

	Etude de R. Mas et al. (2019), Espagne [61]					
Participants	<p>○ Randomisation de 501 patients dans 39 centres de soins de santé primaires de Barcelone</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">CRITERES D'INCLUSION</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">CRITERES D'EXCLUSION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Lomalgie d'une durée de 3 à 12 semaines ♦ Pas d'antécédents de lomalgie au cours des 6 mois précédant l'épisode actuel ♦ Travailleurs actifs, âgés de 18 à 65 ans ♦ Joignables pendant au moins douze mois après le début de l'étude </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Patients ne souhaitant pas participer ♦ Lomalgie coexistant avec une déficience cognitive ou des troubles psychiatriques ♦ Autres causes d'invalidité empêchant de répondre aux questionnaires ♦ Problèmes physiques au cours des 3 mois précédents </td> </tr> </tbody> </table>		CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Lomalgie d'une durée de 3 à 12 semaines ♦ Pas d'antécédents de lomalgie au cours des 6 mois précédant l'épisode actuel ♦ Travailleurs actifs, âgés de 18 à 65 ans ♦ Joignables pendant au moins douze mois après le début de l'étude 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Patients ne souhaitant pas participer ♦ Lomalgie coexistant avec une déficience cognitive ou des troubles psychiatriques ♦ Autres causes d'invalidité empêchant de répondre aux questionnaires ♦ Problèmes physiques au cours des 3 mois précédents
CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION					
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Lomalgie d'une durée de 3 à 12 semaines ♦ Pas d'antécédents de lomalgie au cours des 6 mois précédant l'épisode actuel ♦ Travailleurs actifs, âgés de 18 à 65 ans ♦ Joignables pendant au moins douze mois après le début de l'étude 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Patients ne souhaitant pas participer ♦ Lomalgie coexistant avec une déficience cognitive ou des troubles psychiatriques ♦ Autres causes d'invalidité empêchant de répondre aux questionnaires ♦ Problèmes physiques au cours des 3 mois précédents 					
Interventions	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">PROGRAMME MULTIDISCIPLINAIRE</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">PROGRAMME DE SOINS USUELS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Durée : 10 heures</p> <p>Nombre de patients : 262 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : médecin généraliste, infirmière, psychologue, kinésithérapeute</p> <p>Programme : version espagnole du livret éducatif "The Back Manual", matériel audiovisuel + programme multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin généraliste + Infirmière (2 h) : répondre aux questions, démystifier les concepts relatifs à la lomalgie et promouvoir l'adhésion à l'intervention ✓ Kinésithérapeute (4 h) : fournir des outils sur les exercices/postures pour éviter la douleur et améliorer la qualité de vie ✓ Psychologue (4 h) : fournir aux participants des techniques de thérapie cognitives et comportementales. </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Durée : aucun renseignement</p> <p>Nombre de patients : 239 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme : soins kinésithérapiques habituels, basés sur le « <i>Clinical Guidelines for Lumbar Spine Disorders in Adults</i> » publié par l'Institut catalan de la santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation du patient : informations écrites rassurantes et positives sur la nature bénigne de la lomalgie - Conseils : éviter le repos au lit et encouragez la personne à être physiquement active et à poursuivre ses activités normales - Programme structuré d'exercices physiques adapté aux préférences personnelles <p>Les exercices physiques doivent être introduits en douceur au début (marche, vélo et natation) et augmentés progressivement en intensité.</p> </td> </tr> </tbody> </table>		PROGRAMME MULTIDISCIPLINAIRE	PROGRAMME DE SOINS USUELS	<p>Durée : 10 heures</p> <p>Nombre de patients : 262 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : médecin généraliste, infirmière, psychologue, kinésithérapeute</p> <p>Programme : version espagnole du livret éducatif "The Back Manual", matériel audiovisuel + programme multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin généraliste + Infirmière (2 h) : répondre aux questions, démystifier les concepts relatifs à la lomalgie et promouvoir l'adhésion à l'intervention ✓ Kinésithérapeute (4 h) : fournir des outils sur les exercices/postures pour éviter la douleur et améliorer la qualité de vie ✓ Psychologue (4 h) : fournir aux participants des techniques de thérapie cognitives et comportementales. 	<p>Durée : aucun renseignement</p> <p>Nombre de patients : 239 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme : soins kinésithérapiques habituels, basés sur le « <i>Clinical Guidelines for Lumbar Spine Disorders in Adults</i> » publié par l'Institut catalan de la santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation du patient : informations écrites rassurantes et positives sur la nature bénigne de la lomalgie - Conseils : éviter le repos au lit et encouragez la personne à être physiquement active et à poursuivre ses activités normales - Programme structuré d'exercices physiques adapté aux préférences personnelles <p>Les exercices physiques doivent être introduits en douceur au début (marche, vélo et natation) et augmentés progressivement en intensité.</p>
PROGRAMME MULTIDISCIPLINAIRE	PROGRAMME DE SOINS USUELS					
<p>Durée : 10 heures</p> <p>Nombre de patients : 262 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : médecin généraliste, infirmière, psychologue, kinésithérapeute</p> <p>Programme : version espagnole du livret éducatif "The Back Manual", matériel audiovisuel + programme multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin généraliste + Infirmière (2 h) : répondre aux questions, démystifier les concepts relatifs à la lomalgie et promouvoir l'adhésion à l'intervention ✓ Kinésithérapeute (4 h) : fournir des outils sur les exercices/postures pour éviter la douleur et améliorer la qualité de vie ✓ Psychologue (4 h) : fournir aux participants des techniques de thérapie cognitives et comportementales. 	<p>Durée : aucun renseignement</p> <p>Nombre de patients : 239 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme : soins kinésithérapiques habituels, basés sur le « <i>Clinical Guidelines for Lumbar Spine Disorders in Adults</i> » publié par l'Institut catalan de la santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation du patient : informations écrites rassurantes et positives sur la nature bénigne de la lomalgie - Conseils : éviter le repos au lit et encouragez la personne à être physiquement active et à poursuivre ses activités normales - Programme structuré d'exercices physiques adapté aux préférences personnelles <p>Les exercices physiques doivent être introduits en douceur au début (marche, vélo et natation) et augmentés progressivement en intensité.</p>					
Critères de jugement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'échelle visuelle analogique (EVA) ▪ Le questionnaire McGill (MGPQ) ▪ Le questionnaire Roland Morris (RMDQ) ▪ Le questionnaire Short Form 12 (SF-12) 					
Evaluation	<p>Evaluation avant les 10 heures de programme, puis à 3 et 12 mois de suivi</p>					

	Etude de M. Monticone et al. (2021), Italie [62]					
Participants	<p>○ Randomisation de 150 patients dans un hôpital de réadaptation de soins secondaires en Italie</p> <table border="1" data-bbox="306 392 1375 683"> <thead> <tr> <th data-bbox="306 392 813 436">CRITERES D'INCLUSION</th> <th data-bbox="813 392 1375 436">CRITERES D'EXCLUSION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="306 436 813 683"> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Patients ambulatoires avec une lombalgie subaiguë de 4 à 12 semaines ♦ Age adulte ♦ Patient ayant donné son consentement </td> <td data-bbox="813 436 1375 683"> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Lombalgies aiguës et chroniques non spécifiques ♦ Lombalgies spécifiques ♦ Troubles cognitifs ♦ Maladies cardiovasculaires, pulmonaires, systémiques neuromusculaires </td> </tr> </tbody> </table>		CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Patients ambulatoires avec une lombalgie subaiguë de 4 à 12 semaines ♦ Age adulte ♦ Patient ayant donné son consentement 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Lombalgies aiguës et chroniques non spécifiques ♦ Lombalgies spécifiques ♦ Troubles cognitifs ♦ Maladies cardiovasculaires, pulmonaires, systémiques neuromusculaires
CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION					
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Patients ambulatoires avec une lombalgie subaiguë de 4 à 12 semaines ♦ Age adulte ♦ Patient ayant donné son consentement 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Lombalgies aiguës et chroniques non spécifiques ♦ Lombalgies spécifiques ♦ Troubles cognitifs ♦ Maladies cardiovasculaires, pulmonaires, systémiques neuromusculaires 					
Interventions	<p style="text-align: center;">PROGRAMME MULTIDISCIPLINAIRE</p> <p>Durée : 10 semaines (5 séances/semaine, 2 heures/jour + psychologue 1 heure/semaine)</p> <p>Nombre de patients : 75 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : médecin, psychologue et kinésithérapeute</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Exercices de base</i> : mobilités et étirements segmentaires, renforcement des muscles de la colonne vertébrale, travail du contrôle postural/ proprioception. ○ <i>Prise en charge psychologique</i> : changer leurs croyances et comportements erronés concernant la douleur, identifier les principales situations à éviter en cas de douleur, éduquer sur la nature/les caractéristiques de la douleur, encourager à augmenter progressivement les capacités physiques et améliorer la qualité de vie. 	<p style="text-align: center;">PROGRAMME DE SOINS USUELS</p> <p>Durée : 10 semaines (5 séances/semaine, 2 heures/jour)</p> <p>Nombre de patients : 75 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation du participant - Mobilités et étirements - Renforcement des muscles de la colonne vertébrale - Travail du contrôle postural/ proprioception 				
Critères de jugement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'Oswestry Disability Index (ODI) ▪ L'échelle d'évaluation numérique (NRS) ▪ L'échelle d'auto-évaluation de Tampa (TSK) ▪ Le questionnaire Pain Beliefs and Perception Inventory (PBAPI) ▪ Le score d'anxiété et de dépression à l'hôpital (HADS) ▪ Le Coping Strategies Questionnaire-Revised (CSQ-R) 					
Evaluation	<p>Evaluation avant les interventions, à la fin des 10 semaines de programme et à 12 mois de suivi</p>					

Etude de M. Campello et al. (2012), USA [63]					
Participants	<p>○ Randomisation de 33 patients dans une base de l'US Navy stationnée dans la région de Hampton Roads en Virginie</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">CRITERES D'INCLUSION</td> <td style="text-align: center;">CRITERES D'EXCLUSION</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Personnes cherchant des soins pour une lombalgie au Sewells Point BMC ◆ Lombalgie classée comme non spécifique par le responsable des soins primaires qui interférerait avec le travail ou la vie normale pendant une période comprise entre 4 et 12 semaines </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Des signes de psychose ou de toxicomanie ◆ Une limitation du travail en raison d'une lombalgie de plus de 12 semaines ◆ Un test de grossesse positif et des scores de dépression, de stress post-traumatique ou d'abus d'alcool qui répondaient aux critères d'orientation immédiate vers un spécialiste ◆ Une lombalgie avec des symptômes radiculaires </td> </tr> </table>	CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Personnes cherchant des soins pour une lombalgie au Sewells Point BMC ◆ Lombalgie classée comme non spécifique par le responsable des soins primaires qui interférerait avec le travail ou la vie normale pendant une période comprise entre 4 et 12 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Des signes de psychose ou de toxicomanie ◆ Une limitation du travail en raison d'une lombalgie de plus de 12 semaines ◆ Un test de grossesse positif et des scores de dépression, de stress post-traumatique ou d'abus d'alcool qui répondaient aux critères d'orientation immédiate vers un spécialiste ◆ Une lombalgie avec des symptômes radiculaires
CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION				
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Personnes cherchant des soins pour une lombalgie au Sewells Point BMC ◆ Lombalgie classée comme non spécifique par le responsable des soins primaires qui interférerait avec le travail ou la vie normale pendant une période comprise entre 4 et 12 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Des signes de psychose ou de toxicomanie ◆ Une limitation du travail en raison d'une lombalgie de plus de 12 semaines ◆ Un test de grossesse positif et des scores de dépression, de stress post-traumatique ou d'abus d'alcool qui répondaient aux critères d'orientation immédiate vers un spécialiste ◆ Une lombalgie avec des symptômes radiculaires 				
Interventions	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">PROGRAMME PLURIDISCIPLINAIRE</td> <td style="text-align: center;">PROGRAMME DE SOINS USUELS</td> </tr> <tr> <td> <p>Durée : 4 semaines (3h/jour, 3 jours par semaine)</p> <p>Nombre de patients : 16 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute, psychologue et médecin</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - programme de reconditionnement physique actif : conditionnement aérobique, entraînement en force et exercices de flexibilité - Programme cognitivo-comportemental : éducation sur la façon dont les variables psychosociales affectent la douleur, relaxation, modification des croyances inadaptées et la résolution de problèmes </td> <td> <p>Durée : 4 semaines (1h/jour, 2 à 3 jours par semaine)</p> <p>Nombre de patients : 17 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrason et stimulation électrique - Chaleur ou glace - Traction et manipulation vertébrale - Exercices et étirements </td> </tr> </table>	PROGRAMME PLURIDISCIPLINAIRE	PROGRAMME DE SOINS USUELS	<p>Durée : 4 semaines (3h/jour, 3 jours par semaine)</p> <p>Nombre de patients : 16 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute, psychologue et médecin</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - programme de reconditionnement physique actif : conditionnement aérobique, entraînement en force et exercices de flexibilité - Programme cognitivo-comportemental : éducation sur la façon dont les variables psychosociales affectent la douleur, relaxation, modification des croyances inadaptées et la résolution de problèmes 	<p>Durée : 4 semaines (1h/jour, 2 à 3 jours par semaine)</p> <p>Nombre de patients : 17 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrason et stimulation électrique - Chaleur ou glace - Traction et manipulation vertébrale - Exercices et étirements
PROGRAMME PLURIDISCIPLINAIRE	PROGRAMME DE SOINS USUELS				
<p>Durée : 4 semaines (3h/jour, 3 jours par semaine)</p> <p>Nombre de patients : 16 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute, psychologue et médecin</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - programme de reconditionnement physique actif : conditionnement aérobique, entraînement en force et exercices de flexibilité - Programme cognitivo-comportemental : éducation sur la façon dont les variables psychosociales affectent la douleur, relaxation, modification des croyances inadaptées et la résolution de problèmes 	<p>Durée : 4 semaines (1h/jour, 2 à 3 jours par semaine)</p> <p>Nombre de patients : 17 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrason et stimulation électrique - Chaleur ou glace - Traction et manipulation vertébrale - Exercices et étirements 				
Critères de jugement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'échelle numérique de l'intensité de la douleur (NRS – EN) ▪ L'Oswestry Disability Index (ODI) ▪ Le Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) ▪ Le questionnaire Center for Epidemiologic Studies- Depression (CES-D) 				
Evaluation	<p>Evaluation avant les interventions, à la fin des 4 semaines de programme, puis à 3 mois de suivi</p>				

	Etude de M. Schiltewolf et al. (2006), Allemagne [64]					
Participants	<p>○ Randomisation de 64 patients dans un centre hospitalier en Allemagne</p> <table border="1" data-bbox="316 383 1382 801" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="316 383 839 443" style="text-align: center;">CRITERES D'INCLUSION</th> <th data-bbox="839 383 1382 443" style="text-align: center;">CRITERES D'EXCLUSION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="316 443 839 801"> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Lomalgie subaiguë avec une première période d'arrêt de travail en raison de lombalgies de plus de 3 semaines jusqu'à un maximum de 12 semaines ♦ Âge 18-50 ans ♦ Connaissance de la langue nationale pour remplir les questionnaires </td> <td data-bbox="839 443 1382 801"> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Antécédents ou présence de douleur radiculaire au membre inférieur ♦ Des signes reliant causalement une lombalgie à une condition physique spécifique type drapeaux rouges ♦ Maladies systémiques (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, diabète sucré, cancer ou maladies psychiatriques) ♦ Contre-indications cardio-pulmonaires ou vasculaires pour la physiothérapie </td> </tr> </tbody> </table>		CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Lomalgie subaiguë avec une première période d'arrêt de travail en raison de lombalgies de plus de 3 semaines jusqu'à un maximum de 12 semaines ♦ Âge 18-50 ans ♦ Connaissance de la langue nationale pour remplir les questionnaires 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Antécédents ou présence de douleur radiculaire au membre inférieur ♦ Des signes reliant causalement une lombalgie à une condition physique spécifique type drapeaux rouges ♦ Maladies systémiques (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, diabète sucré, cancer ou maladies psychiatriques) ♦ Contre-indications cardio-pulmonaires ou vasculaires pour la physiothérapie
CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION					
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Lomalgie subaiguë avec une première période d'arrêt de travail en raison de lombalgies de plus de 3 semaines jusqu'à un maximum de 12 semaines ♦ Âge 18-50 ans ♦ Connaissance de la langue nationale pour remplir les questionnaires 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Antécédents ou présence de douleur radiculaire au membre inférieur ♦ Des signes reliant causalement une lombalgie à une condition physique spécifique type drapeaux rouges ♦ Maladies systémiques (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, diabète sucré, cancer ou maladies psychiatriques) ♦ Contre-indications cardio-pulmonaires ou vasculaires pour la physiothérapie 					
Interventions	<p style="text-align: center;">PROGRAMME MULTIDISCIPLINAIRE</p> <p>Durée : 3 semaines (6h/jour, 15 jours + psychothérapie 3 fois/ semaine et relaxation 4 fois/ semaines)</p> <p>Nombre de patients : 31 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : médecin, psychologue et kinésithérapeute</p> <p>Programme : Traitement usuel + psychothérapie adaptée 3 fois par semaine + thérapie de relaxation 4 fois par semaine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse des facteurs psychosociaux individuels et des conflits contribuant à la lombalgie, amélioration de la compréhension de la nature et de la fonction de la douleur - Psychoéducation, informations sur les relations physiologiques entre douleur/stress et système musculaire, thérapie comportementale, relaxation du stress 	<p style="text-align: center;">PROGRAMME DE SOINS USUELS</p> <p>Durée : 3 semaines (6h/jour, 15 jours)</p> <p>Nombre de patients : 33 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Education du participant - Renforcement et étirement - Thérapie de groupe dans l'eau - Mobilité et contrôle du corps - Massage et interventions passives 				
Critères de jugement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'échelle numérique de l'intensité de la douleur (NRS – EN) ▪ Le nombre de jours de congé maladie ▪ Le questionnaire CES ▪ La mobilité du rachis thoracique / lombaire, tests isocinétiques, Capacité fonctionnelle du dos (FFbH-R) 					
Evaluation	<p>Evaluation avant les interventions, à la fin des 3 semaines de programme, puis à 6 mois de suivi</p>					

Etude de D. Eisenberg et al. (2012), USA [65]					
Participants	<ul style="list-style-type: none"> ○ Randomisation de 20 patients recrutés dans le Harvard Vanguard Medical Associates, cabinet de groupe multispécialisé à Boston, et au département de santé au travail du Brigham and Women's Hospital (BWH) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">CRITERES D'INCLUSION</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">CRITERES D'EXCLUSION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Patients âgés de 18 à 70 ans ♦ Lomбалgie liée ou non au travail d'une durée entre 3 et 12 semaines d'évolution </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Antécédents de chirurgie du dos au cours des 3 dernières années ; antécédents de fracture ou de luxation vertébrale ♦ Symptômes neurologiques progressifs ou sévères, grossesse (soupçonnée ou connue) ♦ Spondylolisthésis, scoliose ou spondylarthrite ankylosante connus ♦ Stimulateur cardiaque ou défibrillateur implanté, maladie systémique ou viscérale sous-jacente provoquant des maux de dos ♦ antécédents de cancer au cours des 5 dernières années ; perte de poids inexplicable ou fièvre récente inexplicable ♦ problème coexistant, incapable de parler ou de comprendre l'anglais ou indisponible </td> </tr> </tbody> </table>	CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Patients âgés de 18 à 70 ans ♦ Lomбалgie liée ou non au travail d'une durée entre 3 et 12 semaines d'évolution 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Antécédents de chirurgie du dos au cours des 3 dernières années ; antécédents de fracture ou de luxation vertébrale ♦ Symptômes neurologiques progressifs ou sévères, grossesse (soupçonnée ou connue) ♦ Spondylolisthésis, scoliose ou spondylarthrite ankylosante connus ♦ Stimulateur cardiaque ou défibrillateur implanté, maladie systémique ou viscérale sous-jacente provoquant des maux de dos ♦ antécédents de cancer au cours des 5 dernières années ; perte de poids inexplicable ou fièvre récente inexplicable ♦ problème coexistant, incapable de parler ou de comprendre l'anglais ou indisponible
CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION				
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Patients âgés de 18 à 70 ans ♦ Lomбалgie liée ou non au travail d'une durée entre 3 et 12 semaines d'évolution 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Antécédents de chirurgie du dos au cours des 3 dernières années ; antécédents de fracture ou de luxation vertébrale ♦ Symptômes neurologiques progressifs ou sévères, grossesse (soupçonnée ou connue) ♦ Spondylolisthésis, scoliose ou spondylarthrite ankylosante connus ♦ Stimulateur cardiaque ou défibrillateur implanté, maladie systémique ou viscérale sous-jacente provoquant des maux de dos ♦ antécédents de cancer au cours des 5 dernières années ; perte de poids inexplicable ou fièvre récente inexplicable ♦ problème coexistant, incapable de parler ou de comprendre l'anglais ou indisponible 				
Interventions	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">PROGRAMME MULTIDISCIPLINAIRE</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">PROGRAMME DE SOINS USUELS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Durée : 12 semaines (6h/jour, 2 fois semaine)</p> <p>Nombre de patients : 14 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : médecin, kinésithérapeute, psychologue, infirmier, professionnels de santé annexes</p> <p>Programme : soins usuels + acupuncture, chiropratique, consultation en médecine interne, massothérapie, ergothérapie, physiothérapie, techniques corps-esprit, consultation en psychologie, consultation orthopédique et rhumatologie</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Durée : 12 semaines (6h/jour, 2 fois semaine)</p> <p>Nombre de patients : 6 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires non stéroïdiens - Relaxants musculaires - Thérapie physique - Alitement limité - Education et modifications de l'activité </td> </tr> </tbody> </table>	PROGRAMME MULTIDISCIPLINAIRE	PROGRAMME DE SOINS USUELS	<p>Durée : 12 semaines (6h/jour, 2 fois semaine)</p> <p>Nombre de patients : 14 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : médecin, kinésithérapeute, psychologue, infirmier, professionnels de santé annexes</p> <p>Programme : soins usuels + acupuncture, chiropratique, consultation en médecine interne, massothérapie, ergothérapie, physiothérapie, techniques corps-esprit, consultation en psychologie, consultation orthopédique et rhumatologie</p>	<p>Durée : 12 semaines (6h/jour, 2 fois semaine)</p> <p>Nombre de patients : 6 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires non stéroïdiens - Relaxants musculaires - Thérapie physique - Alitement limité - Education et modifications de l'activité
PROGRAMME MULTIDISCIPLINAIRE	PROGRAMME DE SOINS USUELS				
<p>Durée : 12 semaines (6h/jour, 2 fois semaine)</p> <p>Nombre de patients : 14 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : médecin, kinésithérapeute, psychologue, infirmier, professionnels de santé annexes</p> <p>Programme : soins usuels + acupuncture, chiropratique, consultation en médecine interne, massothérapie, ergothérapie, physiothérapie, techniques corps-esprit, consultation en psychologie, consultation orthopédique et rhumatologie</p>	<p>Durée : 12 semaines (6h/jour, 2 fois semaine)</p> <p>Nombre de patients : 6 participants</p> <p>Equipe médicale-paramédicale : kinésithérapeute</p> <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires non stéroïdiens - Relaxants musculaires - Thérapie physique - Alitement limité - Education et modifications de l'activité 				
Critères de jugement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'échelle numérique de l'intensité de la douleur (NRS – EN) ▪ Le questionnaire Roland Morris (RMDQ) ▪ Le questionnaire Short Form 12 (SF-12) ▪ La difficulté à effectuer trois activités auto-sélectionnées 				
Evaluation	<p>Evaluations avant les interventions, à la fin des 12 semaines de programme, puis à 12 mois de suivi</p>				

3.2. Risques de biais des études incluses

Cette revue de littérature a pour principal projet de réaliser un « état des lieux » des études scientifiques s'intéressant à la prise en charge multidisciplinaire biopsychosociale dans le traitement de la lombalgie subaiguë commune. Avant de présenter les résultats retrouvés dans les études incluses, il est primordial d'évaluer la qualité méthodologique de ces études.

Il y a biais quand la différence observée entre les deux groupes à la fin de l'intervention est due à un autre facteur que le traitement étudié. Ainsi, au plus une étude comportera de biais, au moins les résultats qu'elle présentera seront fiables.

Comme présenté dans la partie méthode, le risque de biais de chaque étude est évalué à l'aide de l'ensemble des items de l'échelle PEDro (**ANNEXE 5**). Le score pour chacune des études est présenté ci-dessous dans le tableau 8 :

- Item 1 : Validité externe ;
- Items 2, 3 et 4 : Assignment et biais de sélection ;
- Items 5, 6 et 7 : Aveuglement et biais d'évaluation ;
- Items 8 et 9 : Biais de suivi et biais d'attrition ;
- Items 10 et 11 : Biais d'interprétation des résultats.

	Items PEDro											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
R. Mas et al. [61]	*	*		*				*	*	*	*	6/10
M. Monticone et al. [62]	*	*	*	*				*	*	*	*	7/10
M. Campello et al. [63]	*	*		*			*		*	*	*	6/10
M. Schiltewolf et al. [64]	*	*		*			*	*		*	*	6/10
D. Eisenberg et al. [65]	*	*		*				*	*	*	*	7/10

Tableau 8 - Scores PEDro

Validité externe (item 1) : Ce critère a été respecté par l'ensemble des cinq articles puisqu'il a été décrit, pour chacun d'entre eux, la source de recrutement des sujets ainsi qu'une liste de critères d'éligibilités pour participer à l'étude. Cependant, ce premier item relatif à la validité externe n'est pas comptabilisé pour calculer le score PEDro.

Biais de sélection (items 2 à 4) : Le deuxième item a été respecté dans la totalité des études puisque les sujets ont tous été répartis aléatoirement dans les groupes par randomisation.

Le troisième item concernant l'assignation secrète a été respecté seulement dans l'étude de *M. Monticone et al.* [62] où la personne intégrant les sujets dans l'étude ne devait pas, lorsque cette décision a été prise, savoir dans quel groupe le sujet serait admis. Selon l'auteur, le biostatisticien de l'étude a « *randomisé les patients dans l'un des deux programmes de traitement en utilisant une procédure de randomisation en blocs permutés* » [62]. Les autres études ne précisent pas le terme « assignation secrète ».

Le quatrième item a été respecté par l'ensemble des études intégrées puisque l'ensemble des groupes étaient similaires au départ de toutes les études en regard des indicateurs pronostiques les plus importants.

Selon les données relevées, il semblerait que le risque de biais de sélection pour l'ensemble des articles intégrés reste faible.

Biais d'évaluation (items 5 à 7) : Le cinquième et le sixième item, correspondant à la mise en aveugle des sujets et des thérapeutes sur la répartition des programmes n'a été respecté dans aucune des cinq études incluses. En effet, les sujets et les thérapeutes sont considérés « en aveugle » uniquement s'ils ne sont pas à même de faire la distinction entre les traitements appliqués aux différents groupes, ce qui n'est pas le cas dans les études sélectionnées.

Le septième item, correspondant à la mise en aveugle des évaluateurs a été respecté seulement dans les deux études de *M. Campello et al.* [63] et de *M. Schiltenwolf et al.* [64].

Le risque de biais d'évaluation semble élevé pour l'ensemble des articles.

Biais de suivi (item 8) : L'étude de *R. Mas et al.* [61] mentionne que sur les 501 participants intégrés, les résultats des critères de jugements sélectionnés ont été retrouvés pour la totalité, soit 100 %. A 3 mois de suivi, seuls 421 participants ont répondu présent (84 %) et à 12 mois, seulement 387 participants (77 %). Selon l'auteur, ces retraits de participation étaient dus à une incompatibilité avec le travail ou encore à une perte d'intérêt pour l'étude.

L'étude de *M. Monticone et al.* [62] révèle que sur ses 150 participants, seulement 3 participants ont choisi de se retirer au cours de l'étude suite à des complications médicales ou autres problèmes de logistique, ce qui représente un total de 98 %. Aussi, à 12 mois, seulement 138 participants ont répondu, soit 92 %.

L'étude de *M. Campello et al.* [63] énonce que sur les 33 volontaires inclus, 5 participants ont été considérés comme perdus de vue à la fin de l'étude et 3 ont été exclus. Ainsi, les résultats ont été retrouvés pour seulement 75 % de la population intégrée dans l'étude. A 12 mois de suivi, seulement 21 participants ont répondu, soit 64 % de réponses.

L'étude de *M. Schiltenwolf et al.* [64] indique que sur les 64 participants inclus, il n'y en a que 3 ayant décidé d'abandonner à la fin de l'étude, c'est-à-dire 95 % des participants. A 12 mois de suivi, seulement 56 participants (87 %) ont désiré poursuivre l'étude.

L'étude de *D. Eisenberg et al.* [65] rapporte que sur les 20 participants inclus, 3 ont abandonné durant l'étude, soit un total de 85 %. Il n'est cependant pas décrit les raisons pour lesquelles ces sujets ont désiré se retirer de l'étude.

Ainsi, au vu des taux de participation énoncés, seule l'étude de *M. Campello et al.* [63] n'obtient pas un total de réponses des participants de plus de 85 % lors des évaluations de fin d'étude et de suivi. C'est donc la seule étude présentant un biais de suivi.

Biais d'attrition (item 9) : Quatre des études sélectionnées [61], [62], [63], [65] formulent que leurs données ont été analysées « en intention de traiter », c'est-à-dire qu'elles ont été réalisées comme si les patients avaient reçu le protocole qui leur était assigné. Seule l'étude de *M. Schiltenwolf et al.* [64] ne respecte pas cet item et comporte de ce fait un biais d'attrition.

Biais d'interprétation (items 10 et 11) : Pour chacun des articles présentés, le rapport d'analyse fournit les résultats d'une comparaison intergroupe (critère 10) ainsi qu'une estimation de la variabilité dans l'ensemble des articles (critère 11).

Score moyen PEDro : 6.4 (amplitude de 6 à 7)

L'ensemble des études de ce travail de recherche possèdent un score à l'échelle PEDro d'une assez grande qualité comme indiqué dans le tableau 8 des scores PEDro. Les études de *R. Mas et al.* [61], *M. Campello et al.* [63] et de *M. Schiltenwolf et al.* [64] sont jugées de qualité modérée (6/10). A contrario, les études de *M. Monticone et al.* [62] et *D. Eisenberg et al.* [65] sont considérées de haute qualité de preuve (7/10).

3.3. Effets de l'intervention sur les critères de jugement principaux

Les critères de jugements principaux pour cette revue sont au nombre de deux :

- La douleur
- L'incapacité fonctionnelle

Ils sont donc étudiés un après l'autre, afin d'analyser les résultats identifiés dans les cinq articles présentés. La différence intergroupe est la seule à faire foi, puisque la différence intra-groupe, elle, ne présente pas d'intérêt pour évaluer l'efficacité d'un traitement.

Aussi, la signification statistique des critères de jugements sélectionnés est indiquée dans cette partie. Ainsi, seuls les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) sont reconnus comme amenant une assez grande différence pour être en faveur du traitement étudié afin de dire avec la plus grande certitude possible que ces différences ne sont pas seulement due au hasard.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % permet quant à lui d'indiquer la taille d'effet, permettant de quantifier l'ampleur réelle de l'intervention mesurée sur les critères de jugements étudiés. Au plus l'intervalle de confiance est composé de bornes dites « serrées », au plus le résultat retrouvé est connu avec précision.

Pour rappel, l'intégralité des intervalles de confiances et des tailles d'effets ont été calculées manuellement. L'ensemble des tableaux de résultats sont à retrouver en **ANNEXE 7 à 11**.

3.3.1. La douleur

- **McGill questionnaire** (MGPQ)

L'étude de *R. Mas et al.* [61] est la seule à évaluer la douleur à l'aide du McGill questionnaire. Avant le début de l'étude, le score d'intensité total de la douleur était de 6.5 pour le groupe de soins usuels et de 6.7 pour le groupe d'intervention biopsychosocial. A 3 mois de suivi, le groupe d'intervention montre une amélioration du score de - **0.49** [- 1.39 ; - 0.42] par rapport au groupe de contrôle. Cependant, la différence entre le deux groupes d'études n'est **pas** considérée comme **significative** (**p = 0.294**). A 12 mois de la mise en place des protocoles, le groupe d'intervention montre une amélioration d'une valeur de - **0.69** [- 1.41 ; - 0.02] sur le groupe de soins usuels. A noter que la différence entre le deux groupes d'études est **significative** à 12 mois (**p = 0.048***).

Aussi, le score d'intensité de douleur actuel au départ de l'étude était de 2.6 pour le groupe de contrôle et de 2.5 pour le groupe d'intervention. A 3 mois, le groupe d'intervention biopsychosocial montre une diminution **significative** (**p = 0.040***) plus importante de son score de - **0.32** [- 0.63 ; - 0.02] face au groupe de soins usuels. A 12 mois de la mise en place des programmes, le groupe d'intervention affiche une amélioration moindre de son score de - **0.18** [- 0.43 ; - 0.08] par rapport au groupe de contrôle. Néanmoins, la différence entre le deux groupes d'études n'est **pas significative** à 12 mois (**p = 0.162**).

- **Echelle visuelle analogique** (EVA)

L'étude de *R. Mas et al.* [61] est également la seule à évaluer la douleur à l'aide de l'EVA. Ainsi, le score de départ était de 5.9 pour le groupe de contrôle et 5.8 pour le groupe d'intervention. A 3 mois de l'instauration des protocoles, le groupe multidisciplinaire montre une amélioration de - **0.77** [- 1.53 ; - 0.01] sur le groupe de soins usuels. Cette différence entre le deux groupes d'études est considérée **significative** (**p = 0.046***). A 12 mois, la différence entre les deux groupe est moindre, soit - **0.27** [- 0.88 ; + 0.34] en faveur du groupe d'intervention. Cependant, la différence entre le deux groupes d'études n'est **pas significative** à 12 mois de la mise en place des programmes (**p = 0.374**).

- **Echelle numérique** (EN)

Les quatre autres études comprises dans la revue de littérature évaluent l'intensité de la douleur à l'aide de l'EN ou NRS [62], [63], [64], [65].

Dans l'étude de *M. Monticone et al.* [62], le score au départ était de 4.8 pour le groupe de contrôle et de 5.5 pour le groupe d'intervention. Suite aux programmes mis en place, soit à 10 semaines, le groupe d'intervention montre une amélioration **significative** de - **3,1** [- 3,59 ; - 2,61] face au groupe de contrôle (**p < 0.001***). Cet écart entre les deux groupes diminue à 12 mois, pour atteindre - **1.8** [- 2,30 ; - 1,30] en faveur du groupe multidisciplinaire. Cette amélioration reste **significative** au suivi de l'étude (**p < 0.001***).

Dans l'étude de *M. Campello et al.* [63], le score de départ était de 4.5 pour le groupe de contrôle et de 4.0 pour le groupe d'intervention. L'intensité de la douleur a montré une diminution non **significative (p = 0,074*)** mais plus importante pour le groupe d'intervention de - **1.3** [- 2.26 ; - 0.34] par rapport au groupe de contrôle à la fin des 4 semaines d'intervention. A 12 semaines, l'écart observé entre les deux groupes est moindre, de - **1.1** [- 2.71 ; - 0.51] en faveur du groupe d'intervention multidisciplinaire. Cette différence entre les deux groupes d'intervention n'est cependant **pas significative (p = 0.310)**.

Dans l'étude de *M. Schiltenswolf et al.* [64], l'intensité de la douleur de départ était de 5.3 pour le groupe de contrôle et de 6.0 pour le groupe d'intervention. Il faut noter qu'à 3 semaines, soit la fin de l'intervention, c'est le groupe de soins usuels qui montre une diminution de la douleur plus importante de + **0,5** [- 0,71 ; + 1,71] face au groupe d'intervention biopsychosocial. La tendance s'inverse complètement, puisqu'à 6 mois post intervention, l'écart d'intensité de la douleur entre les deux groupes est de - **2.8** [- 4.24 ; - 1.36] en faveur, cette fois-ci, du groupe d'intervention. Les différences retrouvées à 3 semaines et à 6 mois entre les deux groupes d'études sont toutes deux **significatives (p < 0,0001*)**.

Dans l'étude de *D. Eisenberg et al.* [65], le score de départ était de 5.7 pour le groupe de contrôle et de 4.8 pour le groupe d'intervention. A 3 mois, on retrouve une nette diminution de l'intensité de la douleur de - **4.4** [- 6.66 ; - 2.14] pour le groupe d'intervention multidisciplinaire face au groupe de soins usuels. Cet écart retrouvé est considéré comme **significatif (p = 0.005*)**. Cependant, à 26 semaines de la mise en place des deux groupes, la diminution de la douleur est toujours en faveur du groupe d'intervention mais la valeur retrouvée de - **3.7** [- 6.23 ; - 1.17] est moins importante. Le résultat indiqué entre les deux groupes d'intervention est également **significatif à 26 semaines (p = 0.04*)**.

3.3.2. L'incapacité fonctionnelle

- **Le Roland Morris questionnaire** (RMDQ)

L'incapacité fonctionnelle qui découle de la lombalgie est évaluée par le questionnaire Roland Morris dans deux études incluses dans ce travail de recherche [61], [65].

Dans l'étude de *R. Mas et al.* [61] le score initial au RMDQ était de 9.9 pour le groupe de contrôle et de 10 pour le groupe d'intervention. A 3 mois de la fin de l'intervention, un écart de - **1.33** [- 2.22 ; - 0.45] entre groupe d'intervention multidisciplinaire et le groupe de soins usuels est observé, en faveur du premier groupe. Cette différence entre les deux groupes d'études est **significative (p = 0.005*)**. A 12 mois, la différence entre les deux groupes est toujours **significative (p = 0.027*)** et en faveur du groupe d'intervention mais diminue légèrement à - **1.11** [- 2.08 ; - 0.13].

Dans l'étude de *D. Eisenberg et al.* [65], le score de départ était de 16.0 pour le groupe de contrôle et de 15.7 pour le groupe d'intervention. A 12 semaines, le score au RMDQ a diminué de manière **non significatif (p = 0.08)** entre les deux groupes de - **7.1** [- 13.9 ; - 1.29] en faveur du groupe multidisciplinaire. Cette tendance suit son cours dans le temps puisqu'à 26 semaines, le groupe d'intervention montre une amélioration de - **6.4**; [- 13.94 ; - 1.14] sur le groupe de contrôle. Les résultats retrouvés ne sont **pas significatifs** au bout des 26 semaines d'analyse (**p = 0.10**).

- **Le questionnaire Oswestry (ODI)**

L'incapacité fonctionnelle est évaluée par le questionnaire Oswestry dans deux des études comprises dans la revue de littérature [62], [63].

Dans l'étude de *M. Monticone et al.* [62], le score initial était de 23.7 pour le groupe de contrôle et 23.9 pour le groupe d'intervention. Après le programme d'une durée de 10 semaines, le groupe d'intervention montre une amélioration de **- 11.4** [-13,29 ; 9,51] sur le groupe de contrôle. A 12 mois de suivi, l'écart entre les deux groupes s'accroît pour atteindre **- 15.8** [- 17,50 ; - 14,10] toujours en faveur du groupe multidisciplinaire. La différence entre les deux groupes d'études est considérée comme **significative** aux deux moments de l'évaluation (**p = 0.001***).

Dans l'étude de *M. Campello et al.* [63], le score de départ était de 24.3 pour le groupe de contrôle et de 24.5 pour le groupe d'intervention. A la fin de la période d'intervention de 4 semaines, le score de l'ODI a diminué plus largement pour le groupe d'intervention puisqu'un écart **significatif (p = 0,014*)** de **- 10.3** [- 15.62 ; - 4.98] est observé par rapport au groupe de soins usuels. A 12 semaines de la mise en place de l'étude, l'écart entre les deux groupes diminue légèrement à **- 7,6** [- 13.98 ; - 1.22] mais reste tout de même favorable au groupe multidisciplinaire. Cependant, l'écart retrouvé entre les deux groupes d'étude n'est **pas** considéré comme **significatif (p = 0.117)**.

3.4. Effets de l'intervention sur les critères de jugement secondaires

Les critères de jugements secondaires pour cette revue sont au nombre de deux :

- Le retour au travail
- Les comportements

3.4.1. Le retour au travail

Seule l'étude de *M. Schiltenswolf et al.* [64] évalue le nombre de jours de congés maladie suite à la mise en place des deux programmes.

Ainsi, 3 ans après l'intervention réalisée sur les participants, seulement 10 % des patients révèlent n'avoir posé aucun congé maladie après la thérapie de contrôle alors que la valeur pour le groupe d'intervention s'élève à 59 %. Aucune donnée sur l'aspect significatif des résultats n'est donnée dans cette étude.

Aussi, selon le retour obtenu 2 ans après l'étude, les participants du groupe de contrôle ont posé en moyenne 111.40 jours de congés maladie après la réalisation de l'intervention, alors que les participants du groupe d'intervention, eux, n'ont posé en moyenne que 41.45 jours de congés maladie, soit **70 jours** d'écart.

Ces résultats sont statistiquement **significatifs** entre les deux groupes de l'étude (**p = 0.001***).

3.4.2. Les comportements

- **SF-12** (qualité de vie)

La qualité de vie a été évaluée à l'aide du questionnaire SF-12 dans seulement 2 études du travail de recherche [61], [65]. Pour ces études, la santé mentale et la santé physique sont toutes deux évaluées. Il est important d'énoncer que dans ce cas, les résultats retrouvés doivent être analysés à l'inverse de l'ensemble des autres questionnaires de ce travail de recherche. Ainsi, au plus le score indiqué au SF-12 est élevé, au plus la qualité de vie des participants est importante.

Dans l'étude de *R. Mas et al.* [61], le score initial au SF-12 pour l'évaluation de la santé mentale était de 42.3 pour le groupe de soins usuels et de 43.4 pour le groupe d'intervention multidisciplinaire. A 3 mois de l'étude, le groupe d'intervention montre une progression de **+ 2.56** [- 0.33 ; + 5.45] sur le groupe de contrôle. La différence entre le deux groupes d'études n'est **pas significative (p = 0.082)**. Aussi, à 12 mois, le score du SF-12 sur la santé mentale est toujours plus élevé pour le groupe d'intervention que pour le groupe de contrôle mais la différence diminue à **+ 1.48** [- 0.86 ; + 3.83]. On retrouve aussi une amélioration **non significative** entre les deux groupes d'études à 12 mois de la réalisation des programmes (**p = 0.206**).

En ce qui concerne l'évaluation de la santé physique, le score initial était de 40.7 pour le groupe de contrôle et de 41.9 pour le groupe d'intervention. Le groupe d'intervention montre une amélioration **non significative (p = 0.520)** de **+ 0.55** [- 1.19 ; + 2.29] sur le groupe de soins usuels à 3 mois du début de l'étude. A 12 mois, le groupe de soins multidisciplinaires montre une amélioration stable de **+ 0.53** [- 1.20 ; + 2.27] sur le groupe de contrôle mais le résultat retrouvé n'est **pas significatif** à 12 mois de suivi (**p = 0.532**).

Dans l'étude de *D. Eisenberg et al.* [65], le score de départ au SF-12 pour l'évaluation de la santé mentale était de 47.0 pour le groupe de contrôle et de 48.9 pour le groupe d'intervention. A la fin du programme de 3 mois, les deux groupes améliorent leur score mais l'écart entre le groupe d'intervention multidisciplinaire et le groupe de soins usuels est de **0.0** [- 11.02 ; + 11.02]. Le résultat n'est **pas significatif (p = 0.48)**. A 26 semaines de suivi, un écart de **+ 3.1** [- 11.21 ; + 5.01] en faveur du groupe d'intervention est observé. La différence entre le deux groupes d'études n'est toujours **pas significative** à 12 mois de la réalisation des programmes (**p = 1.00**).

Pour l'évaluation de la santé physique, le score initial était de 32.5 pour le groupe de contrôle et de 36.6 pour le groupe d'intervention. A 3 mois de l'étude, le groupe d'intervention montre une amélioration **non significative (p = 0.06)** de **+ 5.8** [- 16.0 ; + 4.44] sur le groupe de contrôle. A 26 semaines, la tendance se poursuit puisqu'un écart de **+ 7.2** [- 17.7 ; + 3.33] en faveur du groupe d'intervention multidisciplinaire est retrouvé. La différence entre le deux groupes d'études est **significative** au suivi de 26 semaines (**p = 0.03***).

- **TSK** (kinésiophobie)

L'étude de *M. Monticone et al.* [62] est la seule à évaluer la kinésiophobie à l'aide de l'échelle TSK. Ainsi, le score total de départ était de 29.3 pour le groupe de contrôle et 29.7 pour le groupe d'intervention. Après le programme d'une durée de 10 semaines, le groupe d'intervention montre une amélioration de **- 8.3** [- 10,52 ; - 6,08] sur le groupe de soins usuels.

A 12 mois de suivi, l'écart entre les deux groupes s'accroît puisqu'on retrouve - **10.4** [- 12,24 ; - 8,56] en faveur du groupe de soins multidisciplinaires. La différence entre les deux groupes d'études est **significative** aux deux moments de l'évaluation, soit à 10 semaines et 12 mois de suivi (**p < 0.001***).

- **CES** (dépression)

La dépression a été évaluée à l'aide du questionnaire CES-D dans seulement 2 études de la revue de littérature [63], [64].

Dans l'étude de *M. Campello et al.* [63], le score de départ était de 7.9 pour le groupe de soins usuels et de 9.3 pour le groupe d'intervention. Le score du CES a diminué à la fin de la période d'intervention de 4 semaines pour les deux groupes. Cependant, pour le groupe d'intervention elle a diminué de - **0.6** [- 4.33 ; + 3.13] de plus que pour le groupe de contrôle. Le résultat retrouvé n'est **pas** considéré comme **significatif (p = 0,664)**. A 12 mois de la mise en place de l'étude, la différence entre les deux groupes s'accroît à - **4.0** [- 8.33 ; 0.33] en faveur du groupe d'intervention multidisciplinaire mais elle n'est **pas significative (p = 0.248)**.

Pour l'étude de *M. Schiltenswolf et al.* [64], le score de dépression initial était de 9.9 pour le groupe de contrôle et de 12.4 pour le groupe d'intervention. A 3 semaines de l'étude, une amélioration en faveur du groupe de soins usuels à hauteur de + **3.8** [+ 1.55 ; + 6.05] est observée. Cependant, à 6 mois de suivi, la différence au CES-D s'est inversée puisqu'un écart de - **5.0** [- 8.83 ; - 1.17] est retrouvé pour le groupe de soins multidisciplinaires. Les différences entre les deux groupes de traitement sont **significatives** à 3 semaines ainsi qu'à 12 mois de suivi (**p = 0.0034***).

- **FABQ** (peurs et croyances)

Les peurs et les croyances chez les patients lombalgiques ont été évaluées à l'aide du questionnaire FABQ uniquement dans l'étude de *M. Campello et al.* [63]. Cet article analyse le FABQ aussi bien au niveau physique qu'au niveau du travail.

Ainsi, le score physique de départ était de 14.9 pour le groupe de contrôle et de 14.2 pour le groupe d'intervention. Le score au FABQ a diminué à la fin de la période d'intervention de 4 semaines pour les deux groupes. Cependant, pour le groupe d'intervention multidisciplinaire on retrouve une diminution **non significative (p = 0,227)** de - **4.5** [- 8.59 ; - 0.41] de plus que le groupe de contrôle. A 12 mois de la mise en place des programmes, la différence entre le groupe d'intervention multidisciplinaire et le groupe de soins usuels s'accroît pour atteindre - **5.0** [- 9.64 ; - 0.36]. Le résultat retrouvé n'est cependant **pas significatif (p = 0.123)**.

Aussi, le score de travail initial était de 9.2 pour le groupe de contrôle et de 11.4 pour le groupe d'intervention. Le score du FABQ a augmenté à la fin de la période d'intervention pour le groupe de contrôle alors qu'il a diminué pour le groupe d'intervention. C'est pourquoi, à 4 semaines, on retrouve un écart de - **1.9** [- 6.56 ; + 2.76] **non significatif (p = 0,439)** entre les deux groupes d'étude. A 12 mois, un écart plus important de - **3.5** [- 8.74 ; - 1.74] en faveur du groupe de soins multidisciplinaires est observé. Néanmoins, le résultat retrouvé n'est **pas** considéré comme **significatif (p = 0.453)**.

- **HADS** (anxiété et dépression)

Le score d'anxiété et de dépression est évalué à l'aide du questionnaire HADS exclusivement dans l'étude de *M. Monticone et al.* [62].

Le score d'anxiété de départ était de 7.7 pour le groupe de contrôle et 7.9 pour le groupe d'intervention. Après les 10 semaines, le groupe d'intervention multidisciplinaire montre une amélioration de **- 1.9** [- 3,31 ; - 0,49] de plus que le groupe de soins kinésithérapiques usuels. A 12 mois de suivi, la tendance se poursuit puisqu'on retrouve un écart de **- 3.9** [- 5,29 ; - 2,51] à la faveur du groupe d'intervention. La différence entre les deux groupes d'études est **significative** aussi bien à 10 semaines qu'à 12 mois de suivi (**p = 0.016***).

Le score de dépression de départ était de 6.6 pour le groupe de contrôle et 7.1 pour le groupe d'intervention. A 10 semaines du début de l'étude, le groupe d'intervention montre une amélioration **significative (p = 0.027*)** de **- 0.7** [- 2,04 ; + 0,64] par rapport au groupe de soins usuels. A 12 mois de suivi, l'écart entre les deux groupes s'accroît pour atteindre **- 2.0** [- 3.33 ; - 0.67] en faveur du groupe d'intervention multidisciplinaire. Le résultat est considéré comme **significatif** au suivi de l'étude (**p = 0.027***).

3.5. Résumé des résultats

Critères de jugement	Etude / outils de mesure	Taille d'effet	≠ significative ou non	Bénéfice
DOULEUR	R. Mas (2019) EVA McGill	<u>3 mois</u> : - 0.77 [- 1.53 ; - 0.01] <u>12 mois</u> : - 0.27 [- 0.88 ; + 0.34] <u>3 mois</u> : - 0.49 [- 1.39 ; - 0.42] <u>12 mois</u> : - 0.69 [- 1.41 ; - 0.02]	<u>3 mois</u> : p = 0.046* <u>12 mois</u> : NS <u>3 mois</u> : NS <u>12 mois</u> : p = 0.048*	PM > SKU
	M. Monticone (2021) / EN	<u>10 semaines</u> : - 3,1 [- 3,59 ; - 2,61] <u>12 mois</u> : - 1.8 [- 2,30 ; - 1,30]	p = 0.001*	PM > SKU
	M. Schiltewolf (2006) / EN	<u>3 semaines</u> : + 0.5 [- 0,71 ; + 1,71] <u>6 mois</u> : - 2.8 [- 4,24 ; - 1,36]	p = 0.0001*	PM > SKU à long terme
	M. Campello (2012) / EN	<u>4 semaines</u> : - 1.3 [- 2.26 ; - 0.34] <u>12 semaines</u> : - 1.1 [- 2.71 ; - 0.51]	NS	PM > SKU
	D. Eisenberg (2012) / EN	<u>3 mois</u> : - 4.4 [- 6.66 ; - 2.14] <u>26 semaines</u> : - 3.7 [- 6.23 ; - 1.17]	<u>3 mois</u> : p = 0.005* <u>26 semaines</u> : p = 0.04*	PM > SKU
INCAPCITE FONCTIONNELLE	R. Mas (2019) / RMDQ	<u>3 mois</u> : - 1.33 [- 2.22 ; - 0.45] <u>12 mois</u> : - 1.11 [- 2.08 ; - 0.13]	<u>3 mois</u> : p = 0.005* <u>12 mois</u> : p = 0.027*	PM > SKU
	M. Monticone (2021) / ODI	<u>10 semaines</u> : - 11.4 [- 13.29 ; - 9.51] <u>12 mois</u> : - 15.8 [- 17.50 ; - 14.10]	p = 0.001*	PM > SKU
	M. Campello (2012) / ODI	<u>4 semaines</u> : - 10.3 [- 15.62 ; - 4.98] <u>12 semaines</u> : - 7.6 [- 13.98 ; - 1.22]	p = 0.014*	PM > SKU
	D. Eisenberg (2012) / RMDQ	<u>3 mois</u> : - 7.1 [- 13.91 ; - 0.29] <u>26 semaines</u> : - 6.4 [- 13.94 ; - 1.14]	NS	PM > SKU

RETOUR AU TRAVAIL	M. Schiltewolf (2006)	<u>2 ans</u> : - 70 jours	p = 0.001*	PM > SKU
SF-12	R. Mas (2019)	<u>3 mois</u> : + 0.55 (PH) [- 1.19 ; + 2.29] + 2.56 (M) [- 0.33 ; + 5.45] <u>12 mois</u> : + 0.53 (PH) [- 1.20 ; + 2.27] + 1.48 (M) [- 0.86 à + 3.83]	NS	PM > SKU
	D. Eisenberg (2012)	<u>3 mois</u> : + 5.8 (PH) [- 16.0 ; + 4.44] 0.0 (M) [- 11.02 ; + 11.02] <u>26 semaines</u> : + 7.2 (PH) [- 17.7 ; + 3.33] + 3.1 (M) [- 11.21 ; + 5.01]	<u>26 semaines (PH)</u> : p = 0.03*	PM > SKU physique PM > SKU mental à long terme
TSK	M. Monticone (2021)	<u>10 semaines</u> : - 8.3 [- 10,52 ; - 6,08] <u>12 mois</u> : - 10.4 [- 12,24 ; - 8,56]	p = 0.001*	PM > SKU
CES-D	M. Schiltewolf (2006)	<u>3 semaines</u> : + 3.8 [+ 1.55 ; + 6.05] <u>6 mois</u> : - 5.0 à [- 8.83 ; - 1.17]	p = 0.0034*	PM > SKU à long terme
	M. Campello (2012)	<u>4 semaines</u> : - 0.6 [- 4.33 ; + 3.13] <u>12 semaines</u> : - 4.0 [- 8.33 ; - 0.33]	NS	PM > SKU
FABQ	M. Campello (2012)	<u>4 semaines</u> : - 4.5 (PH) [- 8.59 ; - 0.41] - 1.9 (T) [- 6.56 ; + 2.76] <u>12 semaines</u> : - 5.0 (PH) [- 9.64 ; - 0.36] - 3.5 (T) [- 8.74 ; - 1.74]	NS	PM > SKU
HADS	M. Monticone (2021)	<u>10 semaines</u> : - 1.9 (A) [- 3.31 ; - 0.49] - 0.7 (D) [- 2.04 ; + 0.64] <u>12 mois</u> : - 3.9 (A) [- 5.29 ; - 2.51] - 2.0 (D) [- 3.33 ; - 0.67]	(A) : p = 0.016* (D) : p = 0.027*	PM > SKU

Tableau 9 - Résumé des résultats

NS : Non Significatif PM : Programme Multidisciplinaire SKU : Soins Kiné Usuels (PH) : Physique (M) : Mental (T) : Travail (A) : Anxiété (D) : Dépression

4. DISCUSSION

Cette partie va permettre d'aborder plusieurs sujets de discussion autour des résultats présentés précédemment dans cette revue de littérature. Ici, il va d'abord être analysé la possible influence de certains paramètres sur la divergence des résultats. Ensuite, il va être analysé l'ensemble des résultats retrouvés dans les études sélectionnées, ainsi que l'applicabilité de ces résultats dans le monde professionnel. Enfin, il va être mis en évidence les limites ainsi que les biais potentiels de cette revue de littérature.

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Analyse des populations

	Nombre de participants	Ratio homme/femme (%)	Moyenne d'âge (année)
R. Mas et al. [61]	501	35 / 65	46,7
M. Monticone et al. [62]	150	45 / 55	54,3
M. Campello et al. [63]	33	91 / 9	32,5
M. Schiltenwolf et al. [64]	64	56 / 44	35,8
D. Eisenberg et al. [65]	20	55 / 45	47,6
Total	768	42 / 58	46,7

Tableau 10 - Population représentée dans la revue de littérature

Sur l'ensemble des études comprises dans ce travail de recherche, un total de 768 sujets ont été randomisés comme indiqué dans le tableau 10 ci-dessus. Le nombre de participants intégrés est variable entre les cinq études. Au plus une étude comporte un nombre de participants élevé, au plus les résultats retrouvés sont considérés comme applicables. Seules les études de *R. Mas et al.* [61] et *M. Monticone et al.* [62] ont un nombre de sujets supérieur à 100, alors que les études de *M. Campello et al.* [63], *M. Schiltenwolf et al.* [64] et *D. Eisenberg et al.* [65] ont intégré seulement de 20 [65] à 64 sujets [64] dans leur projet. Ainsi, les résultats obtenus dans les études [61] et [62] sont plus intéressants au niveau clinique que ceux dans les trois autres études puisque la population représentée est plus large. En effet, pour les trois études avec une faible part de participants, même si les résultats retrouvés sont intéressants, il existe une possibilité que ces résultats soient aussi dus à un manque de participants dans les études.

Le sex-ratio n'est pas totalement représentatif de la population actuelle de personnes souffrant de lombalgie subaiguë commune. En effet, il a été énoncé précédemment que la répartition des patients lombalgiques ne montre pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

Or, en observant la totalité des études, cette revue de littérature est composée de 42 % d'hommes contre 58 % de femmes. Ainsi, les études [62], [64] et [65] ont un sex-ratio assez stable et sont donc plus intéressantes que les études [61] et [63] qui sont eux composés d'une population qui peut être considérée comme non totalement représentative des personnes souffrant de lombalgie commune à ce jour. En effet, l'étude de *M. Campello et al.* [63] est celle qui présente un écart intersexe le plus élevé, 30 hommes pour 3 femmes. Ceci s'explique par le fait qu'elle s'intéresse à une population spécifique : les militaires de la marine américaine.

Dans la totalité des études, le seuil d'âge minimum nécessaire à la participation est de 18 ans. Toutes les études énoncent également un âge maximum d'inclusion, variable de 50 ans pour l'étude de *M. Schiltenwolf et al.* [64] jusqu'à 70 ans dans l'étude de *D. Eisenberg et al.* [65]. La moyenne d'âge des participants est de 46,7 ans, variable de 54,3 ans dans l'étude de *M. Monticone et al.* [62] à 32,5 ans dans l'étude de *M. Campello et al.* [63]. Sachant que 84 % des personnes souffrent au moins une fois dans leur vie de douleurs lombaires et qu'il n'y a pas de corrélation avec l'âge, la population de cette revue est représentative.

Aussi, dans les cinq études de ce travail de recherche, les participants souffrent de lombalgie subaiguë commune de 3 à 12 semaines d'évolution. Les sujets présentés sont donc tous au même stade dans l'évolution de leur lombalgie, ce qui permet de mettre en relation l'ensemble des résultats retrouvés.

Ainsi, cette revue de littérature implique un grand nombre de participants, ce qui augmente sa qualité scientifique. Aussi, même si la population est hétérogène entre les articles inclus, la lombalgie subaiguë commune touche toutes les populations (âge et sexe). Il n'y a donc aucun danger dans l'analyse des résultats par rapport à la population représentée dans cette revue.

4.1.2. Analyse des interventions

	Méthode de prise en charge		Temps de rééducation	Nombre de séances	Durée du programme
	Physique	Psychologique			
R. Mas et al. [61]	Groupe de 6 à 12 personnes	Groupe de 6 à 12 personnes	1 à 2 heures		10 heures
M. Monticone et al. [62]	Individuelle	Individuelle	1 heure (2 fois) + psychothérapie 1 fois/ semaine	5 jours par semaine	10 semaines
M. Campello et al. [63]		Individuelle	3 heures	3 jours par semaine	4 semaines
M. Schiltenwolf et al. [64]		Individuelle	6 heures + psychothérapie 3 fois/ semaine	5 jours par semaine	3 semaines
D. Eisenberg et al. [65]		Individuelle		2 jours par semaine	12 semaines

Tableau 11 - Caractéristiques des programmes des groupes d'interventions multidisciplinaires

Toutes les études incluses possèdent un groupe traité par une prise en charge multidisciplinaire centré sur le modèle biopsychosocial présentée dans le tableau 11 et un groupe traité par une prise en charge kinésithérapique usuelle dans le traitement de la lombalgie.

La plupart des articles n'évoquent pas le mode de prise en charge des participants durant leur programme, à l'exception de l'étude de *R. Mas et al.* [61] où les participants réalisent leurs séances de rééducation par groupe variable de 6 à 12 personnes. L'étude de *M. Monticone et al.* [62] indique quant à elle que tous les participants sont pris en charge individuellement pour leurs séances de rééducation physique. Or, dans chacune des études, certains participants peuvent se sentir plus à l'aise en communauté alors que d'autres peuvent préférer une prise en charge individuelle avec une relation patient-soignant plus étroite et inversement. Ce sentiment totalement subjectif peut jouer un rôle sur les résultats retrouvés où les sujets mécontents de leur mode de prise en charge peuvent indiquer des scores inférieurs par rapport à ceux qui apprécient leur prise en charge.

Aussi, dans quatre des études présentes, le suivi psychologique est dispensées individuellement [62], [63], [64], [65]. L'étude de *R. Mas et al.* [61] reste encore une fois une exception puisque la thérapie psychologique a également été effectuée par groupe de 6 à 12 par soucis de facilité, puisque pour rappel, cette étude est composée de 501 sujets. On retrouve ainsi le même modèle qu'au-dessus, où les sujets vont ou au contraire ne vont pas adhérer à leur mode de prise en charge, entraînant de possibles résultats faussés.

La durée des programmes de rééducation est assez variable selon les études, de 10 heures au total dans l'étude de *R. Mas et al.* [61] à 12 semaines dans l'étude de *D. Eisenberg et al.* [65]. Ainsi, les études [61], [63], [64] peuvent être considérées comme des programmes courts alors que les études [62] et [65] sont eux des programmes longs. Cette différence entre les programmes permet d'observer si la durée du programme influence les résultats indiqués. Les programmes longs, de par une relation soignant-soigné plus durable dans le temps peuvent énoncer des résultats supérieurs aux programmes courts. C'est ce qui est observable dans cette revue de littérature puisque pour l'ensemble des critères de jugements sélectionnés, les deux études [62] et [65] indiquent de meilleurs résultats à court ainsi qu'à plus long terme par rapport aux autres études.

Le rythme des programmes de rééducation est également largement hétérogène, allant de une à deux heures par jour répartis sur 10 heures pour l'étude de *R. Mas et al.* [61], jusqu'à six heures de rééducation par jour pendant cinq jours/semaine associé à trois séances/semaine de psychothérapie pour l'étude de *M. Schiltewolf et al.* [64]. Ici aussi, au plus le programme est intense, au plus les résultats présentés sont importants et significatifs. En effet, les études [62] et [64] indiquent que l'ensemble de leurs résultats obtenus sont considérés comme significatifs, ce qui n'est pas le cas des autres études.

Malgré la large hétérogénéité observée sur la forme des programmes, le contenu des cinq programmes multidisciplinaires est lui assez similaire. En effet, la totalité des programmes présentés sont composés à la fois d'une thérapie physique usuelle dans la prise en charge d'un sujet lombalgique et d'une thérapie psycho comportementale. L'étude de *D. Eisenberg et al.* [65] reste la plus complète, puisqu'elle propose également des thérapies annexes, au choix du participant.

Ainsi, vu que les études incluses sont toutes composées des mêmes thérapies, il peut être mis en avant l'intérêt d'allier la kinésithérapie avec la psychothérapie dans le cadre de la prise en charge des lombalgies subaiguës communes.

Les soins kinésithérapiques usuels sont également similaires dans leur contenu, composés principalement d'une éducation du participant, d'exercices physiques adaptés et de soins passifs effectués par des kinésithérapeutes. A noter que la mise en application des programmes de soins usuels est moins détaillée dans l'ensemble des cinq études que pour les programmes d'interventions, comme dans celle de *R. Mas et al.* [61] où le temps de rééducation accordé dans le groupe de soins usuels n'est pas mentionné.

	Médecin	Psychologue	Kinésithérapeute	Infirmier	Autres
R. Mas et al. [61]	✗	✗	✗	✗	
M. Monticone et al. [62]	✗	✗	✗		
M. Campello et al. [63]	✗	✗	✗		
M. Schiltewolf et al. [64]	✗	✗	✗		
D. Eisenberg et al. [65]	✗	✗	✗	✗	✗

Tableau 12 - Professionnels de santé impliqués dans les programmes d'études

Les professionnels de santé impliqués dans les programmes d'interventions multidisciplinaires sont variables selon les études comme présenté dans le tableau 12. On remarque qu'au moins un psychologue, un kinésithérapeute et un médecin sont représentés dans la totalité des cinq études. L'étude de *D. Eisenberg et al.* [65] est la seule étude composée d'un nombre important d'autres professionnels de santé, ce qui fait que l'équipe soignante est la plus complète. Ainsi, la mise en place d'une alliance thérapeutique élargie permet d'augmenter la pertinence des soins et de proposer un plus grand panel de soins possibles pour les participants des études. Au plus il y a de professionnels de santé inclus dans les programmes multidisciplinaires au plus les participants trouveront l'offre de soin ciblée et adaptée à chacun.

	J0	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois
R. Mas et al. [61]					
M. Monticone et al. [62]					
M. Campello et al. [63]					
M. Schiltewolf et al. [64]					
D. Eisenberg et al. [65]					

Figure 8 - Frise chronologique des évaluations de suivi

Comme indiqué dans la figure 8 ci-dessus, on retrouve une évaluation de suivi dans la totalité des études sélectionnées, variable de 3 mois dans l'étude de *M. Campello et al.* [63] à 12 mois dans les études [61], [62] et [64]. Ces différences d'évaluations permettent de donner des résultats à court ainsi qu'à plus long termes. Des résultats significatifs en faveur du programme multidisciplinaire ont plus de valeur lors d'une évaluation à long terme qu'une évaluation à court terme puisqu'ils montrent un effet durable dans le temps. C'est grâce à des bénéfices durables dans le temps que les soignants et les patients s'orienteront vers une prise en charge multidisciplinaire et non vers une autre thérapeutique.

Aussi, il faut porter une attention particulière à l'étude [61], puisque c'est la seule étude dont les premiers résultats sont évalués seulement à 3 mois de suivi et non pas directement à la fin de l'intervention. C'est pourquoi, dans cette étude, les effets observés à court termes sont moins importants que ceux des autres études incluses dans la revue de littérature.

Ainsi, chaque programme de rééducation est différent selon les études, tant sur la durée, la fréquence que sur la méthode de fonctionnement. Ceci permet d'observer qu'à ce jour, il n'existe pas de consensus sur le meilleur contenu possible d'un programme multidisciplinaire dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie. Cependant, les thérapies de soins usuels étant toutes semblables, il peut tout à fait être étudié un intérêt de la mise en place d'un tel projet face à une prise en charge kinésithérapique conventionnelle.

4.1.3. Analyse des outils de mesure

Il a été défini 2 critères de jugements principaux dans ce travail de recherche : la douleur et la capacité fonctionnelle.

Ainsi, sur l'ensemble des études, la douleur est évaluée à hauteur de 100 %, dont 4 études évaluent la douleur à l'aide de l'échelle numérique (EN) [62], [63], [64], [65] et seulement l'étude de *R. Mas et al.* [61] l'évalue à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA) et le questionnaire McGill. Bien qu'il existe une corrélation entre l'EVA et l'EN, l'intégration de différents outils de mesures rend l'analyse des résultats plus complexe et l'observation des bénéfices plus incertain.

La capacité fonctionnelle a été évaluée dans 80 % des études, dont 2 études l'évaluent à l'aide de l'indice d'Oswestry [62], [63] et 2 études l'évaluent à l'aide du questionnaire Roland Morris [61], [65]. Des articles scientifiques parus récemment ont démontrés la validité et la fiabilité de ces deux échelles dans le cadre de l'évaluation des douleurs lombaires [28], [29]. Néanmoins, ces deux questionnaires ne sont pas similaires concernant les items inclus et l'analyse de leurs résultats. Il est donc plus complexe d'étudier l'efficacité avec deux questionnaires différents que si un seul avait été inclus.

Aussi, 2 critères de jugements secondaires ont été déterminés dans cette revue de littérature : le nombre de jours de congé maladie et les comportements psychologiques face à la douleur ressentie.

Sur l'ensemble des études, le nombre de jours de congé maladie a été évalué dans 20 %, soit dans la seule étude de *M. Schiltewolf et al.* [64]. Il sera ainsi complexe d'affirmer avec certitude l'efficacité de l'intervention multidisciplinaire dans le retour à la vie active des participants.

Les comportements ressentis face à la douleur sont évalués dans 100 % des études. Cependant, différents outils ont été sélectionnés afin de représenter un plus large éventail de comportement. On retrouve 2 études évaluant la qualité de vie à l'aide du questionnaire SF-12 [61], [65] ; 2 études évaluant la dépression à l'aide du questionnaire CES-D [63], [64] ; et seulement l'étude de *M. Campello et al.* [63] évaluant les peurs et les croyances à l'aide du questionnaire FABQ ; l'étude de *M. Monticone et al.* [62] évaluant la kinésiophobie à l'aide du questionnaire TSK et l'étude de *M. Monticone et al.* [62] évaluant l'anxiété et la dépression à l'aide du questionnaire HADS.

Dans ce travail de recherche, il a été pris le parti d'étudier un grand nombre de critères de jugements avec différents outils de mesure. Malgré le fait que ce travail perd de sa pertinence clinique au vu de l'hétérogénéité et de la non-corrélations de certains outils d'évaluations, inclure un nombre important d'outils permet d'analyser la personne souffrant de lombalgie subaiguë commune dans sa plus grande globalité. Le modèle biopsychosocial a ainsi été respecté dans ce travail de recherche.

4.2. Analyse des résultats principaux

4.2.1. La douleur

La douleur est évaluée à l'aide de l'échelle EN ou NRS dans 4 études comprises dans cette revue de littérature [62]–[65]. Il est retrouvé dans la plupart des études que la prise en charge multidisciplinaire permet une diminution de l'intensité de la douleur plus importante qu'une prise en charge kinésithérapique dite usuelle.

En effet, à la fin de la mise en place des protocoles d'études, l'écart entre les deux groupes varie de -1.3 [-2.26 ; -0.34] pour l'étude de *M. Campello et al.* [63] à -4.4 [-6.66 ; -2.14] pour l'étude de *D. Eisenberg et al.* [65]. Cette différence a tendance à diminuer au fil du temps puisque l'écart est moins important dans l'ensemble des études, allant de -1.1 [-2.71 ; -0.51] au suivi de 12 semaines pour l'étude de *M. Campello et al.* [63] jusqu'à -3.7 [-6.23 ; -1.17] à 26 semaines de suivi pour l'étude de *D. Eisenberg et al.* [65]. La majorité des résultats dépassent le seuil de différence clinique minimale (MCID) de 1 à 2 points indiquée en **ANNEXE 12** pour la douleur. Aussi, les intervalles de confiances ont des bornes proches indiquant un effet bénéfique des programmes multidisciplinaires sur les symptômes douloureux applicable en pratique clinique.

Cependant, l'étude de *M. Schiltenwolf et al.* [64] contraste les résultats observés dans les autres études puisqu'elle montre une diminution de l'intensité de la douleur de $+0.5$ en faveur du groupe de soins usuels lors de l'évaluation qui suit l'intervention de 3 semaines. Or, on observe que l'intervalle de confiance dépasse la valeur 0 [-0.71 ; $+1.71$], indiquant que l'effet peut tout de même être en faveur du groupe multidisciplinaire. A long terme, cette étude rejoint les résultats présentés ci-dessus.

La douleur est évaluée à la fois à l'aide de l'EVA et du McGill questionnaire uniquement dans l'étude de *R. Mas et al.* [61]. L'auteur indique une diminution plus importante de la douleur de -0.77 [-1.53 ; -0.01] pour la prise en charge pluridisciplinaire à la fin des 3 mois d'intervention se réduisant à seulement -0.27 [-0.88 ; $+0.34$] au bout des 12 mois de suivi. Les résultats présentés sont tous en dessous du MCID de 1 à 2 points (**ANNEXE 12**) pour la douleur et l'intervalle de confiance dépasse la valeur 0 lors de l'évaluation à long terme traduisant que ce programme multidisciplinaire peut ne pas avoir d'intérêt sur la douleur dans la pratique clinique.

Il en est de même pour les résultats concernant le McGill questionnaire. Ainsi, malgré le nombre très important de 501 participants dans l'étude de *R. Mas et al.* [61], les résultats retrouvés à l'aide de l'EVA et le McGill questionnaires restent tout à fait discutables puisqu'elle constitue l'unique étude à évaluer la douleur à l'aide de ces deux échelles.

D'une manière générale, l'étude de *D. Eisenberg et al.* [65] est celle qui indique les meilleurs résultats d'une prise en charge multidisciplinaire sur l'intensité de la douleur à court ainsi qu'à long terme. Cependant, elle représente l'étude avec le plus faible nombre de participants, soit 20 participants, ce qui pourrait expliquer l'ampleur des résultats observés par l'auteur. Aussi, le programme pluridisciplinaire étudié est le plus complet de toutes les études incluses dans cette revue, puisqu'il contient à la fois des thérapies annexes, de la masso kinésithérapie et de la psychothérapie. Ce programme est également le plus long de toutes les études présentées, puisqu'il est réparti sur une durée de 12 semaines. Tous ces facteurs peuvent expliquer une amélioration plus importante et significative de l'intensité de la douleur sur les participants de l'étude.

On remarque que quatre des études insérées présentent des résultats significatifs ($p < 0.05^*$) concernant l'intensité de la douleur, ce qui représente un pourcentage de 95 % de résultats significatifs sur les 768 participants compris dans l'étude de l'intensité de la douleur [61], [62], [64], [65].

En conclusion, pour la quasi-totalité des études, la perception de la douleur a diminué dans les deux groupes comparés mais plus considérablement dans le groupe d'intervention multidisciplinaire. Au suivi, il y a une différence amoindrie entre les deux groupes suggérant donc une certaine difficulté à maintenir une atténuation de l'intensité de la douleur au fil du temps.

4.2.2. L'incapacité fonctionnelle

Selon les études de *M. Campello et al.* [63] et de *M. Monticone et al.* [62] évaluant la capacité fonctionnelle à l'aide du questionnaire ODI, une augmentation de la capacité fonctionnelle représentée par une diminution plus importante du score à l'ODI est constatée en faveur du groupe d'intervention multidisciplinaire. Ainsi, les auteurs montrent un écart entre les deux groupes assez similaire allant de - 10.3 [- 15.62 ; - 4.98] à la fin des interventions [63] à - 11.4 [- 13.29 ; - 9.51] à 10 semaines d'intervention [62]. Malgré les résultats équivalents à la fin des interventions, l'écart entre les deux groupes s'atténue à - 7,6 [- 13.98 ; - 1.22] à la période de suivi dans la première étude citée alors qu'il augmente dans la deuxième étude atteignant - 15.8 [- 17.50 ; - 14.10]. La différence des résultats à long terme retrouvés entre ces deux études peut s'expliquer par le fait que *M. Campello et al.* [63] évalue à 3 mois alors que *M. Monticone et al.* [62] évalue lui à plus long terme, soit 12 mois.

Aussi, seule l'évaluation de l'étude [63] à 12 semaines n'atteint pas la MCID de 10 points pour l'indice Oswestry (**ANNEXE 12**). Les bornes sont assez larges dans cette même étude alors qu'elle sont serrées dans l'étude [62]. L'analyse des intervalles de confiance montre tout de même un effet favorable à la mise en place d'un programme multidisciplinaire sur l'incapacité fonctionnelle.

Dans les études de *R. Mas et al.* [61] et de *D. Eisenberg et al.* [65] évaluant la capacité fonctionnelle à l'aide du questionnaire RMDQ, les résultats permettent aussi de montrer un effet favorable du groupe d'intervention multidisciplinaire.

En effet, l'écart diminue semblablement de $- 1.11 [- 2.08 ; - 0.13]$ à $- 1.33 [- 2.22 ; - 0.45]$ entre la première et la deuxième période de suivi dans la première étude [61], tout comme dans la deuxième étude où la différence stagne entre $- 6.4 [- 13.94 ; - 1.14]$ et $- 7.1 [- 13.91 ; - 0.29]$ lors des évaluations [65]. Seuls les résultats de l'étude [65] dépassent le MCID de 2 à 3 points pour le questionnaire Roland Morris (**ANNEXE 12**). Cependant, pour cette même étude les bornes des IC sont larges indiquant une pertinence clinique plus faible et une difficulté dans l'application à la population générale.

Ce faible écart indiqué dans l'étude de *R. Mas et al* [61] peut s'expliquer puisque cette étude est celle dont la durée est la plus courte (10 heures) mais aussi puisque c'est la seule où les participants sont pris en charge par groupe de 6 à 12.

Ainsi, les résultats sont pratiquement tous significatifs puisque seule l'étude de *D. Eisenberg et al.* [65] évaluant le RMDQ présente des scores considérés comme non significatifs ($p > 0.05$). On note donc un total de 97 % de résultats significatifs dans l'évaluation des incapacités fonctionnelles.

L'ensemble des résultats observés pour ce critère de jugements semblent similaires, puisqu'un écart équivalent est constaté à la fin de la mise en place des programmes et lors des périodes d'évaluations entre les deux groupes d'intervention dans les quatre articles inclus. Cet accord entre les auteurs pourrait mettre en avant un intérêt majeur et durable de la mise en place d'un programme multidisciplinaire axé sur un modèle biopsychosocial dans la récupération des capacités fonctionnelles des sujets souffrant de lombalgie subaiguë commune.

4.3. Analyse des résultats secondaires

4.3.1. Le retour au travail

L'étude de *M. Schiltewolf et al.* [64] est la seule des cinq études sélectionnées dans ce travail de recherche à proposer des résultats concernant le retour au travail. Ainsi, 2 ans après la mise en place des interventions de 3 semaines, le groupe multidisciplinaire compte en moyenne 70 jours d'arrêt de travail de moins que le groupe de soins usuels. Il semblerait donc selon cette étude que la mise en place d'un protocole pluridisciplinaire améliore significativement ($p = 0.01^*$) le retour à la vie active des participants face à une prise en charge kinésithérapique usuelle composée de balnéothérapie, d'exercices physiques et d'une éducation des participants. Ce résultat reste tout à fait discutable puisqu'en plus d'être énoncé uniquement dans une seule des cinq études, l'auteur ne donne aucun renseignement permettant de calculer à la fois la taille d'effet et l'intervalle de confiance dans son travail. De plus, il y a une perte de suivi de 34 % lors de l'évaluation à 2 ans, représentant une menace pour la validité clinique.

Ainsi, malgré l'impossibilité de tirer une quelconque conclusion sur ce critère de jugement, il paraissait tout de même essentiel de l'inclure dans ce travail afin de discuter du délai de retour à la vie active des participants lombalgiques. Ici, le retour au travail représente le terme « social » du modèle biopsychosocial étudié dans ce mémoire de recherche, qui aurait été incomplet sans évoquer l'aspect socioprofessionnel.

Il semblerait intéressant au vu des résultats probants obtenus dans l'étude de *M. Schiltewolf et al.* [64] d'effectuer dans le futur des recherches plus approfondies sur l'intérêt de la mise en place de ce type de programmes sur le retour au travail et à la vie active des patients.

4.3.2. Les comportements

La totalité des 5 études comprises dans ce travail de recherche évalue les comportements des participants face à la lombalgie. Cependant, l'hétérogénéité des outils de mesure utilisés pour ce critère de jugement rend l'interprétation des effets bien moins précise avec des différences plausibles directement dépendant de l'outil choisi.

- **Qualité de vie**

La qualité de vie des patients souffrant de lombalgie est évaluée dans 2 études [61], [65]. En observant les résultats retrouvés dans ces deux études, on observe une conclusion bien contrastée entre les deux auteurs. En effet, selon la première étude évoquée [61], la qualité de vie au niveau physique connaît une meilleure augmentation du programme pluridisciplinaire de seulement + 0.55 [- 1.19 ; + 2.29] à court terme et + 0.53 [- 1.20 ; + 2.27] à long terme sur le programme de soins usuels. La deuxième étude [65] montre une amélioration beaucoup plus importante en faveur du groupe multidisciplinaire de + 5.8 [- 16.0 ; + 4.44] à court terme et + 7.2 [- 17.7 ; + 3.33] à long terme.

En ce qui concerne la qualité de vie au niveau mental, ici aussi des résultats bien différents sont observables entre les deux études. Dans l'étude de *R. Mas et al.* [61], la qualité de vie augmente de + 2.56 [- 0.33 ; + 5.45] à 3 mois puis de + 1.48 [- 0.86 à + 3.83] à 12 mois sur le groupe de soins usuels alors qu'elle ne connaît aucune amélioration [- 11.02 ; + 11.02] dans l'étude de *D. Eisenberg et al.* [65] à la fin de la mise en place des intervention et qu'elle augmente de + 3.1 [- 11.21 ; + 5.01] à 26 semaines de suivi.

Pour la totalité des résultats, les intervalles de confiances traversent la valeur 0, indiquant une non-pertinence clinique et les tailles d'effet présentés sont très faibles. De plus, aucune de ces deux études ne donne des résultats significatifs ni pour la qualité de vie mentale ni pour la qualité de vie physique. Aussi, aucun des résultats n'atteint la MCID de 3.77 points (mental) et 3.29 points (physique) indiquée en **ANNEXE 12**. En observant les données des auteurs, il semblerait que la mise en place d'un programme multidisciplinaire ne montre aucun intérêt prouvé dans l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de lombalgie subaiguë commune.

- **Kinésiophobie**

La kinésiophobie est étudiée par le questionnaire TSK uniquement dans l'étude de *M. Monticone et al.* [62]. Selon l'auteur, la mise en place d'un programme pluridisciplinaire aurait un réel intérêt dans l'atténuation de la kinésiophobie. En effet, à la fin du programme de 10 semaines, le score du TSK est - 8.3 [- 10,52 ; - 6,08] plus faible en faveur du groupe d'intervention, diminuant même à - 10.4 [- 12,24 ; - 8,56] lors de l'évaluation de suivi de 12 mois.

Les résultats sont tous les deux au-dessus du MCID de 5.6 points pour le TSK (**ANNEXE 12**). De plus, les résultats sont significatifs puisque $p = 0.001^*$, et les bornes des intervalles de confiances à 95 % sont serrées, ce qui démontre une forte pertinence clinique et une applicabilité dans la population générale.

La limite réside essentiellement dans le fait que seule cette étude communique des informations sur la kinésiophobie. L'affirmation d'un bénéfice certain de la mise en place d'un programme multidisciplinaire dans le but d'atténuer la kinésiophobie doit être ainsi nuancée dans cette revue.

- **Dépression**

La dépression est évaluée par le questionnaire CES-D dans 2 articles compris dans la revue de littérature [63], [64]. Les résultats obtenus sont hétérogènes lors de l'évaluation à court terme mais sont assez équivalents lors de l'évaluation de suivi. Le groupe d'intervention multidisciplinaire de l'étude de *M. Campello et al.* [63] indique une diminution du score CES-D de - 0.6 [- 4.33 ; + 3.13] de plus que pour le groupe de contrôle alors que celui de *M. Schiltenwolf et al.* [64] affiche lui une augmentation du résultat de + 3.8 [+ 1.55 ; + 6.05] par rapport au groupe de soins usuels. Les bornes des intervalles de confiances traversent la valeur 0 indiquant que ces résultats ne sont pas pertinents d'un point de vue clinique.

Lors de l'évaluation de suivi des deux études, le score de dépression diminue de - 4.0 [- 8.33 ; - 0.33] [63] et - 5.0 [- 8.83 ; - 1.17] [64] en faveur du groupe d'intervention multidisciplinaire. Les intervalles de confiances sont assez éloignées, diminuant ainsi la pertinence clinique des résultats. L'analyse du seuil de MCID n'a pas pu être étudié pour cet outils de mesure.

Seule l'étude de *M. Schiltenwolf.* [64] présente des résultats significatifs ($p = 0.0034^*$) concernant la dépression, représentant un pourcentage de 66 % de résultats significatifs sur les 97 participants intégrés dans l'évaluation de la dépression. Or, cette étude ne démontre aucun effet en faveur du protocole pluridisciplinaire à court terme.

Ainsi, selon ces deux études, il apparait que la mise en place d'un protocole multidisciplinaire n'a pas d'effet sur la dépression à court terme mais plutôt un faible effet possible à long terme.

- **Peurs et croyances**

Les peurs et les croyances chez les patients lombalgiques sont évaluées à l'aide du questionnaire FABQ uniquement dans l'étude de *M. Campello et al.* [63]. Cette étude montre une diminution au score FABQ plus importante à la fois à court qu'à long terme pour l'évaluation physique et travail. En effet, les valeurs sont de - 4.5 [- 8.59 ; - 0.41] à 4 semaines et - 5.0 [- 9.64 ; - 0.36] à 12 semaines pour le FABQ physique et de - 1.9 [- 6.56 ; + 2.76] à 4 semaines et - 3.5 [- 8.74 ; - 1.74] à 12 semaines pour le FABQ travail.

Cependant, aucun des résultats n'est considéré significatif dans cette étude. Aussi, les bornes des intervalles de confiances sont larges et la valeur 0 est même franchie lors de l'évaluation du FABQ travail à 4 semaines. Aussi, le MCID de 7 points (travail) n'est pas atteint alors que le MCID de 4 points (physique) est atteint aux deux moments d'évaluations (**ANNEXE 12**). Il ne peut donc être annoncé un effet cliniquement pertinent et reproductible dans la population générale.

Ce faible résultat sur les croyances et les peurs peut être expliqué par la population incluse dans cette étude : des marines de l'armée américaine. On peut penser que ces sujets sont moins impactés par les croyances et les peurs néfastes. De plus, cette étude est composée de trop de peu participants, seulement 33 participants, pour arriver à une conclusion certaine sur ce critère de jugement.

Ainsi, malgré l'écart en faveur du groupe d'intervention multidisciplinaire lors de l'évaluation à court et long terme, aucun intérêt certain de ce type de prise en charge sur les peurs et les croyances ne peut être démontré dans cette revue de littérature.

- **Anxiété et dépression**

Le score d'anxiété et de dépression est évalué à l'aide du questionnaire HADS exclusivement dans l'étude de *M. Monticone et al.* [62]. L'analyse montre des résultats semblables pour les deux items du questionnaire HADS.

Après le programme de 10 semaines, le groupe d'intervention multidisciplinaire montre une diminution du score HADS anxiété de - 1.9 [- 3.31 ; - 0.49] et HADS dépression de - 0.7 [- 2.04 ; + 0.64] de plus que le groupe de soins usuels. Au 12 mois de suivi, la tendance se poursuit aussi bien pour l'anxiété que pour la dépression puisqu'on retrouve un écart de - 3.9 [- 5.29 ; - 2.51] pour l'un et - 2.0 [- 3.33 ; - 0.67] pour l'autre à la faveur du groupe d'intervention.

Les intervalles de confiances sont assez proches, cependant le résultat à l'HADS dépression à 10 semaines traverse la valeur 0, diminuant la pertinence clinique. Les résultats indiqués sont significatifs aussi bien pour l'évaluation de l'HADS anxiété ($p = 0.016^*$) que pour l'HADS dépression ($p = 0.027^*$).

L'analyse du seuil de MCID n'a pas pu être étudié pour cet outils de mesure.

Cet outil étant étudié dans un seul article compris dans la revue de littérature, il ne permet donc pas de donner une conclusion certaine sur l'efficacité de la prise en charge multidisciplinaire. Il semble tout de même si l'on suit les conclusions de l'auteur de cette étude, qu'un programme multidisciplinaire axé sur un modèle biopsychosocial serait intéressant dans le but de diminuer l'anxiété et la dépression face à la lombalgie subaiguë commune.

- **Bilan général**

L'ensemble des résultats retrouvés sont tout à fait hétérogènes à cause des différents outils d'évaluations utilisés dans ce travail de recherche. Il a cependant été choisi d'inclure un maximum d'outils évaluant les comportements psychologiques, dans le but d'avoir un panel le plus large possible.

En effet, il a été énoncé précédemment dans ce travail de recherche que des risques psychocomportementaux peuvent influencer sur l'évolution de la lombalgie, et la faire tendre à terme, vers le stade de chronicité. L'évaluation des comportements permet d'évoquer la notion de « psycho » retrouvée dans le modèle biopsychosocial.

Il semblerait tout de même que la mise en place d'un protocole multidisciplinaire ait un effet bénéfique sur la kinésiophobie, la dépression préférentiellement à long terme ainsi que l'anxiété. A contrario, selon l'analyse des études sélectionnées, des résultats de faibles pertinences cliniques suggèrent une inefficacité d'un programme pluridisciplinaire sur l'atténuation des peurs, des comportements d'évitement et sur la qualité de vie ressentie par les patients souffrant de lombalgie subaiguë commune.

Il serait intéressant de compléter cette analyse faible au niveau de sa valeur clinique avec des études proposant un nombre de participants plus important pour chaque outil de mesure utilisé afin d'en apprécier leurs effets avec plus de précisions et de délivrer une conclusion sur l'intérêt des programmes multidisciplinaires face aux troubles psychocomportementaux liés à la lombalgie.

	Fort intérêt	Faible intérêt	Aucun intérêt
Douleur	✘		
Incapacité fonctionnelle	✘		
Retour au travail		✘	
Comportements			
Kinésiophobie		✘	
Peurs et croyances			✘
Anxiété et dépression		✘	
Qualité de vie			✘

Tableau 13 - Résumé de l'intérêt de la mise en place d'un programme multidisciplinaire selon les critères de jugement

Les résultats obtenus dans ce mémoire de fin d'étude surpassent les conclusions émises par *TJ. Marin et al.* [73] dans sa revue de littérature « *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain* » parue en 2017 sur les bases de données scientifiques. En effet, dans cette méta analyse, il est retrouvé des preuves de très faibles pertinences cliniques d'un intérêt de la mise en place d'un traitement multidisciplinaire biopsychosocial sur la douleur, l'incapacité physique et le retour au travail.

Cependant, l'étude de *TJ. Marin et al.* [73] présente des différences notables avec ce mémoire de fin d'étude. Les points de divergence les plus importants sont formulés ci-dessous.

La population est constituée essentiellement de patients souffrant de lombalgie de 6 à 12 semaines d'évolution, alors que ce travail de fin d'étude inclus les personnes souffrant de lombalgie dès 3 semaines. Aussi, cette méta analyse met en comparaison directe des programmes multidisciplinaires avec une prise en charge usuelle qui n'est pas uniquement ciblée sur de la kinésithérapie (médicaments, repos, aucun traitements, autres traitements). Au final, que trop peu d'études portant sur la confrontation entre un programme multidisciplinaire et un programme kinésithérapique seul sont présentés dans cette étude pour observer un possible bénéfice. Il est important de noter que parmi les 9 articles sélectionnés dans la méta analyse, seulement l'étude de *M. Campello et al.* [63] est en commun avec ce mémoire de fin d'étude.

Cette étude parue en 2017 a tout de même influencé le choix de ce sujet de mémoire de fin d'étude dont le but est de clarifier le possible intérêt supérieur d'une prise en charge multidisciplinaire biopsychosociale face au mono-traitement kinésithérapique.

4.4. Qualité des preuves

L'analyse des résultats retrouvés dans les études sélectionnées pour ce travail de recherche passe par l'étude du niveau de preuve. Le niveau de preuve d'un résultat représente le niveau de crédibilité du résultat. Ainsi, au plus la crédibilité d'un résultat augmente, au plus le résultat retrouvé est pertinent. A ce jour, pour établir le niveau de preuve d'un résultat, le système le plus complet est le système GRADE [74] (ANNEXE 13). Il permet d'identifier le niveau de preuve pour chaque critère de jugement étudiée dans la revue de littérature, contrairement aux autres systèmes qui évaluent les différents niveaux de preuves observés entre les études, voir tableau 14 ci-dessous.

	Douleur	Capacité fonctionnelle	Arrêt de travail	Comportements
Nombre d'articles	5	4	1	5
Niveau de preuve initial	Grade 4	Grade 4	Grade 4	Grade 4
Risque de biais	-1	-1	-1	-1
Hétérogénéité	0	0	0	-1
Caractère indirect	0	0	0	0
Imprécision	-1	-1	-2	-1
Biais de publication	0	0	0	0
Taille de l'effet	+1	+1	0	0
Dose-réponse	0	0	0	0
Niveau de preuve	MODÉRÉ	MODÉRÉ	TRÈS FAIBLE	TRÈS FAIBLE

Tableau 14 - Cotation des critères de jugement à l'échelle GRADE

4.5. Applicabilité des résultats en pratique clinique

Les résultats de cette revue indiquent que la mise en place d'une alliance thérapeutique composée d'une prise en charge physique associée avec une prise en charge psychologique pourrait se révéler être cliniquement intéressante pour réduire l'intensité de la douleur et améliorer les capacités fonctionnelles de la personne souffrant de lombalgie subaiguë commune. Elle l'est potentiellement pour réduire des comportements tels que la kinésiophobie, la dépression et l'anxiété ainsi que pour réinsérer les personnes dans leur activité professionnelle. Cependant, ces résultats restent encore trop imprécis au vu du niveau de preuve « très faible » indiqué dans le score GRADE.

En réunissant l'ensemble des études, il est constaté une assez grande hétérogénéité sur les modalités appliquées par les différents programmes concernant à la fois les paramètres de temps, de fréquence, de durée, les techniques utilisées ou encore les moments auxquels les patients ont été évalués.

Néanmoins, que ce soit l'étude de *R. Mas et al.* [61] où l'intervention n'a duré que 10 heures au total ou l'étude de *M. Monticone et al.* [62] où l'intervention a duré 10 semaines, les résultats retrouvés sont en faveur de la mise en place d'un programme multidisciplinaire. Il semblerait tout de même que les programmes les plus longs présentent de meilleurs résultats, plus durables dans le temps [62], [65].

Ainsi, d'après les résultats obtenus, l'instauration d'un programme multidisciplinaire peut être plus largement appliqué car présentant un bénéfice face à une prise en charge kinésithérapique usuelle seule. La notion de multidisciplinarité comporte malgré tout certaines contraintes : d'une part la nécessité d'une coordination solide des thérapeutes, et d'autre part l'adhésion du patient. En effet, en intégrant le programme, le participant est soumis à une rigueur, ce qui pourrait s'avérer devenir un frein ou un motif d'abandon pour certains d'entre eux. Dans cette revue de littérature, plus de 80 % des participants ayant débuté le traitement l'ont poursuivi jusqu'à la fin.

Aussi, il est important de noter qu'un tel projet ne peut être réalisé dans tous les contextes de rééducation car il nécessite aussi bien un personnel de santé qualifié qu'un espace dédié. En effet, quelle que soit l'étude intégrée dans ce travail de recherche, le programme multidisciplinaire a toujours été réalisé soit dans un centre de réhabilitation disposant de praticiens nécessaires à ce type de prise en charge [61], [62], [64], [65] soit dans un environnement où ce style de projet peut être mis en place [63]. De nos jours, certains cabinets libéraux ne possèdent ni l'espace nécessaire, ni l'équipe professionnelle adaptée à ce concept. L'implantation de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) est un nouveau moyen pour faire face à l'ensemble des soucis logistiques inhérents à la mise en place d'un programme multidisciplinaire.

Aucune des études incluses n'a donné de renseignements quant au coût engendré par les participants lors de la réalisation des programmes. Un projet de cette envergure a un coût financier assez important pour la structure qui choisit de le mettre en place. A ce jour, l'agence régionale de santé (ARS) peut accorder des subventions lors de la création de structures proposant une offre de soins pluridisciplinaires [45]. Aussi, aucun des auteurs ne déclare d'effets indésirables liés à la mise en place d'un programme multidisciplinaire. La balance bénéfice/risque semble donc être positive.

4.6. Limites de la revue de littérature

Certaines limites peuvent être mises en avant concernant cette revue de littérature, la rendant moins pertinente d'un point de vue clinique. Tout d'abord, malgré les scores PEDro satisfaisants de 6 à 7/10 indiqués lors de l'analyse des biais des études, les participants et les thérapeutes n'ont été mis en aveugle dans aucune des études. Il faut prendre en compte que ceci pourrait engendrer un possible effet placebo dû à la relation patient-thérapeute.

Ensuite, l'ensemble des scores (PEDro, GRADE, AMSTAR), des tailles d'effet et des intervalles de confiances ont été calculés avec de possibles erreurs humaines.

Enfin, seuls des outils d'auto-évaluations ont été intégrés dans ce travail de recherche, ce qui implique que les scores présentés doivent être considérés avec une plus grande précaution. Aussi, en plus de l'hétérogénéité des programmes mis en place, il est important de préciser une grande hétérogénéité des outils de mesure choisis pour évaluer les critères de jugement, rendant l'interprétation des effets moins précise.

4.7. Biais potentiels de la revue de littérature

Afin d'évaluer la qualité méthodologique de cette revue de littérature, l'échelle AMSTAR est utilisée (ANNEXE 14). Il s'agit d'un outil d'évaluation critique composé de 11 items conçu pour les revues systématiques incluant des études randomisées. Chaque élément de l'outil AMSTAR est évalué en cochant au choix, les réponses : « oui », « non » ou « non applicable (NA) ». Ce système de cotation accorde 1 point pour « oui » et 0 point pour les autres options de réponse. Le score total correspond au nombre de réponses « oui » pour l'ensemble des items. Il est donc retrouvé un score total exprimé sur 11 points présenté dans le tableau 15 ci-dessous.

ITEMS	Réponse	Justification
Item 1 : <i>Un plan de recherche établi a priori est-il fourni ?</i>	OUI	Il a été défini des objectifs auxquels ce travail de recherche doit répondre
Item 2 : <i>La sélection des études et l'extraction des données ont-ils été confiés à au moins deux personnes ?</i>	NA	La sélection et l'extraction ont été réalisées uniquement par l'auteur de ce travail de recherche
Item 3 : <i>La recherche documentaire était-elle exhaustive ?</i>	OUI	La recherche documentaire s'est appuyée sur 4 bases de données différentes
Item 4 : <i>La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion ?</i>	OUI	Inclusion d'essais cliniques randomisés uniquement
Item 5 : <i>Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie ?</i>	OUI	CF. Tableau 7 (études exclues) et diagramme de flux (études incluses)
Item 6 : <i>Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées ?</i>	OUI	CF. Page 26 à 30 (études détaillées)
Item 7 : <i>La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée ?</i>	OUI	CF. Tableau 8 (score PEDro)
Item 8 : <i>La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions ?</i>	OUI	CF. Tableau 14 (score GRADE)
Item 9 : <i>Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées ?</i>	NON	Les données retrouvées dans les études sont considérés comme hétérogènes
Item 10 : <i>La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée ?</i>	NON	/
Item 11 : <i>Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés ?</i>	NA	Ce travail est un mémoire de fin d'étude
Score : 7/11 (qualité modérée)		

Tableau 15 - Score de la revue de littérature à la grille AMSTAR

5. CONCLUSION

Cette revue de littérature, composée de cinq études représentées par des essais cliniques randomisés, avait pour objectif de déterminer quels intérêts pouvaient présenter la mise en place d'un programme multidisciplinaire centré sur le modèle biopsychosocial chez les patients souffrant de lombalgie subaiguë commune et notamment quels pouvaient être les possibles actions sur la douleur, l'incapacité fonctionnelle, le retour au travail et les comportements face à la douleur.

5.1. Implication pour la pratique clinique

Au vu des résultats obtenus, l'instauration d'un programme multidisciplinaire basé sur le modèle biopsychosocial intégrant une thérapie physique associée à une thérapie psychologique semblerait avoir un effet positif sur la réduction des douleurs, ainsi que l'amélioration des capacités fonctionnelles. Cette thérapie semble également présenter, et ce malgré les résultats très imprécis et les niveaux de preuves très faibles, un faible bénéfice dans le retour à la vie active, la kinésiophobie, l'anxiété et la dépression. Néanmoins, confronté à des soins kinésithérapiques usuels, il n'y aurait aucun bénéfice dans l'amélioration de la qualité de vie ainsi que les peurs et les croyances ressenties par les patients. Cette interprétation semble se maintenir aussi bien à court terme qu'à plus long terme.

Il resterait tout de même intéressant d'inclure dans la pratique clinique une alliance thérapeutique avec d'autres professionnels de la santé dans le but de prendre en charge le patient dans sa plus grande globalité. En effet, s'inspirer du modèle biopsychosocial dans l'accompagnement des sujets souffrant de lombalgie subaiguë commune permet à la fois de traiter les troubles physiques déclenchant la douleur et réduisant les activités des sujets, et de traiter les troubles psychocomportementaux nuisant bien des fois à l'atténuation des symptômes ressentis par les personnes. C'est aussi aider les personnes, par la suite, à l'instauration des bons comportements à avoir face à l'apparition de douleurs lombaires, brisant de ce fait le cercle vicieux d'inactivité fonctionnelle, de comportements inappropriés face à la douleur et à l'exacerbation de cette dernière.

De plus, avec la croissance d'établissements de santé dédiés à l'alliance thérapeutique : les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), la mise en place de programmes conçus par différents acteurs de la santé dans le même objectif semble plus applicable de nos jours. L'avenir de la santé réside de ce fait dans la standardisation de l'association des professionnels de santé, ayant des approches et des connaissances différentes mais complémentaires pour soulager au mieux les patients.

Aussi, concevoir le traitement le plus adapté et le plus efficace possible pour les sujets souffrant de lombalgie subaiguë commune permettrait de réduire considérablement le passage au stade de chronicité et ainsi toutes les complications socio-économiques qui en découlent.

5.2. Implication pour la recherche

Cette revue de littérature suggère que la mise en place d'un programme multidisciplinaire pourrait présenter un intérêt global dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgie subaiguë commune. Cependant, de nouvelles recherches afin de mieux mesurer ses effets sur la douleur, les capacités fonctionnelles, le retour à la vie active et les comportements des patients envers la douleur sont à investiguer grâce à d'autres essais cliniques avec plus de participants et des qualités cliniques plus importantes. Cette revue de littérature a sélectionnée les études les plus récentes en ce qui concerne la problématique énoncée, et suite à une vérification, aucune nouvelle étude pouvant intégrer cette revue n'est parue à ce jour.

Pour des futures recherches, il serait intéressant de confronter des programmes multidisciplinaires différents autant sur leur contenu, que sur leur durée et leur fréquence afin de déterminer quel est le meilleur des traitements proposés. Ce résultat pourrait permettre dans l'avenir de définir un consensus sur la prise en charge pluridisciplinaire la plus efficace dans le traitement de la lombalgie subaiguë commune.

Aussi, il serait intéressant de se pencher sur l'aspect socioéconomique d'un projet multidisciplinaire. L'étude de *A. Berenguera et al.* [75] parue en 2011 avait pour projet d'analyser le rapport coût-efficacité et le rapport coût-utilité de la mise en place de son programme multidisciplinaire mais aucun résultat n'a été évoqué pour le moment. Selon cette étude, si l'intervention multidisciplinaire présentait un bon rapport coût-efficacité et coût-utilité, elle pourrait être appliquée à plus grande échelle dans des centres de soins de santé primaires.

Une autre piste intéressante à étudier dans l'avenir serait d'évaluer si un programme multidisciplinaire avec intervention directe des thérapeutes est absolument nécessaire, ou si la création de nouveaux concepts, tels que des applications mobiles ou des livrets éducatifs reprenant les notions de bases de la multidisciplinarité seraient tout autant efficace. En effet, ces nouveaux concepts seraient totalement dans l'ère du temps et permettraient une mise en place plus simple ainsi qu'un gain de temps considérable tant pour le patient que pour le soignant.

Des études récentes ont déjà été portées sur le sujet, telle que celle de *B. Del Pozo-Cruz et al* [76] dont l'objectif était de tester la faisabilité et l'efficacité d'une intervention multidisciplinaire en ligne pour des employés de bureau souffrant de lombalgie subaiguë commune. Les sujets du groupe d'intervention ont participé à un programme en ligne sur leur lieu de travail pendant 11 minutes par jour, 5 jours par semaine. Cette étude donne des résultats assez intéressants qui sont favorables à la mise en place de cette intervention pour améliorer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des employés de bureau souffrant de lombalgie subaiguë commune.

Le concept de multidisciplinarité réserve encore de nombreuses interrogations autant au niveau de son fonctionnement qu'au niveau de ses bénéfiques. Or, il s'agit d'une notion largement mentionnée ces dernières années dans la profession de masseur-kinésithérapeute. Dans le futur, les recherches scientifiques vont, sans aucun doute, s'y intéresser plus largement.

6. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Assurance Maladie, “Je souffre de lombalgie : de quoi s’agit-il et que faire ?”, 2017.
- [2] Caisse Nationale d’Assurance Maladie, “Lombalgie : lancement de la campagne « Mal de dos ? Le bon traitement, c’est le mouvement »”, 2017.
- [3] Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes, “*lombalgie - bienbougeravecmonkine*”, [internet].
- [4] HAS, “Fiche mémo - Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune”, *Serv. bonnes Prat. Prof.*, p. 13, 2019.
- [5] Assurance maladie, “Lombalgie commune : comment orienter la prise en charge pluridisciplinaire et favoriser le maintien d’une activité professionnelle - Informations destinées aux professionnels de santé et aux services de santé au travail”, 2017.
- [6] Jean-Marc VITAL, “Anatomie de la colonne vertébrale”, *Sauramps Med.*, 2016.
- [7] Public - la rhumatologie, “Rachis colonne vertebrale - anatomie”, [internet].
- [8] R. Paris, “Anatomie du rachis”, [internet].
- [9] Dufour M, “Anatomie de l’appareil locomoteur - Tome 3 : Tête et Tronc. 2ème édition.”, 2007.
- [10] INRS, “Notions d’anatomie, de physiologie et de pathologie”.
- [11] AFM, “Le système musculaire squelettique”, 2003.
- [12] INRS, “Statistiques de la lombalgie”, pp. 1–21, 2018.
- [13] J. Gourmelen, J. F. Chastang, A. Ozguler, J. L. Lanoë, J. F. Ravaud, and A. Leclerc, “Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys”, *Ann. Readapt. Med. Phys.*, vol. 50, no. 8, pp. 640–644, 2007.
- [14] ABENHAIM (L.)(prés.); LE GALES (C.)(rapp.), “Rapport du GTNDO analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnées, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique définition d’objectifs”, vol. 148, pp. 148–162.
- [15] S. L. James *et al.*, “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*, vol. 392, no. 10159, pp. 1789–1858, 2018.
- [16] F. Depont *et al.*, “Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France”, *Fundam. Clin. Pharmacol.*, vol. 24, no. 1, pp. 101–108, 2010.
- [17] S. Poiraudeau, M. M. Lefevre Colau, F. Fayad, F. Rannou, and M. Revel, “Low back pain”, *EMC-Rhumatologie-Orthopedie*, vol. 1, no. 4, pp. 295–319, 2004.
- [18] Société Française D’Étude et de Traitement de la Douleur, (SFETD), and Centre National de Ressources Douleur (CNRD), *La douleur en question*.
- [19] Faculté de Médecine – U.L.P., “Bases neurophysiologiques des douleurs, composantes”, *Univ. Louis Pasteur*, pp. 1–18, 2003.
- [20] Haute Autorité de santé, “Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur”, *Dir. l’Amélioration la Sécurité des Soins Serv. Évaluation Outil pour la Sécurité des Soins*, 2020.
- [21] A. Williamson and B. Hoggart, “Pain: A review of three commonly used pain rating scales”, *J. Clin. Nurs.*, vol. 14, no. 7, pp. 798–804, 2005.

- [22] Tarek Saad Shafshak, "The Visual Analogue Scale Versus Numerical Rating Scale in Measuring Pain Severity and Predicting Disability in Low Back Pain", 2021.
- [23] Agence européenne des médicaments, "Ligne directrice sur le développement clinique des médicaments destinés au traitement de la douleur", 2016.
- [24] E. Kremer and J. Hampton Atkinson, "Pain measurement: Construct validity of the affective dimension of the McGill Pain Questionnaire", *Pain*, vol. 11, no. 1, pp. 93–100, 1981.
- [25] M. En, G. Et, and A. D. Exonération, "Les manœuvres et les tests utilisés lors d'une expertise médico-légale de l'appareil locomoteur".
- [26] C. Demoulin, M. Vanderthommen, C. Duysens, and J. M. Crielaard, "Spinal muscle évaluation using the Sorensen test. A critical appraisal of the literature", *Rev. du Rhum. (Edition Fr.)*, vol. 73, no. 1, pp. 39–46, 2006.
- [27] "Test de Shirado (Durée : 5 minutes)".
- [28] R. C. Date *et al.*, "Fiche D'Évaluation Clinique Pour La Lombalgie".
- [29] E. Cambois and J. M. Robine, "Concepts et mesure de l'incapacité: Définitions et application d'un modèle à la population française", *Retraite Soc.*, vol. 39, no. 2, pp. 59–91, 2003.
- [30] D. Vogler, R. Paillex, M. Norberg, P. de Goumoëns, and J. Cabri, "Validation transculturelle de l'Oswestry disability index en français", *Ann. Readapt. Med. Phys.*, vol. 51, pp. 379–385, 2008.
- [31] D. Zerkak, J. C. Métivier, B. Fouquet, and J. Beaudreuil, "Validation of a French version of Roland-Morris questionnaire in chronic low back pain patients", *Ann. Phys. Rehabil. Med.*, vol. 56, no. 9–10, pp. 613–620, 2013.
- [32] M. Monticone *et al.*, "Responsiveness of the Oswestry Disability Index and the Roland Morris Disability Questionnaire in Italian subjects with sub-acute and chronic low back pain", *Eur. Spine J.*, vol. 21, no. 1, pp. 122–129, Jan. 2012.
- [33] E. Coudeyre and M. C. Ratinaud, "Quels facteurs de risque de la lombalgie et de son passage la chronicité ?", *Rev. du Rhum. (Edition Fr.)*, vol. 78, no. SUPPL. 2, pp. S52–S55, 2011.
- [34] C. Nguyen, S. Poiraudreau, M. Revel, and A. Papeard, "Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité", *Rev. du Rhum. (Edition Fr.)*, vol. 76, no. 6, pp. 537–542, 2009.
- [35] J. W. S. Vlaeyen and G. Crombez, "La psychologie de la peur et de la douleur", *Rev. du Rhum. (Edition Fr.)*, vol. 76, no. 6, pp. 511–516, 2009.
- [36] L. Goubert, G. Crombez, and I. De Bourdeaudhuij, "Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: Prevalence and interrelationships", *Eur. J. Pain*, vol. 8, no. 4, pp. 385–394, 2004.
- [37] N. A. Rector and D. Ph, "*Les troubles anxieux Guide d'information*", 2016.
- [38] J. Grisart, "Kinesiophobia: From irrational to meaningful", *Douleur Analg.*, vol. 32, no. 4, pp. 185–188, 2019.
- [39] A. Bishop, E. Thomas, and N. E. Foster, "Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: A systematic search and critical review of available measurement tools", *Pain*, vol. 132, no. 1–2, pp. 91–101, 2007.
- [40] L. Auquier, "Lombalgie commune", *ARRÊT Trav. Lombalgie commune*, vol. 9, no. 14, pp. 999–1001, 2017.
- [41] HAS, "PRISE EN CHARGE MASSOKINÉSITHÉRAPIQUE - Modalités de prescription - SYNTHÈSE 2005", pp. 1–7, 2005.
- [42] HAS, "Référentiel concernant la rééducation en cas de lombalgie commune", *Argumentaire*, pp. 1–16, 2011.

- [43] A. Berquin, "Le modèle biopsychosocial: Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie", *Rev. Med. Suisse*, vol. 6, no. 258, pp. 1511–1513, 2010.
- [44] M. Grenville, "Maisons de Santé", *Cornhill Mag.*, vol. 19, pp. 699–710, 2019.
- [45] "Circulaire relative au lancement plan d'équipement en maisons de sante milieu rural", 2010.
- [46] P. Compte, "sur les revenus des médecins généralistes", 2021.
- [47] C. D. U. Patient, "Cahier des charges de l'expérimentation du « Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe » PACTE", 2014.
- [48] B. Fouquet and J. Beaudreuil, "Approche multidisciplinaire de la lombalgie chronique", 2020.
- [49] N. A. Rector, "*La thérapie comportementale : Guide d'information*", 2010.
- [50] S. J. Kamper *et al.*, "Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis", *BMJ*, vol. 350, no. February, pp. 1–11, 2015.
- [51] J. Guzmán, R. Esmail, K. Karjalainen, A. Malmivaara, and C. Bombardier, "Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain (Review)", no. 1, 2006.
- [52] L. Roever, "PICO: model for clinical questions", *Evid. Based Med.*, vol. 3, no. 2, 2018.
- [53] E.- Aurélie GAREL PACULL and C. C. manuelle FOUTEAU, "*Méthodologie pour le développement clinique des dispositifs médicaux*", 2021.
- [54] Assurance maladie, "Lombalgie commune (après avis de la HAS)", *Assur. Mal.*, 2017.
- [55] "CISMeF. HeTOP", [*internet*].
- [56] L. Brosseau *et al.*, "Une version franco-canadienne de la physiotherapy evidence database (PEDro) scale : L'Échelle PEDro", *Physiother. Canada*, vol. 67, no. 3, pp. 190–197, 2015.
- [57] V. Delphi, "Échelle PEDro – Français", *Epidemiol. Clin.*, pp. 1–2, 2010.
- [58] O'Work, "Comparaison des types de revues de littérature", vol. 22, no. 2, pp. 4–5, 2012.
- [59] P. Vaucher, "La valeur p – savoir ou hasard?", no. January, 2017.
- [60] P. Legendre, U. De Montréal, "Intervalles de confiance", *Mol. Biotechnol.*, vol. 7, pp. 1–18, 2007.
- [61] R. R. Mas *et al.*, "Effectiveness of a multidisciplinary BIOPSYCHOSOCIAL intervention for non-specific SUBACUTE low back pain in a working population: A cluster randomized clinical trial", *BMC Health Serv. Res.*, vol. 19, no. 1, pp. 1–9, 2019.
- [62] M. Monticone, E. Ambrosini, I. Portoghese, and B. Rocca, "Multidisciplinary program based on early management of psychological factors reduces disability of patients with subacute low back pain. Results of a randomised controlled study with one year follow-up", *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.*, 2021.
- [63] M. Campello *et al.*, "Implementation of a multidisciplinary program for active duty personnel seeking care for low back pain in a U.S. Navy medical center: A feasibility study", *Mil. Med.*, vol. 177, no. 9, pp. 1075–1080, 2012.
- [64] M. C. M. Buchner, B. Heindl, J. Von Reumont, A. Müller, and W. Eich, "Comparison of a biopsychosocial therapy (BT) with a conventional biomedical therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode of sick leave: A randomized controlled trial", *Eur. Spine J.*, vol. 15, no. 7, pp. 1083–1092, 2006.
- [65] D. M. Eisenberg *et al.*, "A model of integrative care for low-back pain", *J. Altern. Complement. Med.*, vol. 18, no. 4, pp. 354–362, 2012.
- [66] A. Suman, F. G. Schaafsma, R. Buchbinder, M. W. van Tulder, and J. R. Anema, "Implementation of a Multidisciplinary Guideline for Low Back Pain: Process-Evaluation Among Health Care Professionals", *J. Occup. Rehabil.*, vol. 27, no. 3, pp. 422–433, 2017.

- [67] J. R. Anema *et al.*, “Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: Graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial”, *Spine (Phila. Pa. 1976)*, vol. 32, no. 3, pp. 291–298, 2007.
- [68] P. Pedersen *et al.*, “Comparing multidisciplinary and brief intervention in employees with different job relations on sick leave due to low back pain: Protocol of a randomised controlled trial”, *BMC Public Health*, vol. 17, no. 1, pp. 1–7, 2017.
- [69] Y. Henchoz, P. de Goumoëns, A. K. L. So, and R. Paillex, “Functional multidisciplinary rehabilitation versus outpatient physiotherapy for non specific low back pain: randomized controlled trial”, *Swiss Med. Wkly. Off. J. Swiss Soc. Infect. Dis. Swiss Soc. Intern. Med. Swiss Soc. Pneumol.*, vol. 140, no. December, pp. 1–7, 2010.
- [70] C. Jensen, O. K. Jensen, D. H. Christiansen, and C. V. Nielsen, “One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: Randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention”, *Spine (Phila. Pa. 1976)*, vol. 36, no. 15, pp. 1180–1189, 2011.
- [71] B. M. Wand, C. Bird, J. H. McAuley, C. J. Doré, M. MacDowell, and L. H. De Souza, “Early intervention for the management of acute low back pain: A single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise”, *Spine (Phila. Pa. 1976)*, vol. 29, no. 21, pp. 2350–2356, 2004.
- [72] A. Berenguera *et al.*, “Study protocol of cost-effectiveness and cost-utility of a biopsychosocial multidisciplinary intervention in the evolution of non-specific sub-acute low back pain in the working population”, *BMC Musculoskelet. Disord.*, vol. 12, no. 1, p. 194, 2011.
- [73] T. J. Marin *et al.*, “Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain”, *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2017, no. 6, 2017.
- [74] Haute Autorité de santé, “Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique”, *Etat des lieux*, p. 192, 2013.
- [75] A. Berenguera *et al.*, “Study protocol of cost-effectiveness and cost-utility of a biopsychosocial multidisciplinary intervention in the evolution of non-specific sub-acute low back pain in the working population: cluster randomised trial”, 2011.
- [76] B. Del Pozo-Cruz, J. C. Adsuar, J. Parraca, J. Del Pozo-Cruz, A. Moreno, and N. Gusi, “A web-based intervention to improve and prevent low back pain among office workers: A randomized controlled trial”, *J. Orthop. Sports Phys. Ther.*, vol. 42, no. 10, pp. 831–841, 2012.
- [77] F. M. Kovacs *et al.*, “Minimal clinically important change for pain intensity and disability in patients with nonspecific low back pain”, *Spine (Phila. Pa. 1976)*, vol. 32, no. 25, pp. 2915–2920, 2007.
- [78] O. Hägg, P. Fritzell, and A. Nordwall, “The clinical importance of changes in outcome scores after treatment for chronic low back pain”, *Eur. Spine J.*, vol. 12, no. 1, pp. 12–20, 2003.
- [79] C. Bombardier, J. Hayden, and D. E. Beaton, “Minimal clinically important difference. Low back pain: Outcome measures”, *J. Rheumatol.*, vol. 28, no. 2, pp. 431–438, 2001.
- [80] M. J. Díaz-Arribas *et al.*, “Minimal Clinically Important Difference in Quality of Life for Patients with Low Back Pain”, *Spine (Phila. Pa. 1976)*, vol. 42, no. 24, pp. 1908–1916, 2017.
- [81] M. Monticone, E. Ambrosini, B. Rocca, C. Foti, and S. Ferrante, “Responsiveness of the Tampa Scale of Kinesiophobia in Italian subjects with chronic low back pain undergoing motor and cognitive rehabilitation”, *Eur. Spine J.*, vol. 25, no. 9, pp. 2882–2888, 2016.
- [82] M. MONTICONE *et al.*, “Reliability, responsiveness and minimal clinically important difference of the two fear avoidance and beliefs questionnaire scales in italian subjects with chronic low back pain undergoing multidisciplinary rehabilitation”, *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.*, vol. 56, no. 5, pp. 600–606, 2020.

7. ANNEXES

ANNEXE 1 : Echelles de la douleur

ANNEXE 2 : Examen physique

ANNEXE 3 : Echelles incapacité fonctionnelle

ANNEXE 4 : Echelles comportements cognitifs

ANNEXE 5 : Score PEDro

ANNEXE 6 : Résumé des caractéristiques des études incluses

ANNEXE 7 : Etude de R. Mas et al. (2019) – Espagne

ANNEXE 8 : Etude de M. Monticone et al. (2021) – Italie

ANNEXE 9 : Etude de M. Campello et al. (2012) – USA

ANNEXE 10 : Etude de M. Schiltewolf et al. (2006) – Allemagne

ANNEXE 11 : Etude de D. Eisenberg et al. (2012) – USA

ANNEXE 12 : Seuil de différence minimale cliniquement pertinente (MCID)

ANNEXE 13 : Score GRADE

ANNEXE 14 : Grille AMSTRAM

ANNEXE 1 : Echelles de la douleur

- ♦ **L'échelle visuelle analogique** (EVA) : Elle se présente sous la forme d'une réglette à 2 faces sur laquelle se déplace un curseur. Une face ou recto, est destinée au patient. Le patient doit, le long de cette ligne, positionner le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur. Les extrémités de cette ligne correspondent à gauche à « pas de douleur » et à droite à « douleur maximale imaginable ». Son envers ou verso est utilisé par le soignant pour mesurer l'intensité de la douleur en millimètre.

- ♦ **L'échelle numérique** (EN ou NRS) : Elle peut être présentée sous forme écrite ou orale. Le patient va donner une note à sa douleur de 0 « pas de douleur » à 10 « douleur maximale imaginable ».

- ♦ **L'échelle verbale simple** (EVS) : Elle permet de décrire l'intensité de la douleur de 0 à 4 à l'aide de mots simples : pas de douleur, faible, modérée, intense, extrêmement intense.

- ♦ **Le McGill pain questionnaire** (MPQ) : Il est composé de 4 parties distinctes. La première partie comporte un dessin représentant une illustration du corps où la localisation de la douleur peut y être précisée. La deuxième partie se compose de 20 items qui permettent d'évaluer les composantes sensorielle, affective, évaluative et diverse. Chacun de ces items comprend 2 à 5 adjectifs décrivant la douleur ressentie. Une troisième partie juge, elle, l'évolution de cette douleur. La dernière partie évalue l'intensité de la douleur sur une échelle composée de 6 points, allant de « aucune douleur » à « douleur insupportable ».

Tableau des correspondance des outils évaluant la douleur :

Modalité à cocher	Score	Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur insupportable
EVA (mm)	0 - 100	0	1 - 39	40 - 59	60 - 79	80 - 100
EVS	0 - 4	0	1	2	3	4
EN	0 - 10	0	1 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 10

ANNEXE 2 : Examen physique

<p>Indice Schöber</p>

ANNEXE 3 : Echelles incapacité fonctionnelle

- ♦ Le **questionnaire de Roland Morris** (RMDQ) : C'est un questionnaire d'auto-évaluation comprenant 24 items. Ces items permettent de mesurer le retentissement fonctionnel de la lombalgie dans la vie quotidienne. Le questionnaire est coté en additionnant le nombre d'items cochés par le patient, pour livrer un résultat entre 0 « pas d'incapacité » et 24 « forte incapacité ».

- ♦ **L'échelle d'incapacité d'Oswestry** (ODI) : C'est un questionnaire fonctionnel évaluant le niveau d'incapacité en rapport avec la douleur. Le questionnaire comprend 10 questions concernant : la douleur, les soins personnels, le port de charge, la marche, la position assise, la position debout, le sommeil, la vie sexuelle, la vie sociale et les voyages. Chaque question comprend 6 réponses, avec un score allant de 0 « fonction normale » à 5 « fonction très diminuée ». Le score obtenu (50 au maximum) est multiplié par 2 pour obtenir un pourcentage d'incapacité évalué de 0 à 100 %.

ANNEXE 4 : Echelles comportements cognitifs

- ♦ **Le Short Form 12** (SF-12) : C'est un auto-questionnaire sur la qualité de vie, version raccourcie du SF-36. Ce questionnaire est constitué de 12 questions qui portent sur la santé globale ressentie par le patient lombalgique.
- ♦ **Le Fear-avoidance beliefs questionnaire** (FABQ) : C'est un auto-questionnaire centré sur les croyances de peur et d'évitement chez les patients lombalgiques. Il se compose de 2 sous-échelles, dont la première évalue l'activité physique (FABQPA) et la deuxième évalue le travail (FABQW). La cotation va de 0 « parfaitement d'accord » jusqu'à 6 « complètement en désaccord ».
- ♦ **Le Tampa Scale of Kinesiophobia** (TSK) : C'est un auto-questionnaire évaluant la peur des blessures liées au mouvement. Ce questionnaire est constitué de 17 questions évaluées sur une échelle de notation allant de 1 « fortement en désaccord » à 4 « fortement en accord ». Le questionnaire se répartit en deux sections dont la première évalue une attitude négative vis-à-vis de la reprise d'activités et la seconde évalue une attitude positive vis-à-vis de la reprise d'activité. Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important.
- ♦ **Le Hospital Anxiety and Depression scale** (HADS) : C'est un auto-questionnaire, non spécifique à la lombalgie, qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Il comporte 14 questions évaluées sur une échelle de notation allant de 0 à 3. Ainsi, 7 questions se rapportent à l'anxiété (total A) et 7 autres se rapportent à la dimension dépressive (total D).
- ♦ **Le Center for Epidemiologic Studies Depression** (CES-D) : C'est un auto-questionnaire qui permet d'évaluer la présence d'un syndrome dépressif au cours des 7 jours précédents le test. Il comporte 20 questions évaluées sur une échelle de notation allant de 0 « jamais / rarement » à 3 « fréquemment / en permanence ».

ANNEXE 5 : Score PEDro

Échelle PEDro

-
- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-----|
| 1. les critères d'éligibilité ont été précisés | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
| 2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement) | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
| 3. la répartition a respecté une assignation secrète | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
| 4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
| 5. tous les sujets étaient "en aveugle" | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
| 6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle" | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
| 7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
| 8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
| 9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter" | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
| 10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
| 11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | où: |
-

ANNEXE 6 : Résumé des caractéristiques des études incluses

Auteurs - Année - Pays	Type d'étude	Type d'intervention	Taille de l'étude			Critères de jugements	Durée de l'intervention (I) et date de suivi (S)
			Taille de l'étude	Moyenne d'âge	Sexe (homme/femme)		
R. Mas et al., 2019 – Espagne	Essai clinique randomisé	Programme multidisciplinaire <hr/> Programme de soins kinésithérapiques usuels	501	46,4 <hr/> 47,2	94/145 <hr/> 83/179	<u>Douleur</u> : échelle EVA, questionnaire McGill <u>Incapacité</u> : questionnaire RMDQ <u>Comportements</u> : questionnaire SF-12	I : 10 heures S : 3 et 12 mois
M. Monticone et al., 2021 – Italie	Essai clinique randomisé	Programme multidisciplinaire <hr/> Programme de soins kinésithérapiques usuels	150	52,9 <hr/> 55,7	33/42 <hr/> 36/39	<u>Douleur</u> : échelle NRS / EN <u>Incapacité</u> : questionnaire ODI <u>Comportements</u> : échelle TSK, questionnaire HADS, questionnaire CSQ-R	I : 10 semaines S : 12 mois
M. Campello et al., 2012 – USA	Essai clinique randomisé	Programme multidisciplinaire <hr/> Programme de soins kinésithérapiques usuels	33	33,1 <hr/> 32,0	14/2 <hr/> 16/1	<u>Douleur</u> : échelle NRS / EN <u>Incapacité</u> : questionnaire ODI <u>Comportements</u> : échelle TSK, questionnaire CES-D	I : 4 semaines S : 3 mois

<p>M. Schiltenwolf et al., 2006 – Allemagne</p>	<p>Essai clinique randomisé</p>	<p>Programme multidisciplinaire <hr/> Programme de soins kinésithérapeutiques usuels</p>	<p>64</p>	<p>36,7 <hr/> 34,9</p>	<p>20/13 <hr/> 16/15</p>	<p><u>Douleur</u> : échelle NRS / EN</p> <p><u>Travail</u> : nombre de jours de congé maladie</p> <p><u>Comportements</u> : questionnaire CES</p> <p><u>Autres</u> : mobilité du rachis thoracique / lombaire, tests isocinétiques, Capacité fonctionnelle du dos (FFbH-R)</p>	<p>I : 3 semaines S : 6 puis 12 mois</p>
<p>D. Eisenberg et al., 2012 – USA</p>	<p>Essai clinique randomisé</p>	<p>Programme multidisciplinaire <hr/> Programme de soins kinésithérapeutiques usuels</p>	<p>20</p>	<p>47,2 <hr/> 48,0</p>	<p>7/7 <hr/> 4/2</p>	<p><u>Douleur</u> : échelle NRS – EN</p> <p><u>Incapacité</u> : questionnaire RMDQ</p> <p><u>Comportements</u> : questionnaire SF-12</p> <p><u>Autres</u> : difficulté à effectuer trois activités auto-sélectionnées</p>	<p>I : 12 semaines S : 26 semaines</p>

ANNEXE 7 : Etude de R. Mas et al. (2019), Espagne

McGill (total)	Groupe PM (n=262)	Groupe SKU (n=239)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	6.7 (3.1)	6.5 (3.1)			
Evaluation à 3 mois	4.0 (3.6)	4.6 (3.6)	0.294	- 0.49	- 1.39 à - 0.42
Evaluation à 12 mois	3.1 (3.2)	3.6 (3.6)	0.048*	- 0.69	- 1.41 à - 0.02

McGill (actuel)	Groupe PM (n=262)	Groupe SKU (n=239)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	2.5 (1.2)	2.6 (1.1)			
Evaluation à 3 mois	1.3 (1.4)	1.7 (1.5)	0.040*	- 0.32	- 0.63 à - 0.02
Evaluation à 12 mois	1.4 (1.3)	1.6 (1.4)	0.162	- 0.18	- 0.43 à + 0.08

EVA	Groupe PM (n=262)	Groupe SKU (n=239)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	5.8 (2.3)	5.9 (2.3)			
Evaluation à 3 mois	3.2 (3.2)	4.1 (3.3)	0.046*	- 0.77	- 1.53 à - 0.01
Evaluation à 12 mois	3.6 (3.0)	3.9 (3.2)	0.374	- 0.27	- 0.88 à + 0.34

RMDQ	Groupe PM (n=262)	Groupe SKU (n=239)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	10.0 (5.2)	9.9 (5.3)			
Evaluation à 3 mois	6.2 (4.9)	7.4 (5.5)	0.005*	- 1.33	- 2.22 à - 0.45
Evaluation à 12 mois	5.1 (4.9)	6.0 (5.7)	0.027*	- 1.11	- 2.08 à - 0.13

SF-12 (M)	Groupe PM (n=262)	Groupe SKU (n=239)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	43.4 (12.8)	42.3 (12.4)			
Evaluation à 3 mois	48.8 (12.0)	45.0 (13.2)	0.082	+ 2.56	- 0.33 à + 5.45
Evaluation à 12 mois	48.9 (11.2)	47.0 (11.9)	0.206	+ 1.48	- 0.86 à + 3.83

SF-12 (PH)	Groupe PM (n=262)	Groupe SKU (n=239)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	41.9 (9.0)	40.7 (9.3)			
Evaluation à 3 mois	46.5 (8.7)	45.3 (9.8)	0.520	+ 0.55	- 1.19 à + 2.29
Evaluation à 12 mois	47.0 (8.9)	46.2 (9.5)	0.532	+ 0.53	- 1.20 à + 2.27

PM : Programme Multidisciplinaire

SKU : Soins Kiné Usuels

IC : Intervalle de Confiance

* : Significatif

M : Mental

PH : Physique

ANNEXE 8 : Etude de M. Monticone et al. (2021), Italie

ODI	Groupe PM (n=75)	Groupe SKU (n=75)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	23.9 (12.1)	23.7 (13.6)	0.001*		
Evaluation à 10 semaines	13.9 (6.2)	25.3 (5.5)		- 11.4	- 9,51 à - 13,29
Evaluation à 12 mois	11.9 (3.8)	27.7 (6.4)		- 15.8	- 14,10 à - 17,50

EN / NRS	Groupe PM (n=75)	Groupe SKU (n=75)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	5.5 (2.2)	4.8 (2.5)	0.001*		
Evaluation à 10 semaines	1.4 (1.2)	4.5 (1.8)		- 3,1	- 2,61 à - 3,59
Evaluation à 12 mois	2.4 (1.5)	4.2 (1.6)		- 1.8	- 1,30 à - 2,30

TSK	Groupe PM (n=75)	Groupe SKU (n=75)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	29.7 (5.9)	29.3 (5.9)	0.001*		
Evaluation à 10 semaines	19.7 (6.2)	28 (7.5)		- 8.3	- 6,08 à - 10,52
Evaluation à 12 mois	18.9 (5.4)	29.3 (6.0)		- 10.4	- 8,56 à - 12,24

HADS (A)	Groupe PM (n=75)	Groupe SKU (n=75)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	7.9 (4.5)	7.7 (4.7)	0.016*		
Evaluation à 10 semaines	7.0 (3.2)	8.9 (5.3)		- 1.9	- 0,49 à - 3,31
Evaluation à 12 mois	6.6 (3.3)	10.5 (5.1)		- 3.9	- 2,51 à -5,29

HADS (D)	Groupe PM (n=75)	Groupe SKU (n=75)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	7.1 (4.3)	6.6 (4.2)	0.269		
Evaluation à 10 semaines	6.6 (3.9)	7.3 (4.4)		- 0.7	+ 0,64 à - 2,04
Evaluation à 12 mois	6.2 (3.3)	8.2 (4.8)		- 2.0	- 0.67 à - 3.33

PM : Programme Multidisciplinaire

SKU : Soins Kiné Usuels

IC : Intervalle de Confiance

* : Significatif

A : Anxiété

D : Dépression

ANNEXE 9 : Etude de M. Campello et al. (2012), USA

EN/NRS	Groupe PM (n=16)	Groupe SKU (n=17)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	4.0 (2.2)	4.5 (2.3)	0.592		
Evaluation à 4 semaines	1.8 (1.4)	3.1 (1.3)	0.074	- 1.3	- 0.34 à - 2.26
Evaluation à 12 semaines	2.1 (2.1)	3.2 (2.4)	0.310	- 1.1	- 0.51 à - 2.71

ODI	Groupe PM (n=16)	Groupe SKU (n=17)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	24.5 (7.7)	24.3 (10.5)	0.569		
Evaluation à 4 semaines	10.7 (6.5)	21.0 (8.3)	0.014*	- 10.3	- 4.98 à - 15.62
Evaluation à 12 semaines	8.4 (5.5)	16.0 (11.3)	0.117	- 7,6	- 1.22 à - 13.98

CES-D	Groupe PM (n=16)	Groupe SKU (n=17)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	9.3 (5.9)	7.9 (6.9)	0.461		
Evaluation à 4 semaines	6.4 (5.2)	7.0 (5.3)	0.664	- 0.6	+ 3.13 à - 4.33
Evaluation à 12 semaines	4.4 (4.3)	8.4 (7.4)	0.248	- 4.0	- 0.33 à - 8.33

FABQ (PH)	Groupe PM (n=16)	Groupe SKU (n=17)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	14.2 (4.4)	14.9 (5.1)	0.711		
Evaluation à 4 semaines	9.4 (5.7)	13.9 (5.8)	0.227	- 4.5	- 0.41 à - 8.59
Evaluation à 12 semaines	5.7 (5.6)	10.7 (7.3)	0.123	- 5.0	- 0.36 à - 9.64

FABQ (T)	Groupe PM (n=16)	Groupe SKU (n=17)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	11.4 (8.7)	9.2 (8.7)	0.446		
Evaluation 4 semaines	8.0 (7.1)	9.9 (6.0)	0.439	- 1.9	+ 2.76 à - 6.56
Evaluation à 12 semaines	7.3 (4.9)	10.8 (9.1)	0.453	- 3.5	- 1.74 à - 8.74

PM : Programme Multidisciplinaire

SKU : Soins Kiné Usuels

IC : Intervalle de Confiance

* : Significatif

PH : Physique

T : Travail

ANNEXE 10 : Etude de M. Schiltenwolf et al. (2006), Allemagne

EN / NRS	Groupe PM (n=31)	Groupe SKU (n=33)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	6.0 (1.81)	5.3 (2.2)	0.0001*		
Evaluation à 3 semaines	4.3 (2.1)	3.8 (2.7)		+ 0,5	+ 1,71 à - 0,71
Evaluation à 6 mois	3.0 (2.5)	5.8 (3.2)		- 2.8	- 1,36 à - 4,24

CES-D	Groupe PM (n=31)	Groupe SKU (n=33)	p value	Taille d'effet	IC à 95%
Evaluation Pré-test	12.4 (8.5)	9.9 (8.5)	0.0034*		
Evaluation à 3 semaines	10.0 (4.5)	6.2 (4.5)		+ 3.8	+ 6.05 à + 1.55
Evaluation à 6 mois	5.8 (7.5)	10.8 (7.8)		- 5.0	- 1.17 à - 8.83

Travail	Groupe PM (n=31)	Groupe SKU (n=33)	p value
Evaluation à 2 ans	41.45	111.40	0.001*

PM : Programme Multidisciplinaire

SKU : Soins Kiné Usuels

IC : Intervalle de Confiance

* : Significatif

ANNEXE 11 : Etude de D. Eisenberg et al. (2012), USA

EN/NRS	Groupe PM (n=14)	Groupe SKU (n=6)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	4.8 (1.6)	5.7 (3.1)			
Evaluation à 3 mois	0.6 (1.2)	5.0 (3.7)	0.005*	- 4.4	- 2.14 à - 6.66
Evaluation à 26 semaines	1.0 (1.6)	4.7 (3.9)	0.04*	- 3.7	- 1.17 à - 6.23

RMDQ	Groupe PM (n=14)	Groupe SKU (n=6)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	15.7 (5.8)	16.0 (6.7)			
Evaluation à 3 mois	3.9 (5.6)	11.0 (8.8)	0.08	- 7.1	- 0.29 à - 13.91
Evaluation à 26 semaines	4.3 (6.1)	10.7 (9.9)	0.10	- 6.4	- 1.14 à - 13.94

SF 12 (PH)	Groupe PM (n=14)	Groupe SKU (n=6)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	32.5 (5.7)	36.6 (4.8)			
Evaluation à 3 mois	48.5 (9.1)	42.7 (12.0)	0.06	+ 5.8	- 16.0 à + 4.44
Evaluation à 26 semaines	51.0 (8.9)	43.8 (13.1)	0.03*	+ 7.2	- 17.7 à + 3.33

SF 12 (M)	Groupe PM (n=14)	Groupe SKU (n=6)	p value	Taille d'effet	IC à 95 %
Evaluation Pré-test	48.9 (9.3)	47.0 (14.5)			
Evaluation à 3 mois	50.8 (9.7)	50.8 (13.1)	0.48	0	- 11.02 à + 11.02
Evaluation à 26 semaines	54.0 (5.5)	50.9 (12.1)	1.00	+ 3.1	- 11.21 à + 5.01

PM : Programme Multidisciplinaire

SKU : Soins Kiné Usuels

IC : Intervalle de Confiance

* : Significatif

PH : Physique

M : Mental

ANNEXE 12 : Seuil de différence minimale cliniquement pertinente (MCID)

Critères de jugement	Outils de mesure	MCID	Références
DOULEUR	Echelle Visuelle Analogique (EVA) Echelle Numérique (EN)	1 à 2 points	[77]
	Questionnaire McGill		
INCAPACITE FONCTIONNELLE	Indice Oswestry (ODI)	10 points	[78]
	Questionnaire Roland Morris (RMDQ)	2 à 3 points	[79]
TRAVAIL	Nombre de jours d'arrêt de travail		
COMPORTEMENTS	Questionnaire qualité de vie (SF-12)	3.77 points (mental) 3.29 points (physique)	[80]
	Questionnaire kinésiophobie (TSK)	5.6 points	[81]
	Questionnaire dépression (CES-D)		
	Questionnaire peurs et croyances (FABQ)	7 points (travail) 4 points (physique)	[82]
	Questionnaire anxiété et dépression (HADS)		

ANNEXE 13 : Score GRADE

Schéma d'étude	Niveau de confiance	Score diminué si	Score augmenté si
Essais randomisés	ELEVE	Risque de biais : - Sérieux = - 1 - Très sérieux = - 2	Taille de l'effet : - Importante = + 1 - Très importante = + 2 Dose/réponse : - Si preuve en faveur d'un effet gradient = + 1
	MODERE	Inconstance des résultats : - Importante = - 1 - Très importante = - 2	
Etudes observationnelles	FAIBLE	Imprécision des résultats : - Importante = - 1 - Très importante = - 2	
	TRES FAIBLE	Biais de publication - Probable = -1 - Très probable = -2	

ANNEXE 14 : Grille AMSTAR

AMSTAR – GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES REVUES SYSTÉMATIQUES

AMSTAR : a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews

1. Un plan de recherche établi a priori est-il fourni?

La question de recherche et les critères d'inclusion des études doivent être déterminés avant le début de la revue.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

Pour que la réponse soit « oui », il doit y avoir un protocole, l'approbation d'un comité d'éthique ou des objectifs d'étude prédéterminés ou établis a priori.

Commentaire :

2. La sélection des études et l'extraction des données ont-ils été confiés à au moins deux personnes?

Au moins deux personnes doivent procéder à l'extraction des données de façon indépendante, et une méthode de consensus doit avoir été mise en place pour le règlement des différends.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

Deux personnes sélectionnent les études, deux personnes procèdent à l'extraction des données, puis elles se mettent d'accord ou vérifient leur travail respectif.

Commentaire :

3. La recherche documentaire était-elle exhaustive?

Au moins deux sources électroniques doivent avoir été utilisées. Le rapport doit comprendre l'horizon temporel de la recherche et les bases de données interrogées (Central, EMBASE et MEDLINE, par exemple). Les mots clés et (ou) les termes MeSH doivent être indiqués et, si possible, la stratégie de recherche complète doit être exposée. Toutes les recherches doivent être complétées par la consultation des tables des matières de revues scientifiques récentes, de revues de la littérature, de manuels, de registres spécialisés ou d'experts dans le domaine étudié et par l'examen des références fournies dans les études répertoriées.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

Si on a consulté au moins deux sources et eu recours à une stratégie complémentaire, cocher « oui » (Cochrane + Central = deux sources; recherche de la littérature grise = stratégie complémentaire).

Commentaire :

4. La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion?

Les auteurs doivent indiquer s'ils ont recherché tous les rapports, quel que soit le type de publication, ou s'ils ont exclu des rapports (de leur revue systématique) sur la base du type de publication, de la langue, etc.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

Si les auteurs indiquent qu'ils ont recherché la littérature grise ou non publiée, cocher « oui ». La base de données SIGLE, les mémoires, les actes de conférences et les registres d'essais sont, en l'occurrence, tous considérés comme de la littérature grise. Si la source renfermait de la littérature grise, mais aussi de la littérature à large diffusion, les auteurs doivent préciser qu'ils recherchaient de la littérature grise ou non publiée.

Commentaire :

5. Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie?

Une liste des études incluses et exclues doit être fournie.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

Il est acceptable de s'en tenir aux études exclues. S'il y a un hyperlien menant à la liste, mais que celui-ci est mort, cocher « non ».

Commentaire :

6. Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées?

Les données portant sur les sujets qui ont participé aux études originales, les interventions qu'ils ont reçues et les résultats doivent être regroupées, sous forme de tableau, par exemple. L'étendue des données sur les caractéristiques des sujets de toutes les études analysées (âge, race, sexe, données socio-économiques pertinentes, nature, durée et gravité de la maladie, autres maladies, par exemple) doit y figurer.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

Ces données ne doivent pas nécessairement être présentées sous forme de tableau, pour autant qu'elles soient conformes aux exigences ci-dessus.

Commentaire :

7. La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée?

Les méthodes d'évaluation déterminées a priori doivent être indiquées (par exemple, pour les études sur l'efficacité pratique, le choix de n'inclure que les essais cliniques randomisés à double insu avec placebo ou de n'inclure que les études où l'affectation des sujets aux groupes d'étude était dissimulée); pour d'autres types d'études, d'autres critères d'évaluation seront à prendre en considération.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

Ici, les auteurs peuvent avoir utilisé un outil ou une grille quelconque pour évaluer la qualité (score de Jadad, évaluation du risque de biais, analyse de sensibilité, etc.) ou peuvent exposer les critères de qualité en indiquant le résultat obtenu pour CHAQUE étude (un simple « faible » ou « élevé » suffit, dans la mesure où l'on sait exactement à quelle étude l'évaluation s'applique; un score général n'est pas acceptable, pas plus qu'une plage de scores pour l'ensemble des études).

Commentaire :

8. La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions?

Les résultats de l'évaluation de la rigueur méthodologique et de la qualité scientifique des études incluses doivent être pris en considération dans l'analyse et les conclusions de la revue, et formulés explicitement dans les recommandations.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

Voici une formulation possible : « La faible qualité des études incluses impose la prudence dans l'interprétation des résultats ». On ne peut cocher « oui » à cette question si on a coché « non » à la question 7.

Commentaire :

9. Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées?

Si l'on veut regrouper les résultats des études, il faut effectuer un test d'homogénéité afin de s'assurer qu'elles sont combinables (chi carré ou I^2 , par exemple). S'il y a hétérogénéité, il faut utiliser un modèle d'effets aléatoires et (ou) vérifier si la nature des données cliniques justifie la combinaison (la combinaison est-elle raisonnable?).

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

Cocher « oui » si on souligne ou explique la nature hétérogène des données, par exemple si les auteurs expliquent que le regroupement est impossible en raison de l'hétérogénéité ou de la variabilité des interventions.

Commentaire :

10. La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée?

Une évaluation du biais de publication doit comprendre une association d'outils graphiques (diagramme de dispersion des études ou autre test) et (ou) des tests statistiques (test de régression d'egger, méthode de Hedges et Olkin, par exemple).

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

Si les auteurs ne fournissent aucun résultat de test ni diagramme de dispersion des études, cocher « non ». Cocher « oui » s'ils expliquent qu'ils n'ont pas pu évaluer le biais de publication, parce qu'ils ont inclus moins de 10 études.

Commentaire :

11. Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés?

Les sources possibles de soutien doivent être déclarées, tant pour la revue systématique que pour les études qui y sont incluses.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

Remarque :

On ne peut cocher « oui » que si la source de financement ou de soutien de la revue systématique ET de chaque étude incluse est indiquée.

Commentaire :

RESUME

Contexte : La lombalgie commune est souvent associée à de lourds facteurs psychosociaux, en particulier lorsqu'elle atteint le stade de chronicité. Dès lors, les symptômes deviennent plus persistants et sont responsables d'une grande majorité des coûts socioéconomiques. Par conséquent, il semble primordial d'intervenir le plus précocement possible dans l'évolution de la lombalgie. La prise en charge biopsychosociale conduit au développement de programmes multidisciplinaires alliant différents acteurs de la santé.

Objectifs : Evaluer quel pourrait être l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire centrée sur le modèle biopsychosocial dans la diminution des douleurs, l'amélioration des capacités fonctionnelles, la réinsertion professionnelle et face aux comportements psychosociaux pour les patients souffrant de lombalgie subaiguë commune de 3 à 12 semaines d'évolution.

Méthodologie : Quatre bases de données scientifiques (PubMed, Cochrane, PEDro, Kinédoc) ont été explorées jusqu'en Novembre 2021.

Résultats : Cinq essais cliniques randomisés répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion imposés ont été analysés. Les résultats rapportent qu'une prise en charge multidisciplinaire améliorerait durablement et significativement les symptômes douloureux et les capacités fonctionnelles. Les résultats en faveur d'un programme multidisciplinaire restent incertains concernant la réinsertion au travail, la kinésiophobie, l'anxiété et la dépression. Aucun effet n'est retrouvé sur la qualité de vie ainsi que sur les peurs et les croyances.

Conclusion : Les programmes multidisciplinaires apportent des bienfaits physiques, psychologiques et sociaux pour les patients souffrant de lombalgie subaiguë commune. L'intégration d'une alliance professionnelle est totalement en accord avec l'évolution de la pratique professionnelle.

Mots-clés : lombalgie subaiguë commune ; programme multidisciplinaire ; modèle biopsychosocial ; douleur ; incapacité fonctionnelle ; retour au travail ; comportements

ABSTRACT

Background : Common low back pain is often associated with significant psychosocial factors, particularly when it reaches the chronic stage. At that point, symptoms become more persistent and are responsible for a large majority of the socioeconomic costs. Consequently, it seems essential to intervene as early as possible in the evolution of low back pain. Biopsychosocial management leads to the development of multidisciplinary programs that bring together different health care professionals.

Objectives : To assess the potential benefits of multidisciplinary management based on the biopsychosocial model in reducing pain, improving functional capacities, reintegrating patients into the workplace, and addressing psychosocial behaviours in patients with subacute low back pain of 3 to 12 weeks' duration.

Methods : Four scientific databases (PubMed, Cochrane, PEDro, Kinedoc) were searched until November 2021.

Results : Five randomized clinical trials meeting the inclusion and exclusion criteria were analysed. The results show that multidisciplinary treatment significantly improves pain symptoms and functional abilities in the long term. The results in favor of a multidisciplinary program remain uncertain concerning work reintegration, kinesiophobia, anxiety and depression. No effect was found on quality of life and on the fear and beliefs.

Conclusion : Multidisciplinary programs provide physical, psychological and social benefits for patients with common subacute low back pain. The integration of a professional alliance is fully consistent with the evolution of the professional practice.

Keywords : common subacute low back pain; multidisciplinary program; biopsychosocial model; pain; functional disability; return to work; behaviours