



HAL
open science

Impact d'une intervention multidisciplinaire biopsychosociale sur l'évolution favorable de la lombalgie commune aiguë

Laurie Casorla

► **To cite this version:**

Laurie Casorla. Impact d'une intervention multidisciplinaire biopsychosociale sur l'évolution favorable de la lombalgie commune aiguë. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04753754

HAL Id: dumas-04753754

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04753754v1>

Submitted on 20 Nov 2024

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

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

**AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ
ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION
FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE**

**IMPACT D'UNE INTERVENTION
MULTIDISCIPLINAIRE BIOPSYCHOSOCIALE
SUR L'ÉVOLUTION FAVORABLE DE LA
LOMBALGIE COMMUNE AIGUE**

CASORLA Laurie
Directeur de mémoire : Mr FABER Felix

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon maître de mémoire Mr Felix FABER pour son accompagnement tout au long de la rédaction de ce mémoire. Merci pour votre disponibilité, votre soutien et vos précieux conseils.

Je remercie également ma famille de m'avoir accompagnée tout au long de mes études. Et un grand merci à mon frère jumeau, pour sa patience et sa collaboration lorsqu'il acceptait de jouer le rôle de cobaye pour les révisions de KABAT.

Également, un grand merci à Laure, Célia, Tessa et Alexandrine pour tous les bons moments passés ensemble.

Merci à Manon pour son soutien, ses encouragements et son écoute qui m'ont beaucoup apporté.

Et enfin, un grand merci à Gwen sans qui ces 4 années de formation n'auraient pas été les mêmes.

Table des matières

1.INTRODUCTION	1
1.1 INTRODUCTION PERSONNELLE	1
1.2 LA LOMBALGIE	1
1.2.1 <i>Définition</i>	1
1.2.2 <i>Classification</i>	2
1.2.3 <i>Epidémiologie</i>	2
1.2.4 <i>Facteurs pronostiques de passage à la chronicité</i>	3
1.2.4.1 Facteurs individuels	3
1.2.4.2 Facteurs socio-économiques	4
1.2.4.3 Facteurs professionnels.....	4
1.2.4.4 Facteurs psycho-comportementaux.....	4
1.2.4.5 Facteurs liés à la politique de l'entreprise, au système de soin et d'assurance	5
1.2.4.6 Facteurs liés à la iatrogénie	5
1.2.5 <i>Evaluation des facteurs de risque</i>	6
1.2.6 <i>Quelle place pour le kinésithérapeute ?</i>	6
1.3 LES FACTEURS CONTEXTUELS	7
1.4 ATTENTES ET BESOIN DES PATIENTS	9
1.5 EDUCATION THERAPEUTIQUE	10
1.5.1 <i>Définition et objectifs</i>	10
1.5.2 <i>Contenu et acteurs</i>	11
1.5.3 <i>Cadre légal et recommandations</i>	11
1.6 ALLIANCE THERAPEUTIQUE	12
1.6.1 <i>Définition</i>	12
1.6.2 <i>Enjeux</i>	12
1.7 LA COMMUNICATION.....	12
1.7.1 <i>Définition</i>	13
1.7.2 <i>Avantages de la communication efficace</i>	13
1.7.3 <i>Les obstacles à la communication</i>	14
1.7.4 <i>Le masseur-kinésithérapeute et la communication</i>	14
1.7.5 <i>Etat des lieux</i>	15
1.8 RESUME	15
1.9 HYPOTHESES THEORIQUES	17
1.10 OBJECTIF DE LA REVUE DE LITTERATURE	17
2. METHODE.....	18
2.1 CRITERES D'ELIGIBILITE DES ETUDES	18
2.1.1 <i>Type d'étude</i>	18
2.1.2 <i>Type de population</i>	18
2.1.3 <i>Type d'intervention</i>	19
2.1.4 <i>Critères de jugement</i>	19
2.1.5 <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	21
2.2 METHODOLOGIE DE RECHERCHE DES ETUDES.....	21
2.2.1 <i>Sources documentaires investiguées</i>	21
2.2.2 <i>Equation de recherche utilisée</i>	21
2.3 METHODE DE SELECTION DES ETUDES	22
2.4 METHODE D'EXTRACTION ET D'ANALYSE DES DONNEES.....	23
2.5 EVALUATION DE LA QUALITE METHODOLOGIQUE DES ETUDES SELECTIONNEES	23
2.6 METHODE DE SYNTHESE DES RESULTATS	24
3.RESULTATS	25
3.1 DESCRIPTION DES ETUDES INCLUSES.....	25
3.1.1 <i>Diagramme de flux</i>	25
3.1.2 <i>Etudes exclues</i>	26
3.1.3 <i>Etudes incluses</i>	26
3.2 RISQUES DE BIAIS DES ETUDES INCLUSES	34

3.3 EFFETS DE L'INTERVENTION SUR LES CRITERES DE JUGEMENT.....	37
3.3.1 Critère de jugement principal	37
3.3.2 Critères de jugement secondaires.....	39
3.3.2.1 Dépression	39
3.3.2.2 Qualité de vie.....	40
4.DISCUSSION	43
4.1 ANALYSE DES RESULTATS	43
4.1.1 Critère de jugement principal	43
4.1.2 Critères de jugement secondaires.....	46
4.1.2.1 Dépression	46
4.1.2.2 Qualité de vie.....	48
4.2 BIAIS ET LIMITES DES ETUDES.....	49
4.2.1 Biais des études	50
4.2.2 Limites des études.....	50
4.3 APPLICABILITE DES RESULTATS EN PRATIQUE CLINIQUE.....	52
4.4 QUALITE DES PREUVES DE LA REVUE.....	53
4.5 BIAIS POTENTIELS DE LA REVUE	54
4.6 CONFLITS D'INTERETS ET FINANCEMENT DES ETUDE INCLUSES	55
4.7 CONFLITS D'INTERETS ET FINANCEMENT DE CETTE REVUE	55
5. CONCLUSION.....	56
5.1 IMPLICATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE	56
5.2 IMPLICATION POUR LA RECHERCHE	57
6.BIBLIOGRAPHIE	59
7.ANNEXES	66

1.Introduction

1.1 Introduction personnelle

Questionnement de départ :

La réflexion de cette thématique débute au cours de mes différents stages en milieu professionnel. D'après le référentiel de compétences des masseurs-kinésithérapeutes, j'initie l'observation et l'analyse de situations de soin et entame un processus de questionnement professionnel. [1] Mon intérêt s'est rapidement porté sur la relation entre le kinésithérapeute et le patient. En effet, au vu des stages effectués, j'ai pu constater que chaque prise en soin est unique et spécifique. L'identité, les valeurs et le vécu personnel de chaque professionnel de santé ont une influence sur leur approche et leur pratique professionnelle. Ainsi, ils adoptent une approche singulière en matière de communication, de conseils, d'explications et d'écoute. De manière similaire, chaque patient réagit de manière différente en fonction de sa condition médicale, de son état biopsychosocial, de ses croyances et de son parcours de soin. En fonction de la relation thérapeutique qui se développe entre le kiné et le patient, j'ai pu remarquer que le niveau d'adhésion thérapeutique et d'implication du patient dans sa prise en soin varie.

Au cours de l'évolution de ma formation, j'ai transformé ma pratique pour renforcer mon assurance et mon autonomie. J'ai réalisé que mes consignes, mes explications, mes conseils fournis au patient devenaient plus clairs et précis. En effet, j'ai constaté une implication majorée du patient lorsque celui-ci avait une meilleure compréhension de l'exercice demandé ou du moyen thérapeutique employé. Par exemple, lorsque le patient comprend pourquoi et comment réaliser un exercice, dans quel but il le réalise, selon quelles modalités, qu'est-ce que lui apporte cet exercice au vu de ses objectifs de rééducation personnels, alors, sa réalisation et son efficacité sont améliorées. De plus, une écoute active du thérapeute face aux attentes et objectifs du patient, est selon moi, un point clé dans la relation thérapeutique.

Je me suis également questionnée sur les éventuels problèmes rencontrés lors de mes stages. Il m'est arrivé à plusieurs reprises de ne pas savoir quoi répondre à un patient qui me questionnait à propos de sa douleur, laissant ainsi le patient face à son incompréhension au sujet de sa pathologie, du fonctionnement et de la psychopathologie de sa douleur. Force est de constater que la plupart des patients soucieux de comprendre leur douleur et leur affection étaient en grande partie dans une situation chronique.

Ces observations et ces questionnements nous amènent à nous demander quelles sont les stratégies communicatives et éducatives les plus pertinentes à mettre en œuvre lorsque nous sommes confrontés à un patient douloureux risquant le passage vers la chronicité.

À la suite de cette réflexion, je me suis documentée sur cette thématique.

1.2 La lombalgie

1.2.1 Définition

D'après ameli.fr (Assurance Maladie en ligne) la lombalgie est appelée communément « mal de dos », « lumbago » ou « tour de rein ». [2] Elle peut également être qualifiée comme une douleur, une tension musculaire, ou une raideur située sous le bord costal. [3] De plus, d'après La Haute Autorité de Santé

(HAS) la lombalgie est définie comme « une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur », elle peut être liée à une radiculalgie provoquant des douleurs dans un ou plusieurs dermatomes des membres inférieurs. [4]

1.2.2 Classification

Du point de vue de sa classification, il est important de faire la distinction entre la lombalgie dite « non spécifique », préférée sous le terme de « commune » en pratique courante, par opposition à la lombalgie « spécifique ». En effet, la lombalgie commune se réfère à une douleur qui n'est pas accompagnée de signes d'alerte et dont aucune cause anatomo-pathologique n'est identifiable. Communément appelés « drapeaux rouges », leurs recherches peuvent indiquer une pathologie sous-jacente exigeant une prise en charge spéciale voire urgente. La combinaison de ces signaux fait référence à une lombalgie spécifique, elle peut donc être de nature traumatique, infectieuse, neurologique, tumorale, infectieuse, vasculaire, congénitale ou iatrogène. [4]

Dans la pratique clinique ainsi que dans la littérature, les lombalgies non spécifiques sont généralement classées selon leur durée. [3]

La HAS propose l'utilisation des termes suivants :

- ❖ « **Poussée aiguë de lombalgie** » plutôt que l'appellation lombalgie aiguë pour inclure les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles ;
- ❖ « **Lombalgie à risque de chronicité** » qui concerne les patients souffrant de lombalgie pour une durée inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes) ;
- ❖ « **Lombalgie récidivante** » se réfère à une récurrence de lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être perçue comme une lombalgie à risque de chronicité ;
- ❖ « **Lombalgie chronique** » si la lombalgie s'étend au-delà de 3 mois.

Or, selon Ameli, la lombalgie est dite :

- ❖ **Aiguë**, lorsqu'elle évolue jusqu'à 6 semaines ;
- ❖ **Subaiguë**, jusqu'à 12 semaines ;
- ❖ **Chronique**, au-delà de 12 semaines. [5]

1.2.3 Epidémiologie

Dans la population française, la douleur présente dans la partie inférieure de la colonne vertébrale est un problème courant : au cours de leur vie, 4 personnes sur 5 connaîtront une lombalgie commune et plus de la moitié de la population française a ressenti au moins un épisode douloureux au niveau du dos dans les douze derniers mois. [5] Avec le vieillissement de la population, on s'attend à une augmentation significative du nombre total de personnes souffrant de douleurs lombaires au cours des prochaines décennies. [6]

En 2020, selon l'OMS, 619 millions de personnes dans le monde étaient atteintes de lombalgie, d'ici 2050, ce chiffre devrait s'élever 843 millions principalement en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population. La lombalgie représente la principale cause d'incapacité à l'échelle mondiale et c'est également l'affection pour laquelle le plus grand nombre de personnes

peuvent bénéficier d'une réadaptation. En effet, parmi les atteintes de type musculosquelettiques, elle affiche la prévalence la plus élevée dans le monde [7].

Selon l'INRS, dans la population active, plus de deux tiers des salariés ont déjà souffert, souffrent actuellement ou souffriront de lombalgie. De plus, les troubles lombalgiques constituent 20 % des accidents de travail (AT) et 7% des maladies professionnelles (MP). Près de 11,5 millions de journées de travail par an, sont perdues à cause des AT et MP liés aux lombalgies. Elles constituent 30 % des arrêts de plus de six mois et la troisième cause d'admission en invalidité. Dans certains pays, l'estimation de ces coûts équivaut à environ 1 % du PIB. Dans l'ensemble, les lombalgies liées au travail engendrent un coût annuel de plus d'1 milliard d'euros par an pour la branche AT-MP.

La 5^e enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound) indique que la lombalgie est un problème majeur de santé lié au travail. 47 % des travailleurs en Europe réfèrent avoir souffert du dos au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Dans la majorité des cas, la lombalgie est sans conséquence importante, mais elle peut devenir chronique. Les troubles lombalgiques chroniques représentent la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés de moins de 45 ans. [8]

En France, il n'existe pas de données permettant de répertorier intégralement le coût de la lombalgie, mais seulement des études partielles sur le sujet. Le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs (GTNDO) paru en 2003 a pour objectif d'analyser les connaissances disponibles sur des problèmes de santé donnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique en France. Selon lui, la lombalgie serait à l'origine de 6 millions de consultations (dans 90 % des cas chez le médecin généraliste). De plus, la lombalgie se situe au deuxième rang des motifs de consultation pour la lombalgie aiguë et au huitième rang pour la lombalgie chronique. [5] Elle représente près du tiers des actes de kinésithérapie, 2,5 % de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses et de 5 à 10 % des actes de radiologie. Elle est la première cause de troubles d'origine professionnelle.

Le coût financier médical direct de la lombalgie s'élève à 1,4 milliard d'euros, ce qui équivaut à 1,6 % des dépenses totales de santé. En comparaison, les coûts indirects tels que les indemnités journalières, les pensions d'invalidité, la perte de production, sont 5 à 10 fois supérieurs. Il est important de noter que 70 % à 80 % de ces coûts sont attribuables aux 5 % à 10 % de patients lombalgiques chroniques.[9]

Les coûts socio-économiques liés aux lombalgies chroniques ainsi que sa fréquence et les conséquences qu'elle engendre, font donc de la lombalgie un enjeu majeur de santé publique.

1.2.4 Facteurs pronostiques de passage à la chronicité

Malgré une évolution favorable pour la plupart des patients, le passage à une forme chronique peut considérablement compromettre la qualité de vie du patient, entraînant une désinsertion sociale, professionnelle ainsi qu'une altération de toute sa sphère bio-psycho-sociale. En effet, 90 % des patients présenteront une lombalgie aiguë qui se résoudra en moins de 4 à 6 semaines, 3 % auront une lombalgie subaiguë et 7 % souffrent de lombalgie chronique. [10]

La connaissance des facteurs pronostiques de passage à la chronicité est donc d'une importance cruciale.

1.2.4.1 Facteurs individuels

Ces facteurs se rapportent à tous les éléments inhérents à chaque individu. Cette catégorie inclut les facteurs médicaux, démographiques et les caractéristiques cliniques.

Parmi eux, on retient avec un fort niveau de preuve, l'âge élevé et les antécédents de lombalgie. En clinique, le risque de passage à la chronicité est majoré par la sévérité de l'incapacité fonctionnelle, la présence d'une sciatique et la durée de l'épisode de lombalgie.

Un antécédent de chirurgie lombaire, un mauvais état général, le sexe féminin, la sévérité de la douleur et l'avis global de médecin sur le risque de chronicité doivent être également pris en considération même s'ils présentent un niveau de preuve scientifique intermédiaire. [11]

De plus, certains aspects médico-légaux comme les antécédents d'indemnisation, la prise en charge au titre d'accident de travail apparaissent comme des facteurs aggravants. [9]

1.2.4.2 Facteurs socio-économiques

Selon un niveau de preuve intermédiaire, le statut social non satisfaisant est un facteur de risque de chronicité. On y ajoute également le faible niveau d'étude, le statut familial et le bas niveau de ressources, malgré leur faible niveau de preuve scientifique. [11]

1.2.4.3 Facteurs professionnels

Les facteurs pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur sont classés parmi les "drapeaux bleus". [4]

Au sein de ces derniers, l'insatisfaction au travail influe le passage à la chronicité selon un fort niveau de preuve scientifique. [11] Selon la HAS, la charge physique élevée de travail, la forte demande de travail, le manque de capacité à modifier son travail, le manque de soutien social, la pression temporelle ressentie, le stress au travail, le faible espoir de reprise du travail et la peur de la rechute sont également impliqués dans ces facteurs professionnels. [4]

1.2.4.4 Facteurs psycho-comportementaux

Aussi appelés "drapeaux jaunes", ces indicateurs psychosociaux sont essentiels à repérer car ils indiquent un risque élevé de passage à la chronicité. Effectivement, ces facteurs jouent un rôle prépondérant dans l'émergence de l'incapacité fonctionnelle, notamment en ce qui concerne les aspects cognitifs.

Développés par la Société Française de Médecine du Travail en 2013 [12] et approuvés par la HAS, ces drapeaux jaunes se divisent en 4 points distincts :

1. « **Les attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos** » certaines croyances selon lesquelles la douleur est perçue comme un danger potentiel entraînant un handicap sévère ou encore l'adoption d'une attitude passive où l'on attend des solutions principalement issues de traitements, plutôt que de s'engager activement dans sa propre rééducation ;
2. « **Les comportements inappropriés face à la douleur** » : d'après un niveau de preuve intermédiaire, il a été démontré que les peurs et les croyances conduisent à des réactions d'évitement qui pourraient constituer le principal élément cognitif contribuant à l'évolution de l'incapacité chronique [11] ;
3. « **Les problèmes liés au travail** » (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, invalidité) ;

4. « **Les problèmes émotionnels** » : un mauvais statut psychologique global, la dépression et l'incapacité du patient à "faire avec" (appelé coping) sont avec un niveau de preuve intermédiaire des facteurs de risque de chronicisation. [11] [5]

1.2.4.5 Facteurs liés à la politique de l'entreprise, au système de soin et d'assurance

Ces facteurs font référence à la politique de l'employeur qui empêche la réintégration progressive ou le changement de poste, l'insécurité financière, les critères du système de compensation, les indicatifs financiers, le manque de contact dans le milieu de travail et la durée de l'arrêt maladie. Selon la HAS, ces indicateurs sont regroupés sous l'appellation "drapeaux noirs". [4]

1.2.4.6 Facteurs liés à la iatrogénie

La **iatrogénie** se réfère aux effets indésirables causés aux patients résultant d'action médicale [13]. Par conséquent, les tendances excessives à utiliser des technologies de diagnostic, l'exagération des diagnostics en période aiguë et le manque de coordination entre médecins et kinésithérapeutes peuvent encourager le développement de maladies chroniques. [9]

D'après l'étude de Aoife Synnott et al, la plupart des kinésithérapeutes reconnaissent que les facteurs psychosociaux sont un frein à la rééducation de la lombalgie et à sa guérison. Cependant, malgré l'évolution du modèle biopsychosocial, la plupart des professionnels utilisent un modèle biomédical pour la prise en charge des lombalgies renforçant ainsi les attentes biomédicales des patients. Ils ne se sentent pas toujours aptes à gérer les facteurs psychosociaux des patients tels que les comportements inappropriés, la peur, les évitements, la kinésiophobie ou encore les troubles anxio-dépressifs. Ils préfèrent ainsi les éviter ou attendre que le patient aborde le sujet par lui-même. Les kinésithérapeutes n'identifient pas ces facteurs comme étant une cause sous-jacente de ces comportements et ne les considèrent donc pas comme potentiellement modifiables par une action ciblée. [14]

Darlow et al, démontrent dans une étude que les attitudes et croyances des professionnels de santé influencent celles des patients. En effet, il a été prouvé que les professionnels de santé ne suivent pas toujours les directives de traitement de la lombalgie malgré les preuves concernant leur efficacité en termes de résultats et de réduction des recours aux soins. Par ailleurs, les médecins généralistes, point de départ de la prise en charge du patient douloureux, n'intègrent pas l'évaluation psychosociale à leurs bilans. [15]

Une approche passive de la part des kinésithérapeutes peut mener à une passivité à long terme, à des croyances inutiles en ce qui concerne l'activité et à un désengagement d'une approche d'autogestion centrée sur le patient.[16]

D'après les recommandations de l'HAS, en l'absence de drapeaux rouges, cités dans la classification ci-dessus, il n'est pas indiqué de réaliser une imagerie rachidienne dans le cas d'une lombalgie aiguë mais plutôt d'expliquer aux patients pourquoi celle-ci n'est pas nécessaire.[4] En clair, il est alors plus important de rassurer le patient quant à son pronostic et de lui expliquer les bienfaits d'une rééducation bien menée plutôt que de dramatiser le diagnostic et inciter le patient à réaliser des imageries.

A la suite de la présentation de ces facteurs de risques, il est possible de les diviser selon 2 catégories distinctes. Il apparaît que certains facteurs peuvent être qualifiés de difficilement modifiables comme les facteurs individuels, socio-économiques, professionnels ainsi que les facteurs liés à la politique de l'entreprise, au système de soin et d'assurance. Cependant, d'autres facteurs de risques semblent

potentiellement modifiables, tels que les facteurs psycho comportementaux et ceux liés à la iatrogénie. [9]

1.2.5 Evaluation des facteurs de risque

Face à ce défi de santé publique, les recommandations actuelles en matière de prise en charge de la lombalgie préconisent la recherche précoce de facteurs de risques de passage à la chronicité dans le but de prédire au mieux leur évolution, d'éviter la chronicisation et d'établir une prise en charge adaptée au risque. De ce fait, dès la 2ème semaine ou immédiatement en cas de lombalgie récidivante, certains éléments doivent être identifiés.

Il est possible d'utiliser des outils comme le STarT Back screening tool¹ ou encore la version courte du questionnaire Örebro¹ (grade B) pour évaluer le risque de chronicisation, cependant ces outils ne permettent pas d'évaluer la globalité des facteurs de risque. [4,5]

Jusqu'à présent, la littérature actuelle n'a pas encore recensé d'outil d'évaluation du passage à la chronicité englobant de manière complète les dimensions cliniques, psychologiques et professionnelles ainsi que leurs interactions. C'est pourquoi, en l'absence d'un outil prédictif validé, adopter une approche pragmatique implique d'évaluer les facteurs de risque facilement mesurables en pratique et de se concentrer sur ceux qui peuvent être pris en charge thérapeutiquement, que ce soit par des médicaments, des exercices, une éducation ciblée, ou une thérapie cognitivo-comportementale.

Le retentissement de la douleur au quotidien peut être mesuré par des questionnaires validés comme l'échelle de dorso-lombalgie de Québec ou l'échelle d'Oswestry, cependant leur usage en pratique est chronophage. Plus rapide à réaliser, la mesure du handicap prioritaire sur l'échelle de Mactar peut-être préférée.

Concernant l'évaluation des peurs et des croyances, le Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ) est l'échelle la plus fréquemment validée et référencée dans la littérature. Les symptômes anxio-dépressifs sont évalués par le HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Enfin, il n'existe pas à ce jour d'outils de référence pour évaluer la satisfaction au travail. En revanche, sa prise en charge dans le champ de la masso-kinésithérapie paraît complexe malgré sa prépondérance en matière de facteur de risque. [11]

1.2.6 Quelle place pour le kinésithérapeute ?

Face aux enjeux de santé publique et à l'impact socio-économique que génèrent les lombalgies, le rôle du kinésithérapeute est primordial. En effet, l'assurance maladie et les masseurs kinésithérapeutes signent un accord clé qui renforce le rôle essentiel de la profession dans le système de santé. Ainsi, l'avenant 7 à la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes évoque plusieurs mesures s'articulant autour de différents axes, parmi eux, celui de "renforcer le rôle des masseurs-kinésithérapeutes en matière de prévention et de santé publique, dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation du nombre de patients souffrant de pathologies chroniques". [17]

D'un point de vue **éthique**, le code de déontologie professionnelle qui réfère et codifie l'ensemble des devoirs professionnels des masseurs-kinésithérapeutes comporte un article relatif à l'information du malade. Conformément à l'article R. 4321-83 du code de la santé publique, "le masseur-kinésithérapeute, dans les limites de ses compétences, doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, et les soins qu'il lui propose.

Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.”

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a établi le principe de l’information au bénéfice du patient. **L’information** se présente de diverses manières. D’une part, le patient a le droit d’être renseigné sur son état de santé, ce qui lui permet de donner un consentement éclairé concernant les actes qui lui seront réalisés.

En ce qui concerne son **contenu**, selon l’article L. 1111-2 du code de la santé publique, « l’information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés au patient, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu’ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. ».

Enfin, quant à sa **délivrance**, le masseur-kinésithérapeute est tenu de communiquer une information compréhensible en toutes circonstances et ce tout au long de son suivi. Il doit éviter l’usage d’un langage trop technique dans ses explications et s’adapter au niveau de compréhension et à l’état du patient tout en restant honnête. Le masseur-kinésithérapeute doit donc considérer l’aspect psychologique, social et culturel de l’individu dans son approche.[18]

Suivant la HAS, en première intention, la kinésithérapie est indiquée chez les patients atteints de lombalgie commune à risque de chronicité (recommandation de grade B). De ce fait, selon l’avis d’experts, la prise en charge se veut axée sur le patient en prenant en considération son vécu et les conséquences de la douleur (dimension physique, psychologique et socio-professionnelle). Elle se veut donc globale, bio-psycho-sociale et repose sur une décision médicale commune. Il est préconisé d’éclaircir les termes du diagnostic au patient et de le rassurer quant à son pronostic majoritairement favorable. Le masseur-kinésithérapeute joue un rôle clé dans l’éducation du patient (réassurance, lutte contre les croyances et les peurs, sensibilisation à l’activité sportive), mais le patient doit avoir une participation active (grade B). [4]

Il apparaît donc que le MK a une place essentielle en ce qui concerne la gestion des facteurs de risque à priori modifiables dans le cadre de ses compétences, en vue des recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé et de sa proximité avec le patient du fait de la récurrence des séances et du temps accordé au patient dans la prise en charge masso-kinésithérapique. Un défi se présente alors, déterminer quels sont les moyens possibles, réalisables et applicables en clinique, dont le MK dispose, qui pourraient avoir un impact sur les facteurs de risque modifiables et ainsi éviter ou réduire la chronicisation de la lombalgie.

1.3 Les facteurs contextuels

Par définition, la **douleur** est une “expérience désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles avec des composantes sensorielles, émotionnelles, cognitives et sociales”. Elle représente le symptôme le plus handicapant des affections musculosquelettiques et cause un nombre élevé de demandes de soins et une augmentation des coûts sociaux-économiques. La douleur est complexe, elle est influencée par différents facteurs physiques, psychologiques ainsi que sociaux regroupés sous le nom de facteurs contextuels. En plus des facteurs de risque de chronicité de la lombalgie, l’aspect multifactoriel de la douleur renforce le besoin d’intégrer les éléments contextuels dans la prise en charge des patients lombalgiques.

Les **facteurs contextuels** peuvent être définis comme des “éléments physiques, psychologiques et sociaux qui caractérisent la rencontre thérapeutique avec le patient”. Le contexte accompagne toutes

les interventions en santé. [19] Bishop et al eux, définissent les composantes contextuelles comme l'ensemble des facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux qui agissent en parallèle des composantes essentielles des interventions et qui peuvent donc interagir les unes avec les autres. [20] Dans le domaine de la physiothérapie, les facteurs contextuels peuvent être internes, externes ou relationnels. Nous proposons ici de suivre le consensus existant entre les études de Di Blasi et al et Shérif et al pour classer les facteurs contextuels en 5 catégories :

- « **Croyances et caractéristiques du kinésithérapeute** » (réputation professionnelle, apparence, croyances, comportement, empathie, formation professionnelle, expériences antérieures)
- « **Croyances et caractéristiques du patient** » (attentes, préférences, expériences passées, état pathologique, sexe, âge, souvenirs, émotions, caractéristiques physiologiques, croyances)
- « **Relation patient-kinésithérapeute** » (communication verbale et non verbale, informations verbales données au patient, style de communication, langage corporel, alliance thérapeutique, confiance, réassurance)
- « **Caractéristiques du traitement** » (diagnostic clair, thérapie appropriée, approche centrée sur le patient, processus global de soin, toucher thérapeutique)
- **Milieu de soins** (environnement thérapeutique, cadre de prise en charge, aménagement, décor) [19,21]

D'après Carlino E et al, un contexte positif peut renforcer les effets bénéfiques d'une intervention en matière de soin et engendrer un effet placebo donc favoriser l'amélioration des symptômes (comme par exemple l'analgésie). A contrario, un contexte négatif peut entraver l'intervention de soins, accentuer la douleur du patient et donc générer un effet nocebo (hyperalgésie par exemple). [22]

En effet, une partie des réponses analgésiques dans le contexte du traitement de la douleur en kinésithérapie est liée à des facteurs contextuels. L'effet placebo est médié par différents processus comme l'apprentissage, les attentes ou la cognition sociale. Suivant le modèle intégratif de Colloca et Miller, le conditionnement et les attentes sont intégrés dans un modèle d'apprentissage global. Les facteurs contextuels provoquent des attentes, des souvenirs et des émotions qui à leurs tours engendrent des modifications de comportement et de résultats thérapeutiques, grâce à l'activation du système nerveux central (*cf Fig. 1*). [23] L'analgésie placebo se manifeste par une diminution de la douleur, elle implique des voies neuronales internes et des neurotransmetteurs associés.

D'après la *figure 1*, les réseaux cérébraux, la neurochimie, les résultats thérapeutiques et donc la douleur musculosquelettique peuvent être influencés par les éléments contextuels. Les zones neuronales clés du cerveau mises en jeu sont le cortex cingulaire antérieur rostral (rACC), le cortex préfrontal dorsolatéral (DLPFC) et la substance grise périaqueducale (PAG). Les neurotransmetteurs impliqués sont rapportés dans la figure 1. Par conséquent, la manipulation des facteurs contextuels peut induire une modulation de la douleur. [19]

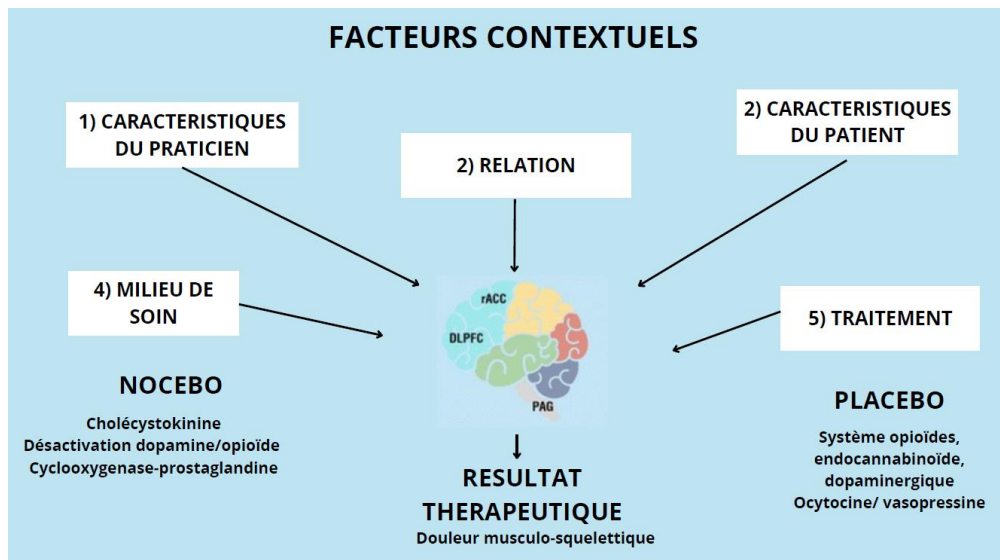


Figure 1 : Mécanisme psycho-neurobiologique des facteurs contextuels

1.4 Attentes et besoin des patients

Yuan Z Lim et Al ont répertorié les besoins perçus par les patients lombalgiques en matière d'informations sur la santé. Il reste un manque de précision des lignes directrices concernant le contenu de l'éducation des patients. Dans leur revue de littérature, l'objectif est de comprendre et de répondre au point de vue du patient en termes d'incertitudes, de préoccupations, de croyances et d'attitudes pour faciliter une prise en charge centrée sur le patient qui fait sens à ses yeux et éventuellement améliorer son efficacité. Les résultats ont montré que les patients lombalgiques sont désireux d'obtenir des informations claires sur la nature et l'évolution de la lombalgie. Quant à son diagnostic, la plupart des patients, motivés par la validation et la légitimation de leurs symptômes, souhaitent en connaître la cause exacte et estiment que l'imagerie est un élément nécessaire dans le bilan de la lombalgie. Il est avéré que certains désirent une explication biomécanique et qu'une minorité de patients identifient qu'une explication physique et psychologique est pertinente. [24]

Le pronostic apparaît également comme essentiel, les patients veulent savoir s'il est favorable ou non, son caractère bénin, et quelles sont les implications pour leur capacité de travail et s'ils risquent une invalidité à long terme. Certains affirment que des informations sur les déclencheurs potentiels des épisodes de lombalgie les aideraient à déconstruire la peur de certains mouvements et à acquérir une auto-gestion/évaluation des poussées et de la lombalgie. En ce sens, 21 études ont montré que les patients désirent des renseignements sur la gestion de la lombalgie, de la douleur, sur les options de traitement pharmacologique ou non et de stratégies possibles, sur le rôle des kinésithérapeutes, sur les mesures préventives. Selon 9 études, les patients désirent un traitement personnalisé, adapté à leurs situations, leurs problèmes, leurs modes de vie. Certains se sentent ainsi frustrés et moins réceptifs aux conseils du prestataire si celui-ci ne leur apporte pas une prise en charge personnalisée. Également, le besoin de conseils sur la gestion psychologique de la lombalgie comme les services de soutien médical et paramédical, les soutiens sur les réseaux sociaux, sont nécessaires. [24]

De plus, l'information doit être de qualité, les discours discordants sont une source d'interrogation pour les patients qui ne savent plus à qui se fier et ne se sentent plus en confiance. Ils veulent également pouvoir trouver des informations fiables concernant leurs pathologies.

En ce qui concerne le mode de transmission, il est préférable pour la patientèle d'utiliser un langage compréhensible, une communication claire et ouverte ainsi qu'un soutien émotionnel. [24]

Parmi les attentes des patients souffrants de lombalgie aiguë ou chronique non spécifique, les interactions avec le prestataire de soin occupent une place dominante. L'écoute, le respect, la confiance, et une bonne communication sont des valeurs clés selon les patients. Les patients veulent être impliqués dans le processus décisionnel et attendent beaucoup de la communication avec leurs prestataires de soin pour ce qui est de leurs attentes car ils estiment être les « meilleures juges de ce qui est bon pour eux ». De plus, leur insatisfaction est corrélée au fait que les professionnels de santé sont incapables de déterminer la cause de leur douleur. Le patient se sent donc délégitimé (expérience d'une série de conséquences négatives, sensation de ne pas être entendu associée à un sentiment de honte). De ce fait même lorsqu'une explication est donnée, sa validité est remise en cause du fait de l'absence d'une relation de confiance, une mauvaise communication et compréhension et d'une mauvaise écoute.

La satisfaction des patients concernant leur attentes et leurs besoins est en lien avec une bonne coopération vis-à-vis du traitement favorisant ainsi son efficacité. [25]

1.5 Education thérapeutique

1.5.1 Définition et objectifs

Dans un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 1998 [26], l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie comme visant à "aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique." Elle intègre de façon continue la prise en charge du patient. Elle est mise en place pour augmenter les connaissances du patient de façon consciente à propos de leur maladie, des soins, de l'organisation hospitalière ainsi que des procédures mises en place. Elle permet d'aider le patient et la famille dans la compréhension de leur maladie, de leur traitement. Cette éducation vise la collaboration mutuelle et la responsabilité du patient dans sa prise en charge pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie. L'ETP utilise une démarche centrée sur le patient. Elle participe à la personnalisation des soins en renforçant les capacités d'autodétermination du patient tout en favorisant son rôle en tant qu'acteur central de sa santé.

L'ETP comporte 2 finalités spécifiques qui passent par l'acquisition et le maintien par le patient de :

- Compétences **d'autosoins et de sécurité** comme (décisions du patient pour modifier l'impact de la maladie sur sa santé) : soulager les symptômes, autosurveillance, automesure, auto-traitement, réalisation de gestes de soins, prévenir les complications évitables, gérer les problèmes occasionnés par la maladie, impliquer l'entourage
- Compétences **d'adaptation** (aptitudes personnelles, interpersonnelles et cognitives qui contribuent à développer la capacité de s'adapter à leur environnement ainsi qu'à le transformer), elles sont psychosociales et reposent sur le vécu et l'expérience antérieure du patient, elles sont : confiance en soi, connaissance de soi, gérer ses émotions et son stress, s'observer, s'évaluer et agir, modification de son mode de vie.

L'ETP permet aux patients de mieux se connaître, de renforcer sa confiance en lui, de gérer des problèmes en prenant des décisions, d'avoir des buts à atteindre et en conséquence de faire des choix éclairés. Elle concerne les patients souffrant de maladie chronique quel que soit l'évolution ou le stade de la maladie. Elle peut également inclure l'entourage, selon leur volonté et celle du patient. Dans un contexte d'évolution des maladies chroniques et de leurs coûts et malgré un manque de preuves

fiables quant à son efficacité, l'ETP a néanmoins pour bénéfice d'améliorer la santé du patient ainsi que sa qualité de vie et celle de son entourage et permet la diminution du nombre d'hospitalisations, de passages aux urgences et de visites médicales non programmées. [27]

1.5.2 Contenu et acteurs

Elle intègre des activités organisées ainsi qu'un soutien psychosocial et est complémentaire de la stratégie thérapeutique. Les techniques et outils utilisés sont divers comme des "techniques de communication centrées sur le patient" (écoute active, entretien motivationnel afin d'entamer un changement chez le patient et d'encourager sa motivation), des "techniques pédagogiques" (ateliers, tableaux pratiques, exposés, etc...) et des "outils variés" (affiches, brochures, etc...). Des études ont révélé que l'information du patient seule (orale, écrite, conseils message de prévention) ne suffit pas à aider les patients à faire face à leur maladie au quotidien.[27]

L'ETP peut prendre la forme de "programme" et comprend des séances en groupes ou individuelles mises en place par une équipe pluridisciplinaire formée ou sous forme "d'actions éducatives ciblées" définies par la HAS comme « un apprentissage pratique, ponctuel, mis en œuvre par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large ». Depuis janvier 2021, les programmes d'ETP ont l'obligation d'être déclarés à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et doivent être conformes à un cahier des charges. [28]

Les acteurs de l'ETP englobent tous les professionnels de santé, en particulier les médecins, infirmiers, diététiciens, masseur-kinésithérapeutes, etc... Ainsi, ces professionnels travaillent en collaboration et peuvent être impliqués à différents niveaux (information initiale, réalisation de l'ETP, suivi du patient).

Selon les recommandations de la HAS, la mise en œuvre de l'ETP avec son accord débute avec l'élaboration d'un diagnostic éducatif (dégager les objectifs éducatifs et les compétences à acquérir) dont découle un programme d'ETP personnalisé avec des priorités d'apprentissages. Les séances sont planifiées et mises en œuvre, puis, il est réalisé une évaluation des compétences acquises et du programme. Le programme est modulé dans le temps en fonction de l'évolution du patient ainsi que de sa maladie, il peut donc être continuellement modifié. [27]

1.5.3 Cadre légal et recommandations

"En France, l'éducation thérapeutique du patient est juridiquement définie depuis 2009 dans le code de la santé publique (art. L.1161-1 à L. 1161-4) : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».» [28]

En ce qui concerne les lombalgies, la HAS recommande en troisième intention selon un grade B un "programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, social et professionnel" pour les patients souffrant de lombalgie ou douleur radiculaire qui persiste ou "en présence de facteurs psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée."[4]

L'ETP a donc pour principal objectif d'obtenir un changement (changement d'état de santé), or ce changement ne peut être obtenu que si une alliance entre le thérapeute et le patient a été établie et maintenue dans le temps.

1.6 Alliance thérapeutique

1.6.1 Définition

Issu de la pratique psychanalytique, le concept **d'alliance thérapeutique** remonte à la théorie Freudienne. En 1979, Bordin définit l'alliance thérapeutique comme une alliance de travail, une coopération active fondée sur une confiance réciproque entre le patient et le psychothérapeute. Il précise qu'une alliance thérapeutique réussie comprend trois éléments : un accord sur les objectifs de traitement, l'attribution de tâches et le développement d'un lien affectif ou une considération mutuelle positive entre le praticien et le patient. [29]

Des recherches se sont récemment intéressées à l'amélioration de l'efficacité des prises en charge des troubles musculosquelettiques et la nécessité d'aller au-delà des traitements conventionnels spécifiques à chaque affection, en explorant des approches plus larges et en intégrant des éléments tels que la communication, les interactions psychologiques entre patients et cliniciens. Certains auteurs définissent l'alliance thérapeutique (AT) comme "la relation de travail ou le lien social positif entre le patient et le thérapeute et établie par la collaboration, la communication, l'empathie du thérapeute et le respect mutuel". [30]

1.6.2 Enjeux

Émergeant depuis peu dans le domaine de la physiothérapie, l'alliance thérapeutique permettrait d'améliorer la motivation, le sentiment d'appropriation du traitement du patient ainsi que son observance. Elle décrit alors la relation entre le praticien et le patient. Cependant, certains facteurs se révèlent être des obstacles à la guérison et à la collaboration praticien/patient. Ces facteurs peuvent influencer négativement cette alliance comme l'expression de colère, d'hostilité, de peur, d'anxiété ou encore de dépression par le patient. Des études suggèrent qu'une forte alliance de travail couplée à des interventions de physiothérapie traditionnelles peut être plus efficace sur les résultats de la douleur chez les personnes souffrantes de troubles musculosquelettiques chroniques que des interventions de physiothérapie seules. En ce sens, des influences positives comme le développement d'une relation de confiance et d'un traitement individualisé influencent positivement l'alliance.

En revanche, on note une différence de perception de l'alliance thérapeutique entre les kinésithérapeutes et les patients ce qui peut refléter l'importance d'une communication ouverte pour identifier les obstacles psychosociaux à la rééducation en prenant en compte les valeurs, les besoins et attentes du patient ainsi que leurs facteurs de motivations individuels. À l'aide d'une alliance thérapeutique forte, les kinésithérapeutes devraient donc avoir la capacité de surmonter ces obstacles psychologiques. Ces données soulignent le rôle majeur des facteurs psychosociaux dans la perception de la douleur, montrant ainsi l'utilité de l'alliance thérapeutique dans leur prise en charge. [31]

De plus, l'alliance thérapeutique peut-être pertinente chez les patients lombalgiques en raison de la période prolongée que les kinésithérapeutes passent avec leurs patients tout au long de leur prise en charge et de l'importance de la communication dans le contexte de la lombalgie non spécifique qui manque généralement d'étiologie spécifique. [32]

1.7 La communication

"Si vous ne savez pas communiquer, peu importe ce que vous savez." (Gardner, 1982).

La communication est au cœur de notre métier mais est finalement peu exploitée de façon optimale. La proximité avec le patient et une communication particulière sont nécessaires et se développent avec le temps consacré aux patients lors de leurs prises en charge. En effet, de l'accueil du patient jusqu'à sa dernière séance, en passant par l'interrogatoire, le bilan, le cours des séances, la relation dans un contexte de soin doit être basée sur la communication et la confiance.

1.7.1 Définition

La **communication** est l'instrument essentiel par lequel s'instaurent et se développent les relations et les interactions humaines. Elle se définit comme la capacité à transmettre aux autres des idées, des faits, des sentiments, des concepts ; et de les recevoir de la part de ceux qui nous les transmettent. *En somme, la communication est la navette qui tisse la toile des relations entre les personnes. C'est un moyen utilisé pour établir un rapport entre les personnes ; elle est donc le fondement de la relation humaine.*[33] Communiquer c'est aller à la rencontre de l'autre, le découvrir, mais aussi tenter de le comprendre.[34]

Communiquer c'est transmettre, c'est un phénomène complexe d'échanges entre les personnes influencées par les caractéristiques propres aux personnes qui communiquent.

Selon les besoins du moment et ceux du patient, la communication revêt plusieurs aspects :

- **Communication fonctionnelle** : pratique et efficace des interventions quotidiennes ;
- **Communication aidante** : propre aux soins thérapeutiques et à la satisfaction des besoins du patient ;
- **Communication pédagogique** : servant à expliquer les interventions thérapeutiques et à répondre aux questions du patient en s'adaptant à sa capacité d'apprentissage ;
- **Relation d'aide** : forme de communication centrée sur le patient composée de réconfort, de compréhension, d'empathie, et de soutien.

Ces 4 formes de communication forment ainsi la relation soignant-soigné. Tout est communication, elle est irréversible et inévitable.[35] En ce sens, il existe plusieurs types de communication :

- La communication **verbale** : elle fait intervenir le langage et fait référence au sens véhiculé par les mots ; elle nécessite un émetteur, un récepteur qui decode le message et qui envoie une rétroaction ; des parasites peuvent altérer la communication et gêner la compréhension du message
- La communication **non-verbale** : elle transmet des messages inconsciemment, elle fait référence aux signes non-verbaux comme les gestes, les mimiques, la distance physique, l'expression faciale, le regard, le contact physique, la posture, l'apparence, les odeurs, les silences et les pauses
- Le **paraverbal** : il se définit comme les aspects vocaux de l'élocution, il fait intervenir le ton, le timbre, la prononciation, l'accent, l'intonation, l'accentuation

En résumé, selon Mehrabian, la communication c'est : 7 % de communication verbale, 38 % de paraverbal et 55 % de communication non-verbale. Le non-verbal a donc une place prépondérante, il peut être utilisé lorsque le patient est dans l'incapacité de parler et offre également aux deux interlocuteurs des éléments précieux pour la compréhension des messages et de leurs personnalités. Ces différents types de communication interagissent entre elles en renforçant ou diminuant le sens du message. [33,34,36]

1.7.2 Avantages de la communication efficace

Une communication améliorée permet d'entraîner de nombreux avantages, elle :

- Augmente la **précision du diagnostic** en facilitant ainsi la description des symptômes et une meilleure compréhension du patient ;
- Est un outil fiable pour **détecter les états émotionnels** du patient afin de l'orienter vers des interventions thérapeutiques plus adaptées ;
- Permet **d'identifier les besoins**, les perceptions, les appréhensions du patient concernant sa pathologie et son traitement ;
- Offre la possibilité au patient de prendre une **place intégrante** dans le processus de prise de décisions médicales.

De plus, les stratégies de communication thérapeutiques appropriées permettent d'améliorer l'observance thérapeutique associée à une réduction de la douleur et de l'incapacité ainsi que la satisfaction des patients. Elle est fondamentale pour une rééducation basée sur le modèle biopsychosocial. [37]

1.7.3 Les obstacles à la communication

Les obstacles font référence aux facteurs qui interfèrent dans le processus d'efficacité de la communication, l'émission et/ou la réception sera alors inefficace. Ils sont divisés en 3 catégories :

- Les **interférences externes** : elles sont de nature environnementale et peuvent être causées par les bruits, les mouvements ;
- Les **blocages internes** : elles sont liées à des difficultés psychologiques ou physiques, à l'état émotionnel mais aussi par les différentes conceptions d'idées ou de concepts des 2 interlocuteurs ;
- Les **obstacles socioculturels** : différence d'éducation, de langue, de culture, de religion.

Également, il peut arriver que l'émetteur ne trouve pas les mots appropriés pour transmettre un message ou qu'il présuppose chez le récepteur, des connaissances que celui-ci n'a pas ce qui engendre une émission inefficace.

Les conséquences des obstacles sont variées et dépendent de l'importance du contenu du message qui est transmis, allant du malentendu à des conséquences plus graves.[33,35]

1.7.4 Le masseur-kinésithérapeute et la communication

L'alliance thérapeutique et la communication font partie des compétences inhérentes à l'activité du MK. En kinésithérapie, la communication représente la principale interaction directe avec le patient.[36]

L'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat du masseur-kinésithérapeute (JORF n°0204 du 4 septembre) revoit en détail le référentiel de compétences. Parmi elles, la compétence 5 vise à « établir et entretenir une **relation** et une **communication** dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie ». Cette compétence inclut notamment différents points :

1. Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe.
2. Développer une relation de partenariat avec la personne soignée.

3. Adapter sa communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation.
4. Expliquer au patient les effets attendus, les risques et les limites de l'intervention en masso-kinésithérapie, en prenant en compte sa pathologie, son niveau de connaissances, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes pronostiques et son état psychologique.
5. Expliquer le déroulement de la prise en charge masso-kinésithérapique et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage.
6. Négocier et construire les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique.
7. Faciliter, développer et analyser les interactions entre les participants d'une séance de groupe.
8. Rechercher et/ou maintenir les alliances thérapeutiques avec le patient tout au long de l'intervention.
9. Responsabiliser la personne, la famille, l'entourage quant à l'importance de leur participation à la prise en charge thérapeutique et établir une relation de partenariat.
10. Soutenir la personne, la famille et/ou l'entourage tout au long de la prise en charge thérapeutique.
11. Établir une relation d'aide vis-à-vis du patient.[1]

1.7.5 Etat des lieux

À la différence des compétences techniques, diagnostiques ou thérapeutiques, les compétences en communication sont plus complexes à définir, à enseigner ou à évaluer.

Les patients ont tendance à être interrompus par le clinicien dans les **20 premières secondes** durant l'entretien. Cependant, de façon générale, les patients n'ont pas besoin de plus de **60 secondes** pour exprimer leurs problèmes. [36] Ces constatations laissent présager l'utilité d'une écoute active du thérapeute en laissant au patient l'opportunité de s'exprimer. Cette écoute attentive pourrait être marquée par l'utilisation d'un langage non-verbal de sorte à ne pas interrompre le patient.

Comme vu précédemment, les patients sont insatisfaits des compétences en matière de communication des thérapeutes et du manque d'informations dont ils bénéficient. [24,25]

1.8 Résumé

La lombalgie représente un enjeu de santé publique majeur en raison de sa fréquence[5], des coûts socio-économiques et des conséquences qu'elle engendre. Or, la majorité de ces conséquences sont dues à la forme chronique de la lombalgie. [9] Dans la majorité des cas la lombalgie présente une évolution favorable, seulement 7% développeront une forme chronique. [10] Il est alors crucial de repérer, d'identifier et d'évaluer les facteurs pronostiques de passage à la chronicité. Parmi eux, les facteurs psycho-comportementaux et ceux liés à la iatrogénie apparaissent comme modifiables. [5,9,11] De plus, l'aspect multifactoriel de la douleur et les facteurs contextuels comme les croyances et caractéristiques du patient et du thérapeute, la relation qui se lie entre eux, les caractéristiques du traitement et le milieu de soin, renforcent le besoin d'une prise en charge des facteurs pronostiques. Il a été admis qu'un contexte positif peut renforcer les résultats thérapeutiques et qu'un contexte négatif les entrave. [19,21,23]

En ce qui concerne les attentes des patients, on note un besoin de diagnostic clair basé sur l'imagerie et un fort besoin de validation et de légitimation de leur douleur. Ces attentes évoquent donc le manque de connaissances des patients sur l'aspect multifactoriel de la douleur qui n'est pas forcément

liée à une lésion en tant que telle, et le fort besoin d'écoute et d'empathie dont ils ont besoin. [24] Les recommandations de la HAS préconisent d'expliquer aux patients pourquoi l'imagerie n'est pas nécessaire dans le cas d'une lombalgie aiguë en l'absence de drapeaux rouges, d'éclaircir le diagnostic, de le rassurer quant à son pronostic majoritairement favorable et d'adopter une approche biopsychosociale.[4] Néanmoins, en dépit des recommandations, la plupart des professionnels de santé privilégient une approche biomédicale dans le traitement des lombalgies, ce qui contribue à renforcer les attentes de nature biomédicales chez les patients. Malgré la connaissance des kinésithérapeutes concernant les facteurs pronostiques, peu d'entre eux se sentent aptes à gérer les facteurs psychosociaux et les comportements inappropriés et préfèrent ainsi les éviter. Ils excluent le fait que ces facteurs peuvent être la cause de ces comportements et qu'ils peuvent être modifiables par une action ciblée. [14,15]

Malgré leurs attentes biomédicales, les patients souhaitent être davantage informés sur tous les aspects de leur pathologie et veulent prendre place dans la prise de décision médicale. Le manque de communication et d'écoute induit le patient à perdre confiance en son thérapeute. En ce sens, les discours discordants sont délétères pour les patients qui ne savent plus à qui se fier et ne se sentent plus en confiance. Cela a pour effet de décrédibiliser les explications des différents professionnels de santé et renforce le fait que le patient se sent délégitimé par rapport à ses symptômes. [24,25] De plus, il existe une différence de perception de l'alliance thérapeutique par les kinésithérapeutes et les patients. [31] Découle alors le besoin d'une communication renforcée, d'une éducation ciblée, d'une bonne alliance thérapeutique et d'une coordination efficace entre les différents professionnels de santé. La communication est un processus complexe, trop peu exploitée et essentielle au vu des attentes et insatisfactions des patients. Il est donc crucial de connaître les différents types de communication, ses formes et ses obstacles pour une communication optimale, adaptée au patient et au contexte de soin, en évitant les conséquences néfastes comme les malentendus. En effet, une communication efficace est liée à des avantages tels qu'une précision accrue du diagnostic, une détection des états émotionnels du patient et sa participation active dans les décisions médicales. [37] Les stratégies de communication et la coordination interprofessionnelle sont donc indissociables d'une rééducation biopsychosociale recommandée par la HAS. [4] L'ETP apparaît également comme primordiale dans le contexte des lombalgies en aidant les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leurs pathologies. [27]

D'après les recommandations de la HAS, l'avenant 7 à la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes, le code de déontologie professionnelle, et le référentiel de compétences, le MK a sa place dans la prise en charge des patients lombalgiques et en particulier dans la prévention du passage à la chronicité, il a donc le devoir d'information du malade et des compétences relationnelles et communicationnelles propices à la prise en charge spécifique du patient lombalgique. [1,7,17,18] Enfin, les directives de la HAS indiquent que les soins de la personne lombalgique doivent être centrés sur le patient en tenant compte de son vécu et de l'impact de sa douleur sur les aspects physiques, psychologiques et sociaux de la vie. En ce sens, cette approche globale s'appuyant sur le modèle bio-psycho-social, repose sur une collaboration dans la prise de décisions médicales. Par conséquent, une prise en charge multidisciplinaire est conseillée en cas de lombalgie présentant un risque de chronicité. Les professionnels impliqués varient en fonction de l'expertise du praticien initial, de la situation spécifique du patient, de ses préférences, ainsi que des ressources disponibles dans le système de santé local. [4]

Ces observations et ces questionnements nous amènent à nous demander quel est l'intérêt d'une intervention multidisciplinaire biopsychosociale sur les facteurs de risques psycho-comportementaux qui influencent la chronicisation de la lombalgie aiguë.

1.9 Hypothèses théoriques

En tenant compte de ces constatations, il est possible de formuler plusieurs hypothèses :

- Une intervention multidisciplinaire biopsychosociale a un impact sur les facteurs de risques psycho-comportementaux.
- Une prise en charge classique des patients lombalgiques aigus couplée une intervention multidisciplinaire a un impact favorable sur l'évolution de la lombalgie aigue et subaiguë
- Le MK a un rôle de prévention non négligeable dans la lombalgie aigue

1.10 Objectif de la revue de littérature

Il est intéressant d'aborder les aspects communicationnels, relationnels et éducationnels de nos compétences qui sont trop peu abordés lors de notre formation ou lors de nos stages, bien qu'ils soient au cœur de notre pratique de soignant. Cette étude servira à sensibiliser les étudiants et les masseurs-kinésithérapeutes diplômés à prêter attention aux bases fondamentales de notre métier, à savoir la communication, la relation avec le patient ainsi qu'avec les autres professionnels de santé. De plus, il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé à l'importance d'une coordination pluriprofessionnelle qui constitue l'avenir du système de santé.

L'objectif de cette revue est donc le suivant : **une intervention multidisciplinaire biopsychosociale a-t-elle un impact sur l'évolution favorable du patient lombalgique aigu ?**

2. Méthode

2.1 Critères d'éligibilité des études

Les directives pour la rédaction de cette revue de littérature sont conformes au modèle PRISMA 2020. [38]

La problématique de cette étude est donc : **une intervention multidisciplinaire biopsychosociale est-elle plus efficace que les soins thérapeutiques usuels sur les facteurs psycho-comportementaux du patient lombalgique aigu ou subaigu ?**

Dans le but de répondre à la problématique ci-dessus, il est approprié de développer une approche de recherche en utilisant le modèle PICO (Population-Intervention-Comparateur-Outcome) selon le *tableau 1* afin d'établir par la suite notre équation de recherche.

Population	Patient atteint d'une lombalgie aiguë ou subaiguë
Intervention	Intervention multidisciplinaire biopsychosociale
Comparateur	Soins thérapeutiques habituels
Outcome (critères de jugement)	Facteurs psycho-comportementaux : kinésiophobie/ croyance peur-évitement, dépression, qualité de vie

Tableau 1 : Modèle PICO

2.1.1 Type d'étude

La question de recherche clinique pour cette revue est une question **thérapeutique**, elle a pour but d'évaluer l'intérêt d'une intervention multidisciplinaire biopsychosociale (IMB) dans la prise en charge des patients lombalgiques aigus et subaigus comparée à une prise en charge classique.

Seuls les essais cliniques randomisés ont été inclus dans le travail de recherche pour une pertinence clinique optimale. Aussi, pour une meilleure compréhension seuls les études dans les langues françaises ou anglaises ont été comprises dans la recherche.

2.1.2 Type de population

Cette revue a pour but de cibler la population atteinte de **lombalgie non spécifique**. En ce sens, tous les patients présentant des signes ou symptômes associés à une lombalgie spécifique (drapeaux rouges) étaient exclus de l'étude. Les patients sont donc sélectionnés pour l'étude s'ils souffrent d'une lombalgie non spécifique depuis une période comprise entre **2 et 12 semaines** d'évolution. Sont exclus les patients présentant une lombalgie chronique supérieure à 3 mois.

Également, 4 personnes sur 5 connaîtront une lombalgie commune [5], il convient donc alors d'obtenir un échantillon représentatif avec la plus grande population possible. Ainsi, seule la limite d'âge minimum de **18 ans** est indiquée sans restriction sur l'âge maximal ni sur le sexe des participants.

2.1.3 Type d'intervention

La thérapie abordée dans cette étude est une intervention multidisciplinaire biopsychosociale. Le terme « biopsychosocial » implique que seules les études prenant en compte à la fois les aspects physiques, psychologiques et/ou sociaux sont incluses dans cette revue. En ce sens, l'intervention multidisciplinaire devait comprendre une composante physique en association avec une composante psychologique, sociale ou professionnelle, ou toute combinaison de celles-ci. Cette IMB peut être dispensée de multiples manières.

Cette intervention sera confrontée à un groupe contrôle, qui par définition, ne bénéficiera pas du même traitement. L'IMB est comparée à des soins thérapeutiques habituels (au sein du système de santé où l'étude a été réalisée) de la lombalgie contenant des soins physiques (rhumatologue, kinésithérapie, physiothérapie, éducation, thérapie manuelle, traitement pharmacologique, balnéothérapie, thérapie passive, conseils) ou à l'absence d'intervention.

Le *tableau II*, synthétise les couples intervention et comparateur.

Intervention	Comparateur
➤ Intervention multidisciplinaire biopsychosociale	➤ Soins thérapeutiques habituels ➤ Aucune intervention

Tableau II : Couples Intervention / Comparateur

2.1.4 Critères de jugement

Le critère de jugement est un paramètre mesuré, permettant de mettre en évidence l'efficacité de l'intervention multidisciplinaire biopsychosociale.

Le but principal de cette revue est d'évaluer si l'ajout d'une intervention multidisciplinaire à un traitement classique conduit à une amélioration des facteurs de risque psycho-comportementaux (drapeaux jaunes) chez les patients lombalgiques en phase aiguë ou subaiguë.

Parmi les critères de jugement sélectionnés, les drapeaux jaunes décrits ci-dessous sont inclus à l'étude :

- La **kinésiophobie** ou **peur du mouvement** désigne une crainte excessive, irrationnelle et paralysante à faire certains mouvements ou à participer à différentes activités. Elle résulte d'un sentiment de vulnérabilité face à une blessure existante ou à une potentielle nouvelle blessure douloureuse. [39]
- La **croissance de peur-évitement** est le versant cognitif de la kinésiophobie. Ce sont les pensées et connaissances qui entraînent les comportements d'évitement qui consistent à éviter tout mouvement qui pourrait occasionner de la douleur. [40]
- Le **catastrophisme** est en « ensemble mental négatif exagéré » envers les stimuli douloureux et l'expérience de la douleur. Il présente 3 caractéristiques évaluées par l'échelle PCS (Pain Catastrophizing Scale) : la rumination, l'amplification et l'impuissance. [41]
- Le statut psychologique et les problèmes émotionnels incluent les éléments inhérents à la **qualité de vie** telle que la santé mentale, l'anxiété et la **dépression**.

Ces critères et leurs outils de mesure sont détaillés dans le *tableau III* ci-dessous.

Critères	Mesure	Description de l'outils de mesure
Attitudes et croyances face à la douleur	FABQ ou Fear Avoidance Beliefs Questionnaire	Questionnaire de 16 items développé pour mesurer les niveaux de peur et de <u>croyances d'évitement</u> chez les personnes lombagiques. Il comprend une sous-échelle liée à l'activité physique et une liée au travail. Également utilisé pour prédire le risque d'invalidité à long terme. [40]
	ÖMPSQ ou Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire	Questionnaire utilisé pour identifier les sujets à risque de développer des douleurs musculo-squelettiques chroniques en mesurant les facteurs de risque psychologiques. Il comprend 25 items et comprend des éléments sur la douleur, les congés de maladie, l'anxiété et la dépression, les limitations d'activités, l'adaptation, la satisfaction au travail, les <u>croyances d'évitement</u> de la peur et les attentes à l'égard de l'avenir. 3 items ont pour but d'évaluer les croyances de peurs et d'évitement et chaque item est évalué sur une échelle de 0 à 10. Les scores obtenus pour ce domaine peuvent varier de 0 à 30 points. [42]
	PCS ou Pain Catastrophizing Scale	Echelle d'évaluation du catastrophisme. Composée de 13 items, elle évalue les 3 dimensions du <u>catastrophisme</u> : l'amplification (douleur perçue comme une menace), la rumination (inquiétude répétée) et l'impuissance (croyance que l'on ne peut pas agir sur la douleur).[41]
Dépression	CES-D ou Center for Epidemiologic Studies-Depression	Auto-questionnaire qui évalue la présence d'un syndrome dépressif au cours des 7 jours précédents le test. Il comporte 20 questions.[43] Les 20 items de CES-D peuvent être divisés en 4 sous-échelles : l'humeur dépressive, les affects positifs, les plaintes somatiques et les relations interpersonnelles.
	CMDQ ou Common Mental Disorder Questionnaire	Questionnaire se portant sur l'inquiétude, l'anxiété, la dépression, les troubles somatoformes (troubles mentaux liés à une focalisation excessive portée sur une symptomatologie physique) et la dépendance à l'alcool. Composé de 37 items répartis en 6 sous échelles, la dépression est évaluée avec seulement une sous-échelle contenant 6 items avec un score allant de 0 à 6. [44] [45]
Qualité de vie	SF-36/SF-12 ou Short Form 36/12	Auto-questionnaire évaluant la qualité de vie comprenant 36 items pour la version complète et 12 items pour la version raccourcie. Il mesure 8 variables : fonctionnement physique et social, limitations dues à des problèmes physiques ou émotionnels, santé mentale, énergie et vitalité, douleur, perception générale de la santé.[46] Il permet d'obtenir 2 scores : le score composite physique (SCP) et le score composite mental (SCM).[47]

Tableau III : Critères de jugements et leurs outils de mesures

Les critères de jugement principaux de cette revue sont les attitudes et croyances face à la douleur. Les critères secondaires sont la dépression et la qualité de vie.

2.1.5 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion représentent un ensemble de conditions spécifiques que les études scientifiques doivent remplir afin d'être considérées dans cette analyse. En revanche, les critères d'exclusion désignent les conditions qui, si présentes, excluent la possibilité d'intégrer les articles dans la revue de littérature. Ci-dessous, ces critères sont présentés dans le *tableau IV* :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">• Essais cliniques randomisés• Etudes portant sur les lombalgies aiguës et subaiguës (2 à 12 semaines)• Etudes incluant des personnes de plus de 18 ans• Etudes évaluant le handicap, la douleur et la qualité de vie• Etude dont les critères de jugement et les comparateurs correspondent au PICO	<ul style="list-style-type: none">• Etudes comportant des patients lombalgiques spécifiques• Etudes qui traitent des lombalgies chroniques• Etudes qui ne sont pas écrites en langue française ou anglaise• Etude avec un score inférieur à 6/10 sur l'échelle de PEDro

Tableau IV : Critères d'inclusion et d'exclusion

2.2 Méthodologie de recherche des études

2.2.1 Sources documentaires investiguées

Différentes bases de données médicales scientifiques ont été investiguées pour la recherche d'articles telles que **Pubmed**, **PEDro**, **Cochrane Library**. **Google scholar** a également été investigué bien que ce ne soit pas un outil scientifique.

2.2.2 Equation de recherche utilisée

L'équation de recherche a été possible par la recherche préalable des correspondances anglaises des mots-clés français et de leurs synonymes (cf *Tableau V*). Les mots-clés ont été définis à l'aide des termes du PICO précédemment évoqués et cherchés en MeSH terms. Pour se faire l'utilisation du site HeTop a permis l'élaboration de synonymes. [48]

Mots clés en français	Mots clés en anglais
Aigu	Acute
Subaigu	Subacute
Lombalgie	Low Back Pain, LBP, lumbago, low back ache
Thérapie cognitivo-comportementale	Cognitive Behaviour therapy, CBT Cognitive Behaviour Treatment

Tableau V : Mots clés et leur traduction anglaise

Par l'ajout d'opérateurs booléens, l'équation de recherche utilisée et adaptée au PICO est la suivante :

**((subacute low back pain) OR (acute low back pain)) OR ((low back pain) NOT (chronic))
AND ((multidisciplinary) OR (biopsychosocial))**

Pour les autres moteurs de recherche, l'équation devait être adaptée (cf *tableau VI*).

Moteur de recherche	Equation de recherche	Nombre de résultats
PubMed	((subacute low back pain) OR (acute low back pain)) OR ((low back pain) NOT (chronic)) AND ((multidisciplinary) OR (biopsychosocial)) -Filtre "Randomized Controlled Trial"	80
Cochrane/ Embase	((subacute low back pain) OR (acute low back pain)) OR ((low back pain) NOT (chronic)) AND ((multidisciplinary) OR (biopsychosocial)) -Filtre "Trials" puis "Embase"	61
PEDro	-Abstract and Title: acute low back pain -Body part: lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis -Method : clinical trial -Title Only: multidisciplinary	4
Google Scholar	cognitive behaviour therapy "low back pain" RCT	20 700
Kinedoc	(Lombalgie) ET (multidisciplinaire)	0

Tableau VI : Equations de recherche en fonction des différents moteurs de recherche

2.3 Méthode de sélection des études

Les articles éligibles à l'étude sont sélectionnés sur les bases de données citées ci-dessus. La sélection des articles se fait en plusieurs étapes :

1. Non inclusion des études dites « doublons » sur les bases de données scientifiques
2. Exclusion des articles après lecture des titres et abstracts
3. En corrélation avec les critères d'inclusion et d'exclusion cités dans le *tableau IV*, les articles non éligibles sont exclus après une lecture complète
4. Après lecture intégrale des articles, seuls ceux correspondant aux critères méthodologiques sont inclus dans l'analyse.

En raison du nombre trop important de résultats obtenu sur Google scholar, seules les autres bases de données ont été investiguées. Au départ, un total de 145 articles potentiels est comptabilisé.

Sur PubMed, l'équation de recherche a généré **80** résultats, tous correspondants à des essais cliniques randomisés. 17 articles sont sélectionnés sur cette base de données après lecture des titres et des abstracts et 4 doublons sont retirés de l'étude.

Sur PEDro, l'équation de recherche donnait 4 résultats dont 2 doublons, et 2 articles trouvés.

Sur Cochrane, l'équation de recherche donnait 181 résultats dans la catégorie « Trials » dont **61** sur Embase. La lecture des titres nous a permis de trouver 14 doublons et aucun nouvel article.

Aucun article n'a été trouvé sur Kinedoc.

Par conséquent, après avoir lu seulement les titres, un total de **19** articles est identifié. Après lecture des abstracts, **18** sont sélectionnés, **8** sont éligibles et **7** sont incluses dans la revue après une lecture intégrale du texte.

2.4 Méthode d'extraction et d'analyse des données

Lors de la lecture complète de chaque article éligible, la phase d'extraction des données a été réalisée à l'aide des paramètres suivant :

- Le but de l'étude
- Le type d'étude
- Le type de population : pathologie, âge, sex-ratio
- Le nombre de participants au sein de l'étude
- Le type d'intervention, sa description et ses modalités
- La description du comparateur et du groupe contrôle
- Les critères d'inclusion
- Les critères d'exclusion
- Le critère de jugement principal
- Le critère de jugement secondaire
- Les résultats de l'étude
- Le score PEDro
- Déclaration des auteurs : conflits d'intérêts, financement de l'étude, discussion
- Les résultats de l'étude
- Analyse des risques de biais

Ces données offriront une vue d'ensemble des divers articles ainsi que leurs analyses, facilitant ainsi leurs comparaisons.

2.5 Evaluation de la qualité méthodologique des études sélectionnées

La grille d'évaluation PEDro (Physiotherapy Evidence Databased) est utilisée dans le but d'évaluer la qualité méthodologique des articles sélectionnés. Cet outil d'évaluation méthodologique est spécialisé pour les essais cliniques randomisés en physiothérapie. (*Annexe 1*) [49]

Composée de 11 items, elle permet d'évaluer la validité interne et externe des articles ainsi que la bonne interprétabilité des résultats. Chaque élément se voit attribuer un point uniquement si le critère est clairement défini dans l'étude. En l'absence de cette explicitation, aucun point n'est accordé.

Le score total est de 10 points. Plus le score est élevé, plus l'étude présente une qualité méthodologique scientifiquement pertinente. Un faible niveau de preuve correspond à un score inférieur à 4, un score compris entre 4 et 6 est considéré comme un niveau de preuve modéré et un score supérieur à 6 relève d'une haute qualité de preuve.

La grille d'évaluation PEDro inclut des critères permettant d'évaluer divers types de biais, notamment les biais d'attribution, les biais d'évaluation, les biais de suivi, les biais d'attrition et les biais d'interprétation des résultats.

Nous procéderons également à l'évaluation du niveau de preuve de notre travail en utilisant le système GRADE. [50]

2.6 Méthode de synthèse des résultats

Les données et résultats issus des études seront examinés de manière narrative.

Des tableaux qualitatifs synthétisant les particularités de chaque étude seront élaborées pour permettre une comparaison facilitée entre elles.

3. Résultats

3.1 Description des études incluses

3.1.1 Diagramme de flux

La recherche d'articles a été menée entre janvier et mars 2024.

Afin de limiter la sélection aux seules études pertinentes pour la revue de littérature, plusieurs étapes de sélection ont été réalisées et synthétisées à l'aide d'un diagramme de flux (Figure 2) :

1. Identification → Au total, **19** études sont identifiées après lecture du titre, suppression des études parues en doublons (n = 20) et des études dites « hors sujets » (n = 106) lorsque le thème, le schéma d'étude ou encore la population ne correspondaient pas au sujet.
2. Sélection → **18** articles sont sélectionnés après la lecture de l'abstract, 1 article a été exclu en raison de sa rétractation.
3. Eligibilité → **8** articles sont éligibles après une lecture intégrale du texte ciblé sur l'aspect méthodologique de l'étude. 10 études sont exclues, la raison de leur exclusion est détaillée dans le tableau 7 ci-dessous.
4. Inclusion → **7** articles listés ci-dessous sont inclus à l'étude et répondent aux critères d'inclusions et d'exclusions. Seulement 1 article a été exclu en raison d'un score PEDro inférieur à 6/10.

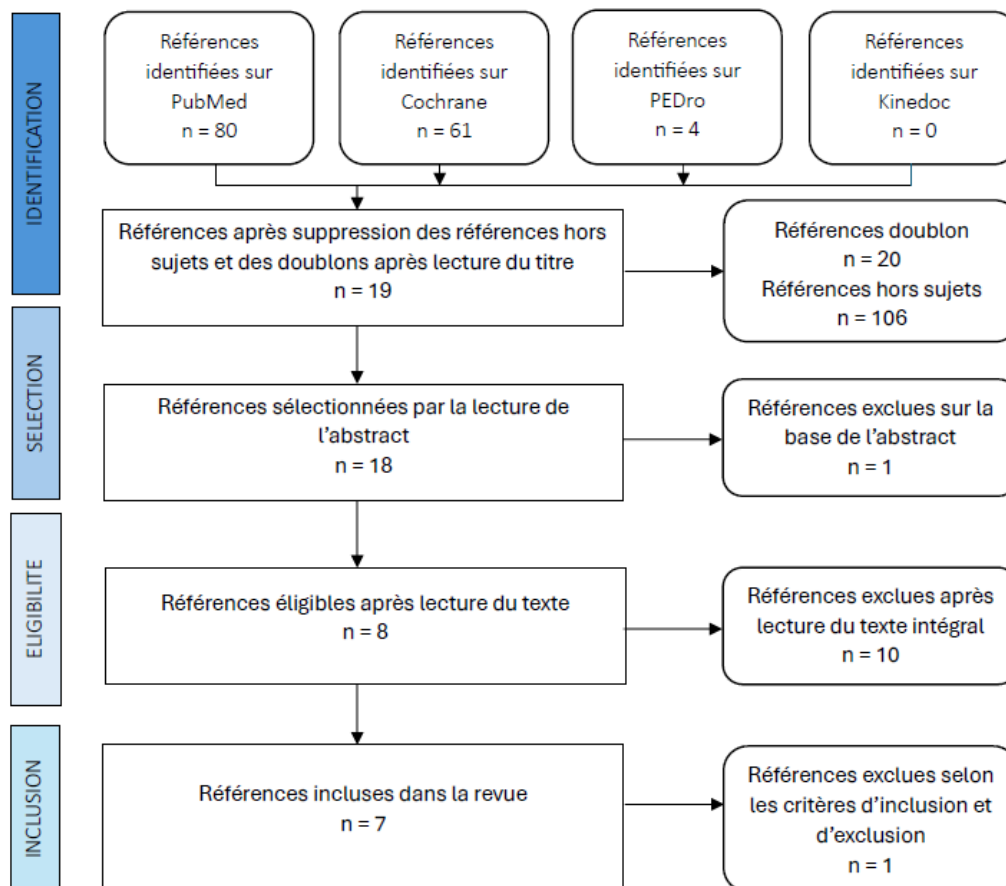


Figure 2 : Diagramme de Flux

3.1.2 Etudes exclues

Les raisons de l'exclusion des articles et leurs références sont précisées dans le tableau 7 :

Auteurs et date	Raison de l'exclusion
Choudhry et al. 2022 [51]	La population ne se compose pas uniquement de patients souffrant de lombalgie (patients présentant des cervicalgies)
Anema et al. 2007 [52]	Les critères de jugement ne correspondent pas à ceux recherchés pour la revue
Bronfort et al. 2022[53]	Le comparateur ne correspond pas aux caractéristiques définies pour l'inclusion
Kumar et al. 2009 [54]	La population inclue des patients lombalgiques chroniques et aigus
Langagergaard et al. 2021 [55]	L'article est introuvable
Pedersen et al. 2017 [56]	Le comparateur ne correspond pas aux caractéristiques définies pour l'inclusion
Ryynänen et al. 2021 [57]	La population inclue des patients lombalgiques chroniques et aigus
Wand et al. 2004 [58]	L'intervention de présente pas de composante multidisciplinaire
Henchoz et al. 2010 [59]	La population inclue des patients lombalgiques chroniques et aigus
Suni et al. 2018 [60]	La population inclue des patients lombalgiques chroniques et aigus
T. Whitfill et al. [61]	Le score PEDro était inférieur à 6/10.

Tableau VII : Référence et raison des études exclues

3.1.3 Etudes incluses

La revue de littérature comprend 7 études qui sont des essais cliniques randomisés publiés entre 2006 et 2022 :

Article n°1 : *M. Schiltenwolf et al.* [62] « **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.

Article n°2 : *C. Jensen et al.* [63]« **One-Year Follow-Up in Employees Sick-Listed Because of Low Back Pain** » - 2011, Danemark.

Article n°3 : *M. Campello et al.*[64] « **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.

Article n°4 : *D. Eisenberg et al.* [65]« **A model of integrative care for low-back pain** » - 2012, USA.

Article n°5 : *J. Rantonen et al.* [66] « **Effectiveness of three interventions for secondary prevention of low back pain in the occupational health setting – a randomised controlled trial with a natural course control** » - 2018, Finlande.

Article n°6 : R. Mas et al. [67] « **Effectiveness of a multidisciplinary BIOPSYCHOSOCIAL intervention for non-specific SUBACUTE low back pain in a working population : A cluster randomized clinical trial** » - 2019, Espagne.

Article n°7 : K. W Pedersen et al. [68] « **Two-Year Follow-Up on Return to Work in a Randomised Controlled Trial Comparing Brief and Multidisciplinary Intervention in Employees on Sick Leave Due to Low Back Pain** » - 2022, Danemark.

Les tableaux ci-dessous fournissent les caractéristiques PICO de chaque étude.

Comparison of a biopsychosocial therapy (BT) with a conventional biomedical therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode of sick leave <i>M. Schiltewolf et al. [62]</i>		
Design de l'étude	<p><u>Type</u> : Essai clinique randomisé</p> <p><u>But</u> : Comparer l'efficacité d'un traitement biopsychosocial à celle d'une thérapie biomédicale uniquement conventionnelle chez des patients souffrant de lombalgie subaiguë en utilisant des paramètres d'intensité de la douleur, d'état fonctionnel, de dysfonctionnement dépressif et de performance au travail.</p>	
Participants	<p><u>Caractéristiques des sujets</u> : patients âgés de 18 à 50 ans avec un arrêt de travail dû à la lombalgie subaiguë entre 3 et 12 semaines</p> <p><u>Nombre de participants</u> : 64 participants, 61 participants ont terminé le traitement et 56 se sont présentés pour un suivi après 6 mois</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : connaissance de la langue nationale pour remplir les questionnaires</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : retraite anticipée, antécédents ou présence de douleurs radiculaires dans le membre inférieur, lombalgie spécifique incluant des redflags y compris la présence ou les antécédents d'inflammation, de tumeur, de traumatismes ou de signes neurologiques (prolapsus du nucleus pulposus, tumeur, spondylolisthésis, sténose, syndrome de la queue de cheval), maladie systémique (maladie de Crohn, cancer, diabète, polyarthrite rhumatoïde, maladie psychiatrique), contre-indications cardiopulmonaires ou vasculaires à la kinésithérapie.</p>	
	Groupe expérimental = Traitement biopsychosocial + traitement biomédical	Groupe contrôle = Traitement biomédical
	<p>N = 31</p> <p>Âge moyen : 34.9 (19-54)</p> <p>Jours d'arrêt de travail due à la lombalgie (moyenne) : 58.2 (21-84)</p>	<p>N = 33</p> <p>Âge moyen : 36.7 (20-48)</p> <p>Jours d'arrêt de travail due à la lombalgie (moyenne) : 53.7 (27-80)</p>
Intervention	<p>En plus du traitement biomédical (sans balnéothérapie) est ajouté une psychothérapie 3 fois par semaine et une thérapie de relaxation 4 fois par semaine effectuées par un psychothérapeute en groupe ou en séance individuelle.</p> <p>La psychothérapie comprend : analyse individuelle des facteurs psychosociaux contribuant à la lombalgie persistante, psychoéducation (informations sur les relations physiologiques entre douleur/stress et le système musculaire), augmentation de la compréhension de la douleur(nature, fonctionnement) thérapie comportementale, résolutions de</p> <p>Programme de rééducation fonctionnelle individuelle, thérapie de groupe en balnéothérapie, étirements, renforcement et entraînement visant à améliorer la mobilité et le contrôle moteur. Des interventions passives comme le massage et la physiothérapie ont été ajoutées. Education du patient.</p> <p>Chaque patient a reçu environ 6 heures de traitement quotidien pendant 15 jours sur 3 semaines. L'intensité du traitement est comparable au programme de réhabilitation multidisciplinaire réalisé par Bendix et al [69]. Le traitement est réalisé au service</p>	

	problèmes, relaxation et comportements à adopter en cas de stress ou de douleur, dans le cas de conflit avec le partenaire, celui-ci est invité à participer aux séances	ambulatoire de la clinique universitaire orthopédique de Heidelberg en Allemagne.
Mesures et critères de jugement	Mesures des critères de jugement au début de l'étude (j0), après les programmes de thérapie à <u>3 semaines</u> , à <u>6 mois</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Echelle numérique (EN) de l'intensité de la douleur au cours des sept derniers jours : Auto-évaluation de la douleur • Mobilité du rachis thoracique et lombaire, tests isocinétiques, capacité fonctionnelle du dos (FFbH-R) • Echelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies- Depression) : évaluation de la dépression • Nombre de jours de congés maladie pour cause de lombalgie 	

Tableau VIII : Présentation de l'article n°1

One-Year Follow-Up in Employees Sick-Listed Listed Because of Low Back Pain <i>C. Jensen et al. [63]</i>		
Design de l'étude	<p><u>Type</u> : Essai clinique randomisé</p> <p><u>But</u> : Comparer le retour au travail à un an, la douleur, l'incapacité et les dimensions de la santé physique et mentale chez les sujets ayant bénéficié d'une intervention multidisciplinaire en milieu hospitalier ou d'une intervention brève.</p>	
Participants	<p><u>Caractéristiques des sujets</u> : patients âgés de 16 à 60 ans</p> <p><u>Nombre de participants</u> : 344 participants et 244 analysés à la fin de l'étude</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : partiellement ou totalement en arrêt de travail pendant 4 à 12 semaines en raison d'une lombalgie (3 à 16 semaines au moment de l'inclusion)</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : chômage, signes ou symptômes continus ou progressif d'affection des racines nerveuses, intervention chirurgicale au niveau du bas du dos au cours de l'année précédente, maladies spécifiques du dos (exemple : tumeur), enceintes, dépendance connue aux drogues ou à l'alcool, maladie psychiatrique primaire.</p>	
	Groupe expérimental = intervention multidisciplinaire	Groupe contrôle = intervention brève
	N = 176 (124 analysés)	N= 175 (120 analysés)
Intervention	<p>Pour tous les participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Examen clinique par un médecin + informations du patient sur : l'activité physique et les exercices comme traitement principal de la lombalgie, influence de la détresse psychosociale sur la douleur, non concordance de l'imagerie et de la clinique, explications rassurantes sur le pronostic et conseils pour augmenter l'activité physique progressivement et reprendre le travail dès que possible, gestion médicale de la douleur, signaux d'alarmes – Examen par un kinésithérapeute + conseils : pratiquer une activité aérobie 3 à 4h par semaine, préférence directionnelle, journal d'exercices à réaliser, visite de suivi <p>Pour les participants du groupe d'intervention multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Examen par un gestionnaire de cas : historique professionnel, vie privée, perception de la douleur et de l'invalidité 	

	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboration d'un plan de réadaptation sur mesure avec rencontre, en fonction des besoins, avec un ou des professionnels de l'équipe multidisciplinaire (psychologue, spécialiste en médecine sociale, rhumatologue, ergothérapeute, travailleur social, kinésithérapeute) <p>L'intervention s'arrête lorsque que le patient a repris son travail, ou si cela semble impossible après 3 mois, le dossier est clos.</p>
Mesures et critères de jugements	<p>Mesures des critères de jugement à l'inscription à l'ECR (j0) et à <u>2 ans</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Echelle RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire) : évaluation du handicap fonctionnel • Echelle SF-36 (Short Form 36) : évaluation de la qualité de vie mentale et physique liée à la santé • Questionnaire Örebro: évaluation de l'évitement et de la peur • Echelle Visuelle analogique : évaluation de la douleur

Tableau IX : Présentation de l'article n°2

Implementation of a multidisciplinary program for active duty personnel seeking care for low back pain in a U.S Navy		
M. Campello et al. [64]		
Design de l'étude	<p><u>Type</u> : Essai clinique randomisé</p> <p><u>But</u> : Le but de l'étude pilote est d'évaluer un programme multidisciplinaire pour les lombalgies non spécifiques dans une grande base de la marine américaine</p>	
Participants	<p><u>Caractéristiques des sujets</u> : militaires volontaires en service actif</p> <p><u>Nombre de participants</u> : 33 participants</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : lombalgie interférant avec le travail ou la vie normale classée comme non spécifique par le responsable des soins primaires, période de 4 à 12 semaines. La lombalgie non spécifique désignée comme une douleur survenant dans la région lombosacrée avec une irradiation limitée au-dessus du genou, sans signe de compromission des racines nerveuses</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : signes de psychose ou de toxicomanie, limitation du travail en raison d'une lombalgie de plus de 12 semaines, test de grossesse positif et scores de dépression, stress post-traumatique ou abus d'alcool répondant aux critères d'orientation immédiate vers un spécialiste en fonction des seuils cliniques établis, symptômes radiculaires en dessous du genou avec ou sans signes neurologiques, fracture de la colonne vertébrale au cours des 4 derniers mois, infection ou tumeur de la colonne vertébrale, scoliose (thoracique ou lombaire) avec une progression radiologique significative ou un angle de Cobb > 30, cyphose de la région thoracique supérieure à 75° ou spina bifida (sauf spina bifida occulta).</p>	
	Groupe expérimental = intervention multidisciplinaire	Groupe contrôle = soins habituels
	N = 16	N = 17
Intervention	<p>3 heures par jour, 3 jours par semaine pendant 4 semaines</p> <p>Équipe : médecin, kinésithérapeute, psychologue</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reconditionnement physique actif gradué (exercices aérobiques, renforcement, mobilité) 	<p>2 à 3 fois par semaine d'une durée pouvant aller jusqu'à 1h pendant 4 semaines dans une clinique de médecine sportive ou chiropratique</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ultrasons – Chaleur – Glace – Électrostimulation – Traction

	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement cognitivo-comportemental (éducation aux variables psychosociales qui impactent la douleur, relaxation, modification des croyances inadaptées et résolution des problèmes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Éducation sur le dos - Exercices - Manipulations de la colonne vertébrale
Mesures et critères de jugement	<p>Mesures du critère de jugement à l'inscription à l'ECR (j0), à la fin de l'intervention (<u>4 semaines</u>) et à la fin de l'étude (<u>12 semaines</u>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut de service du sujet (« service complet » ou « service non complet ») • Performances fonctionnelles (avant et après intervention) : amplitudes actives du tronc (flexion, inclinaisons latérales, extensions), poids maximal soulevé (PILE test), redressements assis, pompes • Questionnaire FABQ (Fear Avoidance Beliefs Questionnaire) : évaluation de la peur et des croyances des patients • Questionnaire ODI (Oswestry Disability Index) : évaluation du handicap fonctionnel • Echelle numérique de la douleur : Auto-évaluation de la douleur • Echelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies- Depression) : évaluation de la dépression • Echelle PCS (Pain Catastrophizing Scale) : évaluation du catastrophisme 	

Tableau X : Présentation de l'article n°3

A Model of Integrative Care for Low-Back Pain		
D. Eisenberg et al. [65]		
Design de l'étude	<p><u>Type</u> : Essai clinique randomisé</p> <p><u>But</u> : L'objectif de cette étude est d'explorer la faisabilité et les effets d'un modèle de soins intégratifs multidisciplinaires pour la lombalgie subaiguë (LBP) dans un hôpital universitaire.</p>	
Participants	<p><u>Caractéristiques des sujets</u> : patients âgés de 18 à 70 ans se présentant pour un bilan de lombalgie liée au travail ou non</p> <p><u>Nombre de participants</u> : 20 participants</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : lombalgie depuis moins de 21 jours ou plus de 84 jours, douleur au-dessus du bas du dos, lombalgie trop légère (<3 sur l'EVA), antécédents de chirurgie du dos au cours des 3 dernières années, antécédents de fracture ou de luxation vertébrale, symptômes neurologiques progressifs ou graves, spondylolisthésis, scoliose ou spondylarthrite ankylosante connue ; stimulateur cardiaque ou défibrillateur implanté, maladie systémique ou viscérale sous-jacente provoquant des maux de dos, ostéoporose, prise de corticostéroïdes systémiques, grossesse, antécédents de cancer au cours des 5 dernières années, perte de poids ou fièvre récente inexplicite, trouble de la coagulation ou prise d'anticoagulants, problème coexistant grave ou invalidant, transplantation d'organes majeurs, médicaments immunosuppresseurs; consommation de drogues intraveineuses, incapable de parler ou de comprendre l'anglais ou indisponible pour des rendez-vous dans le cadre des directives de l'étude.</p>	
	Groupe expérimental = soins intégratifs multidisciplinaires	Groupe contrôle = soins habituels
	N = 14 Âge moyen : 47,2	N = 6 Âge moyen : 48,0

Intervention	Traitements 2 fois/semaine pendant 12 semaines Evaluation initiale : plan de traitement individualisé avec si besoin : acupuncture, chiropratique, consultation de médecine, massothérapie, ergothérapie, physiothérapie, techniques corps-esprit, consultation de neurologie, conseil nutritionnel, consultation d'orthopédie, consultation et référence en psychiatrie et rhumatologie.	Traitements 2 fois/semaine pendant 12 semaines Anti-inflammatoires non stéroïdiens, relaxants musculaires, alitement limité, éducation, modification des activités, si besoin thérapie physique
Mesures et critères de jugement	Mesures des critères de jugement au début de l'étude (j0), <u>2, 5, 12 et 26 semaines</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Echelle RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire) : évaluation du handicap fonctionnel • Echelle de 0 (pas gênant) à 10 (extrêmement gênant) pour la gêne occasionnée par le pire symptôme au cours des dernières 24h : évaluation du soulagement des symptômes • Echelle de 0 (aucune douleur) à 10 (pire douleur jamais ressentie) sur leur pire douleur ressentie au cours des dernières 24h : évaluation de la douleur • Echelle SF-12 (Short Form 12) : évaluation de la qualité de vie mentale et physique liée à la santé • Echelle de 0 (pas d'inquiétude) à 10 (extrêmement inquiet) : évaluation de l'inquiétude 	

Tableau XI : Présentation de l'article n°4

Effectiveness of three interventions for secondary prevention of low back pain in the occupational health setting <p style="text-align: right;">J. Rantonen et al. [66]</p>				
Design de l'étude	<p><u>Type</u> : Essai clinique randomisé <u>But</u> : évaluer l'efficacité de trois interventions visant à réduire les symptômes liés à la lombalgie non aiguë dans le contexte de la santé au travail</p>			
Participants	<p><u>Caractéristiques des sujets</u> : homme ou femme avec âge inférieur ou égal à 56 ans <u>Nombre de participants</u> : 176 participants et 130 analysés à la fin de l'étude <u>Critères d'inclusion</u> : emploi permanent, lombalgie au cours de la semaine dernière > à 35mm sur l'EVA, au moins un des critères suivants rempli dans les 12 derniers mois : sciatique (irradiation sous le niveau du genou), prolongation pendant 2 semaines ou plus, récurrence 2 fois ou plus, absence au travail liée à la lombalgie <u>Critères d'exclusion</u> : Non renseignés</p>			
	Groupe expérimental = Rééducation multidisciplinaire	Groupe témoin = Physiothérapie	Conseils	Groupe contrôle
	N = 43 (analysé N = 37) Âge moyen : 45 ans	N = 43 (analysé N = 33) Âge moyen : 44 ans	N = 40 (analysé N = 29) Âge moyen : 45 ans	N = 50 (analysé N = 31) Âge moyen : 46 ans

Intervention	<p>2 à 3 fois/semaines pdt 3 semaines puis 6h/jour 5j/sem pdt 3 semaines (période intensive)</p> <p>Equipe : médecin, travailleur social, psychologue, kinésithérapeutes)</p> <p>Intervention de groupe : mobilisations, exercices progressifs, informations multidisciplinaires sur la lombalgie et la gestion de la douleur</p> <p>Intervention individuelle : programme d'exercices d'entretien</p>	<p>1h 2 à 3 fois/semaine sur 12 semaine (durée totale= 24 à 36h)</p> <p>Activité graduée individuelle : exercices ciblant les muscles du tronc, étirements, relaxation</p>	<p>Distribution du livret Back Book (gestion de la douleur, encouragement à rester actif, conseils pratiques) et explication du contenu par le médecin du travail</p>	<p>Evolution naturelle de la lombalgie</p> <p>Aucune intervention</p>
Mesures et critères de jugement	<p>Mesures des critères de jugement au début de l'étude (j0) et <u>2 ans</u> après :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Echelle RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire) : évaluation du handicap fonctionnel • Echelle EVA (Echelle Visuelle Analogique) : auto-évaluation de la douleur • Questionnaire 15-D : évaluation de la qualité de vie • Questionnaire OSW (valeur totale de l'indice d'invalidité d'Oswestry) : évaluation du handicap fonctionnel • Questionnaire FABQ (Fear Avoidance Beliefs Questionnaire) : évaluation de la peur et des croyances des patients 			

Tableau XII : Présentation de l'article n°5

<p>Effectiveness of a multidisciplinary BIOPSYCHOSOCIAL intervention for nonspecific SUBACUTE low back pain in a working population</p> <p style="text-align: right;">R. Mas et al. [67]</p>					
Design de l'étude	<p><u>Type</u> : Essai clinique randomisé</p> <p><u>But</u> : Comparer la pratique clinique habituelle à l'efficacité d'une intervention biopsychosociale multidisciplinaire pour réduire l'incapacité, la sévérité de la douleur et améliorer la qualité de vie d'une population active de patients souffrants de lombalgie subaiguë non spécifique (2 à 12 semaines).</p>				
Participants	<p><u>Caractéristiques des sujets</u> : travailleurs actifs âgés de 18 à 65 ans</p> <p><u>Nombre de participants</u> : 387 participants</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : lombalgie d'une durée comprise entre 2 et 12 semaines, comprendre le catalan ou l'espagnol joignables pendant au moins 12 mois après le début de l'étude.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : absence d'antécédents de lombalgie au cours des 6 mois précédant l'épisode actuel, refus de participer, troubles cognitifs ou psychiques, autres incapacités empêchant de répondre aux questionnaires, grossesse, allaitement, problème physique au cours des 3 mois précédents l'étude, fibromyalgie, lombalgie spécifique, maladie potentiellement grave</p> <table border="1" data-bbox="343 1883 1450 2016"> <tr> <td data-bbox="343 1883 842 1955">Groupe expérimental = intervention biopsychosociale multidisciplinaire</td> <td data-bbox="842 1883 1450 1955">Groupe contrôle = soins cliniques habituels</td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1955 842 2016">N = 239 Âge moyen : 47.2</td> <td data-bbox="842 1955 1450 2016">N = 262 Âge moyen : 46.4</td> </tr> </table>	Groupe expérimental = intervention biopsychosociale multidisciplinaire	Groupe contrôle = soins cliniques habituels	N = 239 Âge moyen : 47.2	N = 262 Âge moyen : 46.4
Groupe expérimental = intervention biopsychosociale multidisciplinaire	Groupe contrôle = soins cliniques habituels				
N = 239 Âge moyen : 47.2	N = 262 Âge moyen : 46.4				

Intervention	<p>Équipe : médecin généraliste, infirmière, kinésithérapeute, psychologue</p> <p>Durée : 10 heures de séances de 90 à 120 minutes dans la semaine</p> <p>Intervention de groupe avec un programme théorique et pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bases de l'anatomie et de la biomécanique de la colonne vertébrale -Postures et ergonomie pour éviter la douleur et améliorer la qualité de vie -Techniques de thérapie cognitivo-comportementale (relaxation, restructuration cognitive, affirmation de soi, résolution des problèmes) <p>Mêmes soins que le groupe contrôle + brochure éducative et matériel audiovisuel sur le dos</p>	<p>Selon les lignes directrices de la pratique clinique pour les lombalgies [70]:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Education du patient (informations rassurantes, conseils pour rester actif) -Programme structuré d'exercices physiques adaptés -Traitement pharmacologique
Mesures et critères de jugement	<p>Mesures du critère de jugement principal au début de l'étude (j0), à <u>3 mois</u> et à <u>12 mois</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Echelle RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire) : évaluation du handicap fonctionnel • Questionnaire McGill pain (MGPQ) : évaluation de l'intensité de la douleur • Echelle SF-12 (Short Form 12) : évaluation de la qualité de vie mentale et physique liée à la santé 	

Tableau XIII : Présentation de l'article n°6

<p>Two years follow up on return to work in a Randomised Controlled Trial Comparing Brief and Multidisciplinary Intervention in Employees on Sick Leave Due to Low Back Pain</p> <p style="text-align: right;">K. W Pedersen et al. [68]</p>		
Design de l'étude	<p>Type : Essai clinique randomisé mené au Centre de la colonne vertébrale de l'hôpital régional de Silkeborg au Danemark</p> <p>But : Étudier le retour au travail (RTW) après 2 ans de suivi dans un essai contrôlé randomisé comparant l'intervention brève (BI) et l'intervention multidisciplinaire (MDI) chez des employés en arrêt maladie en raison de lombalgies.</p>	
Participants	<p>Caractéristiques des sujets : salariés de 18 à 60 ans</p> <p>Nombre de participants : 476 participants</p> <p>Critères d'inclusion : arrêt maladie total ou partiel pendant 4 à 12 semaines pour cause de lombalgie, avec ou sans radiculopathie capable de comprendre et parler le danois</p> <p>Critères d'exclusion : signes persistants et progressifs de radiculopathie indiquant des projets d'intervention chirurgicale, une opération du dos au cours de la dernière année, des maladies spécifiques du dos, des problèmes de maltraitance connus, une grossesse ou des troubles psychiatriques primaires</p>	
	Groupe expérimental = intervention multidisciplinaire	Groupe contrôle = intervention brève

	Faible relation de travail	Forte relation de travail	Faible relation de travail	Forte relation de travail
	N = 102	N = 135	N = 102	N = 137
Intervention	<p>Pour tous les participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Examen clinique par un rhumatologue (mesure des amplitudes, points sensibles, signes de radiculopathie) + informations du patient sur : l'activité physique et les exercices comme traitement principal de la lombalgie, influence de la détresse psychosociale sur la douleur, non concordance de l'imagerie et de la clinique, explications rassurantes sur le pronostic et conseils pour augmenter l'activité physique progressivement et reprendre le travail dès que possible, gestion médicale de la douleur, signaux d'alarmes. – Examen par un kinésithérapeute (évaluation mécanique standardisée, évaluation d'étirement et d'exercices) + conseils : pratiquer une activité aérobique 3 à 4h par semaine, préférence directionnelle, journal d'exercices à réaliser <p>Pour les participants du groupe d'intervention multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Examen par un gestionnaire de cas : historique professionnel, les tâches professionnelles actuelles, l'environnement de travail physique et psychologique, la vie privée et l'influence de la douleur et du handicap sur le fonctionnement au travail, gestion de la douleur, incertitudes concernant le retour au travail – Elaboration d'un plan de réadaptation sur mesure avec rencontre, en fonction des besoins, avec un ou des professionnels de l'équipe multidisciplinaire (psychologue, spécialiste en médecine sociale, rhumatologue, ergothérapeute, travailleur social, kinésithérapeute) – Contact avec le centre d'emploi municipal et/ou le lieu de travail pour adapter les conditions et la charge de travail <p>L'intervention s'arrête lorsque que le patient a repris son travail, ou si cela semble impossible après 3 mois, le dossier est clos.</p>			
Mesures et critères de jugement	<p>Mesures des critères de jugement au début de l'étude (j0) et à <u>2 ans</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délai de retour au travail • Proportion d'incidence cumulée et retour au travail soutenu • Echelle d'évaluation de la douleur dans le bas du dos : évaluation de l'intensité de la douleur • Echelle RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire) : évaluation du handicap fonctionnel • Questionnaire CMDQ (Common Mental Disorder Questionnaire) : évaluation de la Détresse-inquiétude-anxiété-dépression • Questionnaire Orebro : évaluation de l'évitement et de la peur 			

Tableau XIV : Présentation de l'article n°7

3.2 Risques de biais des études incluses

Avant de présenter les résultats issus des études incluses, il est essentiel d'examiner la qualité méthodologique de ces études.

Un biais se produit lorsque la disparité observée entre les deux groupes à la fin de l'intervention est influencée par un facteur autre que le traitement étudié. Par conséquent, plus une étude est sujette aux biais, moins les résultats qu'elle présente seront fiables.

Comme indiqué dans la section méthodologie, le risque de biais de chaque étude est évalué en utilisant tous les items de l'échelle PEDro. [49] Ci-dessous, sont présentés en détail les scores PEDro, incluant la validation ou non de chaque critère :

Auteurs	Items											Score total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
M. Schiltewolf et al. [62]	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	7/10
C. Jensen et al. [63]	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	7/10
M. Campello et al. [64]	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	8/10
D. Eisenberg et al. [65]	Oui	Oui	NP	Oui	NP	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	6/10
J. Rantonen et al. [66]	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	7/10
R. Mas et al. [67]	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	Non	NP	Oui	Oui	Oui	Oui	7/10
K. W Pedersen et al. [68]	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	NP	Oui	Oui	Non	Oui	6/10

Tableau XV : Scores et items PEDro des articles inclus à la revue

Quelques détails supplémentaires concernant le tableau sont fournis ci-dessous :

- **Oui** : Le critère est clairement respecté
- **Non** : Le critère n'est pas respecté
- **NP** : « Non Précisé », cela signifie que le critère n'est pas explicitement rédigé lors de la lecture de l'étude

Validité externe (item 1) : Respecté par les 8 articles, ce critère a été clairement décrit pour chacun d'entre eux. Chaque article décrit la source de recrutement des sujets et une liste des critères d'éligibilité utilisés pour intégrer l'étude. Cet item de validité externe n'est pas pris en compte dans le calcul du score PEDro.

Biais de sélection (items 2 à 4) : Les items suivants sont relatifs à la sélection des participants pour chaque groupe de l'étude. Ces biais peuvent engendrer des différences entre les groupes et ainsi influencer la suite de l'étude.

- **Item 2** : tous les sujets des études incluses ont été répartis de manière aléatoire dans les groupes
- **Item 3** : seules les études de **M. Schiltewolf et al [62]**, **C. Jensen et al [63]**, **J. Rantonen et al [66]** et **K. W Pedersen et al [68]** ont respecté une assignation secrète. Les autres études n'ont pas détaillé ce critère ou ne l'ont pas clairement respecté.
- **Item 4** : en ce qui concerne les principaux indicateurs pronostiques, les groupes étaient similaires pour toutes les études.

Biais d'évaluation (items 5 à 7) : il peut survenir lorsque le patient, les thérapeutes et les évaluateurs ne sont pas en aveugle.

- **Item 5** : En raison de la complexité associée à la mise en place des interventions multidisciplinaires et à l'exigence du consentement libre et éclairé des participants, la mise en aveugle demeure restreinte. Seules les études de **M. Campello et al** [64] et de **R. Mas et al** [67] ont réussi à maintenir un essai contrôlé randomisé en simple aveugle.
- **Item 6** : Ce biais est présent dans toutes les études. Cela signifie que les thérapeutes savaient dans quel groupe le sujet était réparti.
- **Item 7** : La mise en aveugle des évaluateurs est clairement respectée dans les études de **M. Schiltenwolf et al** [62], **C. Jensen et al** [63], **M. Campello et al** [64] et de **J. Rantonen et al** [66]. Dans les autres études, cela n'a pas été mis en place.

Biais de suivi (item 8) : Cet item est respecté si les données de mesure ont été recueillies pour au moins 85 % des participants initialement répartis dans les différents groupes pour au moins un critère de jugement principal.

L'étude de **C. Jensen et al** [63] indique que 344 participants ont fini l'étude dont 171 dans le groupe expérimental et 173 dans le groupe contrôlé. Les résultats des critères de jugement sélectionnés à 1 an ont été retrouvés pour 124 participants du groupe expérimental et pour 120 participants du groupe contrôlé. Respectivement, les résultats ont donc été obtenus pour 70,5 % et 68,6 % des sujets dans les 2 groupes de l'étude. Les raisons pour lesquelles des participants n'ont pas répondu au questionnaire de suivi n'ont pas été mentionnées.

L'étude de **J. Rantonen et al** [66] rapporte que sur 126 sujets randomisés, 99 participants ont terminé l'étude jusqu'à l'évaluation finale à 2 ans. Un nombre de 45 perdus de vue est comptabilisé pour cause de raison personnelle, de décès ou de non-renvoi du questionnaire. Les taux de participation sont donc de 86 %, 77 %, 73 % et 62 % pour le groupe expérimental, de physiothérapie, de conseils et contrôlé.

Les autres études respectent clairement ce critère et donc ne présentent pas de biais de suivi.

Biais d'attrition (item 9) : Les études de **M. Campello et al** [64], **D. Eisenberg et al** [65], **J. Rantonen et al** [66] et de **R. Mas et al** [67] indiquent avoir fait une analyse en « intention de traiter ». Lorsque les sujets qui n'ont pas reçu le traitement pour lequel ils avaient été randomisés, mais que leurs résultats sont disponibles, l'analyse est effectuée en considérant qu'ils ont participé au traitement. Ce critère est donc respecté pour toutes les études citées précédemment ainsi que pour toutes les autres études incluses à la revue car tous les participants pour lesquels les résultats étaient disponibles ont été soumis au traitement prévu ou ont suivi l'intervention de contrôle conformément à leur répartition.

Biais d'interprétation (item 10 et 11) : L'ensemble des articles présentent les résultats d'une comparaison intergroupe pour au moins un critère de jugement essentiel sauf les études de **M. Schiltenwolf et al** [62] et de **K. W Pedersen et al** [68] qui indiquent seulement des différences intra-groupes. L'estimation des effets et de leur variabilité sont clairement indiquées dans tous les articles. Les études de **M. Schiltenwolf et al** [62] et de **K. W Pedersen et al** [68] présentent donc un biais d'interprétation.

Moyenne des scores PEDro :

6,9/10 (amplitude de 6 à 8)

Comme illustré dans le tableau 16, toutes les études incluses dans cette recherche ont obtenu des scores élevés sur l'échelle de PEDro et ont donc une forte validité interne. Les études de **M. Schiltenwolf et al**, **C. Jensen et al** [63], **M. Campello et al** [64], **J. Rantonen et al** [66], **R. Mas et al** [67] sont classées comme présentant une haute qualité de preuve (>6/10). Avec un score de 6/10, les

études de **D. Eisenberg et al** [65] et de **K. W Pedersen et al** [68] sont elles considérées comme ayant une qualité de preuve modérée.

3.3 Effets de l'intervention sur les critères de jugement

Un total de 1354 patients ont été suivis parmi ces 7 articles. Plus en détail, les résultats de chaque article sont disponibles en annexe (*Annexe 2*).

3.3.1 Critère de jugement principal

Les attitudes et croyances face à la douleur ont été évaluées dans 4 articles inclus à la revue.

	Différence inter-groupe : Taille d'effet, IC à 95% et valeur de P				
		4 semaines (1 mois)	12 semaines (3 mois)	2 ans	
C. Jensen et al	Örebro			-0,1 [-2,13 ; 1,90] P>0.05	
M. Campello et al	FABQ PS	-4,5 [-8,59 ; -0,41] P>0.05	-1,3 [-5,97 ; 3,37] P>0.05		
	FABQ WS	-1,9 [-6,56 ; 2 ;76] P>0.05	-3,5 [-8,74 ; 1,74] P>0.05		
	PCS	-3,9 [-7,25 ; -0,55] P>0.05	-5,3 [-9,73 ; -0,87] P>0.05		
J. Rantonen et al	FABQ			-8 [-14 ; -2] P<0.05	
	FABQ PS			-2 [-4 ; 0] P>0.05	
	FABQ WS			-5 [-8 ; -1] P<0.05	
Différence intra-groupe à 2 ans, IC à 95% et valeur de P					
K. W Pedersen et al	Örebro	Faible relation de travail		Forte relation de travail	
		Groupe expérimental	Groupe contrôle	Groupe expérimental	Groupe contrôle
		-7,4 [-9,4 ; -5,3] P>0.05	-7,9 [-10 ; -5,7] P>0.05	-8,5 [-10,4 ; -6,5] P>0.05	-7,6 [-9,6 ; -5,6] P>0.05

Tableau XVI : Tailles d'effet, différence intra-groupe et intervalle de confiance des études évaluant les attitudes et croyances face à la douleur

La présentation des résultats des études pour les critères de jugement sélectionnés sera regroupée selon l'outil de mesure utilisé.

➤ **FABQ**

- **M. Campello et al** : [64]

Composé de 2 sous-échelles, le FABQ permet d'évaluer les niveaux de peur et de croyances d'évitement, des valeurs élevées traduisent donc une peur et des croyances d'évitement élevées.

Concernant la sous-échelle liée à l'activité physique, le score moyen est passé pour le groupe expérimental en moyenne de **14,92** à **9,4** à T1 (4 semaines) et à **5,7** à T2 (12 semaines), pour le groupe contrôle il est passé respectivement de **14,9** à **13,9** à T1 et à **10,7** à T2. En comparaison avec le groupe contrôle, la taille d'effet est de **-4,5** points [-8,59 ; -0,41] à T1 (P=0,227) et de **-1,3** points [-5,97 ; 3,37] à T2 (P=0,123).

Concernant la sous-échelle liée au travail le score moyen est passé de **11,4** à **8,0** à T1 et à **7,3** à T2 pour le groupe expérimental et de **9,2** à **9,9** à T1 et à **10,8** à T2 pour le groupe contrôle. Nous retrouvons, par rapport au groupe contrôle, une taille d'effet à T1 de **-1,9** [-6,56 ; 2,76] avec un **P=0,439** et de **-3,5** points [-8,74 ; 1,74] à T2 avec un **P=0,453**.

- **J. Rantonen et al** : [66]

Le score moyen de la peur et des croyances d'évitement évaluées par le FABQ dans la sous-échelle liée à l'activité physique est passé de **13** à **11** à 2 ans pour le groupe expérimental, de **12** à **13** pour le groupe contrôle, et de **14** à **12** pour le groupe témoin. Par rapport au groupe contrôle, la taille d'effet est **-2** [-4 ; 0] avec un **P=0.06**.

Pour la sous-échelle liée au travail, le score moyen est passé de **18** à **15** à T1 pour le groupe expérimental, de **16** à **19** pour le groupe contrôle et est resté de **16** pour le groupe témoin. La taille d'effet par rapport au groupe contrôle est de **-5** [-8 ; -1] (P=0.01).

Le score total moyen obtenu avec le FABQ est passé de **38** à **33** pour le groupe expérimental et de **35** à **41** pour le groupe contrôle. La taille d'effet est de **-8** [-14 ; -2] (**P=0,01**) par rapport au groupe contrôle.

- Örebro

- **C. Jensen et al** : [63]

Le score moyen de l'évitement et de la peur est calculé grâce à 3 items (items 18 à 20) du questionnaire Örebro. Ce score est passé pour le groupe expérimental en moyenne de **23,7** à **16,1** et de **24,0** à **16,0** à 2 ans (**P=0.91**). Par rapport au groupe contrôle, une taille d'effet de **-0,1** points [-2,13 ; 1,90] à 2 ans a été démontrée.

- **K. W Pedersen et al** : [68]

Les résultats de cette étude nous présentent comme données statistiques le changement de moyenne intra-groupe, l'intervalle de confiance et la valeur « p ». Les auteurs de cet article ont également utilisé 3 items (items 18 à 20) du questionnaire Örebro afin d'évaluer les croyances de peur et d'évitement.

Pour les participants avec de faibles relations de travail le changement moyen était plus marqué dans le groupe contrôle avec une différence intra-groupe de **-7,9** points [-10 ; -5,7] contre **-7,4** [-9,4 ; -5,3] pour le groupe expérimental avec une valeur **P=0,76**.

Pour les participants avec de fortes relations de travail le changement moyen était plus marqué dans le groupe expérimental avec une différence intra-groupe de **-8,5** points [-10,4 ; -6,5] contre **-7,6** [-9,6 ; -5,6] pour le groupe contrôle avec une valeur **P=0,54**.

➤ PCS

- **M. Campello et al** : [64]

La PCS est utilisée pour évaluer le catastrophisme, le score moyen obtenu pour le groupe expérimental est passé de **10,1** à **3,7** à T1 et à **3,0** à T2. Respectivement, le score moyen est passé de **9,6** à **7,6** et à **8,3** de T0 à T1 puis de T1 à T2 pour le groupe contrôle. La taille d'effet est de **-3,9** [-7,25 ; -0,59] à T1 (**P=0,100**) et de **-5,3** points [-9,73 ; -0,87] à T2 (**P=0,097**), par rapport au groupe contrôle.

3.3.2 Critères de jugement secondaires

3.3.2.1 Dépression

3 articles évaluent la dépression.

➤ CES-D

- **M. Schiltenswolf et al** : [62]

Différence intra-groupe, écart-type et valeur de P				
CES-D	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	3 semaines	6 mois	3 semaines	6 mois
	2,40 (± 4,6)	6,62 (±7,5) P<0.05	3,74 (±4,5)	-0,86 (±7,8) P<0.05

Tableau XVII : Différence intra-groupe, écart-type et valeur de P

Les résultats de cette étude nous fournissent comme données statistiques la moyenne des scores obtenus à T0, le changement de moyenne intra-groupe à T1 (3 semaines) et à T2 (6 mois), l'écart type et la valeur « p ». Les auteurs de cette étude ont analysé la dépression à l'aide de l'échelle CES-D. Le changement de moyenne intra-groupe à T1 pour le groupe expérimental était de **2,40** et de **3,74** pour le groupe contrôle. A T2 il est de **6,62** pour le groupe expérimental et de **-0,86** pour le groupe contrôle avec un **P=0.0034**.

- **M. Campello et al** : [64]

Différence inter-groupe : Taille d'effet, IC à 95% et valeur de P		
CES-D	4 semaines	12 semaines
	-0,6 [-4,33 ; 3,13] P>0.05	-4 [-8,33 ; 0,33] P>0.05

Tableau XVIII : Différence inter-groupe, taille d'effet, IC à 95% et valeur de P

Mesuré à l'aide de l'échelle CES-D, le score moyen concernant la dépression a diminué de **9,3** à **7,0** à T1 (4 semaines) et à **4,4** à T2 (12 semaines) pour le groupe expérimental. En revanche, pour le groupe contrôle, en moyenne ce score est passé de **7,9** à **6,4** à T1 et à **8,4** à T2.

La taille d'effet comparée au groupe contrôle est de **-0,6** points [-4,33 ; 3,13] à T1 (**P=0,664**) et de **-4** [-8,33 ; 0,33] à T2 (**P=0,248**).

➤ **CMDQ**

- **K. W Pedersen et al** : [68]

Différence intra-groupe à 2 ans, IC à 95% et valeur de P				
CMDQ	Faible relation de travail		Forte relation de travail	
	Groupe expérimental	Groupe contrôle	Groupe expérimental	Groupe contrôle
	-5,9 [-8,7 ; -3] P>0.05	-5 [-8 ; -2,1] P>0.05	-5 [-6,8 ; -3,2] P>0.05	-7,2 [-9,2 ; -5,2] P>0.05

Tableau XIX : Différence intra-groupe à 2 ans, IC à 95% et valeur de P

Les résultats de cette étude nous présentent comme données statistiques le changement de moyenne intra-groupe, l'intervalle de confiance et la valeur « p ». Evaluée à l'aide d'une sous-échelle du CMDQ, la symptomatologie dépressive affiche pour les participants avec de faibles relations de travail un changement moyen de **-5,9** [-8,7 ; -3] pour le groupe expérimental et de **-5** [-8 ; -2,1] à 2 ans avec un **P=0,68**.

Pour les participants avec de fortes relations de travail le changement moyen était plus marqué dans le groupe contrôle avec une différence intra-groupe de **-7,2** points [-9,2 ; -5,2] contre **-5** points [-6,8 ; -3,2] pour le groupe contrôle à 2 ans avec une valeur **P=0,12**.

3.3.2.2 *Qualité de vie*

➤ **SF-36**

- **C. Jensen et al** : [63]

	Taille d'effet	IC à 95%	Valeur de P
Physical Function (SF-36)	0,3	[-7,33 ; 3,11]	P>0.05
Role Physical (SF-36)	5,8	[-17,33 ; 4,99]	P>0.05
Bodily Pain (SF-36)	2	[-8,24 ; 3,83]	P>0.05
General Health (SF-36)	1,5	[-3,75 ; 5,74]	P>0.05
Vitality (SF-36)	3,1	[-4,35 ; 7,03]	P>0.05
Social function (SF-36)	1,9	[-3,96 ; 7,12]	P>0.05
Role Emotional (SF-36)	3	[-4,67 ; 15,60]	P>0.05
Mental health (SF-36)	5	[-0,08 ; 9,20]	P<0.05

Tableau XX : Différence inter-groupe, taille d'effet, IC à 95% et valeur de P

Le questionnaire SF-36 permettant d'évaluer la qualité de vie est composé de 8 sous-échelles présentées ci-dessous :

- Pour la sous-échelle « Physical Function » évaluant l'activité physique, le score moyen a augmenté de **51,5** à **70,3** pour le groupe expérimental, et de **49,4** à **70,6** de T0 à T1 (2 ans) pour le groupe contrôle. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **0,3** [-7,33 ; 3,11] avec un **P=0,43**.

- Pour la sous-échelle « Rôle Physical » permettant de mettre en évidence les limitations dues aux problèmes physiques, le score moyen a augmenté **2,7** à **44,8** de T0 à T1 pour le groupe expérimental et de **4,7** à **50,6** pour le groupe contrôle. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **5,8** [-17,33 ; 4,99] avec un **P=0,28**.
- Pour la sous-échelle « Bodily pain » évaluant les douleurs physiques, le score moyen a augmenté **22,2** à **51,0** de T0 à T1 pour le groupe expérimental et de **21,4** à **53,0** pour le groupe contrôle. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **2** [-8,24 ; 3,83] avec un **P=0,47**.
- En ce qui concerne la sous-échelle « General Health » qui apprécie la santé perçue, le score moyen a augmenté **61,8** à **62,8** de T0 à T1 pour le groupe expérimental et a diminué de **65** à **61,3** pour le groupe contrôle. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **1,5** [-3,75 ; 5,74] avec un **P=0,68**.
- Pour l'évaluation de la vitalité et de l'énergie avec la sous-échelle « Vitality », le score moyen obtenu par le groupe expérimental a augmenté en passant de **41,3** à **55,2** à T1 et de **40,2** à **52,1** pour le groupe contrôle. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **3,1** [-4,35 ; 7,03] avec un **P=0,64**.
- Pour l'évaluation de la vie et des relations avec les autres avec la sous-échelle « Social Function », le score moyen obtenu par le groupe expérimental a augmenté en passant de **67,8** à **83,5** à T1 et de **70,1** à **81,6** pour le groupe contrôle. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **1,9** [-3,96 ; 7,12] avec un **P=0,57**.
- Pour l'évaluation des limitations dues à l'état psychologique avec la sous-échelle « Role emotional », le score moyen obtenu par le groupe expérimental a augmenté en passant de **47,4** à **71,8** à T1 et de **54** à **68,8** pour le groupe contrôle. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **3** [-4,67 ; 15,60] avec un **P=0,29**.
- Pour l'évaluation de la santé mentale avec la sous-échelle « Mental Health », le score moyen obtenu par le groupe expérimental a augmenté en passant de **63,9** à **75,0** à T1 et de **64,3** à **70,0** pour le groupe contrôle. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **5** [-0,08 ; 9,20] avec un **P=0,046**.

➤ **SF-12**

		Différence inter-groupe : Taille d'effet, IC à 95% et valeur de P				
		2 semaines	5 semaines	12 semaines	26 semaines	12 mois
D. Eisenberg et al	SF-12 Physique	-9,5 [-16,28 ; -2,72] P>0.05	0,7 [-10,57 ; 11,97] P>0.05	5,8 [-4,44 ; 16,04] P>0.05	7,2 [-3,30 ; 17,70] P<0,05	
	SF-12 Mental	-3,7 [-17,06 ; 9,66] P>0.05	1,8 [-10,95 ; 14,55] P>0.05	0 [-11,02 ; 11,02] P>0.05	3,1 [-5,01 ; 11,21] P>0.05	
R. Mas et al	SF-12 Physique			0,4 [-1,6 ; 2,3] P>0.05		0,1 [-2,1 ; 2,3] P>0.05
	SF-12 Mental			2,5 [-0,1 ; 5,0] P>0.05		0,5 [-2,3 ; 3,4] P>0.05

Tableau XXI : Différence inter-groupe, taille d'effet, IC à 95% et valeur de P

▪ **D. Eisenberg et al** : [65]

Le questionnaire SF-12 est une échelle de qualité de vie liée à la santé. C'est une version plus courte que le SF-36. Composé également de 8 dimensions, il peut être réparti en score composite physique (SCP) et en score composite mental (SCM) :

- Pour le SCP, le groupe expérimental affiche des scores moyens de **32,5** à T0, de **31,5** à T1 (2 semaines), de **42,3** à T2 (5 semaines), de **48,5** à T3 (12 semaines) et de **51,0** à T4 (26 semaines). Respectivement, le groupe contrôle affiche lui des scores moyens de **36,6** à T0, **41,0** à T1, **41,6** à T2, **42,7** à T3 et de **43,8** à T4. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **-9,5** [-16,28 ; -2,72] avec un **P=0,90** à T1, de **0,7** [-10,57 ; 11,97] avec un **P=0,38** à T2, de **5,8** [-4,44 ; 16,04] avec un **P=0,06** à T3 et de **7,2** [-3,30 ; 17,70] avec un **P=0,03** à T4.
- Pour le SC, le groupe expérimental affiche des scores moyens de **48,7** à T0, de **47,4** à T1, de **51,3** à T2, de **50,8** à T3, et de **54,0** à T4. Respectivement, le groupe contrôle affiche lui des scores moyens de **47,0** à T0, **51,1** à T1, **49,5** à T2, **50,8** à T3 et de **50,9** à T4. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **-3,7** [-17,06 ; 9,66] avec un **P=0,26** à T1, de **1,8** [-10,95 ; 14,55] avec un **P=0,59** à T2, de **0** [-11,02 ; 11,02] avec un **P=0,48** à T3 et de **3,1** [-5,01 ; 11,21] avec un **P=1,0** à T4.

▪ **R. Mas et al** : [67]

Également utilisé dans cette étude, le SF-12, met en évidence la qualité de vie au travers du SCP et du SCM :

- Pour le SCP, le groupe expérimental affiche des scores moyens de **41,9** à T0, de **46,5** à T1 (3 mois), de **47,0** à T2 (12 mois). Respectivement, le groupe contrôle affiche lui des scores moyens de **40,7** à T0, **45,3** à T1, **46,2** à T2. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **0,4** [-1,6 ; 2,3] avec un **P=0,716** à T1, de **0,1** [-2,1 ; 2,3] avec un **P=0,922** à T2.
- Pour le SCM, le groupe expérimental affiche des scores moyens de **43,4** à T0, de **48,8** à T1, de **48,9** à T2. Respectivement, le groupe contrôle affiche lui des scores moyens de **42,3** à T0, **45,5** à T1, **47,0** à T2. Par rapport à ce groupe, la taille d'effet est de **2,5** [-0,1 ; 5,0] avec un **P=0,061** à T1, de **0,5** [-2,3 ; 3,4] avec un **P=0,707** à T2.

4. Discussion

Cette revue a pour objectif d'analyser quel bénéfice éventuel apporterait l'ajout d'une intervention multidisciplinaire biopsychosociale à un traitement usuel chez le patient lombalgique en phase aiguë ou subaiguë et d'identifier son influence sur les facteurs de risque psycho-comportementaux tels que les attitudes et croyances face à la douleur, la dépression et la qualité de vie.

Nous allons réaliser une analyse des principaux résultats en les argumentant de façon pondérée afin d'expliquer les résultats observés.

4.1 Analyse des résultats

Afin d'éviter un « spin », où les auteurs pourraient exagérer les résultats de leurs études dans leurs conclusions, seuls les résultats des études seront pris en compte dans l'analyse.

Pour toutes les études incluses à cette revue, l'analyse des résultats portera l'attention sur 4 points particuliers :

- La **valeur « p »** est estimée par des tests statistiques. Elle évalue la probabilité qu'une différence observée dans les résultats ne soit due qu'au hasard. Les scientifiques ont fixé un seuil de tolérance de 5% pour cette probabilité. Par conséquent, une valeur $p < 0,05$ implique que la différence observée n'est pas due au hasard, elle est donc qualifiée de statistiquement significative.
- L'**intervalle de confiance (IC) à 95 %** nous permet de faire une estimation de la taille d'effet. Il fournit donc une estimation de la plage de valeurs dans laquelle se situe la moyenne de la population avec une probabilité de 95 %. L'IC à 95 % est significatif en cas de rejet de l'hypothèse nulle, signifiant que cet intervalle n'inclut pas la valeur 0.
- La **taille d'effet** correspond à la différence inter-groupe (entre le groupe expérimental et le groupe témoin) sur un critère de jugement donné. Elle nous permet d'apprécier l'efficacité d'un traitement.
- La **différence minimale cliniquement importante (MCID)** nous permet de savoir si les changements observés dans les résultats de l'étude sont pertinents cliniquement, cette valeur augmente la confiance dans l'interprétation des changements de score. [71]

Ainsi, des résultats statistiquement significatifs ne garantissent pas nécessairement une pertinence clinique et inversement.

4.1.1 Critère de jugement principal

Afin d'évaluer les attitudes et croyances face à la douleur, les outils de mesure utilisés dans cette revue sont le Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (**FABQ**), 3 items du Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (**ÖMPSQ** ou **Örebro**) et la Pain Catastrophizing Scale (**PCS**).

➤ **FABQ**

Le **FABQ** est un outil fiable et valide pour mesurer les croyances liées à la peur et à l'évitement de la douleur chez les personnes lombalgiques. La valeur du coefficient alpha de Cronbach (mesure évaluant la fiabilité des tests psychométriques) pour la sous-échelle liée à l'activité physique (de 0 à 24 points) est de 0,75, cette valeur étant proche de 1 indique une cohérence interne forte et donc une bonne fiabilité. Le coefficient de corrélation test-retest r de 0,64 pour cette sous-échelle présume une stabilité modérée à bonne des scores au fil du temps. Pour la sous-échelle liée au travail (de 0 à 42

points) la valeur du coefficient alpha de Cronbach est de 0,82 avec un coefficient de corrélation test-retest r de 0,80, ce qui révèle une bonne fiabilité et stabilité dans le temps. Le score total possible est de 96 points, au plus il est élevé, au plus les croyances de peur-évitement sont grandes. [72]

Pour la sous-échelle liée au travail (de 0 à 42 points) la valeur du coefficient alpha de Cronbach est de 0,82 avec un coefficient de corrélation test-retest r de 0,80, ce qui révèle une bonne fiabilité et stabilité dans le temps. [72]

La différence minimale cliniquement importante (MCID) est de **4 points** pour le FABQ-PS (lié à l'activité physique) et de **7 points** pour le FABQ-W (lié au travail). [71]

Les 2 études suivantes utilisent le FABQ comme outils de mesure pour le critère de jugement principal.

▪ *M. Campello et al*

Dans cette étude utilisant le FABQ, on constate dans le temps une diminution des croyances liées à la peur et à l'évitement en faveur du groupe expérimental.

Pour la sous-échelle liée à l'activité physique, une taille d'effet de -4,5 [-8,59 ; -0,41] avec une valeur de p supérieure à 0,05 est observée à 4 semaines. L'intervalle de confiance ne passe pas par la valeur 0 indiquant un effet de l'intervention, cependant l'IC s'approche de la valeur 0. La taille d'effet dépasse la MCID fixée à 4 points, ainsi ces résultats ne sont **pas statistiquement significatifs** mais sont **cliniquement pertinents**. A 12 semaines, les résultats ne sont **pas statistiquement significatifs ni cliniquement pertinents** avec une taille d'effet moins importante à -1,3 [-5,97 ; 3,37] et une valeur de $p > 0,05$.

Concernant la sous-échelle liée au travail, à 4 semaines et à 12 semaines, les effets des interventions sont respectivement de -1,9 [-6,56 ; 2,76] et de -3,5 [-8,74 ; 1,74] avec des valeurs $p > 0,05$, ils ne sont donc **pas statistiquement significatifs** et **pas cliniquement pertinents** car ils ne dépassent pas la MCID fixée à 7 points pour cette sous-échelle.

▪ *J. Rantonen et al*

En ce qui concerne l'activité physique, la taille d'effet est de -8 points [-14 ; -2] à 2 ans dépassant la MCID fixée à 4 points. Cette étude présente donc des résultats **cliniquement pertinents** et **statistiquement significatifs** car l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur nulle de « 0 » et la valeur de p est inférieure à 0,05 et donc la probabilité que le résultat soit dû au hasard est écartée. On remarque que les bornes de l'intervalle de confiance sont distantes l'une de l'autre révélant ainsi le caractère non probant de ce résultat. Cependant, les bornes de l'intervalle restent dans des valeurs négatives attestant que l'intervention entraîne toujours une diminution des croyances liées à l'activité physique.

Pour la sous-échelle liée au travail, l'effet de l'intervention est **statistiquement significatif** avec une taille d'effet de -5 [-8 ; -1], l'IC ne comprend pas la valeur 0 et la probabilité que le résultat soit dû au hasard est écartée. Cependant, ce résultat n'est **pas cliniquement pertinent** car il ne dépasse pas la MCID de 7 points. De plus, ce résultat est peu probant en raison de la taille importante de l'intervalle de confiance rapporté.

On obtient une diminution pertinente cliniquement des croyances peur-évitement liée à l'activité physique dans les 2 études. En revanche seule l'étude de *J. Rantonen et al* rapporte un résultat statistiquement significatif. La différence observée pourrait être attribuable au fait que les groupes contrôles ne sont pas soumis à la même intervention. En effet, dans l'étude de *J. Rantonen et al* les participants du groupe contrôle ne participent à aucune intervention permettant à l'évolution

naturelle de la lombalgie de suivre son cours, à contrario des participants de l'étude de *M. Campello et al* bénéficient de soins habituels comprenant de la kinésithérapie, de la physiothérapie et une éducation sur le dos.

Il est à noter que malgré le même outil de mesure utilisé, une hétérogénéité est retrouvée entre ces 2 études. En effet, l'évaluation du critère de jugement a eu lieu à 2 ans pour *J. Rantonen et al* et à 4 et 12 semaines pour *M. Campello et al*.

Concernant les croyances de peur-évitement liée au travail, les tailles d'effets ne sont pas pertinentes cliniquement dans les 2 études et seule l'étude de *J. Rantonen et al* présente un résultat significatif. Ce résultat peut être attribuable au fait que cette étude est la seule des 2 études qui comporte une composante professionnelle dans son intervention avec la présence d'un travailleur social.

➤ Örebro

Chez les patients souffrant de lombalgie aiguë ou subaiguë, la validité prédictive et la fiabilité du questionnaire **Örebro** sont qualifiées de suffisantes. Le domaine des croyances de peurs-évitement présente une corrélation modérée avec le FABQ. [73] [42]

Les 2 études suivantes utilisent 3 items questionnaire Örebro comme outils de mesure pour évaluer les croyances de peurs évitement :

▪ *C. Jensen et al*

On retrouve, comparée au groupe contrôle, une taille d'effet de 0,1 [-2,13 ; 1,90] à 2 ans avec un $p > 0,05$. L'intervalle de confiance passe par la valeur nulle 0 et la probabilité que cette différence soit due au hasard n'est pas écartée ce qui nous permet de conclure que ce résultat n'est **pas statistiquement significatif**. En raison de la MCID inconnue, il est difficile de démontrer la pertinence clinique de ce résultat. La taille d'effet étant proche 0, nous pouvons conclure qu'à long terme, l'intervention n'a eu aucun d'effet sur les croyances de peur évitement.

▪ *K. W Pedersen et al*

Les auteurs de cette étude nous fournissent seulement les différences intra-groupes à 2 ans concernant ce critère de jugement. Toutefois, ces données ne nous permettent pas d'interpréter et d'évaluer l'efficacité du traitement mis en place.

Nous pouvons seulement noter une différence intra-groupe **non significative** plus importante en faveur du groupe expérimental ayant de forte relation de travail. Ce résultat pourrait résulter de l'influence de la relation qu'a le participant avec son travail. Les participants avec de faibles relations de travail sont ceux qui sont le plus à risque de perdre leur emploi en raison de leur arrêt maladie pour cause de lombalgie. A l'inverse, les patients avec de fortes relations de travail sont moins susceptibles de craindre une perte d'emploi en raison d'un arrêt maladie. En ce sens, selon un fort niveau de preuve scientifique, les problèmes liés au travail comme une insatisfaction, le faible espoir de reprise du travail ou encore des problèmes liés à l'indemnisation comme l'invalidité ou les arrêts maladies ont un effet délétère sur le bon pronostic de la lombalgie. [11]

➤ PCS

La **PCS** est l'échelle la plus fréquemment utilisée comme « outil psychométrique standard de référence pour la catastrophisation de la douleur ». Avec un coefficient alpha allant de 0,87 à 0,93, la PCS

présente une validité interne élevée. Cette échelle présente aussi une fiabilité interne ($\alpha=0,92$ avec un IC à 95 % de [0,91 ; 0,93] et une fiabilité test-retest. L'interprétation clinique des scores doit cependant être rigoureuse en raison des différences de scores pour les personnes avec des diagnostics de la douleur différents et des influences linguistiques. Un score élevé est associé à des niveaux élevés de douleur catastrophique. [74] La MCID de la PCS est comprise entre **3,2 et 4,5 points**. [75]

Seule l'étude de **M. Campello et al** évalue le catastrophisme des participants inclus à l'étude. La taille d'effet par rapport au groupe contrôle est de -1,9 [-6,56 ; 2,76] à 4 semaines et de -3,5 [-8,74 ; 1,74] à 12 semaines avec des valeurs de p supérieures à 0,05. L'amélioration obtenue sur le catastrophisme n'est donc **pas statistiquement significative** mais est **pertinente cliniquement** car les tailles d'effets dépassent largement la MCID nécessaire de 3,2 points. De nouveau, il est important de rappeler que même si ces résultats sont cliniquement pertinents, le petit nombre de participants de cette étude est exclusivement constitué de militaires ce qui ne représente pas la diversité de la population générale.

Seule cette étude fournit des informations sur le catastrophisme. Par conséquent, l'affirmation d'un bénéfice éventuel d'une intervention multidisciplinaire sur le catastrophisme des participants est difficile à évaluer.

Synthèse : Bien qu'ils évaluent des concepts distincts, le FABQ évalue les niveaux de peurs et d'appréhension de la douleur liée au travail ou à l'activité physique et le PCS mesure le degré de pensées catastrophiques concernant la douleur, une corrélation modérée est retrouvée entre le FABQ-PS, le FABQ-W et le PCS (coefficients de corrélation r de 0,64 et de 0,45). [76] De plus, le domaine des croyances de peurs-évitement du questionnaire Örebro présente une corrélation modérée avec le FABQ. [73] Ainsi malgré le fait que les auteurs utilisent différents outils de mesures pour ce critère de jugement, nous pouvons synthétiser les résultats entre eux au vu de leurs corrélations modérées. En dépit des résultats hétérogènes, nous pouvons conclure que l'intervention multidisciplinaire a tendance à améliorer les attitudes et croyances face à la douleur. Cependant, malgré une pertinence clinique obtenue dans la plupart des cas, cette amélioration n'est pas significative.

Ainsi, en accord avec ces constatations, il est difficile de se rendre compte de l'effet que peut apporter une intervention multidisciplinaire sur l'amélioration des attitudes et croyances face à la douleur. On remarque cependant des résultats encourageants d'un point de vue clinique concernant la diminution des croyances liées à l'activité physique.

4.1.2 Critères de jugement secondaires

4.1.2.1 Dépression

L'évaluation des symptômes dépressifs a été objectivée à l'aide du questionnaire Center for Epidemiologic Studies- Depression (**CES-D**), et du Common Mental Disorder Questionnaire (**CMDQ**).

➤ **CES-D**

Conçue pour évaluer les symptômes de dépression auto-déclarés dans la population générale, le score obtenu à l'aide du CES-D varie de 0 à 60 points. Au plus le score est élevé, au plus la symptomatologie dépressive est conséquente. Un score supérieur ou égal à 16 révèle une symptomatologie dépressive élevée. [77] [78] La CES-D présente une validité interne élevée et une fiabilité test-retest modérée. [43] La MCID de cet outil de mesure est représentée par une réduction de **11 points** au score total obtenu, quel que soit l'âge, le sexe, le type de traitement ou le diagnostic. [79]

▪ **M. Schiltenwolf et al :**

Les auteurs de cette étude nous fournissent seulement les différences intra-groupes à 3 semaines et à 6 mois concernant ce critère de jugement. L'efficacité de l'intervention sur les symptômes dépressifs est donc difficilement évaluable au vu des données mises à disposition par les auteurs.

On note cependant une diminution plus importante des symptômes dépressifs à 6 mois pour le groupe de participants ayant participé à l'intervention multidisciplinaire.

▪ **M. Campello et al**

Comparée au groupe contrôle, la taille d'effet à 4 semaines est de -0,6 [-4,33 ; 3,13]. Avec un $p > 0,05$ et un intervalle de confiance qui comprend la valeur nulle, la différence intergroupe obtenue à 4 semaines n'est donc **pas statistiquement significative**. A 12 semaines, on note une augmentation de la taille d'effet avec une valeur de -4 [-8,33 ; 0,33] et un $p > 0,05$. Bien que les bornes de l'intervalle de confiance suggèrent toujours une amélioration du score de dépression allant de -8,33 points à 0,33 points (pas d'effet), la valeur nulle est néanmoins comprise dans cet intervalle. En ce sens, avec une valeur p supérieure à 0,05, la taille d'effet n'est donc **pas statistiquement significative**. De plus, aucune des tailles d'effets obtenues ne dépassent la MCID, les résultats à 4 et 12 semaines ne sont donc **pas cliniquement pertinents**.

Malgré cela, on remarque toutefois que les 2 groupes contrôles ne présentaient pas au début de l'étude des scores suggérant une symptomatologie dépressive avérée. En effet, les 2 scores obtenus pour le groupe contrôle ($12,40 \pm 8,53$) et le groupe expérimental ($9,87 \pm 8,81$) étaient nettement inférieurs à la valeur limite de 16 décrite comme valeur seuil à partir de laquelle une symptomatologie dépressive est élevée. [77]

➤ **CMDQ**

Le **CMDQ** est un questionnaire évaluant la santé mentale des patients. Un score supérieur ou égal à **3** a été défini comme valeur seuil pour identifier un symptôme dépressif. La fiabilité interne de la sous-échelle liée à la dépression estimée par le coefficient alpha de Cronbach est de 0,87, correspondant à une fiabilité interne élevée. [45]

▪ **K. W Pedersen et al**

Comme évoqué précédemment, les mesures prises par ces auteurs ne nous permettent pas d'évaluer l'effet de l'intervention sur le critère de jugement choisi.

Toutefois, il est à noter que pour les participants avec des relations de travail peu développées, les moyennes de changement observées dans les groupes expérimental et témoin présentent peu de différences notables. En revanche, une amélioration plus marquée est retrouvée en faveur du groupe expérimental pour les participants avec de fortes relations de travail.

Synthèse : Concernant la dépression, les données fournies par les études ne nous permettent pas d'attester de l'effet potentiel d'une intervention multidisciplinaire sur ce critère de jugement. On note cependant une amélioration de la symptomatologie dépressive dans une étude, mais ces résultats ne sont ni significatifs ni concluants cliniquement. Cependant, en se basant sur les données d'une seule étude, nous ne pouvons pas tirer de conclusion définitive quant à l'efficacité de l'intervention par rapport à ce critère de jugement.

4.1.2.2 Qualité de vie

Evaluant la qualité de vie, le questionnaire Short-Form 36 (**SF-36**) et sa version raccourcie le Short-Form 12 (**SF-12**) sont utilisés dans cette revue.

➤ **SF-36**

Le **SF-36** est une échelle de qualité de vie liée à la santé souvent utilisée en pratique clinique et en santé publique. Chaque sous-échelle obtient un score pouvant varier de 0 à 100 points. Au plus le score est élevé, au plus la qualité de vie est bonne. Il est à noter ce questionnaire présente une bonne validité et fiabilité, la fiabilité test-retest est correcte. Le seuil de changement significatif est indiqué pour 5 sous-échelles :

- Activité physique : **2 à 3 points**
- Vie et des relations avec les autres : **3 points**
- Douleurs physiques : **2 à 3 points**
- Vitalité : **2 à 3 points**
- Santé mentale : **3 points** [47]

Les auteurs **C. Jensen et al** sont les seuls à utiliser le SF-36 afin d'évaluer la qualité de vie des participants à l'étude. Les tailles d'effet relatives aux sous-échelles liées à l'activité physique, aux limitations dues aux problèmes physiques, aux douleurs physiques, à la santé perçue, à la vitalité, à la vie et des relations avec les autres et aux limitations dues à l'état psychologique sont respectivement à 2 ans de **0,3** [-7,33 ; 3,11], **5,8** [-17,33 ; 4,99], **2** [-8,24 ; 3,83], **1,5** [-3,75 ; 5,74], **3,1** [-4,35 ; 7,03], **1,9** [-3,96 ; 7,12], **3** [-4,67 ; 15,60]. Tous les intervalles de confiance précédents contiennent la valeur nulle « 0 » et sont associées à une valeur de $p > 0,05$, ainsi les résultats de ces sous-échelles ne sont **pas statistiquement significatifs**.

Seule la taille d'effet de **5** [-0,08 ; 9,20] pour la sous-échelle liée à la santé mentale avec un $p < 0,05$ ne comprend pas la valeur nulle et est donc **statistiquement significative**. Les bornes de l'intervalle de confiance sont distantes mais suggèrent un effet pouvant aller d'une amélioration de 9,20 points à aucune amélioration. L'évaluation de l'efficacité dans ce cas est complexe car l'intervalle de confiance est trop large avec une borne qui se rapproche trop de l'absence d'efficacité, ce qui ne permet pas une confiance suffisante en ce résultat.

Seules les sous-échelles liées à la vitalité et à la santé mentale présentent des tailles d'effet qui dépassent les MCID cités précédemment, pour cette raison, elles sont qualifiées de **cliniquement pertinentes**.

➤ **SF-12**

Le **SF-12** est une version raccourcie du SF-36, tout comme lui, il est validé et fiable méthodologiquement. Le **SF-36** et le **SF-12** présentent une corrélation élevée avec un coefficient de corrélation r allant de 0,94 à 0,97 pour les SCM et un r allant de 0,94 à 0,96 pour les SCP. [47] Chez les personnes atteintes de lombalgie aigue, subaiguë et chronique, la MCID de cet outil de mesure est représentée par une augmentation de **3,29 points** pour le SCP et de **3,77 points** pour le SCM. [80]

▪ **D. Eisenberg et al**

En ce qui concerne le SCP, la taille d'effet retrouvée par rapport au groupe contrôle est de **-9,5** [-16,28 ; -2,72] à 2 semaines, de **0,7** [-10,57 ; 11,97] à 5 semaines, de **5,8** [-4,44 ; 16,04] à 12 semaines et de **7,2** [-3,30 ; 17,70] à 26 semaines. A court et moyen terme, ces résultats ne sont **pas statistiquement**

significatifs présentant ainsi des valeurs de $p > 0,05$. Sur le long terme (26 semaines) la taille d'effet devient **statistiquement significative** avec un $p < 0,05$. En revanche, les bornes de l'intervalle de confiance contiennent la valeur 0 et sont distantes l'une de l'autre ce qui ne nous permet pas d'avoir confiance en ce résultat puisque nous ne savons pas si la réalité est plus proche d'une amélioration de 17,70 points que d'une régression de 3,30 points. Dépassant la MCID de 3,29 points, les tailles d'effet à 12 semaines et à 12 mois sont **cliniquement pertinentes**.

En ce qui concerne le SCM, la taille d'effet obtenue par rapport au groupe contrôle est de **-3,7** [-17,06 ; 9,66] à 2 semaines, de **1,8** [-10,95 ; 14,55] à 5 semaines, de **0** [-11,02 ; 11,02] à 12 semaines et de **3,1** [-5,01 ; 11,21] à 26 semaines. Tous ces résultats sont associés à des valeurs de $p > 0,05$ et contiennent la valeur nulle dans leur intervalle de confiance, ainsi ils ne sont **pas statistiquement significatifs**. Aucune taille d'effet ne dépassent la MCID, elles ne présentent donc **pas de pertinence clinique**.

Il est à noter que les 2 scores composites ont tous deux des diminutions de scores (bien que non significatives) en ce qui concerne la qualité de vie à court terme (2 semaines).

▪ *R. Mas et al*

Par rapport au groupe contrôle, la taille d'effet observée pour le SCP est de **0,4** [-1,6 ; 2,3] à 12 semaines et de **0,1** [-2,1 ; 2,3] à 12 mois. Ces résultats ne sont **pas statistiquement significatifs** avec des valeurs de $p > 0,05$ et des intervalles de confiance comprenant la valeur 0. Ils n'ont également **pas de pertinence clinique** car ils ne dépassent pas le seuil de la MCID. De plus la taille d'effet peut être considérée comme négligeable car elle tend vers 0.

Par rapport au groupe contrôle, la taille d'effet observée pour le SCM est de **2,5** [-0,1 ; 5,0] à 12 semaines et de **0,5** [-2,3 ; 3,4]. Ces résultats ne sont **pas statistiquement significatifs** avec des valeurs de $p > 0,05$ et des intervalles de confiance comprenant la valeur 0. Ils n'ont également **pas de pertinence clinique** car ils ne dépassent pas le seuil de la MCID.

Synthèse : Le raccordement entre eux des résultats obtenus par ces 2 outils de mesures est possible au vu de la corrélation élevée ($r > 0,7$) retrouvée entre le SF-36 et le SF-12. [81] [47] Deux études retrouvent une amélioration significative et pertinente cliniquement de la qualité de vie en ce qui concerne la composante physique ou la composante mentale sur le long terme (26 mois et 2 ans). Néanmoins, ces résultats sont peu probants de par les intervalles de confiance donnés et de par la temporisation de l'évaluation qui ne nous permet pas d'attester que l'amélioration de la qualité de vie à distance de l'intervention soit vraiment due à celle-ci. Au vu de l'hétérogénéité des résultats, il est difficile de conclure de l'effet certain d'une intervention multidisciplinaire sur la qualité de vie chez les personnes lombalgiques aiguës ou subaiguës.

Au vu de notre hypothèse de départ et des résultats présentés ci-dessous, nous ne pouvons pas affirmer que l'ajout d'une intervention multidisciplinaire à un traitement classique conduit à une amélioration des facteurs de risque psycho-comportementaux (drapeaux jaunes) chez les patients lombalgiques en phase aiguë ou subaiguë.

4.2 Biais et limites des études

L'analyse des biais retrouvés dans la partie 3.2 apporte un regard critique sur la qualité, la fiabilité et la validité des résultats obtenus. Avec la mise en avant des limites retrouvées dans chaque étude, elle permet une interprétation critique des résultats et d'orienter les recherches futures.

4.2.1 Biais des études

Les études de *M. Campello et al*, *D. Eisenberg et al* et de *R. Mas et al* ne mentionnent pas au sein de leurs études si une assignation secrète est respectée ce qui a pour impact de créer un biais de sélection. En effet, si l'assignation secrète n'a pas été respectée, il est possible que la personne chargée de décider si les participants répondent aux critères d'inclusion ait été influencée par la connaissance de l'affection des participants aux différents groupes de l'étude. Le processus de sélection est donc biaisé ce qui a pour potentiel effet de créer une distorsion des résultats en faussant la composition de l'échantillon étudié.

La majorité des auteurs déclarent que les sujets n'étaient pas en aveugle. Cela peut induire un changement de comportement, une influence sur la perception et les réactions des sujets au vu de leurs attentes quant à l'intervention à laquelle ils participent. De plus, toutes les études mentionnent que les thérapeutes ayant administré le traitement étaient en aveugle. De ce fait, la majorité des études présentent un biais de performance, cela signifie que les participants ou les intervenants peuvent agir de manière différente en raison de la connaissance de leur groupe d'intervention. Cela peut donc entraîner une surestimation ou une sous-estimation de l'efficacité présumée du traitement. Également, les études de *D. Eisenberg et al*, *R. Mas et al*, *K. W Pedersen et al* présentent un biais d'évaluation, les évaluateurs ne sont pas en aveugle et peuvent être influencés par leur connaissance sur les interventions assignées à chaque participant ce qui peut avoir un impact sur la mesure des critères de jugement et donc sur les résultats.

Seules les études de *C. Jensen et al* et de *J. Rantonen et al* présentent un biais de suivi. Effectivement, on retrouve des taux de participation à la baisse à la fin de ces études avec des perdus de vue et des participants n'ayant pas poursuivis l'étude pour des raisons souvent non mentionnées par les auteurs. Par conséquent, ces abandons peuvent potentiellement être liés aux effets indésirables ou à l'absence d'efficacité de l'intervention et peuvent influencer l'estimation de l'effet du traitement.

Aucune des études ne présentent de biais d'attrition. Néanmoins, les études de *M. Schiltenwolf et al* et de *K. W Pedersen et al* présentent un biais d'interprétation. Les auteurs fournissent seulement les données concernant les différences intra-groupes ne permettant pas d'évaluer l'efficacité de l'intervention de manière significative.

Bien que la moyenne des scores PEDro des études incluses reste élevée, les biais et leurs potentielles conséquences ne sont pas négligeables au vu d'une analyse critique des résultats des études. Ainsi, les études présentent des limites méthodologiques.

4.2.2 Limites des études

La totalité des études incluses sont des essais cliniques randomisés permettant de limiter les disparités concernant le **schéma d'étude**.

En ce qui concerne la **taille de l'échantillon**, il est comptabilisé un nombre total de 1354 participants parmi 7 articles inclus. Cependant les études de *M. Campello et al* et de *D. Eisenberg et al* présentent respectivement un nombre de 33 et de 20 sujets au total. Il est primordial de rappeler qu'en 2020, 619 millions de personnes dans le monde étaient atteintes de lombalgie et en France 4 personnes sur 5 souffriront de lombalgie. [7] [5] Ces 2 études comportant un échantillonnage limité ne sont donc pas représentatives de la population générale à grande échelle. Par conséquent, l'applicabilité des résultats obtenus peut-être limitée ce qui compromet l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la population.

Concernant la **population**, on observe des disparités dans la façon dont chaque auteur définit la lombalgie non spécifique. Certains auteurs la considèrent comme une douleur survenant dans la région lombosacrée avec une irradiation limitée au-dessus du genou, sans signe de compromission des racines nerveuses comme c'est le cas pour *M. Campello et al.* D'autres auteurs comme *J. Rantonen et al.*, *K. W Pedersen et al* et de *C. Jensen et al* tolèrent la présence ou non de radiculopathie. Seules les études de *M. Schiltenwolf et al*, *D. Eisenberg et al* et de *R. Mas et al* respectent la définition donnée par la HAS dans la partie 1.2.2 en excluant tout participant présentant un signe d'alerte compris dans les drapeaux rouges. La volonté de n'inclure que des personnes atteintes de lombalgie non spécifique est donc compromise en raison de variations dans la définition de cette condition entre les différents pays. Il est important de souligner que les auteurs *C. Jensen et al* ont inclus des participants présentant une durée d'arrêt de travail variant de 3 à 16 semaines pour cause d'impossibilité de respecter les délais de première visite, ainsi cette étude ne comporte pas uniquement des patients lombalgiques aigus ou subaigus.

Selon l'OMS, la lombalgie touche des personnes de tout âge. Cependant, la prévalence de la lombalgie est maximale entre 50 et 55 ans, et elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. [7] Il est à souligner que la majorité des études ne présentent pas une population représentative de la réalité étant donné qu'elles sont composées en majorité d'hommes et que la moyenne d'âge est inférieure à 50 ans.

Il convient de mentionner que les participants de l'étude de *J. Rantonen et al* étaient autorisés à utiliser les services de soins de santé de leur choix pendant les interventions et le suivi de l'étude ce qui peut avoir un effet sur le critère de jugement en parallèle de l'intervention.

En ce qui concerne les **interventions**, la composante multidisciplinaire implique qu'elles peuvent être dispensées de multiples façons. On remarque une hétérogénéité de modalités d'intervention dans les différents articles. Les 3 études de *C. Jensen et al*, *D. Eisenberg et al* et de *K. W Pedersen et al* comportent des interventions qui s'adaptent en fonction du besoin du patient et du plan de réadaptation établis avec lui. Ainsi, sur une durée de 3 mois, les participants pouvaient rencontrer différents professionnels comme un psychologue, un médecin, un travailleur social, un ergothérapeute, un rhumatologue et un kinésithérapeute. Toutes les autres études comprennent un traitement biomédical ajouté à de la psychothérapie et/ou l'intervention d'un travailleur social.

Également, on retrouve une grande disparité en ce qui concerne la **durée et l'intensité des interventions** qui varient de 10 heures à 6 semaines et peuvent aller jusqu'à des séances quotidiennes. Cependant, les interventions intensives n'ont pas entraîné d'effets significativement différents par rapport à des interventions moins soutenues.

L'évaluation des critères de jugement est effectuée à des moments différents pour chaque étude. Par exemple, les études de *C. Jensen et al*, *J. Rantonen et al* et de *K. W Pedersen et al* comportent une évaluation des critères de jugement seulement à 2 ans, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats et la mise en évidence de l'efficacité de l'intervention à court, moyen et long terme.

Pour finir, toutes les études portaient sur des populations dont l'intensité initiale des signes relatifs aux facteurs psycho-comportementaux était relativement faible, ce qui ne nous permet pas d'analyser quel effet pourrait avoir l'intervention sur une population présentant une intensité plus élevée de ces signes.

4.3 Applicabilité des résultats en pratique clinique

Premièrement, les données recueillies dans cette revue tendent à montrer que l'effet d'une intervention multidisciplinaire sur les facteurs de risques psycho-comportementaux des personnes lombalgiques aiguës est peu voire pas plus efficace que des soins habituels. Cependant, certains résultats sont prometteurs cliniquement parlant comme cela a été observé pour les croyances liées à l'activité physique et la qualité de vie. Néanmoins, la pertinence clinique d'un résultat repose également en partie sur la faisabilité et l'accessibilité du traitement mis en place.

Les coûts de la mise en place d'une intervention multidisciplinaire restent difficilement quantifiables mais restent relativement coûteux. Une étude récente a évalué l'efficacité et la rentabilité d'une intervention multidisciplinaire chez des personnes souffrant de lombalgie non spécifique. Il a été démontré que le programme combinant des exercices neuromusculaires et une approche cognitivo-comportementale s'est avéré être plus onéreux que le programme se limitant aux exercices seuls. De plus, grâce au ratio coût-efficacité, cette étude met en évidence que l'intervention multidisciplinaire n'est pas rentable en termes d'absence pour cause de lombalgie. [60]

La mise en place d'une intervention multidisciplinaire nécessite des compétences et des formations supplémentaires. En effet, comme l'évoquent les auteurs *D. Eisenberg et al*, les membres de l'équipe multidisciplinaire ont été formés une journée par semaine pendant 14 semaines consécutives. Cette formation avait pour but d'améliorer de façon optimale la prise en charge du patient avec le moins de rencontres possibles, de former les membres de l'équipe au diagnostic et au traitement des personnes atteintes de lombalgie et de mettre en place un protocole de traitement partagé. [65] La considération des besoins de logistique et de planification est également à prendre en compte ce qui peut apporter un travail supplémentaire à l'équipe de soin multidisciplinaire.

Ce type d'intervention présente des contraintes pour les thérapeutes comme pour les patients. Effectivement, la plupart de ces interventions sont mises en place dans des centres de soins primaires ou des hôpitaux ce qui nécessite que les patients se déplacent. En termes de durée et d'intensité, les interventions mises en place sont pour la plupart intensives impliquant des séances quotidiennes pouvant aller jusqu'à une fréquence de 5 jours par semaine pendant 3 à 6 semaines. Ces interventions sont également chronophages pour les thérapeutes qui mettent en place des réunions hebdomadaires avec la présence de tous les membres de l'équipe. On souligne donc des exigences de temps aussi bien pour le thérapeute que pour le patient. Il est donc nécessaire d'avoir une forte implication des 2 parties ainsi qu'une adhésion du patient au traitement. Comme évoquée dans la partie 1.4, une minorité de patients identifient qu'une explication physique et psychologique est pertinente pour expliquer l'étiologie de la lombalgie [24]. De plus, la satisfaction des patients concernant leurs attentes et leurs besoins est en lien avec une bonne coopération vis-à-vis du traitement favorisant ainsi son efficacité. [25] Par conséquent, les patients lombalgiques peuvent présenter une adhérence moindre vis-à-vis d'un traitement biopsychosocial.

Il est à noter qu'aucune des études incluses n'a évalué le risque d'effets secondaires ou d'événements indésirables. Cependant, au vu de la nature de l'intervention, le risque peut être considéré comme faible.

Pour conclure, au vu de l'effet peu concluant d'une approche multidisciplinaire sur les facteurs de risque psycho-comportementaux, des exigences en termes de temps, de coût, de contraintes à la fois pour les thérapeutes que pour les patients, il apparaît une balance bénéfice risque nulle. En d'autres termes, il semble qu'il n'y ait aucun bénéfice net apporté par la mise en place de ce type d'intervention par rapport aux risques encourus. En outre, comme évoquée précédemment la population étudiée présentait des facteurs de risque psycho-comportementaux relativement faibles, de ce fait les

résultats s'appliquent à cette population. À l'avenir, il serait intéressant d'évaluer l'effet de l'intervention sur une population présentant des facteurs de risque psycho-comportementaux d'une intensité élevée.

4.4 Qualité des preuves de la revue

Le niveau de preuve des résultats de cette étude est évalué à l'aide du système GRADE (Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation). Ce système est le plus utilisé pour les revues systématiques en kinésithérapie. [50] Le système grade nous permet d'attribuer un niveau de preuve à chaque critère de jugement choisi. Selon la HAS, le niveau de preuve caractérise la capacité de l'étude à répondre à la question posée ».

Parmi les 7 études incluses à cette revue, les 7 sont des essais cliniques randomisés. Selon le grade des recommandations de la HAS (Annexe 3) et le type d'étude, le niveau de preuve global est en majorité considéré comme étant de présomption scientifique B.

<i>M. Schiltewolf et al</i>	<i>C. Jensen et al</i>	<i>M. Campello et al</i>	<i>D. Eisenberg et al</i>	<i>J. Rantonen et al</i>	<i>R. Mas et al</i>	<i>K. W Pedersen et al</i>
	Attitudes et croyances face à la douleur	Attitudes et croyances face à la douleur		Attitudes et croyances face à la douleur		Attitudes et croyances face à la douleur
Dépression		Dépression				Dépression
	Qualité de vie		Qualité de vie		Qualité de vie	
6/10	7/10	8/10	6/10	7/10	7/10	6/10

Tableau XXII : Score PEDro des articles et critères de jugement étudiés

Cependant, selon le système GRADE (Annexe 4), certains facteurs comme le risque de biais, l'hétérogénéité des résultats, le caractère indirect des données scientifiques, l'imprécision des données et le biais de publication peuvent altérer le niveau de preuve des données. L'évaluation de ces facteurs pour chaque critère de jugement est détaillée dans le tableau ci-dessous :

	Attitudes et croyances face à la douleur	Dépression	Qualité de vie
Nombres d'articles	4	2	3
Types d'études	4 ECR	3 ECR	3 ECR
Moyenne des scores PEDro	7/10	6,7/10	6,7/10
Risque de biais	Sérieux (-1)	Sérieux (-1)	Sérieux (-1)
Hétérogénéité	Importante (-1)	Importante (-1)	Importante (-1)
Caractère direct	Incertitude majeure (-2)	Incertitude majeure (-2)	Incertitude majeure (-2)
Imprécision	Sérieuse (-1)	Très sérieuse (-2)	Sérieuse (-1)
Biais de publication	Aucun	Aucun	Aucun
Niveau de preuve	Faible	Faible	Faible

Tableau XXIII: Niveau de preuve des études incluses selon le système GRADE

De façon globale nous retrouvons pour les 3 critères de jugement un risque de biais (voir partie 3.2) non négligeables bien que la moyenne des scores PEDro obtenus soit élevée. On remarque également une hétérogénéité des résultats avec pour chaque critère des différences de l'estimation de l'effet entre les études. De plus, une incertitude majeure est présente pour tous les critères de jugement du fait qu'aucune étude ne présente une méthode commune en termes d'échantillon, de population, d'intervention et d'intervention de contrôle. La majorité des études possèdent une imprécision des données en raison du nombre de patients relativement peu élevé et des intervalles de confiance larges. On note qu'aucune étude ne possède de biais de publication.

Cette analyse à l'aide du système GRADE a altéré le niveau de crédibilité des résultats obtenus avec un déficit accumulé de -5 pour les **attitudes et croyances face à la douleur** et la **qualité de vie**, ainsi qu'un déficit de -6 pour la **dépression**. Ainsi ces 3 critères de jugement présentent un niveau GRADE faible. Cette analyse met donc en évidence un niveau de preuve correspondant au grade C (*Annexe 5*), cet à dire que les études disponibles sont sujettes à des critiques méthodologiques. Il est donc très probable que de nouvelles données auront un impact significatif sur la fiabilité de l'estimation de l'effet, et qu'elles modifient probablement cette estimation.

Synthèse : Cette revue présente une qualité de preuve de niveau C selon le système GRADE, avec une confiance dans l'estimation de l'effet considérée comme faible selon les recommandations. Par conséquent, la confiance concernant l'estimation de l'effet est limitée, ce qui suggère que l'effet pourrait sensiblement différer de l'effet supposé.

4.5 Biais potentiels de la revue

L'évaluation de la qualité méthodologique de cette revue de systématique s'appuie sur l'échelle AMSTAR 2. [82] L'analyse des biais de la revue est effectuée en utilisant la version française de la grille d'analyse. [83]

L'échelle est composée de 16 items (Annexe 6), et chacun de ces items obtenir 3 cotations (oui, oui en partie et non). Le détail des cotations obtenues sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Item	Réponse	Commentaire
1	OUI	Cf. 2.1 Critère d'éligibilité des études et 2.1.5 Critères d'inclusion et d'exclusion
2	OUI	Cf. 2. Méthode
3	OUI	Cf. 2.1.1 Type d'étude
4	OUI	Cf. 2.2.1 Sources documentaires
5	NON	Dans le cadre d'un mémoire, cette revue de littérature est un travail individuel.
6	NON	Idem item 5
7	OUI	Cf. 3.1.2 Etudes exclues
8	OUI	Cf. Etudes incluses
9	OUI EN PARTIE	Cf. 3.2 Analyse des biais. L'analyse des biais a été seulement réalisée à l'aide de l'échelle PEDro, l'échelle RoB 2.0 tool n'a pas été utilisée pour compléter cette analyse.
10	OUI	Cf 4.6 Conflits d'intérêts et financement des études incluses
11	NON	Pas de méta-analyse effectuée.
12	NON	Pas de méta-analyse effectuée.
13	OUI	Cf. 4.2 Biais et limites des études
14	OUI	Cf. 4. Discussion L'hétérogénéité a été expliquée à la fois dans la partie 4.2 Biais et limites des études et à la fois dans la partie 4.4 Qualité des preuves de la revue

15	NON	Une synthèse quantitative n'a pas été réalisée.
16	OUI	Cf 4.7 Conflits d'intérêts et financement de cette revue

Tableau XXIV : Grille AMSTAR 2 évaluant les biais de la revue de littérature

Malgré un score total obtenu de **10,5/16** à l'aide de la grille AMSTAR 2, il est important de mentionner que cette revue comprend d'autres limites. En effet, cette revue est réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude et est donc réalisée de façon individuelle. Cela implique qu'un seul évaluateur a réalisé ce travail d'analyse.

On note un biais de langue possible car seules les études en français ou en anglais ont été sélectionnées. Cependant, des erreurs de compréhension ou de traduction sont possible lors de la lecture des articles. Également, le manque d'expérience dans la réalisation de revue de littérature peut être considéré comme un biais car il s'agit de la première que nous réalisons.

Au vu de tous ces éléments, nous pouvons conclure que cette revue comporte un risque de biais modéré malgré le travail rigoureux et méthodique réalisé.

4.6 Conflits d'intérêts et financement des étude incluses

Le tableau ci-dessous fait l'état des lieux des financements et des conflits d'intérêts de chaque étude incluse dans la revue.

Etudes	Conflits d'intérêts	Financement
M. Schiltenwolf et al	Non renseigné	Non renseigné
C. Jensen et al	Aucun conflit d'intérêt déclaré	Fonds fédéraux, fonds danois de recherche
M. Campello et al	Non renseigné	Bureau du secrétaire adjoint de l'armée pour les installations et l'environnement
D. Eisenberg et al	Aucun conflit d'intérêt déclaré	Centre national de médecine complémentaire et fondation Bernard Osher
J. Rantonen et al	Aucun conflit d'intérêt déclaré	Fond finlandais pour l'environnement de travail
R. Mas et al	Aucun conflit d'intérêt déclaré	Maratò TV3 et gestion des soins primaires de Barcelone
K. W Pedersen et al	Non renseigné	Absence de subvention d'organismes de financement du secteur public

Tableau XXV : Détail des financements et des conflits d'intérêts des 7 études incluses

4.7 Conflits d'intérêts et financement de cette revue

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt et aucune source de financement n'a été nécessaire à la rédaction de cette revue.

5. Conclusion

L'objectif de cette revue de littérature était de découvrir quels avantages pouvaient être associés à une intervention multidisciplinaire biopsychosociale chez le patient lombalgique en phase aiguë ou subaiguë et en particulier quels impacts potentiels elle pouvait avoir sur les attitudes et croyances face à la douleur, la dépression et la qualité de vie.

5.1 Implication pour la pratique clinique

Au vu de la littérature investiguée et des articles disponibles, cette revue de littérature ne permet pas d'attester de l'efficacité d'une intervention multidisciplinaire biopsychosociale sur les facteurs de risque psycho-comportementaux chez les personnes présentant une lombalgie aiguë ou subaiguë. Cependant, elle ne met pas en évidence d'effets négatifs sur celle-ci. Des recherches complémentaires sont nécessaires afin d'étayer ce sujet.

La mise en place de cette intervention est relativement complexe, les programmes multidisciplinaires génèrent des coûts considérables impliquant un nombre de professionnels de santé conséquent ce qui exige une coordination efficace au sein de l'équipe pluriprofessionnelle. Cette intervention est souvent intensive et exigeante en termes de temps, de ressources, et de contraintes à la fois pour le patient et le thérapeute. La faible preuve de son efficacité doit être mise en balance avec les exigences de sa mise en place.

Même si nous ne pouvons pas affirmer que la présence de facteurs de risque psycho-comportementaux plus conséquents au début de l'intervention influence l'effet de celle-ci, il semble prudent de diriger vers une réadaptation multidisciplinaire biopsychosociale uniquement les patients dont les indicateurs suggèrent un impact psychosocial significatif. De ce fait, il est donc primordial de respecter les recommandations de la HAS en ce qui concerne le dépistage précoce des facteurs de risque de passage à la chronicité à l'aide d'outils valides comme le STarT Back screening tool¹ et le questionnaire Örebro. [4,5] Les facteurs psychologiques initiaux sont corrélés à un passage vers une lombalgie chronique. En ce sens, l'intégration des éléments tels que « la dépression et les cognitions inadaptées » dans les outils de dépistage permet leur prise en compte dans les stratégies de prévention primaire et secondaire. [84]

Pour rappel, la lombalgie est un enjeu de santé publique majeur. Afin de répondre aux nouveaux défis en matière de santé, la mise en place de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) permet un exercice coordonné, une prise en charge globale du patient avec un parcours de soin simplifié et une décision médicale partagée. [85] Par conséquent, il semblerait judicieux d'effectuer ce type d'intervention multidisciplinaire au sein de MSP afin de faciliter sa mise en place, son déroulé et les coûts qu'elle engendre. La MSP pourrait également pallier le manque de coordination entre les différents professionnels de santé et donc diminuer les facteurs de risque liés à la iatrogénie. [9]

La prise en charge des personnes lombalgiques à risque de chronicité peut également se faire en libéral en renforçant les échanges interprofessionnels autour de réseaux de soins centrés autour du patient avec notamment l'émergence du dossier médical partagé. [86]

Depuis peu, les kinésithérapeutes exerçant dans certaines structures, sont autorisés sous certaines conditions à prendre en charge en accès direct des patients présentant des douleurs lombaires aiguës. [87] Cette avancée pourrait être bénéfique pour éviter la surmédicalisation, la discordance des discours entre les différents professionnels de santé, les tendances excessives à utiliser des technologies de diagnostic, l'exagération des diagnostics en période aiguë et diminuer les dépenses

totales de santé liées à la lombalgie. [9] La mise en place de cet accès direct nécessite également une formation adéquate des kinésithérapeutes pour assurer une prise en charge appropriée.

Les formations destinées à la prise en charge en première intention des patients lombalgiques aigus permettent d'acquérir des compétences basées sur les recommandations de la HAS ainsi que sur les données issues de la littérature scientifique actualisées. Parmi les objectifs de la formation, on retrouve la capacité du thérapeute à rassurer le patient sur l'évolution normale de la pathologie en fonction des croyances et des connaissances du patient, la sensibilisation à l'intérêt de la coordination multidisciplinaire ainsi que la capacité à réorienter le patient en présence de drapeaux rouges. À un coût abordable, cette formation s'inscrit dans le développement professionnel continu. Elle permet aux kinésithérapeutes d'acquérir des compétences nécessaires au traitement efficace des facteurs psycho-comportementaux des patients.

Il convient de souligner que, bien que difficile à objectiver, la communication est une compétence essentielle. Lorsqu'elle est efficace, elle permet de rassurer le patient à moindre coût dans le cadre d'une alliance thérapeutique forte en lui apportant des connaissances nécessaires sur sa pathologie et son évolution. Il est donc essentiel de reconnaître que la communication est une compétence à développer continuellement tout au long de sa carrière professionnelle. Par conséquent, elle doit être davantage intégrée dans le cursus de formation des étudiants en santé.

Pour conclure, les récentes avancées au sein du système de santé telles que le développement des MSP, l'introduction du dossier médical partagé et l'accès direct aux kinésithérapeutes offrent des perspectives prometteuses pour améliorer la prise en charge des patients lombalgiques. Le kinésithérapeute occupe donc une place centrale dans l'émergence de cette prise en charge pluriprofessionnelle.

5.2 Implication pour la recherche

Cette revue de littérature met en évidence le manque de données probantes au sujet de l'efficacité d'une intervention multidisciplinaire biopsychosociale chez les personnes présentant une lombalgie aiguë ou subaiguë. Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de pallier les biais et les limites des études analysées à l'aide d'une méthodologie rigoureuse.

Les données obtenues laissent sous-entendre qu'il serait intéressant d'intégrer un programme multidisciplinaire à une prise en charge usuelle chez les personnes lombalgiques présentant des facteurs de risques accrus de passage à la chronicité. De nouvelles données permettraient d'apporter une fiabilité quant à l'estimation de l'effet. En ce sens, il serait pertinent que les futures recherches s'intéressent aux modalités les plus efficaces pour la mise en place de programmes multidisciplinaires en tenant compte de facteurs tels que la durée, l'intensité, le contenu, le lieu de l'intervention et les coûts qu'elle engendre. La taille de l'échantillonnage et de la population choisie devra être rigoureuse afin de représenter au mieux la réalité de la population. De plus, un consensus devrait être trouvé entre les différents pays quant à la définition de la lombalgie non spécifique afin de faciliter la suite des recherches sur cette population donnée.

De plus, il serait judicieux d'intégrer des outils de dépistage des facteurs de risque de transition vers la chronicité dès le début de l'étude. En effet, leur utilisation pourrait faciliter la distinction des participants en fonction de la présence ou non de nombreux facteurs de risque. Par conséquent, les individus présentant un risque accru et ceux présentant un risque faible de transition vers une lombalgie chronique seront randomisés afin d'analyser comment les facteurs de risque plus prononcés influent sur l'effet de l'intervention multidisciplinaire. Ces résultats seront à corrélérer avec des études évaluant la balance bénéfice risque des interventions de ce type.

De récentes initiatives telles que l'accès direct et le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles émergent et semblent prometteuses. Cependant, en raison de leur récente mise en place, la littérature scientifique est encore limitée sur ce sujet. Il est donc nécessaire que de nouvelles recherches fournissent des preuves concernant l'efficacité de ces dispositifs pour la prise en charge des personnes souffrant de lombalgies aiguës.

Pour conclure, davantage de recherches sont requises dans le domaine de la communication afin de remettre cette compétence au centre de notre prise en charge. Il est pertinent d'examiner si l'inclusion de la formation en communication dans le cadre du modèle de soins bio-psycho-social peut améliorer la prise en charge globale et répondre de manière plus efficace aux besoins des patients. [37]

6. Bibliographie

- [1] Arrêté du 2 Septembre 2015 > Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
<https://legislation.ordremk.fr/2015/09/02/arrete-du-2-septembre-2015-2/>
- [2] Définition, causes et symptômes de la lombalgie
<https://www.ameli.fr/eure/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/comprendre-lombalgie>
- [3] Koes BW, Tulder MW van, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006;332:1430–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7555.1430>.
- [4] Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Haute Aut Santé n.d.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
- [5] Enjeu de santé publique <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>
- [6] Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012;64:2028–37.
<https://doi.org/10.1002/art.34347>.
- [7] Lombalgie n.d. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
- [8] Lombalgie. Statistique - Risques - INRS <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
- [9] Le gales C, Fontaine A, Mazeau V, Sarlon E. Rapport du GTNDO. 2023.
- [10] Assurance maladie. Le patient adulte atteint de lombalgie commune https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/Documents/346618/document/lombalgie-professionnels-de-sante_assurance-maladie.pdf
- [11] Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaim C, Hérisson C, Pelissier J, et al. [The role of an information booklet or oral information about back pain in reducing disability and fear-avoidance beliefs among patients with subacute and chronic low back pain. A randomized controlled trial in a rehabilitation unit]. *Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeducation Fonct Readaptation Med Phys* 2006;49:600–8.
<https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2006.05.003>.
- [12] 2013 - Recommandations de Bonne Pratique sur la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charge. CLOUD Mutual n.d. <https://cloud.monsite.link/index.php/s/nbrgRm5t3MsksgQ>
- [13] Peer RF, Shabir N. Iatrogenesis: A review on nature, extent, and distribution of healthcare hazards. *J Fam Med Prim Care* 2018;7:309–14. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_329_17.
- [14] Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother* 2015;61:68–76.
<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016>.

- [15] Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain Lond Engl* 2012;16:3–17. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.006>.
- [16] Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hübscher M, Goodall S. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *J Physiother* 2017;63:132–43. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.017>.
- [17] Signature d'un accord-clé avec les syndicats des masseurs-kinésithérapeutes 2023. <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2023-07-13-cp-signature-avenant7-mk>
- [18] R. 4321-83 Information du malade (article commenté) > Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes n.d. <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-envers-les-patients/r-4321-83-information-du-malade/>
- [19] Rossettini G, Carlino E, Testa M. Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskelet Disord* 2018;19:27. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1943-8>.
- [20] Bishop F, Al-Abbadey M, Roberts L, MacPherson H, Stuart B, Carnes D, et al. Direct and mediated effects of treatment context on low back pain outcome: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2021;11:e044831.
- [21] Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet Lond Engl* 2001;357:757–62. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)04169-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)04169-6).
- [22] Carlino E, Frisaldi E, Benedetti F. Pain and the context. *Nat Rev Rheumatol* 2014;10:348–55. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2014.17>.
- [23] Colloca: How placebo responses are formed: a learning... - Google Scholar
- [24] Lim YZ, Chou L, Au RT, Seneviwickrama KMD, Cicuttini FM, Briggs AM, et al. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *J Physiother* 2019;65:124–35. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.05.010>.
- [25] Verbeek J, Sengers M-J, Riemens L, Haafkens J. Patient Expectations of Treatment for Back Pain: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Studies. *Spine* 2004;29:2309–18. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000142007.38256.7f>.
- [26] Organisation mondiale de la santé (OMS). Éducation thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. 1998.
- [27] Éducation thérapeutique du patient (ETP). Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

- [28] DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Education thérapeutique du patient. Ministère Santé Prév 2023. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>
- [29] Prusiński T. The Strength of Alliance in Individual Psychotherapy and Patient’s Wellbeing: The Relationships of the Therapeutic Alliance to Psychological Wellbeing, Satisfaction With Life, and Flourishing in Adult Patients Attending Individual Psychotherapy. *Front Psychiatry* 2022;13:827321. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.827321>.
- [30] Babatunde F, MacDermid J, MacIntyre N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2017;17:375. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>.
- [31] Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract* 2020;36:886–98. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1516015>.
- [32] Alodaibi F, Beneciuk J, Holmes R, Kareha S, Hayes D, Fritz J. The Relationship of the Therapeutic Alliance to Patient Characteristics and Functional Outcome During an Episode of Physical Therapy Care for Patients With Low Back Pain: An Observational Study. *Phys Ther* 2021;101:pzab026. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab026>.
- [33] Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient. 1st ed. Paris: MASSON; 2007.
- [34] Bioy, Bourgeois, Nègre A Françoise, Isabelle. Communication soignant-soigné. 3rd ed. Péronnas: BREAL; 2013.
- [35] Phaneuf M. La relation soignant-soigné. 2nd ed. Montréal: CHENELIERE; 2016.
- [36] Al-Wardat M, Etoom M, Lena F, Pellicciari L, D’Amone F, Kossi O, et al. Exploring Communication Practices in Italian Physiotherapy: Knowledge and Use of Effective Communication Strategies—A National Descriptive Study. *Healthcare* 2023;11:2247. <https://doi.org/10.3390/healthcare11162247>.
- [37] Popa-Velea O, Purcărea V. Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. *J Med Life* 2014;7:39–45.
- [38] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
- [39] Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Falla D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Br J Sports Med* 2019;53:554–9. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098673>.
- [40] Cleland JA, Fritz JM, Brennan GP. Predictive validity of initial fear avoidance beliefs in patients with low back pain receiving physical therapy: is the FABQ a useful screening tool for identifying patients at risk for a poor recovery? *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc* 2008;17:70–9. <https://doi.org/10.1007/s00586-007-0511-y>.

- [41] Darnall BD, Sturgeon JA, Cook KF, Taub CJ, Roy A, Burns JW, et al. Development and Validation of a Daily Pain Catastrophizing Scale. *J Pain* 2017;18:1139–49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.05.003>.
- [42] Ruokolainen O, Haapea M, Linton S, Korniloff K, Häkkinen A, Paananen M, et al. Construct validity and reliability of Finnish version of Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Scand J Pain* 2016;13:148–53. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.002>.
- [43] González P, Nuñez A, Merz E, Brintz C, Weitzman O, Navas E, et al. Measurement Properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D 10): Findings from HCHS/SOL. *Psychol Assess* 2017;29:372–81. <https://doi.org/10.1037/pas0000330>.
- [44] Bilberg R, Nørgaard B, Roessler KK, Overgaard S. Test-retest reliability of Common Mental Disorders Questionnaire (CMDQ) in patients with total hip replacement (THR). *BMC Psychol* 2014;2:32. <https://doi.org/10.1186/s40359-014-0032-5>.
- [45] Larsen AR, Engsbro AL, Bytzer P. Screening instruments for anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome are ambiguous. *Dan Med J* 2014;61:A4785.
- [46] Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ* 1993;306:1437–40. <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6890.1437>.
- [47] Busija L, Pausenberger E, Haines TP, Haymes S, Buchbinder R, Osborne RH. Adult measures of general health and health-related quality of life: Medical Outcomes Study Short Form 36-Item (SF-36) and Short Form 12-Item (SF-12) Health Surveys, Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Short Form 6D (SF-6D), Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), Quality of Well-Being Scale (QWB), and Assessment of Quality of Life (AQoL). *Arthritis Care Res* 2011;63 Suppl 11:S383-412. <https://doi.org/10.1002/acr.20541>.
- [48] HeTOP n.d. <https://www.hetop.eu/hetop/>.
- [49] Ma L-L, Wang Y-Y, Yang Z-H, Huang D, Weng H, Zeng X-T. Methodological quality (risk of bias) assessment tools for primary and secondary medical studies: what are they and which is better? *Mil Med Res* 2020;7:7. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00238-8>.
- [50] Rendón-Becerra CA, Ortiz-Martínez RA. Comparación de dos protocolos de manejo en preeclampsia severa, lejos del término, y resultados maternos y neonatales: una cohorte histórica Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia). *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2016;67:26–35. <https://doi.org/10.18597/rcog.371>.
- [51] Choudhry NK, Fifer S, Fontanet CP, Archer KR, Sears E, Bhatkhande G, et al. Effect of a Biopsychosocial Intervention or Postural Therapy on Disability and Health Care Spending Among Patients With Acute and Subacute Spine Pain: The SPINE CARE Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2022;328:2334–44. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22625>.
- [52] Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HCW, Knol DL, Loisel P, et al. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine* 2007;32:291–8; discussion 299-300. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000253604.90039.ad>.

- [53] Bronfort G, Maiers M, Schulz C, Leininger B, Westrom K, Angstman G, et al. Multidisciplinary integrative care versus chiropractic care for low back pain: a randomized clinical trial. *Chiropr Man Ther* 2022;30:10. <https://doi.org/10.1186/s12998-022-00419-3>.
- [54] Kumar S, Negi MPS, Sharma VP, Shukla R, Dev R, Mishra UK. Efficacy of two multimodal treatments on physical strength of occupationally subgrouped male with low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2009;22:179–88. <https://doi.org/10.3233/BMR-2009-0234>.
- [55] Langagergaard V, Jensen OK, Nielsen CV, Jensen C, Labriola M, Sørensen VN, et al. The comparative effects of brief or multidisciplinary intervention on return to work at 1 year in employees on sick leave due to low back pain: A randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2021;35:1290–304. <https://doi.org/10.1177/02692155211005387>.
- [56] Pernille, Nielsen CV, Andersen MH, Langagergaard V, Boes A, Jensen OK, 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* 2017;17:959. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4975-3>.
- [57] Ryyänen K, Oura P, Simula A-S, Holopainen R, Paukkunen M, Lausmaa M, et al. Effectiveness of training in guideline-oriented biopsychosocial management of low-back pain in occupational health services - a cluster randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2021;47:367–76. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3959>.
- [58] Wand BM, Bird C, McAuley JH, Doré CJ, MacDowell M, De Souza LH. Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine* 2004;29:2350–6. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000143619.34308.b4>.
- [59] Henchoz Y, de Goumoëns P, So AKL, Paillex R. Functional multidisciplinary rehabilitation versus outpatient physiotherapy for non specific low back pain: randomized controlled trial. *Swiss Med Wkly* 2010;140:w13133. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13133>.
- [60] Suni JH, Kolu P, Tokola K, Raitanen J, Rinne M, Taulaniemi A, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of neuromuscular exercise and back care counseling in female healthcare workers with recurrent non-specific low back pain: a blinded four-arm randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2018;18:1376. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6293-9>.
- [61] Whitfill T, Haggard R, Bierner SM, Pransky G, Hassett RG, Gatchel RJ. Early intervention options for acute low back pain patients: a randomized clinical trial with one-year follow-up outcomes. *J Occup Rehabil* 2010;20:256–63. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9238-4>.
- [62] Schiltenswolf M, Buchner M, Heindl B, von Reumont J, Müller A, Eich W. 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* 2006;15:1083–92. <https://doi.org/10.1007/s00586-005-0008-5>.
- [63] Jensen C, Jensen OK, Christiansen DH, Nielsen CV. One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *Spine* 2011;36:1180–9. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181eba711>.

- [64] Campello M, Ziemke G, Hiebert R, Weiser S, Brinkmeyer M, Fox B, 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* 2012;177:1075–80. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-12-00118>.
- [65] Eisenberg DM, Buring JE, Hrbek AL, Davis RB, Connelly MT, Cherkin DC, et al. A model of integrative care for low-back pain. *J Altern Complement Med N Y N* 2012;18:354–62. <https://doi.org/10.1089/acm.2011.0408>.
- [66] Rantonen J, Karppinen J, Vehtari A, Luoto S, Viikari-Juntura E, Hupli M, et al. Effectiveness of three interventions for secondary prevention of low back pain in the occupational health setting - a randomised controlled trial with a natural course control. *BMC Public Health* 2018;18:598. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5476-8>.
- [67] Mas RR, López-Jiménez T, Pujol-Ribera E, Martín MIF-S, Moix-Queraltó J, Montiel-Morillo E, 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* 2019;19:962. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4810-x>.
- [68] Pedersen KKW, Langagergaard V, Jensen OK, Nielsen CV, Sørensen VN, Pedersen P. Two-Year Follow-Up on Return to Work in a Randomised Controlled Trial Comparing Brief and Multidisciplinary Intervention in Employees on Sick Leave Due to Low Back Pain. *J Occup Rehabil* 2022;32:697–704. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10030-1>.
- [69] Bendix AF, Bendix T, Lund C, Kirkbak S, Ostefeld S. Comparison of three intensive programs for chronic low back pain patients: a prospective, randomized, observer-blinded study with one-year follow-up. *Scand J Rehabil Med* 1997;29:81–9.
- [70] Bordas: Guies de pràctica clínica i material docent.... - Google Scholar
- [71] Monticone M, Frigau L, Vernon H, Rocca B, Giordano A, Simone Vullo S, 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* 2020;56:600–6. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06158-4>.
- [72] Swinkels-Meewisse EJCM, Swinkels R a. HM, Verbeek ALM, Vlaeyen JWS, Oostendorp R a. B. Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Man Ther* 2003;8:29–36. <https://doi.org/10.1054/math.2002.0484>.
- [73] Soer R, Vroomen P, Stewart R, Coppes M, Stegeman P, Dijkstra P, et al. Factor analyses for the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire for working and nonworking patients with chronic low back pain. *Spine J Off J North Am Spine Soc* 2017;17:603–9. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2016.11.018>.
- [74] Wheeler CHB, Williams AC de C, Morley SJ. Meta-analysis of the psychometric properties of the Pain Catastrophizing Scale and associations with participant characteristics. *Pain* 2019;160:1946–53. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001494>.

- [75] Ogunlana MO, Odole AC, Adejumo A, Odunaiya N. Catastrophising, pain, and disability in patients with nonspecific low back pain. *Hong Kong Physiother J* 2015;33:73. <https://doi.org/10.1016/j.hkpj.2015.03.001>.
- [76] George SZ, Valencia C, Beneciuk JM. A psychometric investigation of fear-avoidance model measures in patients with chronic low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2010;40:197–205. <https://doi.org/10.2519/jospt.2010.3298>.
- [77] Carleton RN, Thibodeau MA, Teale MJN, Welch PG, Abrams MP, Robinson T, et al. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A Review with a Theoretical and Empirical Examination of Item Content and Factor Structure. *PLoS ONE* 2013;8:e58067. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0058067>.
- [78] Favre-Bonté J. Haute Autorité de santé 2017.
- [79] Haase I, Winkeler M, Imgart H. Ascertaining minimal clinically meaningful changes in symptoms of depression rated by the 15-item Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale. *J Eval Clin Pract* 2022;28:500–6. <https://doi.org/10.1111/jep.13629>.
- [80] Díaz-Arribas MJ, Fernández-Serrano M, Royuela A, Kovacs FM, Gallego-Izquierdo T, Ramos-Sánchez M, et al. Minimal Clinically Important Difference in Quality of Life for Patients With Low Back Pain. *Spine* 2017;42:1908–16. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002298>.
- [81] Wee CC, Davis RB, Hamel MB. Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity. *Health Qual Life Outcomes* 2008;6:11. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-11>.
- [82] Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>.
- [83] Pallot A, Rostagno S. AMSTAR-2 : traduction française de l'échelle de qualité méthodologique pour les revues de littérature systématiques. *Kinésithérapie Rev* 2021;21:13–4. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.12.050>.
- [84] Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, Röder C, Hendrick P, Darlow B, et al. Predicting the transition from acute to persistent low back pain. *Occup Med Oxf Engl* 2011;61:127–31. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq194>.
- [85] Constitution d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisations-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp>
- [86] Le DMP en pratique n.d. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
- [87] La loi permettant l'accès direct aux kinésithérapeutes exerçant dans un certain nombre de structures a été publiée. *Ordre Masseurs-Kinésithérapeutes* 2023. <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/le-senat-et-lassemblee-nationale-adoptent-definitivement-lacces-direct-aux-kinesitherapeutes/>

7. Annexes

Annexe 1 : Echelle PEDro

Annexe 2 : Tableaux des résultats issus des études

Annexe 3 : Grade des recommandations selon les recommandations de bonne pratique de la HAS

Annexe 4 : Facteurs qui influencent la cotation de la qualité des données scientifiques selon les recommandations de bonne pratique de la HAS

Annexe 5 : Niveaux de preuve d'après les recommandations de bonne pratiques de la HAS

Annexe 6 : Echelle AMSTAR 2

Annexe 1 : Echelle 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 2 : Tableaux des résultats issus des études

▪ **M. Schiltewolf et al [62] :**

	Groupe expérimental N=31	Groupe contrôle N=33
CES-D	12,40 (±8,53)	9,87 (±8,51)

Différence intra-groupe, écart-type et valeur de P				
CES-D	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	3 semaines	6 mois	3 semaines	6 mois
	2,40 (± 4,6)	6,62 (±7,5) P=0.034	3,74 (±4,5)	-0,86 (±7,8) P=0.034

▪ **C. Jensen et al [63] :**

	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	T0	T1	T0	T1
Orebro (fear avoidance)	23,7 (5,9) N=172	16,1 (8,1) N=117	24,0 (8,5) N=169	16,0 (8,5) N=120
Physical Function (SF-36)	51,5 (20,6) N=175	70,3 (22,0) N=124	49,4 (22,3) N=173	70,6 (23,3) N=120
Role Physical (SF-36)	2,7 (9,9) N=169	44,8 (41,5) N=110	4,7 (17,7) N=169	50,6 (43,1) N=114
Bodily Pain (SF-36)	22,2 (14,9) N=175	51,0 (24,1) N=123	21,4 (15,0) N=173	53,0 (24,2) N=119
General Health (SF-36)	61,8 (20,8) N=175	62,8 (23,0) N=122	65,0 (18,4) N=172	61,3 (21,5) N=119
Vitality (SF-36)	41,3 (19,7) N=175	55,2 (25,0) N=122	40,2 (19,9) N=172	52,1 (23,8) N=119
Social function (SF-36)	67,8 (29,2) N=175	83,5 (23,5) N=123	70,1 (26,7) N=173	81,6 (21,9) N=120
Role Emotional (SF-36)	47,4 (44,5) N=168	71,8 (38,3) N=113	54,0 (44,3) N=168	68,8 (40,6) N=112
Mental health (SF-36)	63,9 (18,7) N=175	75,0 (19,8) N=123	64,3 (18,7) N=172	70,0 (20,3) N=120

	Taille d'effet	IC à 95%	Valeur de P
Orebro (fear avoidance)	-0,1	[-2,13 ; 1,90]	0,91
Physical Function (SF-36)	0,3	[-7,33 ; 3,11]	0,43
Role Physical (SF-36)	5,8	[-17,33 ; 4,99]	0,28
Bodily Pain (SF-36)	2	[-8,24 ; 3,83]	0,47
General Health (SF-36)	1,5	[-3,75 ; 5,74]	0,68
Vitality (SF-36)	3,1	[-4,35 ; 7,03]	0,64
Social function (SF-36)	1,9	[-3,96 ; 7,12]	0,57
Role Emotional (SF-36)	3	[-4,67 ; 15,60]	0,29
Mental health (SF-36)	5	[-0,08 ; 9,20]	0,046

▪ *M. Campello et al* [64]

Groupe expérimental N=16				Groupe contrôle N=17		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
CES-D	9,3 (5,9)	7,0 (5,3)	4,4 (4,3)	7,9 (6,9)	6,4 (5,2)	8,4 (7,4)
FABQ PS	14,2 (4,4)	9,4 (5,7)	5,7 (5,6)	14,9 (5,1)	13,9 (5,8)	10,7 (7,3)
FABQ WS	11,4 (8,7)	8,0 (7,1)	7,3 (4,9)	8,2 (8,7)	9,9 (6,0)	10,8 (9,1)
PCS	10,1 (6,0)	3,7 (3,7)	3,0 (3,7)	9,6 (8,8)	7,6 (5,5)	8,3 (7,9)

	Taille d'effet	IC à 95%	Taille d'effet	IC à 95%
CES-D	-0,6	[-4,33 ; 3,13] P=0,664	-4	[-8,33 ; 0,33] P=0,248
FABQ PS	-4,5	[-8,59 ; -0,41] P=0,227	-1,3	[-5,97 ; 3,37] P=0,123
FABQ WS	-1,9	[-6,56 ; 2,76] P=0,439	-3,5	[-8,74 ; 1,74] P=0,453
PCS	-3,9	[-7,25 ; -0,55] P=0,100	-5,3	[-9,73 ; -0,87] P=0,097

▪ *D. Eisenberg et al* [65]

	Groupe expérimental N=14					Groupe contrôle N=6				
	T0	T1	T2	T3	T4	T0	T1	T2	T3	T4
SF-12 Physique	32,5 (5,7)	31,5 (5,3)	42,3 (10,4)	48,5 (9,1)	51,0 (8,9)	36,6 (4,8)	41,0 (9,2)	41,6 (12,4)	42,7 (12,0)	43,8 (13,1)
SF-12 Mental	48,9 (9,3)	47,4 (11,9)	51,3 (11,4)	50,8 (9,7)	54,0 (5,5)	47,0 (14,5)	51,1 (15,6)	49,5 (14,8)	50,8 (13,1)	50,9 (12,1)

	T1		T2		T3		T4	
	Taille d'effet	IC à 95%	Taille d'effet	IC à 95%	Taille d'effet	IC à 95%	Taille d'effet	IC à 95%
SF-12 Physique	-9,5	[-16,28 ; -2,72] P=0,90	0,7	[-10,57 ; 11,97] P=0,38	5,8	[-4,44 ; 16,04] P=0,06	7,2	[-3,30 ; 17,70] P=0,03
SF-12 Mental	-3,7	[-17,06 ; 9,66] P=0,26	1,8	[-10,95 ; 14,55] P=0,59	0	[-11,02 ; 11,02] P=0,48	3,1	[-5,01 ; 11,21] P=1,0

▪ *J. Rantonen et al* [66]

	Groupe expérimental N=43		Groupe témoin N=43		Groupe contrôle N=50	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
FABQ	38 (14)	33 (15)	38 (12)	35 (13)	35 (12)	41 (13)
FABQ PS	13 (5)	11 (5)	14 (5)	12 (5)	12 (4)	13 (4)
FABQ WS	18 (7)	15 (7)	16 (7)	16 (8)	12 (4)	13 (4)

	Taille d'effet	IC à 95%	Valeur de P
FABQ	-8	[-14 ; -2]	0.01
FABQ PS	-2	[-4 ; 0]	0.06
FABQ WS	-5	[-8 ; -1]	0.01

▪ **R. Mas et al. [67]**

	Groupe expérimental N=262			Groupe contrôle N=239		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
SF-12 Physique	41,9 (9,0)	46,5 (8,7)	47,0 (8,9)	40,7 (9,3)	45,3 (9,8)	46,2 (9,5)
SF-12 Mental	43,4 (12,8)	48,8 (12,0)	48,9 (11,2)	42,3 (12,4)	45,5 (13,2)	47,0 (11,9)

	T1		T2	
	Taille d'effet	IC à 95%	Taille d'effet	IC à 95%
SF-12 Physique	0,4	[-1,6 ; 2,3] P=0,716	0,1	[-2,1 ; 2,3] P=0,922
SF-12 Mental	2,5	[-0,1 ; 5,0] P=0,061	0,5	[-2,3 ; 3,4] P=0,707

▪ **K. W Pedersen et al [68]**

Différence intra-groupe à 2 ans, IC à 95% et valeur de P				
Örebro	Faible relation de travail		Forte relation de travail	
	Groupe expérimental	Groupe contrôle	Groupe expérimental	Groupe contrôle
	-7,4 [-9,4 ; -5,3] P=0.76	-7,9 [-10 ; -5,7] P=0.76	-8,5 [-10,4 ; -6,5] P=0.54	-7,6 [-9,6 ; -5,6] P=0.54

Différence intra-groupe à 2 ans, IC à 95% et valeur de P				
CMDQ	Faible relation de travail		Forte relation de travail	
	Groupe expérimental	Groupe contrôle	Groupe expérimental	Groupe contrôle
	-5,9 [-8,7 ; -3] P=0,68	-5 [-8 ; -2,1] P=0,68	-5 [-6,8 ; -3,2] P=0,12	-7,2 [-9,2 ; -5,2] P=0,12

Annexe 3 : Grade des recommandations selon les recommandations de bonne pratique de la HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>	<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>	<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>	<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - études cas-témoins. <p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe 4 : Facteurs qui influencent la cotation de la qualité des données scientifiques selon les recommandations de bonne pratique de la HAS

Facteurs	Description du facteur	Niveau de qualité de départ (nombre de niveaux en moins ou en plus)
Type d'études	essais contrôlés randomisés	élevé
	études observationnelles*	faible
Facteurs qui peuvent diminuer le niveau de qualité des données scientifiques provenant d'études observationnelles et d'essais contrôlés randomisés	risque de biais	
	sérieux	(-1)
	très sérieux	(-2)
	hétérogénéité des résultats	
	importante	(-1)
	très importante	(-2)
	caractère direct des données	
	incertitude	(-1)
	incertitude majeure	(-2)
	imprécision	
	sérieuse	(-1)
	très sérieuse	(-2)
	biais de publication	
	probable	(-1)
	très probable	(-2)

Annexe 5 : Niveaux de preuve d'après les recommandations de bonne pratiques de la HAS

Niveau de preuve	Description
Niveau A	Il existe une (des) méta-analyse(s) de bonne qualité ou plusieurs essais randomisés de bonne qualité dont les résultats sont cohérents. De nouvelles données ne changeront très probablement pas la confiance en l'effet estimé.
Niveau B	Il existe des preuves de qualité correcte (essais randomisés [B1] ou études prospectives ou rétrospectives [B2]) avec des résultats dans l'ensemble cohérents. De nouvelles données peuvent avoir un impact sur la confiance dans l'estimation de l'effet, et peuvent changer l'estimation.
Niveau C	Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique et/ou les résultats des essais ne sont pas toujours cohérents entre eux. De nouvelles données auront très probablement un impact important sur la confiance dans l'estimation de l'effet et changeront probablement l'estimation.
Niveau D	Il n'existe pas de données ou seulement des séries de cas. Il existe une forte incertitude sur l'effet estimé.

Annexe 6 : Echelle AMSTAR 2

Tableau I. Traduction française de AMSTAR-2.

Items	Cotation
1	Est-ce que les questions de recherche et les critères d'inclusion de la revue ont inclus les critères PICO ?
2	Est-ce que le rapport de la revue contenait une déclaration explicite indiquant que la méthode de la revue a été établie avant de conduire la revue ? Est-ce que le rapport justifiait toute déviation significative par rapport au protocole ?
3	Les auteurs ont-ils expliqué leur choix de schémas d'étude à inclure dans la revue ?
4	Les auteurs ont-ils utilisé une stratégie de recherche documentaire exhaustive ?
5	Les auteurs ont-ils effectué en double la sélection des études ?
6	Les auteurs ont-ils effectuée en double l'extraction des données ?
7	Les auteurs ont-ils fourni une liste des études exclues et justifié les exclusions ?
8	Les auteurs ont-ils décrit les études incluses de manière suffisamment détaillée ?
9	Les auteurs ont-ils utilisé une technique satisfaisante pour évaluer le risque de biais des études individuelles incluses dans la revue ?
10	Les auteurs ont-ils indiqué les sources de financement des études incluses dans la revue ?
11	Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs ont-ils utilisé des méthodes appropriées pour la combinaison statistique des résultats ?
12	Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs ont-ils évalué l'impact potentiel des risques de biais des études individuelles sur les résultats de la méta-analyse ou d'une autre synthèse des preuves ?
13	Les auteurs ont-ils pris en compte le risque de biais des études individuelles lors de l'interprétation / de la discussion des résultats de la revue ?
14	Les auteurs ont-ils fourni une explication satisfaisante pour toute hétérogénéité observée dans les résultats de la revue, et une discussion sur celle-ci ?
15	S'ils ont réalisé une synthèse quantitative, les auteurs ont-ils mené une évaluation adéquate des biais de publication (biais de petite étude) et ont discuté de son impact probable sur les résultats de la revue ?
16	Les auteurs ont-ils rapporté toute source potentielle de conflit d'intérêts, y compris tout financement reçu pour réaliser la revue ?

N°19016568- CASORLA-Laurie- N°32

Titre (en français) : Impact d'une intervention multidisciplinaire biopsychosociale sur l'évolution favorable de la lombalgie commune aiguë

Titre (en anglais) : Effect of a multidisciplinary biopsychosocial intervention on the successful evolution in acute low back pain

Résumé (en français) : **Introduction :** La lombalgie est un enjeu de santé publique au vu des coûts qu'elle engendre lorsqu'elle devient chronique. Face à ce défi, il est essentiel de dépister les facteurs de risque de chronicisation afin d'intervenir dessus et ainsi prévenir la transition vers une lombalgie permanente. Certains facteurs, tels que les aspects psycho-comportementaux et les effets iatrogènes, sont susceptibles d'être modifiés. **Objectif :** Evaluer l'intérêt d'une intervention multidisciplinaire biopsychosociale comparée aux soins thérapeutiques usuels sur les facteurs psycho-comportementaux du patient lombalgique aigu ou subaigu. **Méthode :** Sur des bases de données scientifiques, 7 essais cliniques randomisés correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été inclus dans la revue. **Résultats :** Les résultats obtenus ne nous permettent pas d'attester de l'effet significatif ni de la pertinence clinique de l'ajout d'une intervention multidisciplinaire à un traitement classique sur les facteurs de risque psycho-comportementaux (drapeaux jaunes) chez les patients lombalgiques en phase aiguë ou subaiguë. **Discussion :** Au vu de l'effet peu concluant d'une approche multidisciplinaire sur les facteurs de risque psycho-comportementaux, des exigences en termes de temps, de coût, de contraintes à la fois pour les thérapeutes que pour les patients, il apparaît une balance bénéfique risque nulle. A l'avenir, il serait pertinent d'évaluer l'impact de l'intervention sur une population présentant des facteurs de risque psycho-comportementaux d'une gravité plus marquée. **Conclusion :** Des études supplémentaires sont nécessaires afin de mettre en évidence de façon significative l'impact d'une intervention multidisciplinaire biopsychosociale sur les attitudes et croyances face à la douleur ainsi que la dépression et la qualité de vie. De nouveaux dispositifs comme l'accès direct et les maisons de santé pluriprofessionnelles sont prometteuses en permettant une coordination entre les différents professionnels de santé, un parcours de soin simplifié et une réduction des facteurs de risque liés à la iatrogénie.

Résumé (en anglais) : **Introduction :** Low back pain is a public health issue, given the costs involved when it becomes chronic. In order to overcome this challenge, it is essential to identify the risk factors for chronicity in order to manage them and prevent the transition to permanent low back pain. Some factors, such as psychological and behavioural aspects and iatrogenic effects, can be modified. **Objective :** To assess the benefit of a multidisciplinary biopsychosocial intervention compared with standard therapeutic care on psychobehavioural factors in patients with acute or subacute low back pain. **Method :** Based on scientific databases, 7 randomised clinical trials corresponding to the inclusion and exclusion criteria were included in the review. **Results:** The results obtained do not allow us to attest to the significant effect or clinical validity of adding a multidisciplinary intervention to conventional treatment on psycho-behavioural risk factors (yellow flags) in patients with acute or subacute low back pain. **Discussion :** Given the limited effect of a multidisciplinary approach on psycho-behavioural risk factors, along with time, cost, and logistical constraints for both therapists and patients, a null risk-benefit balance appears. In the future, it would be pertinent to assess the intervention's impact on a population with more pronounced psycho-behavioral risk factors. **Conclusion :** Additional studies are needed to significantly demonstrate the impact of a biopsychosocial multidisciplinary intervention on pain attitudes and beliefs, as well as depression and quality of life. New initiatives such as direct access and multiprofessional health centers show promise by facilitating coordination between different healthcare professionals, simplifying care pathways, and reducing iatrogenic risk factors.

Mots clés (en français) : Intervention multidisciplinaire, biopsychosociale, lombalgie aiguë

Key words (en anglais) : Multidisciplinary intervention, biopsychosocial, acute low back pain