

LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DES LOMBALGIES

Document préparé pour

**la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des
accidents au travail du Nouveau-Brunswick**

par

**Docteur Eric R. Gozna, M.D., FRCSC
Chirurgien orthopédiste
Médecin consultant principal
CSSIAT du Nouveau-Brunswick**

Tous droits réservés : Docteur E. Gozna, 2001

TABLE DES MATIÈRES

N° DE LIGNE DIRECTRICE	SUJET	PAGE
	<i>COMMENT UTILISER LES PRÉSENTES LIGNES DIRECTRICES</i>	4
	<u>INTRODUCTION ET APERÇU</u>	5
	<u>TABLEAU RÉCAPITULATIF DES LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE LOMBALGIES</u>	8
1.	<u>ÉVALUATION MÉDICALE DES LOMBALGIES</u>	10
2.	<u>TRAITEMENT MÉDICAL</u>	16
3.	<u>RADIOGRAPHIES SIMPLES</u>	21
4.	<u>ÉTUDES EN LABORATOIRE</u>	23
5.	<u>ÉDUCATION</u>	24
6.	<u>MODIFICATION DES ACTIVITÉS ET DU TRAVAIL</u>	26
7.	<u>TRAITEMENT ACTIF PAR OPPOSITION À TRAITEMENT PASSIF</u>	27
8.	<u>MÉDICAMENTS</u>	30
9.	<u>REPOS AU LIT</u>	32
10.	<u>PHYSIOTHÉRAPIE</u>	33
11.	<u>MANIPULATIONS VERTÉBRALES</u>	35
12.	<u>NEUROSTIMULATION TRANSCUTANÉE</u>	36
13.	<u>TRACTION (À L'HÔPITAL)</u>	37
14.	<u>ACUPUNCTURE / AIGUILLE SÈCHE</u>	38
15.	<u>SOUTIENS LOMBAIRES</u>	39
16.	<u>SEMELLES ORTHOPÉDIQUES, ÉLÉVATIONS POUR CHAUSSURES OU ORTHÈSES DE SOULIER</u>	40
17.	<u>TOMODENSITOMÉTRIE, IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM), TOMODENSITOMÉTRIE-MYÉLOGRAPHIE</u>	41
18.	<u>SCINTIGRAPHIE OSSEUSE</u>	43
19.	<u>ÉLECTRODIAGNOSTICS (ÉLECTROGRAPHIE, CONDUCTION NERVEUSE ET POTENTIELS ÉVOQUÉS SENSORIELS)</u>	44
20.	<u>ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE</u>	45

TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

N° DE LIGNE DIRECTRICE	SUJET	PAGE
21.	<u>ÉVALUATION ERGONOMIQUE</u>	46
22.	<u>PROGRAMMES DE CONDITIONNEMENT AU TRAVAIL</u>	47
23.	<u>DISCECTOMIE (CLASSIQUE / MICRO / PERCUTANÉE)</u>	48
24.	<u>STÉNOSE DU CANAL RACHIDIEN</u>	50
25.	<u>ARTHRODÈSE</u>	52
26.	<u>PROGRAMMES INTERDISCIPLINAIRES</u>	53
27.	<u>ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE</u>	55
28.	<u>ÉPREUVE DE RÉSISTANCE ET D'AMPLITUDE ARTICULAIRE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR</u>	56
29.	<u>DISCOGRAPHIE</u>	57
30.	<u>THERMOGRAPHIE</u>	58
31.	<u>INJECTIONS ÉPIDURALES DE CORTICOSTÉROÏDES</u>	59
32.	<u>INFILTRATIONS DES FACETTES ARTICULAIRES (DE NATURE DIAGNOSTIQUE OU THÉRAPEUTIQUE)</u>	60
33.	<u>INJECTIONS DANS LA ZONE GÂCHETTE</u>	61
34.	<u>INJECTIONS LIGAMENTAIRES SCLÉROSANTES (SCLÉROTHÉRAPIE / PROLOTHÉRAPIE)</u>	62
35.	<u>CHIMIONUCLÉOLYSE</u>	63
36.	<u>RÉTROACTION ÉLECTROMYOGRAPHIQUE BIOLOGIQUE</u>	64
37.	<u>RENOIS À UN SPÉCIALISTE</u>	65
38.	<u>RESSOURCES OFFERTES À LA CSSIAT</u>	66
39.	<u>DRAPEAUX ROUGES</u>	67
40.	<u>DRAPEAUX JAUNES</u>	70
41.	<u>LOMBALGIE SIMPLE ET SCIATALGIE</u>	73
42.	<u>EXEMPLES DE FACTEURS POSTURAUX CONTRIBUANT À LA LOMBALGIE</u>	79
	<u>POLITIQUE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE LORSQU'IL S'AGIT D'AIDER LES PATIENTS À RETOURNER AU TRAVAIL</u>	83
	<u>DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE</u>	88
	<u>INDEX</u>	90

COMMENT UTILISER LES PRÉSENTES LIGNES DIRECTRICES

Les présentes lignes directrices ont été élaborées afin de faciliter le processus de diagnostic des lombalgies pour les cliniciens et les responsables de cas. Elles sont présentées de la façon suivante :

- Pages 2 et 3** Table des matières contenant la liste des lignes directrices et les numéros de page correspondants.
- Pages 5 à 7** Introduction et aperçu des lignes directrices cliniques.
- Pages 8 et 9** Tableau résumant les interventions thérapeutiques et diagnostiques appropriées ou inappropriées au cours des quatre phases d'une lombalgie. Ce tableau précise si un diagnostic doit être posé ou si un traitement doit être suggéré selon le type de lombalgie. Les recommandations sont numérotées et un lien est établi avec les lignes directrices détaillées qui suivent dans le corps du texte.
- Pages 10 à 82** Lignes directrices précises numérotées de 1 à 42. Cette section comporte un *aperçu* suivi des *lignes directrices* relatives aux recommandations précises fondées sur la meilleure expérience clinique, avec références à l'appui. Les références et les codes de source sont résumés dans les bas de page.
- Pages 83 à 87** Politique de l'Association médicale canadienne en matière de reprise du travail. Puisqu'il s'agit d'une politique très importante, elle a été reproduite intégralement dans cette section.
- Pages 88 et 89** Références ayant servi de fondement aux lignes directrices figurant dans le présent document.
- Pages 90 à 92** Index par sujet et numéro de page.

NOTE DE L'AUTEUR

Une saine gestion médicale est un équilibre entre la science et l'art! La science s'exprime dans le modèle biologique de la maladie et est appuyée par l'émergence de données fondées sur des faits. L'art se manifeste dans l'appréciation des facteurs psychosociaux de la maladie. Dans le cas de la dorsalgie, les « drapeaux jaunes » peuvent s'avérer d'importants agents de dissuasion qui nuisent au processus de guérison et qui sont, malheureusement, trop souvent laissés oubliés. Le traitement fructueux de la lombalgie nécessite que l'on tienne compte tant de la science que de l'art.

L'élaboration du présent document est fondée sur les lignes directrices de la commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique, auxquelles d'ailleurs on fait souvent référence. Nous ne sommes pas ici en présence d'un dogme strict, mais plutôt d'un guide général s'adressant à tous ceux qui œuvrent dans le domaine du traitement de ce sujet bien complexe. De plus, puisque les données sur le sujet sont sans cesse renouvelées, la mise à jour de ces lignes directrices devra donc se faire de façon constante.

Docteur Eric Gozna, M.D., FRCSC
Chirurgien orthopédiste
Médecin consultant principal
CSSIAT du Nouveau-Brunswick
Février 2001

INTRODUCTION ET APERÇU

- **Objectif** : Les présentes lignes directrices ont été élaborées à l'intention des praticiens et des responsables de cas afin de les aider à poser un diagnostic et à proposer un traitement pour les lombalgies qui seront fondés sur des recommandations s'appuyant sur des données probantes. L'objectif de ce document consiste à promouvoir de meilleurs résultats pour les patients grâce à une pratique uniforme, efficace, économique et factuelle.
- **Résumé des principes fondamentaux en matière de diagnostic et de gestion** : La gestion médicale efficace repose sur trois exigences fondamentales :
 1. L'établissement d'un *diagnostic de travail* (lombalgie simple, sciatgie et autres, c'est-à-dire les drapeaux rouges).
 2. La mesure de la *phase* de la lombalgie (aiguë, subaiguë, chronique, récurrente).
 3. Le repérage et le traitement des *drapeaux jaunes* (en milieu de travail et psychosociaux) et la mesure de leur double rôle à titre de facteurs psychologiques de la douleur et d'agents de dissuasion fonctionnels.

À ce titre, l'on reconnaît les principes fondamentaux suivants :

1. La première évaluation médicale doit s'appliquer d'abord à écarter toute lésion médullaire grave possible (drapeaux rouges) pour laquelle des évaluations et des interventions précises sont nécessaires.
2. En l'absence de drapeaux rouges, le diagnostic de travail révélera une lombalgie non spécifique (simple) ou une sciatgie, dont la prise en charge sera fondée sur la phase (aiguë, subaiguë, chronique, récurrente) ainsi que le repérage et le traitement des drapeaux jaunes.
3. Les drapeaux jaunes constituent d'importants agents de dissuasion non physiques (en milieu de travail, psychosociaux) qui nuisent à la réadaptation fonctionnelle et à la reprise du travail.
4. Les drapeaux jaunes peuvent s'avérer des agents de dissuasion plus importants que les problèmes médicaux en ce qui a trait à la reprise du travail.
5. Les drapeaux jaunes revêtent une importance de plus en plus grande au fur et à mesure que la lombalgie passe de la phase aiguë à la phase subaiguë et à la phase chronique.
6. Les drapeaux jaunes se révèlent d'importants indicateurs des résultats médicaux et chirurgicaux.
7. Plus de 80 % des patients atteints d'une lombalgie simple aiguë s'en remettent sans incident dans un mois, et ce, sans aucune intervention.
8. La promotion de l'activité physique se révèle l'une des plus importantes recommandations que l'on puisse faire à un patient.
9. Il faut encourager les patients à rester au travail (selon un programme de travail modifié) et à reprendre un rythme de vie normal dès que possible.
10. Dans le cas d'une lombalgie simple aiguë ou d'une sciatgie peu grave, des études en imagerie ou des évaluations plus poussées ne sont généralement pas nécessaires. Les interventions et les évaluations coûteuses ne sont pas garanties.
11. En général, on peut soulager la douleur de façon efficace grâce à des médicaments en vente libre.
12. Une période de repos au lit au-delà de 24 à 48 heures n'est pas recommandée et peut affaiblir davantage le patient.
13. Un examen neurologique préliminaire judicieux se révèle un élément fondamental à la prise en charge d'une sciatgie présumée.

14. La période de réadaptation des patients atteints d'une sciatalgie peu grave peut s'avérer plus longue que celle des patients atteints d'une lombalgie simple aiguë. Par contre, le traitement est le même (c'est-à-dire promotion de l'activité physique) et aucune évaluation plus poussée n'est requise tant que l'état du patient est considéré comme résolu sur le plan clinique.
15. Dans les trois premiers mois de l'apparition des symptômes de lombalgie, seuls les patients montrant des symptômes probants d'une lésion médullaire grave, des symptômes débilissants de sciatalgie ou une incapacité neurologique importante ou évolutive confirmée par des études en imagerie peuvent s'attendre à bénéficier d'une intervention chirurgicale.

- **Résultats prévus**

1. Diminution de la morbidité liée à la lombalgie en raison de la mise en œuvre de la gestion des meilleures pratiques qui préconise une méthode de traitement active plutôt que passive.
2. Une meilleure qualité de vie en raison d'une diminution des comportements de fuite de la douleur, une reprise du travail rapide et une plus grande participation du patient grâce au maintien d'un programme de conditionnement physique et d'un mode de vie actif.
3. En matière de soulagement de la douleur liée à la lombalgie, mise en évidence du modèle bio-psycho-social au détriment du modèle biologique (médical). Le modèle bio-psycho-social examine les agents renforçateurs psychosociaux et du milieu de travail de l'incapacité.
4. Modification du système de soins de santé en raison d'une utilisation accrue des interventions fondées sur des données probantes et d'une diminution du nombre de pratiques non fondées sur les résultats disponibles.

- **Documents de référence et références précises** : Les sources suivantes ont été utilisées lors du processus d'adoption de ces lignes directrices :

1. *Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain*. Commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique, 4 octobre 1995.
2. *La lombalgie aiguë chez l'adulte : évaluation et traitement. Guide de pratique clinique numéro 14*. Publication de l'AHCPR n° 95-0642. Department of Health and Human Services des États-Unis, décembre 1994.
3. *Treatment Guidelines for Low Back Problems (Section 70)*. Department of Industrial Relations, State of California, 1994.
4. *Neck and Back Pain: Scientific Evidence of Cause, Diagnosis and Treatment*. Éditeurs : Alf L. Nachemson, Egon Jonsson; Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
5. Ouvrages de référence particuliers énumérés à la fin de ce document.

Les trois premiers documents sources ont fourni des recommandations fondées sur des données probantes jusqu'en 1995. Le texte de Nachemson et Jonsson publié en 2000 constitue une mise à jour de ces références et couvre la période allant jusqu'à 1998. Le cas échéant, des références plus récentes ont été insérées dans le texte et sont énumérées à l'annexe Références.

- **Cote** : Le système d'évaluation est constitué de quatre niveaux de preuves scientifiques fondées sur le sérieux des études. Un cinquième niveau (E) est fondé sur un consensus d'experts pour l'étude citée :

A = Niveau élevé, argument fondé sur de nombreuses études scientifiques de grande qualité à l'appui.

- B = Niveau moyennement élevé**, argument fondé sur une étude scientifique de grande qualité à l'appui ou de nombreuses études scientifiques pertinentes.
- C = Niveau faible**, argument fondé sur au moins une étude scientifique.
- D = Aucun argument** fondé sur une étude scientifique pertinente.
- E =** Interprétation d'un comité d'experts qui ne répond pas aux critères d'inclusion en tant que preuve fondée sur la recherche.

Les recommandations fondées sur les lignes directrices de l'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPH) sont marquées d'un astérisque (*). Les recommandations fondées sur les lignes directrices de la Californie sont marquées d'un carré (#). Enfin, les recommandations fondées sur les lignes directrices pour la pratique clinique de la commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique sont marquées d'une étoile (◇). Celles tirées de la publication de Nachemson et Jonsson sont marquées du symbole (⊕). Les recommandations formulées par l'auteur et appuyées par la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail (CSSIAT) du Nouveau-Brunswick sont marquées du symbole (Δ). S'il y a lieu, ces cotes sont suivies d'une lettre (A, B, etc.) qui rend compte de l'importance de l'argument. Par souci de commodité, ces cotes sont répétées au bas de chaque page.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE LOMBALGIES

PHASE AIGUË (MOINS DE 1 MOIS)		PHASE SUBAIGUË (1 À 3 MOIS)		PHASE CHRONIQUE (PLUS DE 3 MOIS)	
APPROPRIÉ		APPROPRIÉ		APPROPRIÉ	
Diagnostic	Recommandations	Diagnostic	Recommandations	Diagnostic	Recommandations
<p>Évaluation médicale (1).</p> <p>S'IL N'Y A AUCUN DRAPEAU ROUGE, AUCUNE AUTRE ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE N'EST NÉCESSAIRE.</p>	<p>Traitement médical (2).</p> <p>PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE! (7)</p> <p>Éduquer, rassurer (5).</p> <p>Encourager à demeurer au travail ou à accepter un travail modifié (6).</p>	<p>Évaluation médicale (1).</p> <p>S'IL N'Y A AUCUN DRAPEAU ROUGE, EXAMINER LES DRAPEAUX JAUNES (40)</p>	<p>Traitement médical (2).</p> <p>Encourager à demeurer au travail ou à accepter un travail modifié (6).</p> <p>Dissuader les modes de traitement passifs (41).</p>	<p>Évaluation médicale pour exclure les drapeaux rouges (1).</p> <p>Si la capacité du patient à travailler est en doute, envisager une évaluation de la capacité fonctionnelle (27).</p>	<p>Traitement médical axé sur les capacités fonctionnelles plutôt que sur l'élimination de la douleur ou de l'inconfort (2).</p> <p>S'IL N'Y A AUCUN DRAPEAU ROUGE, RENVOYER LE PATIENT À UN SPÉCIALISTE AFIN DE METTRE EN PLACE UN PROGRAMME INTERDISCIPLINAIRE (26).</p>
EN CAS DE DRAPEAUX ROUGES		EN CAS DE DRAPEAUX ROUGES		REPÉRER LES DRAPEAUX JAUNES	
<p>Mener des évaluations précises fondées sur le diagnostic présomptif (39).</p>	<p>Exercice (7).</p> <p>Médicaments non analgésiques (8).</p>	<p>Mener des évaluations précises fondées sur le diagnostic présomptif (39).</p>	<p>Prescrire une physiothérapie pour contrôler un programme de renforcement musculaire actif (10).</p> <p>Conditionnement au travail (22).</p>	<p>DES DRAPEAUX JAUNES SONT PRÉSENTS CHEZ TOUS LES PATIENTS ATTEINTS DE LOMBALGIE CHRONIQUE (40)</p>	EN CAS DE DRAPEAUX JAUNES
EN CAS D'UNE PHASE RÉCURRENTÉ		EN CAS DE DRAPEAUX JAUNES		EN CAS DE DRAPEAUX JAUNES	
<p>Si des symptômes de la phase AIGUË se manifestent, planifier une évaluation biomécanique en physiothérapie (10) et des exercices précis pour corriger les déséquilibres posturaux (42).</p> <p>S'il y a lieu, aborder d'autres problèmes liés au mode de vie ou au milieu de travail.</p>		EN CAS DE DRAPEAUX JAUNES		<p>REMÉDIER AUX DRAPEAUX JAUNES (40)</p> <p>Il faut remédier aux drapeaux jaunes, ainsi qu'aux problèmes médicaux.</p> <p>S'assurer que la CSSIAT est tenue au courant et qu'elle participe au processus.</p>	
EN CAS DE DRAPEAUX ROUGES		EN CAS DE DRAPEAUX ROUGES		EN CAS DE DRAPEAUX ROUGES	
<p>Traitement ou renvoi à un spécialiste en fonction du diagnostic précis (39).</p>		<p>Envisager un programme interdisciplinaire (26).</p> <p>S'assurer que la CSSIAT est tenue au courant et qu'elle participe au processus (38).</p>		<p>Mener des évaluations précises fondées sur le diagnostic présomptif (39).</p> <p>Ne prescrire que les examens qui découlent du diagnostic présomptif.</p>	
EN CAS DE DRAPEAUX ROUGES		EN CAS DE DRAPEAUX ROUGES		EN CAS DE DRAPEAUX ROUGES	
		<p>Traitement ou renvoi à un spécialiste en fonction du diagnostic précis (39).</p>		<p>Traitement ou renvoi à un spécialiste en fonction du diagnostic précis (39).</p>	

INAPPROPRIÉ (SANS DRAPEAU ROUGE)		INAPPROPRIÉ (SANS DRAPEAU ROUGE)		INAPPROPRIÉ (SANS DRAPEAU ROUGE)	
Diagnostic	Recommandations	Diagnostic	Recommandations	Diagnostic	Recommandations
<p>Usage courant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> traitements passifs; radiographies simples (3); études en laboratoire (4); tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique, tomodensitométrie-myélographie (17); électrodiagnostiques (19). 	<p>Usage courant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> relaxants musculaires, opiacés (8); repos au lit prolongé (9); hospitalisation pour des traitements non chirurgicaux. <p>Intervention chirurgicale, sauf dans les cas de détériorations neurologiques aiguës (23, 24, 25).</p>	<p>Tomodensitométrie ou imagerie par résonance magnétique en l'absence de drapeaux rouges.</p>	<p>Recours isolé et prolongé à des traitements passifs (6) tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> manipulations (11); neurostimulation transcutanée (12); acupuncture (14); soutiens lombaires (15). 	<p>Recherche continue d'un « diagnostic manqué » après une évaluation médicale ou interdisciplinaire menée par une partie compétente.</p>	<p>Usage continu d'opiacés (8).</p> <p>Recours continu à des traitements passifs (6) en isolation tels que les modalités physiques, les manipulations, l'acupuncture ou les massages (10, 11, 14).</p> <p>Procéder au « recyclage » de traitements et de programmes qui ont été éprouvés auparavant et qui se sont avérés infructueux.</p>

1. ÉVALUATION MÉDICALE DES LOMBALGIES

APERÇU

L'évaluation médicale doit être en mesure d'établir les trois éléments suivants :

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. DIAGNOSTIC MÉDICALE<ul style="list-style-type: none">• DRAPEAUX ROUGES• SCIATALGIE• LOMBALGIE SIMPLE2. PHASE3. REPÉRAGE DES DRAPEAUX JAUNES |
|--|

1. DIAGNOSTIC MÉDICALE : L'évaluation initiale du médecin vise à classer l'état du patient dans l'une des trois catégories cliniques suivantes : drapeau rouge, sciatalgie ou lombalgie simple non spécifique. Les évaluations subséquentes permettront de reconstruire l'état du patient et de mieux cerner chacune de ces catégories.

Le tableau suivant indique la fréquence relative des différents diagnostics et démontre que la grande majorité des problèmes de dos s'avèrent des lombalgies simples non spécifiques (1).

CAUSES DE LA LOMBALGIE	
1. DRAPEAUX ROUGES	Moins de 2 %
• Tumeur	Moins de 1 %
• Inflammatoire	Moins de 1 %
2. SCIATALGIE	Moins de 5 %
3. LOMBALGIE SIMPLE	Plus de 93 %

Les DRAPEAUX ROUGES sont définis de la façon suivante :

Progression neurologique
Infection
Fracture
Tumeur
Inflammation

Chaque diagnostic soupçonné d'être lié à un drapeau rouge doit faire l'objet d'une évaluation ([se reporter à la section 39](#)). Si les antécédents du patient et les signes physiques suggèrent une lésion médullaire grave, l'avis d'un spécialiste approprié devrait être sollicité immédiatement. *Il est important de tenir compte du fait que les drapeaux rouges ne comptent que pour moins de 2 % des problèmes de maux de dos.*

La SCIATALGIE est une condition particulière liée à l'atteinte d'une ou de plusieurs racines du nerf sciatique, à la base du canal vertébral. La sciatalgie est souvent causée par une

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

hernie ou une protrusion discale et se caractérise par une combinaison des signes et symptômes suivants :

Irritation de la racine nerveuse :

- Douleurs / Paresthésies siégeant en bas du genou, ainsi qu'au mollet ou au pied
- Signe positif de la corde de l'arc
- Paresthésies

Atteinte de la racine nerveuse :

- Motrice
- Sensorielle
- Réflexe

La [section 41](#) décrit les mécanismes pathomécaniques et les éléments différenciateurs de la lombalgie simple et de la sciatalgie.

Les patients chez qui l'on soupçonne une sciatalgie doivent faire l'objet d'un examen neurologique préliminaire judicieux et d'un suivi plus attentif que les patients atteints d'une lombalgie simple afin que l'on puisse documenter la guérison ou la détérioration de l'état du patient.

La LOMBALGIE SIMPLE se caractérise par une douleur non spécifique siégeant principalement au niveau du dos, ce qui ne laisse entrevoir ni une atteinte de la racine nerveuse (sciatalgie), ni une atteinte sous-jacente sérieuse (drapeaux rouges).

Selon les publications scientifiques, la sous-catégorisation supplémentaire des lombalgies non spécifiques régionales n'est pas nécessaire. D'ailleurs, il est préférable d'éviter d'employer certains termes tels que douleur articulaire, syndrome du pyramidal du bassin, dysfonctionnement sacro-iliaque, myosite lombaire, glissement intervertébral mineur, etc. (*; #; ✧; Δ; Θ, 1)

2. PHASE : Les lombalgies non spécifiques sont classées en quatre phases distinctes :

- Aiguë (moins de 1 mois) – Cette phase est la forme la plus bénigne de la lombalgie, présentant un taux de guérison de plus de 80 % sans aucune évaluation ou traitement précis au-delà du réconfort et des encouragements à demeurer actif.
- Subaiguë (1 à 3 mois) – Cette phase est plus inquiétante puisque l'on peut y voir apparaître une prédominance des comportements de fuite de la douleur et de peur ainsi qu'une prédominance des drapeaux jaunes.
- Chronique (plus de 3 mois) – Cette phase est la plus inquiétante puisque son pronostic est le plus sombre. Plus de 80 % des services de santé et de réadaptation sont consacrés à la phase chronique de la lombalgie! Le traitement requiert habituellement une démarche interdisciplinaire.
- Récurrente – Cette phase est la plus courante et suggère la présence de déficiences posturales et biomécaniques sous-jacentes.

La phase de la lombalgie revêt une importance du point de vue du pronostic et se révèle particulièrement importante lors de la planification du traitement ([se reporter à la section 2](#)).

3. DRAPEAUX JAUNES : Il s'agit de facteurs psychosociaux, de facteurs liés au lieu de travail et de facteurs personnels d'amplification de la douleur et d'agents de dissuasion fonctionnels qui sont trop souvent oubliés ([se reporter à la section 40](#)). Ils se révèlent particulièrement importants lorsque les phases subaiguë et chronique de la lombalgie sont imminentes.

LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'ÉVALUATION

Drapeaux rouges : On les retrouve dans moins de 2 % des cas de lombalgie, et de ce nombre, moins de 1 % s'avèrent liés à une **tumeur**. Les cinq questions qui, lorsque la réponse est affirmative, viennent confirmer le diagnostic possible d'une tumeur sont les suivantes (⊖, page 192) :

<u>Symptôme ou signe</u>	<u>Sensibilité</u>	<u>Spécificité</u>
Âge – plus de 50 ans	0,77	0,71
Antécédent de cancer	0,31	0,98
Perte de poids inexpliquée	0,15	0,94
Douleur irréductible par le repos au lit	0,90	0,46
Douleur continue pendant plus de 1 mois	0,50	0,46

Dans une étude présentée dans JAMA (2) et menée auprès de 2 000 patients atteints de lombalgie, aucune tumeur maligne n'a été décelée en l'absence de l'un des symptômes mentionnés ci-dessus.

Pour écarter toute possibilité d'**infection** ou d'**inflammation**, il faut se renseigner sur les symptômes physiques (maaises, frissons, fièvre, etc.) et d'autres douleurs articulaires.

Si des drapeaux rouges sont soupçonnés, une évaluation précise s'impose ([se reporter à la section 39](#)).

Lombalgie aiguë (moins de 1 mois)

- Les antécédents initiaux et un examen physique doivent être suffisamment détaillés pour permettre au médecin de classer l'état du patient selon l'une des catégories suivantes : drapeau rouge, sciatalgie ou lombalgie simple.
- Si des drapeaux rouges sont soupçonnés, des évaluations précises doivent alors être effectuées afin d'écarter ou de confirmer ces drapeaux ([se reporter à la section 39](#)).
- Lorsqu'une **sciatalgie** est soupçonnée, un examen neurologique préliminaire judicieux doit être effectué. Si les résultats de l'examen neurologique sont peu graves et stables (faiblesses légères, aucun syndrome de la queue de cheval, etc.), aucune évaluation supplémentaire ne devrait être nécessaire. Les patients atteints de sciatalgie devraient subir un examen neurologique chaque semaine jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucun doute qu'une guérison est engagée. L'examen devrait se faire plus tôt s'il y a des signes

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
 (#) = Industrial Medical Council, California
 (◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
 (⊖, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
 (Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
 (N^o) = Référence précise

suggérant une détérioration de l'état du patient (faiblesses plus fréquentes, symptômes de la queue de cheval, etc.).

- Il faudrait examiner le patient chaque semaine ou aux deux semaines afin de confirmer le diagnostic (drapeau rouge, sciatalgie, lombalgie) et de documenter ses progrès. Les suivis devraient se poursuivre jusqu'à ce que le patient reprenne son travail à temps plein ou qu'il participe à un programme de travail modifié.

Lombalgie subaiguë (1 à 3 mois)

- Si la douleur ressentie par le patient est constante pendant plus d'un mois, l'historique et un examen physique minutieux en profondeur doivent être effectués afin *d'écarter toute possibilité de drapeaux rouges*, de sciatalgie ou d'autres lésions médullaires graves ([se reporter à la section 39](#)).
- Si aucun drapeau rouge n'est dépisté, une enquête minutieuse sur les *drapeaux jaunes* doit être menée et ces problèmes devront être réglés ([se reporter à la section 40](#)).
- Les drapeaux jaunes peuvent constituer des agents de dissuasion majeurs qui entravent le processus de reprise du travail du patient.
- Les responsables de cas et les médecins-conseils de la CSSIAT doivent faire attention à :
 - tout drapeau rouge relevé;
 - tout drapeau jaune pertinent;
 - tout changement au niveau du diagnostic médical;
 - toute autre condition médicale qui pourrait entraver la reprise du travail.

Lombalgie chronique (plus de 3 mois)

- Moins de 10 % des lombalgies durent plus de trois mois. Par conséquent, il est important de bien réévaluer l'état du patient afin de dépister la présence de **drapeaux rouges** et d'effectuer les examens nécessaires.
- Des **drapeaux jaunes** sont dépistés dans presque tous les cas de lombalgie chronique, et ceux-ci peuvent constituer des obstacles majeurs à la réadaptation du patient. Les responsables de cas et les médecins-conseils de la CSSIAT sont heureux de travailler avec les médecins de premier recours afin de les aider à régler ces problèmes ([se reporter à la section 38](#)). Un traitement interdisciplinaire sera requis pour un grand nombre de ces patients ([se reporter à la section 26](#)).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les lignes directrices en matière de traitement, prière de se reporter à la [section 2](#).

LISTE DE CONTRÔLE DES SIGNAUX D'ALARME RATTACHÉS AU DIAGNOSTIC DE LOMBALGIE

DRAPEAUX ROUGES

PROGRESSION NEUROLOGIQUE

- **Sciatalgie évolutive**
- **Syndrome de la queue de cheval**
- **Sténose du canal rachidien**

INFECTION

FRACTURE

TUMEUR

INFLAMMATION

DRAPEAUX JAUNES

LIEU DE TRAVAIL

- **Insatisfaction au travail** : Le patient aime-t-il son travail?
- **Questions de ressources humaines** : Le patient était-il à la veille d'être mis à pied?
- **Emploi saisonnier** : Son emploi est-il toujours disponible?
- **Disponibilité de programmes de reprise du travail transitoire** : De tels programmes sont-ils offerts?
- **Les questions d'ordre syndical** peuvent limiter la possibilité de l'employeur d'aider la personne touchée.
- **Exigences de travail peu réalistes** : Aspect visé par la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*.
- **Un autre emploi est-il disponible?** Problème propre aux régions rurales.

QUESTIONS D'ORDRE PERSONNEL

- Utilisation de **narcotiques plus de quatre semaines** après la date de l'accident.
- Historique de **consommation excessive d'alcool et de drogues**.
- Historique de **comportement d'évitement**.
- **Tendances dépressives ou troubles de somatisation**.
- Croyance que la **douleur non spécifique est nuisible**.
- Croyance qu'un **traitement passif est bénéfique** et qu'un **traitement actif est nuisible**.
- Participation à l'**économie souterraine**, laquelle devient un réel problème!
- Les **habiletés transférables limitées** d'une personne peuvent l'empêcher de se trouver un autre emploi.
- **Renversement des rôles** : Le conjoint est-il devenu le gagne-pain de la famille?

(* , A) = AHCP, Poids des arguments

(#) = Industrial Medical Council, California

(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique

(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments

(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick

(N^o) = Référence précise

DÉMOGRAPHIE

- Plus de 40 ans.
- Gros fumeur.
- Compétences linguistiques limitées.
- Gros utilisateur de **cliniques sans rendez-vous**.
- **Blessures indemnisables antérieures avec période d'invalidité prolongée.**
- Historique comme **bénéficiaire d'assistance sociale**.
- Perception du programme d'aide sociale comme une **source de revenu de rechange**.
- **Colère ou frustration chronique** face à la situation socio-économique.

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments

(#) = Industrial Medical Council, California

(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique

(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments

(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick

(N^o) = Référence précise

2. TRAITEMENT MÉDICAL

APERÇU

Le traitement est déterminé par : 1) le diagnostic médical, 2) la phase de la lombalgie et 3) la présence de drapeaux jaunes.

Diagnostic : Au cours du traitement, le *diagnostic peut changer* (par exemple, une lombalgie simple peut se transformer en sciatalgie, etc.) et de nouveaux *drapeaux jaunes peuvent surgir*. C'est pourquoi le diagnostic, ainsi que les drapeaux rouges et les drapeaux jaunes doivent être réévalués à chaque examen. Plus la douleur persiste et plus le patient reste inactif sans travailler, plus les drapeaux jaunes se manifestent.

Phase : La lésion médullaire grave étant écartée, la phase de la lombalgie impose le traitement :

- Aiguë (moins de 1 mois) : taux de guérison de plus de 80 % après 1 mois sans traitement précis.
- Subaiguë (1 à 3 mois) : tous les aspects doivent être examinés : aspect médical, milieu de travail, aspect psychosocial.
- Chronique (plus de 3 mois) : touche moins de 10 % des patients, mais accapare plus de 80 % des ressources. Nécessite bien souvent un traitement interdisciplinaire.

Les **drapeaux jaunes** sont souvent oubliés alors qu'ils constituent des facteurs de renforcement de la douleur et des agents de dissuasion fonctionnels.

LIGNES DIRECTRICES

- Une nouvelle évaluation du diagnostic, des drapeaux rouges et des drapeaux jaunes, de l'efficacité du traitement, de la collaboration du patient et de la situation relative à l'emploi devrait être effectuée chaque semaine ou aux deux semaines, jusqu'à ce que le patient reprenne son travail à temps plein ou un travail modifié.
- La CSSIAT doit être informée de tout soupçon de drapeau rouge ou jaune, de tout changement au niveau du diagnostic ou de tout autre trouble d'ordre médical qui empêche la reprise du travail.

LOMBALGIE AIGUË (MOINS DE 1 MOIS)

- Les possibilités de drapeaux rouges étant écartées ([se reporter à la section 39](#)), il ne s'avère pas nécessaire de recourir à des évaluations de routine ou à un traitement particulier au-delà de l'éducation, du réconfort et des encouragements à demeurer actif. Il faut éviter les analgésiques narcotiques et le repos au lit. Plus de 80 % des patients atteints de douleurs au dos montrent des signes d'amélioration après quatre semaines, sans aucun traitement précis!
- Il faut limiter au minimum les périodes de repos au lit. Ainsi, on constate qu'un repos au lit de plus de 48 heures n'est d'aucun bienfait (réf. 3). D'ailleurs, la plupart des

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments

(#) = Industrial Medical Council, California

(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique

(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments

(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick

(N^o) = Référence précise

spécialistes estiment que la période de repos au lit devrait se limiter à un maximum de 24 heures. D'autres études ont fait état des effets nuisibles du repos au lit forcé sur le plan physique (thrombose veineuse profonde, déconditionnement, diminution de la masse musculaire) et des effets psychologiques défavorables favorisant un comportement d'invalidité. Chaque jour de repos au lit correspond à une diminution de 1 % de la masse musculaire et, après seulement 10 jours de repos au lit, à une réduction de 15 % des capacités aérobiques! D'autres arguments viennent également attester les effets positifs sur le plan physique et psychologique de la continuité du travail grâce à un programme modifié.

- Étant donné que le pronostic d'une récupération spontanée est si favorable, très peu d'arguments justifient la plupart des évaluations ou des traitements qui ont été effectués par le passé pour le traitement de la lombalgie aiguë.

<p style="text-align: center;">LOMBALGIE AIGUË SANS DRAPEAU ROUGE</p> <p>AUCUN BIENFAIT CONFIRMÉ :</p> <ul style="list-style-type: none">• RADIOGRAPHIES• IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE / TOMODENSITOMÉTRIE• EXAMENS HÉMATOLOGIQUES• OPIACÉS• REPOS AU LIT• CORSETS• ORTHÈSES
--

- En phase aiguë, l'utilisation d'attelles, de corsets ou d'orthèses ne procure aucun bienfait par rapport à un programme d'attente sous surveillance et d'encouragement à demeurer actif.
- L'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont aussi efficaces que les analgésiques opioïdes et les relaxants musculaires, mais provoquent moins d'effets secondaires et de complications. Les stéroïdes oraux ne sont d'aucune utilité dans le traitement des lombalgies simples aiguës.
- Bien que le repos ait été le traitement recommandé pour la sciatalgie par le passé, il a maintenant été démontré (4) que la sciatalgie sans incapacité neurologique progressive peut être traitée de la même façon qu'une lombalgie simple aiguë.

LOMBALGIE AIGUË RÉCURRENTÉ

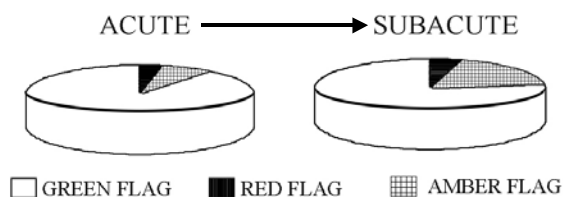
- Ces patients peuvent être traités suivant les lignes directrices mentionnées ci-dessus jusqu'à ce que la composante aiguë se soit stabilisée et que le patient ait repris ses activités normales (c'est-à-dire, milieu de travail avec ou sans modifications).

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

- En présence d'une phase aiguë récurrente, il est plus important de s'assurer que le milieu de travail du patient est sûr que de rectifier les biomécaniques perturbées sous-jacentes.
- Afin de diminuer les risques de récurrence, une *analyse biomécanique* de physiothérapie élective devrait être exécutée afin de dépister tout problème de déséquilibre postural ou musculaire qui devrait être réglé ([se reporter à la section 42](#)).
- On ne peut trop souligner l'importance de l'éducation et du réconfort des patients de la part des médecins traitants ([se reporter à la section 5](#)).
- Il faut enseigner aux patients qu'ils sont responsables du maintien de leur propre condition physique.
- Les problèmes corrigibles liés au milieu de travail qui peuvent favoriser une lombalgie doivent être réglés.

LOMBALGIE SUBAIGUË (1 À 3 MOIS)

- Moins de 20 % des personnes atteintes d'une lombalgie en sont encore atteints après trois mois. Pour ceux qui passent à la phase subaiguë, il est important de procéder à un historique précis et à des examens précis afin d'écartier toute possibilité de drapeaux rouges et de régler les situations de drapeaux jaunes. À la phase subaiguë, les drapeaux rouges et jaunes se font de plus en plus prédominants :



[TRADUCTION]

PHASE AIGUË PHASE SUBAIGUË

DRAPEAU VERT DRAPEAU ROUGE DRAPEAU JAUNE

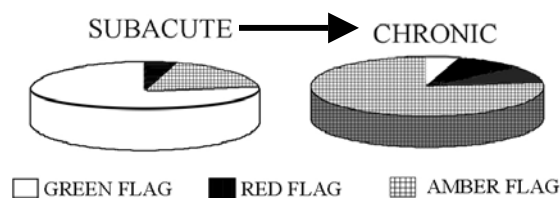
- Les drapeaux jaunes doivent être repérés et des mesures doivent être prises pour y remédier. Plus un travailleur demeure invalide longtemps, plus les drapeaux jaunes prennent de l'importance. Le responsable de cas ou les médecins-conseils de la CSSIAT sont ravis de travailler avec les médecins de premier recours afin de les aider à régler ces problèmes ([se reporter à la section 38](#)).

- Les recommandations en matière de restrictions de travail devraient être fondées sur la connaissance des conditions de travail du patient. En l'absence de ces connaissances, les recommandations devraient se restreindre à une limitation fonctionnelle fondée sur des données objectives découlant de l'évaluation du médecin. Dans la mesure du possible, il faut éviter de sortir le patient du marché du travail car il peut s'ensuivre des difficultés familiales et personnelles profondes de longue durée. Il est préférable d'opter pour un programme de travail modifié et la CSSIAT peut vérifier si de tels programmes sont disponibles pour le médecin. Le rôle du médecin est bien défini dans la politique de l'Association médicale canadienne intitulée [Le rôle du médecin lorsqu'il s'agit d'aider les patients à retourner au travail après une maladie ou une blessure](#).
- Le but de la réadaptation doit consister à encourager les patients à mieux comprendre et à surmonter leur dysfonctionnement lombaire au lieu de laisser la douleur prendre le contrôle de leur vie. Le rôle du médecin, qui consiste à réassurer son patient, est essentiel car la peur et l'appréhension constituent des agents de dissuasion majeurs qui nuisent à la guérison du patient.
- Il faut conseiller l'exercice et l'éducation des patients dans un environnement positif au lieu des méthodes de traitement passives (manipulation, massage, neurostimulation transcutanée, etc.). Durant cette phase, on peut régler les problèmes de déséquilibre musculaire et de déconditionnement sous-jacents, mais le but de la réadaptation doit être d'augmenter le niveau d'activité physique et les améliorations fonctionnelles, plutôt que de soulager la douleur. *L'objectif du traitement, dans le cas d'une lombalgie subaiguë, est d'augmenter la capacité fonctionnelle du patient, et non d'éliminer la douleur!*

LOMBALGIE CHRONIQUE (PLUS DE 3 MOIS)

Même si moins de 10 % des cas de lombalgie se rendent à ce stade, la lombalgie chronique accapare plus de 80 % des coûts de gestion (soins médicaux, interruption de travail, remplacements et recyclage).

- Lorsque le patient entre dans la phase chronique de la lombalgie, il faut effectuer un bilan dynamique afin de trier tous les facteurs (drapeaux rouges ou jaunes) qui contribuent à l'invalidité du patient. Pour traiter la douleur chronique, il faut bien souvent mettre en place une *équipe interdisciplinaire* à laquelle le médecin de premier recours doit participer.
- Les patients atteints de douleur chronique peuvent éprouver des problèmes importants sur le plan professionnel, personnel et psychosocial (drapeaux jaunes) qui peuvent devenir l'obstacle principal à leur réadaptation. Ces problèmes doivent être réglés :



[TRADUCTION]

PHASE SUBAIGUË PHASE CHRONIQUE

DRAPEAU VERT DRAPEAU ROUGE DRAPEAU JAUNE

Il faut tenir compte de tous les *drapeaux jaunes* ([se reporter à la section 40](#)) et tous les problèmes relevés doivent être *réglés comme s'il s'agissait d'un diagnostic médical*. La méthode préconisée doit tirer avantage des services offerts par la CSSIAT dans le cas de patients entrant dans la phase chronique de la lombalgie.

Exemples de drapeaux jaunes qui peuvent être réglés :

- Les conditions de travail inadéquates relèvent de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*.
- Le conditionnement au travail, la reprise graduelle du travail ou un programme de tâches modifiées peuvent répondre aux préoccupations relatives à la capacité du patient à reprendre le travail.
- Les limitations physiques peuvent être mesurées grâce à des tests d'évaluation de la capacité fonctionnelle ([se reporter à la section 27](#)).
- Lorsque les problèmes physiques, psychologiques et professionnels commencent à se chevaucher, le programme interdisciplinaire offert par le biais du Centre de rééducation professionnelle peut se révéler très utile.

Ces exemples illustrent de quelle façon la CSSIAT peut aider à trier et à résoudre les problèmes d'ordre personnel, psychosocial et professionnel.

3. RADIOGRAPHIES SIMPLES

APERÇU

Dans les cas de lombalgie, les radiographies simples du rachis lombaire inférieur sont l'examen le plus courant. Près de 50 % des patients atteints de douleurs au dos finissent par subir des radiographies du rachis lombaire inférieur. De plus, il est généralement admis que les radiographies de routine sont grandement surutilisées à titre de méthode de diagnostic de la lombalgie aiguë et de méthode de suivi de l'évolution de la lombalgie chronique.

Aucun argument probant ne confirme qu'il existe une association entre les résultats d'arthrite obtenus par radiographie et la lombalgie simple. En outre, toutes les lignes directrices publiées en anglais depuis 1987 soutiennent que les radiographies simples (en l'absence de [drapeaux rouges](#)) ne présentent aucune valeur diagnostique ou thérapeutique dans le cadre d'un traitement de lombalgie simple (Θ, page 196).

Voici la liste des examens radiologiques de routine les plus couramment prescrits et leurs indications :

- Les **radiographies de face et de profil standard** permettent de vérifier l'alignement lombaire, de comparer les corps vertébraux et la hauteur de l'espace intervertébral, de vérifier la densité et l'architecture osseuses ainsi que d'évaluer sommairement la structure des tissus mous.
- Les **incidences en oblique** servent à dépister une spondylolyse. Il s'agit d'une lacune osseuse acquise qui peut entraîner un glissement d'une vertèbre sur une autre (le glissement même est appelé spondylolisthésis).
- Les vues **sacro-iliaques** permettent d'évaluer les possibilités de spondylite ankylosante.
- Les vues en **cône** permettent de visualiser des régions précises de la colonne vertébrale.
- Les vues en **flexion / extension ou en flexion** permettent de dépister toute anomalie ou tout mouvement.

LIGNES DIRECTRICES (*, B; #; ✧; Θ; Δ)

- Dans le cas d'une lombalgie aiguë (moins de 1 mois) et en l'absence de drapeaux rouges, il n'est pas nécessaire de prescrire des radiographies de routine de la colonne vertébrale.
- Dans le cas d'une lombalgie chronique (plus de 3 mois) et en l'absence de drapeaux rouges, des radiographies en série répétées ne sont d'aucun bienfait.
- **La corrélation est mince entre le degré d'arthrite, tel qu'il est documenté sur la radiographie, et la gravité des symptômes de la lombalgie, le cheminement clinique ou le pronostic.**

- Des radiographies simples de la colonne vertébrale sont recommandées afin d'écartier la possibilité de fractures chez les patients présentant :
 - un traumatisme important récent (tout âge);
 - un traumatisme léger récent (patients plus âgés);
 - des antécédents d'utilisation prolongée de stéroïdes, d'ostéoporose;
 - des antécédents de tumeur.
- Des radiographies simples combinées à une numération globulaire, à la protéine C-réactive et à la vitesse de sédimentation globulaire peuvent se révéler utiles pour écartier toute possibilité de tumeur ou d'infection chez les patients atteints de lombalgie aiguë lorsque l'un des éléments suivants est présent : antécédent de cancer, infection récente, fièvre, abus de drogues prises par voie intraveineuse, utilisation prolongée de stéroïdes, lombalgie accrue à la suite d'une période de repos, perte de poids inexplicée.
- Les radiographies simples ne sont pas aussi sensibles que les scintigraphies osseuses pour dépister les tumeurs métastatiques et les infections ([se reporter à la section 18](#)).
- Une scintigraphie osseuse peut aider à déterminer si une fracture diagnostiquée à partir d'une radiographie simple est récente ou ancienne (c'est-à-dire plus d'un an). ([Se reporter à la section 18.](#))

4. ÉTUDES EN LABORATOIRE

APERÇU

Si l'historique du patient, son âge ou un examen suggère la présence de drapeaux rouges tels que le cancer, une infection, l'arthrite inflammatoire (telle que la spondylite ankylosante) ou des troubles métaboliques ou endocrinologiques et une affection viscérale, des tests en laboratoire peuvent être indiqués.

Les tests les plus courants sont les suivants :

- Numération globulaire : Ce test est excellent pour dépister différentes conditions telles que l'anémie, la leucémie, les inflammations, les infections ou le cancer.
- Mesure de la vitesse de sédimentation globulaire (VSG) : Très sensible, cette mesure permet de dépister les inflammations dans le corps. Puisqu'il ne s'agit pas d'une mesure précise, celle-ci ne permet pas d'établir une distinction entre une infection, le cancer ou une maladie systémique. La VSG a tendance à être élevée naturellement chez les patients âgés ou atteints d'anémie.
- Protéine C-réactive : L'information obtenue par ce test ressemble à celle de la mesure de la vitesse de sédimentation globulaire, mais se révèle plus utile dans le cadre d'un processus de contrôle de la réaction inflammatoire aiguë. La protéine C-réactive a tendance à réagir plus rapidement que la VSG aux états inflammatoires changeants.
- Phosphatase alcaline (PA) : Cet enzyme est élevé dans le cas de maladies osseuses actives telles que la maladie osseuse de Paget et le cancer des os. Il peut également être élevé dans le cas de maladies du foie, mais, dans cette éventualité, il peut être isolé par fractionnement.
- Immunoélectrophorèse des protéines : Il s'agit du test de dépistage le plus courant servant à écarter toute possibilité de myélome multiple (cancer primitif des os).
- Tests de dépistage de l'arthrite inflammatoire : Il existe beaucoup trop de tests pour les énumérer tous, mais les plus courants sont la numération globulaire, la mesure de la vitesse de sédimentation globulaire, la protéine C-réactive, l'anticorps antinucléaire, le système d'épreuve-facteur rhumatoïde, l'acide urique, la ferritine sérique, etc.

LIGNES DIRECTRICES

- Les tests en laboratoire ne doivent pas être prescrits systématiquement au moment de l'évaluation initiale, à moins qu'une maladie systémique sous-jacente ou un drapeau rouge ([se reporter à la section 39](#)) ne soit soupçonné (#, ✧, Δ).
- Numération globulaire, mesure de la vitesse de sédimentation globulaire, protéine C-réactive, phosphatase alcaline et un test de dépistage adéquat du cancer des os métastatique (2).
- Le myélome multiple, dont le diagnostic est habituellement l'immunoélectrophorèse des protéines, constitue la principale forme de tumeur osseuse qui n'est pas nécessairement apparente lors d'une scintigraphie osseuse (la méthode la plus précise de dépistage des tumeurs).

5. ÉDUCATION

APERÇU

- La douleur inexplicquée engendre une peur qui ébranle le sentiment de sécurité fondamental du patient!
- La peur constitue un important facteur d'amplification de la douleur et un agent de dissuasion fonctionnel.
- L'éducation se révèle la méthode la plus efficace d'atténuation de la peur.

Ceux à qui l'on confie la tâche de traiter la lombalgie ont la responsabilité d'atténuer la peur grâce à l'éducation et de créer un milieu thérapeutique rassurant et positif (#, ✧, Θ, Δ).

LIGNES DIRECTRICES

- Lorsque le clinicien (médecin ou thérapeute) a déterminé qu'il n'y a aucun drapeau rouge sous-jacent, le patient doit être rassuré relativement à la nature bénigne de la plupart des maux de dos et à l'importance d'un niveau accru d'activité et de forme physique. Il faut rassurer les patients sur le fait que la lombalgie simple est un mal commun et que les lésions médullaires sérieuses sont plutôt rares.

CAUSES DE LA LOMBALGIE

1. LOMBALGIE SIMPLE > 93 %
2. DRAPEAUX ROUGES < 2 %
 1. Tumeur < 1 %
 2. Inflammatoire < 1 %
3. SCIATALGIE < 5 %

- Les points précis en matière de réadaptation dont il faut informer le patient sont les suivants :

Instructions en matière de réadaptation : lombalgie aiguë sans drapeau rouge

- ❖ Principes de contrôle du poids, de la posture et de la mécanique du dos et renforcement des muscles abdominaux centraux.
- ❖ Modifications raisonnables des activités au travail et à la maison ainsi que des loisirs.
- ❖ Modifications du mode de vie (c'est-à-dire régime alimentaire, exercices, renoncement au tabac).
- ❖ Établissement d'objectifs fonctionnels précis (activités à la maison, loisirs et travail).

- En général, le patient atteint d'une lombalgie simple aiguë a besoin d'être rassuré sur les points suivants :

Points à soulever en vue de rassurer le patient : lombalgie aiguë sans drapeau rouge

- ❖ Rien ne nous indique qu'il existe un problème grave et, par conséquent, il n'est pas nécessaire de procéder à des évaluations plus approfondies.
- ❖ Plus de 80 % des lombalgies aiguës disparaissent en un mois; le patient peut donc s'attendre à une guérison.
- ❖ Rester le plus actif possible constitue le seul traitement étroitement lié à la guérison des lombalgies simples.
- ❖ Aucun médicament ou autre traitement, y compris les remèdes maison, n'est efficace pour soulager rapidement la douleur.
- ❖ Le patient devra peut-être modifier certaines de ses activités quotidiennes, mais il est important qu'il demeure actif afin d'éviter d'engendrer un déconditionnement pendant la période de réadaptation.
- ❖ Si le patient fait partie de la catégorie réduite de patients dont la réadaptation progresse lentement, alors des examens seront effectués afin d'en déterminer la raison. Même si la réadaptation est lente, il est peu probable (moins de 3 %) qu'un problème grave soit détecté.
- ❖ Si le patient présente un historique de lombalgie récurrente, dans ce cas, lorsque la situation actuelle se sera résorbée, certains problèmes biomécaniques devront probablement être réglés.

- Tous ceux et celles qui collaborent au processus de traitement doivent participer à l'éducation du patient, mais il faut faire attention de ne pas donner des explications contradictoires au patient. *Tous les intervenants doivent chanter la même chanson* (Δ).
- Documentation : En règle générale, la mise en évidence et le renforcement personnel sont plus efficaces que le fait de remettre de la documentation ou des documents illustrés (#, ✧, Δ).

6. MODIFICATION DES ACTIVITÉS ET DU TRAVAIL

APERÇU

Dans la mesure du possible, il faut déployer tous les efforts nécessaires pour garder le travailleur dans son milieu de travail, ce qui peut nécessiter des modifications au niveau des activités et du lieu de travail. L'évolution naturelle de la lombalgie aiguë se caractérise par une récupération spontanée accompagnée d'une intervention minimale.

Le but de la modification du travail est d'atteindre un niveau de confort tolérable tout en maintenant un niveau d'activité physique adéquat afin d'éviter un déconditionnement et les conséquences négatives sur le plan personnel qui s'ensuivent lorsque le patient quitte son milieu de travail. **Cesser de travailler pendant une période prolongée sans une indication médicale probante peut avoir des conséquences financières, professionnelles et psychologiques sérieuses.**

On ne peut trop insister sur l'importance du maintien au travail du patient. Les effets psychologiques à long terme peuvent prendre beaucoup d'ampleur, tout particulièrement s'il existe des problèmes courants en milieu de travail et psychosociaux ([se reporter à la section 40 portant sur les drapeaux jaunes](#)) qui peuvent s'avérer des agents de dissuasion nuisant à la reprise du travail. De nombreuses données confirment les effets positifs du maintien du patient dans son milieu de travail par le biais, entre autres, d'un programme de tâches modifiées et de la réduction au minimum des pertes d'heures de travail (*, #, ✧, Θ, Δ).

LIGNES DIRECTRICES

- Un programme de tâches modifiées est préférable à un arrêt complet du travail (#, ✧, Δ).
- Les recommandations du médecin doivent se restreindre aux limitations fonctionnelles et se fonder sur des résultats cliniques (✧, Δ). Pour faire des recommandations en matière de modification du travail, le médecin doit connaître le lieu de travail et les tâches normalement effectuées par le client ([se reporter à la section portant sur les lignes directrices de l'Association médicale canadienne](#)).
- Les lignes directrices écrites en matière de tâches modifiées doivent être aussi précises que possible, et il faudra peut-être même communiquer avec l'employeur pour discuter de solutions de rechange qui respectent les restrictions prescrites (#, Δ). Le responsable de cas ou les membres du personnel de la CSSIAT peuvent organiser une évaluation du lieu de travail ou communiquer avec l'employeur à la place du médecin, au besoin ([se reporter à la section 38](#)).
- Il faut réévaluer les patients qui font l'objet de restrictions de travail chaque semaine ou aux deux semaines afin de vérifier la situation relative à l'emploi et la réponse au traitement et afin de prendre les décisions appropriées concernant le retour progressif à un niveau d'activités complet (#, Δ).
- L'objectif global consiste à favoriser la récupération tout en perturbant le moins possible les activités quotidiennes du patient (#, Δ).

7. TRAITEMENT ACTIF PAR OPPOSITION À TRAITEMENT PASSIF

APERÇU

Les traitements non chirurgicaux de la lombalgie ont tendance à chevaucher les deux catégories de traitement, soit passif et actif :

- En général, les traitements **passifs** ne requièrent aucune participation active du patient et servent à favoriser la cicatrisation des tissus, à corriger le dysfonctionnement musculaire, à maîtriser l'inflammation des tissus mous et à corriger les modèles de mouvement articulaire anormal ou limité. On a recours aux traitements passifs dans des cas bien précis, tout particulièrement au début du traitement ou pour contrer une récurrence. Cette forme de traitement doit être considérée comme un moyen à court terme permettant d'atténuer certains symptômes précis et n'est intéressante que dans la mesure où elle favorise l'exercice physique dans le but d'améliorer l'amplitude articulaire, la souplesse des muscles, la posture, la force ainsi que la forme physique générale aux fins d'augmentation de la capacité fonctionnelle.
- Les traitements **actifs** sont fondamentalement des exercices qui requièrent la participation *active* du patient. Ils visent à corriger des troubles biomécaniques ou posturaux, tels que les faiblesses au niveau de l'abdomen, les raideurs aux hanches, etc. ([se reporter à la section 42](#)), à améliorer les capacités fonctionnelles et aérobiques, et à inverser les effets du déconditionnement. Dans la mesure du possible, le travailleur doit essayer d'incorporer des techniques de maintien d'une bonne posture et de stabilisation de la colonne vertébrale à ses activités professionnelles.

Le tableau suivant donne des exemples de différents traitements actifs et passifs :

EXEMPLES DE TRAITEMENTS ACTIFS ET PASSIFS	
ACTIF (Indiquer en % ____)	PASSIF (Indiquer en % ____)
<input type="checkbox"/> Aérobic	<input type="checkbox"/> Chaleur / Glace
<input type="checkbox"/> Entraînement de la force – général	<input type="checkbox"/> Stimulation électrique
<input type="checkbox"/> Entraînement de la force – axé sur la blessure	<input type="checkbox"/> Ultrasons
<input type="checkbox"/> Correction d'un déséquilibre musculaire	<input type="checkbox"/> Traction (manuelle / mécanique)
<input type="checkbox"/> Exercices de correction de la posture	<input type="checkbox"/> Courants interférentiels
<input type="checkbox"/> Renforcement des muscles abdominaux centraux	<input type="checkbox"/> Acupuncture
<input type="checkbox"/> Étirements – muscles fléchisseurs / extenseurs de la hanche	<input type="checkbox"/> Laser
<input type="checkbox"/> Activités de simulation de travail	<input type="checkbox"/> Neurostimulation transcutanée
<input type="checkbox"/> Aquaforme	<input type="checkbox"/> Thérapie manuelle
<input type="checkbox"/> Éducation*	<input type="checkbox"/> Massage

* L'éducation doit mettre l'accent sur l'activité physique, les bienfaits de l'exercice et l'autogestion des symptômes, etc. ([se reporter à la section 5](#)).

Poids des arguments

- **Traitement actif** : L'importance de l'*activité physique en général* dans le cadre d'une réadaptation musculo-squelettique est appuyée par de nombreuses données (*, #, ◇, Θ, Δ). Quant aux données comparant le bien-fondé des diverses interventions actives, elles sont plutôt contradictoires et de moins bonne qualité.
- **Traitement passif** : Bien que de plus en plus d'arguments fassent état de l'importance de certains traitements passifs dans le cadre du traitement de douleurs spécifiques, il existe actuellement très peu de documents fondés sur des arguments de qualité à cet effet.

Étant donné le manque de données comparatives fondées sur des arguments probants, la position de la CSSIAT à l'heure actuelle est d'encourager les thérapeutes à choisir un programme de traitement fondé sur la formation et l'expérience. Toutefois, peu importe le traitement choisi, il faut faire la preuve d'une amélioration fonctionnelle et du cheminement du patient d'un traitement passif à un traitement actif. Le traitement passif ne doit pas être utilisé seul.

LIGNES DIRECTRICES

* Une non-réponse au traitement constitue une indication qu'une entrevue et un examen consciencieux doivent être effectués afin d'écartier les cas de drapeaux rouges ou jaunes ([se reporter à la section 39](#) et à la [section 40](#)).

Lombalgie aiguë

- Compte tenu du fait que plus de 80 % des lombalgies aiguës guérissent spontanément après 1 mois, la physiothérapie n'est pas nécessaire outre :
 1. le réconfort;
 2. le maintien d'un style de vie aussi actif que possible et la poursuite des activités quotidiennes normales;
 3. une augmentation progressive du niveau d'activité physique échelonnée sur quelques jours ou quelques semaines;
 4. la prestation de conseils enjoignant le patient à demeurer à son travail ou à reprendre le travail le plus tôt possible;
 5. des conseils d'ordre général relativement à l'importance d'une bonne posture, du renforcement des muscles abdominaux centraux, de la mobilité des hanches, de la bonne forme physique et du contrôle du poids.

Lombalgie subaiguë

- Les traitements passifs peuvent être prescrits à la discrétion du thérapeute dans le cadre du traitement de conditions précises, mais ne devraient pas être prescrits seuls, et leur objectif doit être clairement défini.

- Lorsque l'on a recours à des traitements combinés actifs et passifs, *la progression du traitement passif au traitement actif doit être documentée*. A cet effet, on peut avoir recours à un tableau, tel que celui qui est illustré à la page précédente, pour consigner le pourcentage relatif à l'effort et à la durée du traitement actif et du traitement passif.
- Il faut également procéder à une analyse biomécanique afin de dépister les problèmes de mobilité / dysfonctions du mouvement précis qui doivent être réglés de façon *active*. Le cas échéant, ces exercices doivent être incorporés au lieu de travail et aux activités quotidiennes.
- Les drapeaux jaunes prennent une importance de plus en plus grande dans le cas d'une lombalgie subaiguë, et les cliniciens doivent en être informés et savoir les repérer ([se reporter à la section 40](#)). La CSSIAT doit être informée de ces cas de drapeaux jaunes afin de pouvoir y remédier.
- Il faut mettre tous les efforts nécessaires pour éviter que les patients progressent à la phase chronique de la lombalgie.

Lombalgie chronique

- Compte tenu de la nature multifactorielle de la douleur chronique, un programme interdisciplinaire est en général requis pour ces patients ([se reporter à la section 26](#)). La physiothérapie se révèle un volet important du programme de traitement.
- L'objectif de la physiothérapie dans le cadre du soulagement de la douleur chronique n'est pas d'éliminer la douleur, mais de favoriser une augmentation du niveau d'activité physique et fonctionnelle. Cela peut comprendre l'enseignement de stratégies d'autogestion des symptômes et le fait de vaincre les comportements de fuite de la douleur et de la peur.
- Les drapeaux jaunes (de milieu de travail et psychosociaux) sont invariablement présents dans le cas d'une lombalgie chronique et doivent faire l'objet d'évaluations ([se reporter à la section 40](#)). La CSSIAT doit être informée de ces drapeaux jaunes afin de pouvoir y remédier.

8. MÉDICAMENTS

APERÇU

De nombreuses données suggèrent que l'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont aussi efficaces dans le cadre du traitement de la lombalgie que les opiacés et les relaxants musculaires et provoquent beaucoup moins d'effets secondaires et de prédispositions à l'accoutumance. Les narcotiques et tout autre analgésique toxicomanogène doivent être prescrits avec prudence chez les patients atteints de dépression ou ayant des antécédents d'abus de médicaments ou d'alcool.

De nombreux arguments attestent que la différence d'efficacité entre les diverses marques d'AINS ou de relaxants musculaires est minime.

LIGNES DIRECTRICES

A) ACÉTAMINOPHÈNE

- Pour soulager les lombalgies aiguës et la sciatgie, l'acétaminophène est l'analgésique de première intention le plus sûr (#, ✧, Δ).

B) ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS (AINS)

- Des arguments probants (niveau A) confirment que les AINS soulagent la douleur liée à la lombalgie aiguë de façon efficace (Θ, page 249).
- Un certain nombre d'arguments (niveau C) suggèrent que les AINS ne soulagent pas la douleur liée à une sciatgie de façon efficace (Θ, page 249).
- Des arguments probants (niveau A) confirment que les différents types d'AINS sont aussi efficaces les uns comme les autres (Θ, page 249).

C) OPIACÉS (ANALGÉSQUES NARCOTIQUES)

- Les opiacés oraux peuvent être prescrits dans le cas de douleurs graves invalidantes liées à une lombalgie *aiguë*, mais un usage systématique n'est pas approprié. Il est recommandé que les opiacés oraux soient prescrits pour au plus deux semaines et qu'ils soient pris selon un horaire fixe (contingence horaire) plutôt qu'en fonction des besoins (#, ✧, Δ).
- L'usage systématique des opiacés oraux n'est pas recommandé dans le cas de lombalgies *chroniques*. Leur usage doit se limiter aux cas d'exacerbations aiguës objectivement documentées et doit suivre un horaire précis (#, ✧, Δ).
- Les patients doivent être avisés des risques de physico-dépendance et des effets secondaires possibles (#, ✧, Δ).
- L'usage d'opiacés injectables n'est pas approprié (#, ✧, Δ).

D) RELAXANTS MUSCULAIRES

- L'usage systematique de relaxants musculaires n'est pas approprié dans le cas de lombalgies (#, ✧, Δ, Θ).
- Les relaxants musculaires ne semblent pas plus efficaces que les AINS dans le cadre du traitement des lombalgies aiguës et sont associés à une fréquence beaucoup plus élevée d'effets secondaires et à un risque important d'accoutumance (#; ✧; Δ; Θ, page 254).
- Les patients auxquels on prescrit des relaxants musculaires doivent être avisés des effets secondaires possibles (y compris la somnolence et la confusion) qui peuvent nuire au rendement au travail ou à la sécurité du patient ainsi qu'aux objectifs de la thérapie active (#, ✧, Δ, Θ).
- Lorsque des relaxants musculaires sont prescrits, il est recommandé que leur durée d'utilisation ne dépasse pas une semaine. Les patients doivent également être avisés que ces médicaments présentent un risque important d'accoutumance et de dépendance, même après une période d'utilisation aussi courte qu'une semaine (Θ, page 254).

E) CORTICOSTÉROÏDES ORAUX

- Les corticostéroïdes généraux ne sont d'aucune utilité dans le traitement des lombalgies aiguës, subaiguës ou chroniques (#, ✧, Δ, Θ).

F) PHÉNYLBUTAZONE

- L'usage de la phénylbutazone est contre-indiqué en raison des risques de suppression de la moelle osseuse (*, C; ✧; Δ).

G) ANTIDÉPRESSEURS

- Il est généralement admis que les antidépresseurs peuvent être efficaces pour soulager les lombalgies chroniques (#, ✧, Δ), tout particulièrement en présence de troubles du sommeil ou de caractéristiques dépressives (✧, Δ). Par contre, selon certaines données, les antidépresseurs peuvent s'avérer inefficaces (Θ, B, page 254).

9. REPOS AU LIT

APERÇU

Pendant de nombreuses années, le repos au lit était considéré à tort comme le traitement de base des lombalgies. Dans la dernière décennie, il a été prouvé qu'une période de repos au lit de plus de 24 heures n'est d'aucun bienfait et qu'elle peut même s'avérer néfaste pour la guérison du patient. Les effets indésirables du repos au lit comprennent : le déconditionnement (réduction de la masse corporelle de l'ordre de 1 % par jour de repos au lit), une réduction des capacités aérobiques (réduction des capacités aérobiques de l'ordre de 50 % après 10 jours de repos au lit), une incidence accrue de thromboses veineuses profondes et d'embolies pulmonaires. Le repos au lit s'avère une démarche entièrement passive qui peut provoquer des comportements de fuite de la douleur et de la peur, des réactions de catastrophe et une dépression (1).

Dans le cas de la **sciatalgie**, il a également été démontré que le repos au lit n'est d'aucun bienfait et que la sciatalgie aiguë doit être traitée comme une lombalgie simple aiguë.

LIGNES DIRECTRICES

La CSSIAT a adopté les lignes directrices du Royal College of Great Britain : (1)

RECOMMANDATIONS

- Le repos au lit n'est pas un traitement recommandé dans le cas de la lombalgie simple.
- Certains patients peuvent être confinés au lit pendant quelques jours en raison de la douleur, mais cette période de repos n'est pas considérée comme un traitement.
- Les patients doivent demeurer aussi actifs que possible et poursuivre leurs activités normales quotidiennes.
- Les patients doivent accroître leur niveau d'activité physique progressivement sur une période allant de quelques jours à quelques semaines.
- Il faut conseiller aux patients de rester au travail ou de reprendre le travail le plus tôt possible.

10. PHYSIOTHÉRAPIE

LIGNES DIRECTRICES

La physiothérapie peut être divisée en quatre grandes catégories :

1. Les modalités font partie des traitements passifs qui, bien souvent, nécessitent le recours à des dispositifs favorisant la cicatrisation des tissus pour soulager la douleur et diminuer l'inflammation et les tensions musculaires. Il peut s'agir de glace, de chaleur, d'ultrasons, de traitement au laser de faible puissance, de neurostimulation transcutanée et d'acupuncture.
2. La thérapie manuelle par manipulation consiste en des poussées et des mouvements passifs à grande vitesse, et à faible amplitude en bras de levier visant à rétablir la mobilité des articulations et à améliorer l'amplitude physiologique des mouvements et la cinématique articulaire.
3. L'exercice consiste en la contraction ou l'étirement musculaire actif dont le but est d'améliorer la flexibilité, la force, la condition aérobique et la posture du patient. Le patient pourra ainsi retrouver une amplitude de mouvement normale et l'équilibre musculaire, donnant lieu à un meilleur état fonctionnel.
4. L'éducation joue un rôle extrêmement important dans le processus de réadaptation musculo-squelettique. Toute douleur inexplicable provoque un sentiment de peur! Il faut éviter de sous-estimer le rôle du thérapeute en matière d'éducation. L'éducation doit comprendre de l'information sur l'état du patient et le processus normal de cicatrisation des tissus, l'importance de l'exercice et de l'activité physique, l'autogestion des symptômes et la mise en œuvre de pratiques de travail sécuritaires et d'une mécanique corporelle adéquate afin d'éviter les récurrences.

Bien qu'un nombre imposant de données appuient les différentes formes de traitement applicables à des conditions précises, il existe très peu de données comparatives fondées sur des arguments probants. En considération de ce manque de données, la position adoptée par la CSSIAT vise à encourager les thérapeutes à choisir le programme de traitement en fonction de la formation et de l'expérience. **Par contre, peu importe le traitement choisi, il faut démontrer la progression du patient d'un traitement passif à un traitement actif ([se reporter à la section 7](#)) et l'amélioration de son état fonctionnel.**

LIGNES DIRECTRICES

Physiothérapeute

- Une physiothérapie efficace doit mettre l'accent sur un programme d'exercices progressifs au cours duquel on notera une diminution des traitements passifs (*, #, ✧, Δ, Θ).

- Des modalités passives peuvent être utilisées pendant de courtes périodes de temps à titre de compléments aux traitements actifs, mais elles ne doivent pas être utilisées de façon exclusive et leur période d'utilisation doit être limitée (*, #, ✧, Δ, Θ).
- Une analyse biomécanique doit faire partie du processus d'évaluation des lombalgies. Chez la plupart des patients atteints de lombalgie, on voit apparaître des signes de dysfonctionnement biomécanique et de déconditionnement auxquels il faut remédier par le biais d'exercices et d'information des patients afin de prévenir toute réapparition des symptômes (*, #, ✧, Δ).
- Le coordonnateur clinicien de physiothérapie sera heureux de discuter avec les thérapeutes externes afin de les aider à résoudre tout problème relatif à la prise en charge des patients ([se reporter à la section 38](#)).

Médecin traitant

- Bien que le médecin traitant ne soit pas tenu de connaître les moindres détails du traitement de physiothérapie, il doit :
 - avoir une certaine connaissance des principes de traitement sous-jacents;
 - savoir si le programme de traitement est essentiellement passif ou actif;
 - s'assurer qu'il y a progression du traitement passif au traitement actif.
- Si le médecin traitant s'interroge sur le programme de physiothérapie de son patient, il doit en discuter avec le physiothérapeute responsable. Le patient doit ressentir qu'il y a unanimité d'opinion en ce qui a trait au traitement.
- Entre les séances de physiothérapie, le médecin doit se renseigner sur les activités de son patient et sur les exercices qui lui ont été prescrits. Il est important de s'assurer que le patient prend en main son autogestion et son conditionnement physique, et ne présente aucun signe de comportement de fuite de la douleur.
- Pour les mêmes raisons qu'il est erroné de dire : « le patient a consulté un médecin, sans aucun résultat; par conséquent, les médecins ne sont d'aucun soutien », il est fallacieux de présumer qu'aucune autre forme de physiothérapie ou aucun autre thérapeute ne pourra réussir là où les autres ont échoué.

L'équipe de traitement étant formée du patient, du médecin traitant, d'autres cliniciens médicaux ou non médicaux et de la CSSIAT, n'hésitez surtout pas à communiquer avec la CSSIAT en tout temps si vous avez des questions ([se reporter à la section 38](#)).

11. MANIPULATIONS VERTÉBRALES

APERÇU

Les manipulations vertébrales peuvent englober de nombreuses techniques, y compris les manipulations ou ajustements lombaires, la thérapie manuelle, la mobilisation, les massages thérapeutiques, les manipulations crânio-sacrales, etc. Toutefois, dans le cas des présentes lignes directrices, la manipulation est définie comme une thérapie manuelle prévoyant l'application de charges sur la colonne vertébrale grâce à des méthodes dites de levier court ou long. L'articulation visée est déployée à son point d'amplitude maximale de mouvement volontaire, et on applique ensuite une charge. Les objectifs thérapeutiques des manipulations comprennent le soulagement des symptômes et l'amélioration des capacités fonctionnelles du patient.

LIGNES DIRECTRICES

- En général, les lombalgies aiguës guérissent de façon spontanée, sans aucune intervention. Cependant, si la guérison ne se déroule pas comme prévu, une thérapie manuelle peut être envisagée (Θ, B, page 264).
- Les manipulations étant une forme de traitement passif, le recours à cette thérapie doit se limiter à de courtes périodes et, de préférence, ces manipulations doivent être appliquées conjointement avec un traitement actif.
- Le patient doit démontrer des signes de rétablissement fonctionnel, l'objectif ultime étant l'arrêt des manipulations ([se reporter à la section 7](#)) (#, ✧, Δ).
- Compte tenu du manque de données sur le sujet, il n'est pas recommandé de prescrire des manipulations dans le cas des patients atteints de radiculopathie (*, C; ✧; Δ).
- Il ne faut pas procéder à des manipulations chez les patients atteints d'une sciatalgie grave ou progressive, compte tenu des risques de complications neurologiques (*, B; #; ✧; Δ; Θ, page 262).
- Aucun argument ne confirme l'efficacité des manipulations en tant que traitement préventif (#, ✧, Δ).

12. NEUROSTIMULATION TRANSCUTANÉE

APERÇU

Le neurostimulateur transcutané est un appareil à piles qui est porté par le patient et qui transmet, au moyen d'électrodes de surface, des impulsions électriques aux nerfs sensoriels à travers la peau ou d'autres tissus. L'objectif thérapeutique de cette neurostimulation est de soulager la douleur et les symptômes. En théorie, l'appareil stimule le système nerveux, ce qui modifie le processus de perception de la douleur.

Comme toute autre option thérapeutique *passive* qui procure un soulagement des symptômes, la neurostimulation transcutanée n'est intéressante que dans la mesure où elle favorise la participation du client à un programme d'activités fonctionnelles et d'exercices.

Aucune documentation n'appuie le recours exclusif à la neurostimulation transcutanée pour le traitement des lombalgies simples (#; ✧; Θ, C, page 262).

LIGNES DIRECTRICES

- **Lombalgie aiguë** : La neurostimulation transcutanée est de peu d'utilité dans le cas des lombalgies aiguës, bien qu'elle puisse à l'occasion favoriser le soulagement à court terme des symptômes liés aux douleurs lombaires graves. Si aucun bienfait fonctionnel et symptomatique n'est observé après deux semaines, le traitement doit être interrompu (#, ✧, Δ).
- **Lombalgie chronique** : La neurostimulation transcutanée est une modalité passive qui ne doit pas être prescrite en tant que seule forme de traitement. Elle doit être prescrite en combinaison avec un programme actif ([se reporter à la section 7](#)) d'exercices progressifs et de rétablissement fonctionnel (#, ✧, Δ).

Les critères de la CSSIAT en matière d'usage à long terme de la neurostimulation transcutanée (par exemple, l'usage d'un appareil à domicile) prévoient un soulagement de la douleur de l'ordre de 50 % pendant au moins une heure, ou une diminution importante de la dose d'analgésique et une amélioration au niveau fonctionnel ou du sommeil.

13. TRACTION (À L'HÔPITAL)

APERÇU

Dans le cas de la lombalgie ou de la sciatalgie, la traction consiste en l'application de tensions (intermittentes ou continues) le long de l'axe de la colonne vertébrale afin de tenter de réduire les symptômes ou la pression au niveau des racines nerveuses. Il existe deux formes de traction :

1. La traction mécanique est pratiquée au moyen d'un appareil de mise en tension, tel qu'une ceinture de toile placée autour du bassin du patient qui est fixée à des poids suspendus au pied du lit. Cette technique n'est pas courante, mais elle est encore pratiquée dans certains hôpitaux et en consultations externes.
2. La traction manuelle est pratiquée dans le cadre d'un programme de thérapie manuelle.

LIGNES DIRECTRICES

- **Lombalgie aiguë** : Les arguments démontrant l'efficacité de la plupart des techniques de traction dans le cadre du traitement des lombalgies ne sont pas suffisants. Très peu d'essais avec répartition aléatoire ont été effectués en matière de traitement de la lombalgie aiguë. De plus, ceux-ci ont été menés à petite échelle, sont de mauvaise qualité et comportent des arguments contradictoires (Θ, C, page 263). Il s'avère donc impossible de poser tout jugement sur leur efficacité en ce qui concerne le traitement de la lombalgie *aiguë*.
- **Lombalgie chronique** : Des arguments probants (niveau A) démontrent que la traction n'est d'aucun bienfait dans le traitement de la lombalgie *chronique* (Θ, A, page 295).
- Les modalités passives, telles que la traction, ne doivent pas être prescrites en tant que seule forme de traitement. Elles doivent être combinées à un programme de traitement actif prévoyant des exercices progressifs et une fréquence décroissante des traitements passifs (#, ✧, Δ).

14. ACUPUNCTURE / AIGUILLE SÈCHE

APERÇU

L'objectif thérapeutique de l'acupuncture consiste à soulager la douleur, à maîtriser l'inflammation et à réduire les spasmes musculaires. Par définition, l'acupuncture regroupe tous les types de « piqûres à sec » (c'est-à-dire qu'aucun médicament n'est injecté). Ainsi, des aiguilles sont placées en des points précis de la peau, des tissus sous-cutanés, des muscles ou des ligaments.

Il existe plusieurs techniques d'acupuncture :

La **méthode dite occidentale** est fondée sur les liens anatomiques entre le point d'acupuncture et la partie du corps blessée et consiste en la stimulation des nerfs au niveau de la partie du corps qui a été blessée. Les aiguilles sont insérées et stimulées soit manuellement ou au moyen d'un courant électrique. La stimulation à haute fréquence bloque la douleur, tandis que la stimulation à basse fréquence favorise la production d'endorphines, lesquelles servent à maîtriser la douleur et la réaction anti-inflammatoire du corps. La plupart des physiothérapeutes pratiquent cette méthode d'acupuncture.

La méthode s'inspirant de la **médecine traditionnelle chinoise** est fondée sur la philosophie orientale de la circulation de l'énergie à travers les douze méridiens du corps et du dérèglement causé par un déséquilibre au niveau de la circulation de l'énergie. Bien que certains physiothérapeutes pratiquent la méthode traditionnelle chinoise, elle est plus couramment utilisée par les acupuncteurs.

Comme pour toutes les options thérapeutiques *passives* qui procurent un soulagement des symptômes, l'acupuncture n'est efficace que dans la mesure où l'on favorise l'exercice physique, corrige la posture et les déséquilibres musculaires, et augmente la capacité fonctionnelle du patient.

LIGNES DIRECTRICES

- Bien que l'acupuncture soit couramment pratiquée, les preuves de son efficacité dans le cadre du traitement des lombalgies ne sont pas concluantes (#; ✧; Δ; Θ, 1).
- Les modalités passives, telles que l'acupuncture, ne doivent pas être prescrites à titre de seule forme de traitement. Elles doivent être combinées à un programme de traitement actif ([se reporter à la section 7](#)) prévoyant des exercices progressifs et une fréquence décroissante des traitements passifs (#, ✧, Δ).

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

15. SOUTIENS LOMBAIRES (PAR EXEMPLE, CORSETS, CEINTURES DE SOUTIEN, ATTELLES, DOSSIERS ORTHOPÉDIQUES)

APERÇU

L'efficacité des soutiens lombaires dépend des mécanismes théoriques suivants :

1. Assurer un soutien externe à la colonne vertébrale et prévenir les mouvements exagérés.
2. Rappeler au patient d'adopter une bonne posture.
3. Augmenter la pression intra-abdominale (qui à son tour augmente la stabilité de la colonne vertébrale).
4. Diminuer la pression intra-discale.

Les appareils de soutien lombaire utilisés dans le cas de lombalgies comprennent les corsets lombaires et les ceintures de soutien, les attelles lombaires et les gilets moulés, ainsi que les dossiers orthopédiques pour les chaises et les sièges d'auto.

Les arguments relatifs à l'efficacité des corsets lombaires ou des ceintures de soutien dans le cadre du traitement de lombalgies ne sont pas concluants. Aucun argument ne démontre que les orthèses procurent des bienfaits prophylactiques ou qu'elles préviennent les blessures (#, ✧, Δ, Θ).

LIGNES DIRECTRICES

- Une brève immobilisation (1 à 3 jours), à titre d'essai et au moyen de soutiens lombaires, peut procurer un soulagement symptomatique de la douleur dans les cas de lombalgie aiguë grave.
- L'usage d'une attelle n'est recommandé que dans le but d'améliorer la cognition proprioceptive ou en présence de signes cliniques confirmant un soulagement des symptômes.
- Les modalités passives, telles que les corsets et les attelles, ne doivent pas être prescrites à titre de seule forme de traitement. Elles doivent être combinées à un programme de traitement actif prévoyant des exercices progressifs et une utilisation décroissante des attelles (#, ✧, Δ).

16. SEMELLES ORTHOPÉDIQUES, ÉLÉVATIONS POUR CHAUSSURES OU ORTHÈSES DE SOULIER

APERÇU

Les orthèses et les élévations pour chaussures servent à corriger des problèmes biomécaniques locaux au niveau des pieds. Dans le cas des lombalgies, leur influence est plutôt secondaire par rapport à leur effet sur les mécanismes de démarche et la posture. Malgré l'usage intensif des orthèses pour le traitement des lombalgies, il n'existe aucun essai avec répartition aléatoire sérieux qui puisse aider le clinicien. Les orthèses peuvent être prescrites, faites sur mesure ou achetées en pharmacie.

Les élévations pour chaussures sont ajoutées au talon ou à la semelle d'un soulier afin de le rendre plus haut. Leur objectif thérapeutique est de supprimer un problème de boiterie important.

LIGNES DIRECTRICES

- Orthèses : Très peu de données fondées sur des résultats probants permettent de présenter des recommandations relativement au rôle des orthèses dans le traitement des lombalgies (◇, Δ). Cependant, si l'on estime cliniquement que la douleur au niveau du pied entraîne des problèmes de démarche ou de posture qui aggravent les symptômes au niveau du dos, l'essai d'orthèses est alors justifié.
- Élévations pour chaussures : En général, il n'est pas recommandé de prescrire des élévations pour chaussures dans le cadre du traitement de lombalgies lorsque le raccourcissement du membre inférieur est de moins de 2 cm (*, D; ◇; Δ).

17. TOMODENSITOMÉTRIE, IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM), TOMODENSITOMÉTRIE-MYÉLOGRAPHIE

APERÇU

Ces techniques sophistiquées d'imagerie radiographique et magnétique sont extrêmement sensibles et il ne faut y recourir qu'en présence de fortes indications médicales. L'objectif de ces examens consiste à définir des conditions pathologiques anatomiques pouvant être corrigées chirurgicalement ou à écarter un diagnostic de drapeau rouge précis (tumeurs, sclérose en plaques, etc.). Elles ne sont d'aucun bienfait dans le cas d'une lombalgie simple.

En raison de l'incidence élevée de faux résultats positifs de dégénérescence discale, de protrusion herniaire et même de sténose du canal rachidien chez les patients asymptomatiques à la suite d'une IRM ou d'une tomodensitométrie, il est important de ne pas pratiquer ces examens, à moins que ceux-ci ne soient indiqués du point de vue clinique (Θ, page 199) :

INCIDENCE D'IRM POSITIVES CHEZ LES PATIENTS ASSYMPTOMATIQUES

Dégénérescence discale	85 %
Protrusion discale	63 %
Égression discale	13 %
Sténose du canal rachidien	15 %

Les IRM et les tomodensitométries ne sont pas indiquées dans le cadre du traitement d'une lombalgie simple sans drapeau rouge. De plus, l'incidence élevée de faux résultats positifs peut provoquer des craintes inutiles, de l'appréhension et une réaction de catastrophe.

Compte tenu de leur meilleure qualité d'image, l'IRM et la tomodensitométrie ont pris la place de la myélographie en tant qu'outil d'évaluation. La tomodensitométrie, l'IRM et la myélographie sont parfois combinées (ce qu'on appelle une tomodensitométrie / imagerie par résonance magnétique avec myélographie).

L'avantage relatif de l'IRM par rapport à la tomodensitométrie dans le cadre du diagnostic de conditions précises n'a pas été établi et tend à dépendre des préférences personnelles du spécialiste.

De façon générale, ces examens doivent être prescrits chez les patients présentant l'une des conditions cliniques suivantes : (Δ, ✧)

1. Sciatalgie progressive pour laquelle on envisage une intervention chirurgicale.
2. Antécédents de claudication neurogène et de déficit neurologique progressif.

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

3. Conditions graves affectant la colonne vertébrale (c'est-à-dire, le syndrome de la queue de cheval, une fracture, une infection, une tumeur ou autres lésions intracrâniennes ou anomalies).

Puisque les conditions mentionnées ci-dessus nécessitent habituellement l'intervention d'un spécialiste, il est recommandé que le choix de la méthode d'évaluation soit fait en consultation avec ce dernier.

Aucun argument n'atteste que l'IRM a permis d'améliorer le traitement de la lombalgie simple.

LIGNES DIRECTRICES

- En raison de l'incidence élevée de faux résultats positifs, le recours systématique à l'IRM ou à la tomodensitométrie en vue de rassurer le patient (en l'absence de drapeaux rouges présumés) n'est pas justifié et peut provoquer des comportements de peur et de maladie inutiles (Δ ; Θ , page 199).
- La tomodensitométrie et l'IRM ne sont d'aucune utilité dans le cas d'une lombalgie simple. Il n'existe aucune corrélation entre les résultats de l'IRM ou de la tomodensitométrie et le niveau de douleur ou d'incapacité que ressentent ces patients (Δ ; Θ , page 198).
- Le syndrome de la queue de cheval et les affaiblissements moteurs majeurs progressifs constituent des indications de recours sans délai à la tomodensitométrie, à l'IRM, à la myélographie ou à la tomodensitométrie-myélographie. Compte tenu que ces états pathologiques peuvent nécessiter le recours rapide à une intervention chirurgicale, il vaut mieux discuter des études en imagerie nécessaires avec un chirurgien orthopédiste spécialisé en affections vertébrales (*, C; \diamond ; Δ).
- Une fracture instable, une infection, une tumeur ou toute autre lésion envahissante (par exemple, les drapeaux rouges) constituent des indications de recours à la tomodensitométrie, à l'IRM, à la myélographie ou à la tomodensitométrie-myélographie, en consultation avec le spécialiste approprié (*, C; \diamond ; Δ).

18. SCINTIGRAPHIE OSSEUSE

APERÇU

La raison principale qui justifie le recours à une scintigraphie osseuse est l'évaluation d'une **tumeur rachidienne, d'une infection ou d'une fracture latente** soupçonnée en vue de les distinguer des pathologies bénignes courantes, telles que les changements dégénératifs ou de développement. La scintigraphie osseuse n'est d'aucune utilité dans le cadre du traitement de la lombalgie simple, sauf en présence de drapeaux rouges ou d'antécédents de traumatisme.

Une scintigraphie osseuse consiste en l'injection par voie intraveineuse de composés radioactifs (technétium 99 m) qui se fixent dans les zones où l'activité métabolique osseuse est plus élevée (par exemple, fracture, tumeur, infection, inflammation). Les détecteurs gamma servent à délimiter les zones de fixation osseuse plus élevée.

LIGNES DIRECTRICES (*, C; ✧; Δ; Θ, A, page 220)

- Une scintigraphie osseuse est indiquée dans le cadre de l'évaluation ([se reporter à la section 39](#)) de drapeaux rouges soupçonnés qui sont fondés sur les antécédents médicaux, l'examen physique du patient ou encore des essais en laboratoire ou des essais d'imagerie coordonnés.
- La scintigraphie osseuse est contre-indiquée chez les femmes enceintes.
- La scintigraphie osseuse est considérée plus sensible que la radiographie de routine en ce qui a trait au dépistage précoce des infections ou des lésions osseuses malignes.
- La scintigraphie osseuse peut faciliter la différenciation des fractures récentes par rapport aux fractures consolidées plus anciennes ou aux déformations osseuses de développement. Cette différenciation peut se révéler essentielle en ce qui concerne la détermination des causes et des liens avec le milieu de travail.

19. ÉLECTRODIAGNOSTICS (ÉLECTROMYOGRAPHIE, CONDUCTION NERVEUSE ET POTENTIELS ÉVOQUÉS SENSORIELS)

APERÇU

En général, le diagnostic de sciatalgie ou de neuropathie peut être fondé sur les antécédents du patient et l'examen physique. Cependant, il arrive parfois qu'un électrodiagnostic soit indiqué afin d'écarter les autres conditions neurologiques ou les lésions musculaires primaires que l'on peut confondre avec la sciatalgie.

En général, un électrodiagnostic est effectué pour les raisons suivantes :

1. Écarter les lésions nerveuses par englobement de nerf périphérique et documenter les niveaux d'altération de la conduction nerveuse (nerf sciatique poplité externe, syndrome du canal tarsien).
2. Écarter un diagnostic de neuropathie périphérique.
3. Obtenir une confirmation objective du niveau de radiculopathie.
4. Surveiller le processus de guérison à la suite d'une lésion nerveuse.

Les objectifs précis de l'électrodiagnostic dans le cas des lombalgies sont les suivants :

1. L'électromyographie à l'aiguille pour évaluer le dysfonctionnement aigu et chronique de la racine nerveuse, la myélopathie et la myopathie.
2. L'électromyographie à l'aiguille de surface pour évaluer les modèles de recrutement aigus et chroniques pendant des tâches statiques ou dynamiques à l'aide d'électrodes de surface au lieu de l'insertion d'une aiguille.
3. Les potentiels évoqués sensoriels pour évaluer les neurones sensoriels au niveau des voies périphériques et des voies médullaires.
4. Les essais de conduction nerveuse pour évaluer les neuropathies nerveuses aiguës et chroniques par englobement du nerf périphérique que l'on peut confondre avec une radiculopathie.

LIGNES DIRECTRICES

- L'électrodiagnostic n'est pas particulièrement utile en matière de diagnostic du niveau d'atteinte exact d'une lésion de la racine nerveuse (faibles niveaux de sensibilité) et n'est recommandé qu'en cas de conflit entre les résultats radiologiques et cliniques (Θ, page 217).
- L'électrodiagnostic est utile pour écarter les cas d'atteinte nerveuse plus éloignée (neuropathie ou englobement de nerf aux extrémités) ainsi que pour vérifier la faiblesse musculaire subjective au moyen d'une électromyographie à l'aiguille et pour repérer les patients présentant un comportement d'inhibition de la douleur ou faisant preuve d'un manque de collaboration (Θ, page 217).
- Considérant que l'exactitude de l'électrodiagnostic dépend largement des compétences de l'examineur, il est recommandé de ne recourir à l'électrodiagnostic qu'en consultation avec le spécialiste approprié (neurologue ou physiatre possédant des compétences dans l'interprétation des résultats d'électrodiagnostic) (◇, Δ).

(*, A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = NACHEMSON, JONSSON, Poids des arguments
(Δ) = AUTEUR ET CSSIAT DU NOUVEAU-BRUNSWICK
(N^o) = Référence précise

20. ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE

APERÇU

Des arguments probants attestent que les facteurs psychologiques, sociaux et économiques (c'est-à-dire des facteurs non physiques) peuvent avoir une incidence marquée sur la réponse au traitement (y compris la chirurgie) et la réadaptation après une blessure. Dans le cas de la lombalgie, ces facteurs sont appelés des *drapeaux jaunes*. Alors que le patient passe de la phase aiguë à la phase subaiguë et chronique de la lombalgie simple, les drapeaux jaunes ([se reporter à la section 40](#)) prennent de plus en plus d'importance.

On recommande aux cliniciens de faire attention à ces facteurs, particulièrement chez les patients dont la reprise normale des activités à la suite d'une lombalgie aiguë semble retardée.

LIGNES DIRECTRICES

- Dans le cas d'une lombalgie, une guérison retardée, le non-respect du traitement approprié ou la non-absence de réponse à ce dernier peuvent suggérer que la présence de drapeaux jaunes tels l'insatisfaction au travail, la dépression, l'abus d'alcool et d'autres drogues et l'amplification des symptômes constituent des facteurs contributifs (#, ✧, Δ).
- La présence de nombreux symptômes ou de signes physiques « non organiques » ([se reporter à la section 39](#)) peut suggérer que d'autres tests psychologiques approfondis sont nécessaires (#, ✧, Δ). La CSSIAT doit être informée des résultats de ces tests et peut voir à l'organisation d'une évaluation appropriée.
- En l'absence d'une lésion médullaire sous-jacente grave, l'incapacité de retrouver un niveau de tolérance aux activités requises peut indiquer que des attentes exagérées ou des facteurs psychosociaux doivent être examinés avant qu'une évaluation ou un programme de traitement plus approfondi ne soit envisagé (*, D; #; ✧; Δ).

21. ÉVALUATION ERGONOMIQUE (ÉVALUATION DU MILIEU DE TRAVAIL)

APERÇU

L'évaluation ergonomique vise à adapter une tâche, un lieu de travail ou un poste de travail de manière à optimiser la productivité tout en réduisant la fatigue de l'opérateur et en atténuant toute autre forme d'inconfort. L'ergonomie est parfois appelée biotechnologie, rationalisation du travail ou génie industriel.

Des ergothérapeutes ou des ergonomistes effectuent habituellement ces évaluations.

Les entorses lombaires chroniques ou récurrentes peuvent être le résultat de facteurs liés au milieu de travail qui peuvent être corrigés. Si l'on soupçonne de tels facteurs, l'un des ergothérapeutes de la CSSIAT ou un conseiller dans la communauté peut effectuer une évaluation du milieu de travail.

LIGNES DIRECTRICES

- L'évaluation ergonomique est appropriée lorsque la description du travail ou l'inspection du lieu de travail suggère que des facteurs physiques liés au travail peuvent contribuer à l'émergence ou à l'exacerbation de problèmes lombaires ou encore peuvent nuire à la reprise du travail à temps plein (#, ✧, Δ).
- Les cliniciens doivent communiquer avec la CSSIAT ([se reporter à la section 38](#)) s'ils estiment qu'une telle évaluation est indiquée.

22. PROGRAMMES DE CONDITIONNEMENT AU TRAVAIL

APERÇU

Taillés sur mesure, les programmes de conditionnement mettent l'accent sur le rétablissement fonctionnel actif et l'éducation dans le but d'aider le patient à réintégrer le marché du travail. Le programme est offert à raison de quatre heures par jour, cinq jours par semaine, jusqu'à concurrence de 30 traitements ou six semaines.

Le traitement de physiothérapie, dont le but est d'aider le patient à reprendre le travail, comporte deux volets principaux : les exercices et l'éducation. Le volet éducation est mené de façon individuelle ou en groupe et porte sur la mécanique corporelle, les processus normaux de guérison, l'autogestion, la prévention des blessures, les pratiques de travail sécuritaires et la promotion des bienfaits d'une reprise rapide du travail. Les programmes d'exercices sont conçus de sorte à préparer le travailleur à répondre aux exigences de son travail en améliorant sa mobilité articulaire, sa force, son endurance ainsi que sa condition générale et son niveau d'aérobie. Les tâches liées au travail peuvent également faire partie du programme de traitement.

L'ergothérapeute en région coordonne le volet ergothérapie du programme. Un dialogue constant avec le physiothérapeute est maintenu, et dès que les clients s'en sentent capables, ils commencent une reprise transitoire du travail, tout en continuant leurs traitements de physiothérapie.

LIGNES DIRECTRICES

- Le programme de travail modifié est préférable au programme de réadaptation mené dans des conditions cliniques, à l'extérieur du lieu de travail (Δ , \diamond , Θ).
- L'application d'un programme de conditionnement au travail formel dans le cadre du traitement d'une lombalgie *aiguë* est peu indiqué (Δ , \diamond , Θ).
- Un programme de conditionnement au travail est indiqué dans le cas d'une lombalgie *subaiguë* ou *au début de la phase chronique* pour les patients ne présentant aucun drapeau jaune, ou dans certains cas restreints qui peuvent être réglés dans le milieu de soins primaires (\diamond , Δ). Un tel programme fait partie du continuum des soins offert par la CSSIAT aux clients atteints de lésions musculo-squelettiques et qui n'ont aucun plan de reprise du travail dans la période de 6 à 8 semaines suivant l'accident.
- En ce qui concerne les patients atteints de lombalgies *chroniques* et de problèmes psychosociaux importants (drapeau jaune), une approche interdisciplinaire conviendra mieux dans leur cas ([se reporter à la section 26](#)) (\diamond , Δ).
- Des prolongations au programme de conditionnement au travail sont plutôt rares. Si la guérison d'un patient n'est pas satisfaisante au point qu'une reprise du travail ne peut s'effectuer sans risque, il faudra envisager la nécessité de recourir à une évaluation médicale plus approfondie, à un programme de réadaptation interdisciplinaire ou à un programme de traitement de la douleur chronique (\diamond , Δ).

23. DISCECTOMIE (CLASSIQUE / MICRO / PERCUTANÉE)

APERÇU

Une discectomie consiste en l'ablation chirurgicale du fragment de disque hernié qui empiète sur une racine nerveuse, ainsi qu'en l'ablation de toute matière discale qui pourrait faire hernie à l'avenir. L'objectif thérapeutique de cette intervention consiste à réduire la pression sur les racines nerveuses, ainsi qu'à soulager la douleur et toute faiblesse ou tout engourdissement possible au niveau des membres inférieurs.

Discectomie est en quelque sorte une fausse appellation, puisque le terme suggère l'ablation complète du disque. Lorsque l'on pratique cette intervention, moins de la moitié de la partie centrale (le noyau) du disque est enlevée et l'enveloppe externe (l'anneau) reste intacte.

Les patients doivent être informés que cette intervention chirurgicale est pratiquée dans le but de soulager la sciatgie (c'est-à-dire, la douleur et la paresthésie au-dessous des genoux) et qu'elle n'a aucun effet sur les changements dégénératifs qui se manifestent au niveau de la colonne vertébrale. Le but de la discectomie n'est pas de soulager la douleur lombaire!

Il est important de se rappeler que l'évolution naturelle de la sciatgie se traduit par une résolution spontanée des symptômes sans recours à une intervention chirurgicale. La seule présence d'une sciatgie ne constitue pas une indication justifiant une intervention chirurgicale!

LIGNES DIRECTRICES

- Sauf en présence d'une détérioration neurologique aiguë, le recours à la chirurgie dans les douze premières semaines d'une sciatgie aiguë est injustifié. Si le patient montre des signes cliniques d'amélioration, la chirurgie doit être retardée (#, ✧, Δ).
- La discectomie est rarement indiquée dans le cas de douleurs lombaires sans sciatgie (*, A; #; ✧; Δ; Θ, A, page 254).
- L'intervention chirurgicale est indiquée pour les patients atteints d'une sciatgie :
 1. qui ne répondent pas à un traitement non chirurgical approprié de 6 à 12 semaines;

ET

2. qui présentent des signes cliniques d'une irritation précise d'une racine nerveuse ou d'une détérioration de la conduction avec hernie discale du niveau et du côté correspondants confirmée par les résultats de la tomodynamométrie ou de l'imagerie par résonance magnétique;

ET

(*, A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

3. qui ne présentent aucun signe de comorbidité physique ou psychologique important qui pourrait mener à un mauvais dénouement chirurgical;

ET

4. qui ne présentent aucun signe d'amélioration (#, ✧, Δ, Θ).
- De nombreux arguments confirment que les résultats cliniques de la microdiscectomie et de la discectomie classique sont sensiblement comparables (Θ, A, page 314). Il n'existe aucune différence importante entre l'hémorragie périopératoire, la durée de l'hospitalisation ou le résultat de l'intervention (Θ, B, page 315).
 - Les arguments soutenant que la discectomie percutanée automatisée donne de moins bons résultats cliniques que les autres techniques chirurgicales sont peu nombreux et contradictoires (Θ, C, page 315).

24. STÉNOSE DU CANAL RACHIDIEN

APERÇU

Les sténoses du canal rachidien sont classées en deux catégories : 1) centrales et 2) périphériques. La sténose centrale du canal rachidien se caractérise par un rétrécissement de la partie centrale du canal rachidien provoquant des symptômes bilatéraux au niveau des jambes, tandis que la sténose périphérique du canal rachidien se caractérise par un rétrécissement du canal osseux, d'où émergent les racines nerveuses, provoquant des symptômes unilatéraux (un seul côté).

L'incidence de diagnostics de sténose du canal rachidien à la suite d'une tomodynamométrie ou d'une imagerie par résonance magnétique est très élevée! Un diagnostic de sténose du canal rachidien est posé chez 15 à 20 % des personnes asymptomatiques ayant subi une imagerie par résonance magnétique ou une tomodynamométrie (⊖, page 199). Par conséquent, à moins que l'on ne soit en présence de symptômes ou de résultats cliniques probants suggérant une sténose symptomatique, ce diagnostic radiologique peut être considéré comme un résultat d'importance secondaire et être écarté.

La sténose symptomatique du canal rachidien n'est pas très fréquente parmi la population d'âge actif et se rencontre habituellement chez les patients âgés de plus de soixante ans, en tant que changement dégénératif lié à l'âge. Les principaux symptômes de la sténose grave du canal rachidien sont la claudication neurogène (bilatérale ou unilatérale, selon que la sténose est de type central ou périphérique), et ceux-ci peuvent être associés à un déficit neurologique. La sténose du canal rachidien n'est habituellement pas associée à des signes d'irritation nerveuse.

La chirurgie, dans le cas d'une sténose du canal rachidien, peut porter sur l'ablation de diverses combinaisons de tissus mous et d'os dans le but de réduire la pression au niveau des racines nerveuses et de la queue de cheval, et peut inclure une discectomie ([se reporter à la section 23](#)) ou une arthrodèse afin de stabiliser la colonne vertébrale.

LIGNES DIRECTRICES

- Une imagerie par résonance magnétique révélant un petit canal rachidien ne constitue pas en soi une indication justifiant une intervention chirurgicale. Chez les patients asymptomatiques âgés de 40 ans et plus, l'incidence d'une sténose du canal rachidien documentée par imagerie par résonance magnétique varie entre 15 et 20 % (⊖, page 199). Par conséquent, il est extrêmement important qu'une intervention chirurgicale destinée à soulager une sténose du canal rachidien ne soit effectuée qu'en présence de fortes indications d'atteinte neurologique (*, D; #; ✧; Δ; ⊖).
- La décision de procéder à une intervention chirurgicale chez des patients atteints d'une sténose du canal rachidien ne doit pas être fondée uniquement sur les résultats d'imagerie, mais également sur les signes cliniques, y compris les symptômes de claudication neurogène persistante et d'atteinte neurologique manifestes (*, D; #; ✧; Δ; ⊖).

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(⊖, A) = NACHEMSON, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

- Les patients plus âgés atteints d'une sténose du canal rachidien dont les activités quotidiennes ne sont pas compromises et ne présentant aucun résultat neurologique peuvent souvent être pris en charge grâce à un traitement conservateur. Le choix du traitement doit tenir compte du mode de vie du patient, de ses préférences, des autres problèmes médicaux et des risques liés à la chirurgie (*, D; #; ✧; Δ; Θ).

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

25. ARTHRODÈSE

APERÇU

L'arthrodèse est une intervention chirurgicale qui a recours à la greffe osseuse (souvent en combinaison avec des fixations internes) pour immobiliser un ou plusieurs segments médullaires. L'objectif thérapeutique de l'arthrodèse consiste à soulager la douleur en empêchant les mouvements entre les vertèbres soudées.

Utilisée depuis plus de 80 ans, l'arthrodèse fait encore les frais de nombreux débats relativement à sa pertinence et à son efficacité en tant que méthode de traitement de la douleur lombaire chez les patients atteints de discopathie lombaire dégénérative, en l'absence d'atteinte au niveau des racines nerveuses ou de la queue de cheval.

À l'heure actuelle, l'indication principale de l'arthrodèse reste le rétablissement de la stabilité vertébrale dans les cas, notamment, de spondylolisthésis progressif (instabilité vertébrale liée à une anomalie osseuse congénitale ou acquise) ou à la suite d'une intervention chirurgicale pour une sténose du canal rachidien ou une décompression des racines nerveuses ayant provoqué une instabilité au niveau de la colonne vertébrale.

Le taux de reprise du travail après une arthrodèse est très faible.

LIGNES DIRECTRICES

- L'arthrodèse est indiquée dans les cas d'instabilité résultant d'un spondylolisthésis, d'une fracture instable et d'une instabilité provoquée par une intervention chirurgicale (*, C; #; ◇).
- Les arguments démontrant l'efficacité de l'arthrodèse dans les cas de douleurs lombaires liées à une discopathie lombaire dégénérative sont peu nombreux (Θ, D, page 318).
- Des arguments probants suggèrent que l'arthrodèse chez les travailleurs blessés recevant des prestations d'indemnisation est souvent associée à des résultats insatisfaisants et à un faible taux de reprise du travail ([se reporter à la section 5](#)).

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

26. PROGRAMMES INTERDISCIPLINAIRES (CENTRE DE RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE)

APERÇU

Le programme de traitement interdisciplinaire se caractérise par une combinaison d'interventions médicales, physiques, professionnelles, comportementales et psychologiques exécutées par une équipe. Ce programme est également un *traitement multidimensionnel* puisqu'il touche à tous les aspects de l'invalidité, y compris l'aspect médical, forme physique, lieu de travail, social et psychologique. Il constitue une reconnaissance des éléments biopsychosociaux de l'invalidité lombaire. Les modalités de ce traitement contrastent avec les approches traditionnelles qui, bien souvent, ne s'intéressent qu'à l'aspect médical (unimodal) du problème.

Les programmes offerts au Centre de rééducation professionnelle à Grand Bay-Westfield (Nouveau-Brunswick) incluent :

Programme de rétablissement : Ce programme offre aux patients un service de réadaptation professionnelle interdisciplinaire qui répond à leurs besoins physiques, psychologiques et professionnels et favorise une reprise du travail.

Programme de traitement de la douleur : Ce programme offre aux patients atteints de douleurs lombaires chroniques un service interdisciplinaire qui les aide à mieux réagir contre la douleur chronique, à se préparer pour le marché du travail, à accroître leur niveau d'activité fonctionnelle et à améliorer leur qualité de vie.

Programme d'évaluation professionnelle : Dans ce cas, l'équipe de professionnels de la santé aidera à déterminer si un travailleur accidenté peut reprendre son travail en toute sécurité, le niveau d'activité qu'il peut exécuter en toute sécurité et les options réalistes qui s'offrent à lui du point de vue professionnel.

Programme d'appareils de réadaptation : Bien que ce programme propose une vaste gamme de services, chez les patients atteints de lombalgie, il est principalement prescrit pour la rédaction d'ordonnance et l'appareillage d'orthèses et d'appareils de réadaptation ([se reporter à la section 16](#)).

ARGUMENT

Des arguments probants attestent l'efficacité des programmes interdisciplinaires pour le traitement de la lombalgie *chronique* et ses avantages par rapport aux traitements unimodaux. On ne s'entend pas, cependant, sur ce qui constitue un programme de traitement optimal et sur l'importance relative des diverses disciplines (*; #; ✧; Δ; Θ, 1, pages 359 à 363).

- Les résultats des patients atteints d'une lombalgie chronique auxquels on a prescrit un traitement multidimensionnel sont supérieurs à ceux des patients auxquels on a prescrit

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = NACHEMSON, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

un traitement unimodal traditionnel, avec des taux de reprise du travail deux fois plus élevés que ceux du groupe unimodal (Θ, page 365).

- Des arguments probants (niveau A) démontrent que le traitement multidisciplinaire et un rétablissement fonctionnel sont utiles dans le cas des patients atteints d'une lombalgie chronique (Θ, A, page 294).
- Des études ont démontré l'efficacité des programmes multidisciplinaires en ce qui concerne le traitement de la douleur, l'amélioration de la capacité fonctionnelle, la reprise rapide du travail et la rentabilité (Θ, page 297).

LIGNES DIRECTRICES

- Si la lombalgie empêche la reprise du travail au-delà de trois mois (c'est-à-dire une lombalgie chronique), il faudra envisager de diriger le patient vers un programme interdisciplinaire par l'intermédiaire du Centre de rééducation professionnelle (Δ).
- Un programme de tâches modifiées est préférable à un programme de réadaptation mené dans une clinique à l'extérieur du milieu de travail (Δ, ✧, Θ).
- Dans l'éventualité où la reprise du travail ou le retour à un programme de tâches modifiées n'a pas eu lieu à la suite d'un traitement unimodal (tel qu'un programme de conditionnement au travail), il faudra envisager de soumettre le patient à une évaluation interdisciplinaire (Δ, ✧, Θ).
- Vous trouverez de plus amples renseignements sur le Centre de rééducation professionnelle sur le site Web de la CSSIAT au <www.whscc.nb.ca>.

(* , A) = AHCP, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

27. ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE

APERÇU

L'évaluation de la capacité fonctionnelle mesure la capacité du patient à effectuer les tâches liées à son travail. Le patient est soumis à un protocole normalisé de tâches physiques au cours duquel un observateur qualifié consigne les données sur son rendement et ses limitations. Cette évaluation est sans risque et donne des résultats valides, fiables et reproductibles. Des essais et des contrôles visant à vérifier que le patient déploie des efforts volontaires maximums sont également prévus. Le rapport normalisé est produit et contient des valeurs de la population normale aux fins de comparaison. L'évaluation de la capacité fonctionnelle se révèle utile pour décrire les progrès et les résultats cliniques du patient, les besoins en matière de réadaptation et les objectifs de l'évaluation fonctionnelle.

LIGNES DIRECTRICES

- L'évaluation de la capacité fonctionnelle doit être envisagée (Δ) :
 1. lorsqu'un patient est atteint d'une diminution physique permanente à la suite d'une blessure;
 2. lorsque la capacité de travail du patient est incertaine;
 3. lorsque des résultats suggèrent que la perception du patient par rapport à sa capacité est peut-être inexacte;
 4. lorsque la réaction du patient à des modalités de traitement précises doit être documentée;
 5. lorsque des doutes ont été soulevés quant au fait que le patient ne déploie peut-être pas des efforts volontaires maximums.
- L'évaluation de la capacité fonctionnelle fait souvent partie d'un programme de réadaptation interdisciplinaire ([se reporter à la section 26](#)).
- Il peut se révéler utile de procéder à des évaluations de la capacité fonctionnelle répétées en vue de documenter la réaction d'un patient au traitement, tout particulièrement si le patient a besoin d'être rassuré sur ses progrès thérapeutiques.
- Les évaluations de la capacité fonctionnelle facilitent la documentation des écarts entre la capacité réelle et la perception du patient par rapport à sa diminution physique et peuvent aider à déterminer si un patient déploie des efforts volontaires maximums.

28. ÉPREUVE DE RÉSISTANCE ET D'AMPLITUDE ARTICULAIRE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR

APERÇU

Afin d'améliorer l'exactitude et la reproductibilité des mesures de l'amplitude des mouvements et de la résistance, on a conçu différents appareils dotés de capteurs et d'ordinateurs. Ces appareils proviennent de différents fabricants (par exemple, B200®, Cybex® Trunk Flexion-Extension, etc.).

LIGNES DIRECTRICES

- L'évaluation de la résistance et de l'amplitude articulaire au moyen d'appareils informatisés n'est utile que si, dans le cadre d'un programme d'exercices précis, elle sert à mesurer les progrès réalisés par le patient (#, ✧, Δ).
- Les épreuves assistées par ordinateur ne devraient pas faire partie de l'évaluation de la lombalgie à des fins de diagnostic ou d'évaluation de la forme physique en raison du manque d'arguments attestant leur validité, leur fiabilité ou leur utilité sur le plan clinique (#, ✧, Δ).

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

29. DISCOGRAPHIE

APERÇU

Il s'agit d'une radiographie du noyau discal (noyau gélatineux), effectuée à l'aide d'un intensificateur d'images ou d'une imagerie par résonance magnétique, dans lequel on a préalablement injecté une substance de contraste soluble dans l'eau. Les résultats de l'examen permettront de déterminer la quantité de colorant absorbé, la pression nécessaire à l'injection, la configuration radiographique du disque et la reproduction de la douleur chez le patient. Les objectifs diagnostiques théoriques de cet examen sont : 1) évaluer l'ampleur de la pathologie discale au moyen d'une radiographie et 2) déterminer si l'intervention permet ou non de reproduire le schéma typique de la douleur ressenti par le patient.

La discographie est un test de diagnostic prêtant à controverse et à ce jour, son utilité sur le plan thérapeutique n'a pas été démontrée (*, #, Θ).

LIGNES DIRECTRICES

- Les arguments ne permettent pas de démontrer l'utilité de la discographie dans le cadre de l'évaluation et de la planification du traitement de la lombalgie (#; Θ, page 219).
- Compte tenu du fait qu'il s'agit d'un procédé invasif sujet à différentes interprétations personnelles, d'autres techniques non invasives sont sans doute plus efficaces pour dépister une pathologie discale (*, C; #; ✧; Δ).
- La discographie de provocation n'est pas justifiée si une thérapie chirurgicale précise n'est pas envisagée, et même dans ce cas, elle est propice aux interprétations subjectives. (Θ, page 219)

(* , A) = AHCP, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

30. THERMOGRAPHIE

APERÇU

La thermographie est un procédé faisant appel aux images infrarouges pour mesurer les écarts et les schémas de température le long du dos et aux extrémités. Puisque la thermographie est une technique non invasive sans rayonnement ionisant, elle a été proposée en tant qu'examen clinique utile dans le diagnostic de différentes lésions médullaires, y compris la sciatalgie.

LIGNES DIRECTRICES

- Aucun argument ne permet de démontrer l'efficacité de la thermographie dans le cadre de l'évaluation de lombalgies (*, C; #; ✧; Δ; Θ, page 221).

(* , A) = AHCP, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

31. INJECTIONS ÉPIDURALES DE CORTICOSTÉROÏDES

APERÇU

Les injections épidurales consistent en une infiltration de corticostéroïdes au niveau de l'espace épidural situé près du point d'entrée de la racine nerveuse dans la colonne vertébrale. En théorie, la racine nerveuse baigne dans une concentration locale élevée de médicament qui est retenu dans cette région pendant une période de temps prolongée. L'objectif thérapeutique de cette intervention consiste à réduire l'enflure et l'inflammation de la racine nerveuse à sa sortie de la colonne vertébrale.

LIGNES DIRECTRICES

- Aucun argument ne permet de recommander l'utilisation d'injections épidurales invasives de corticostéroïdes à titre de traitement de la lombalgie *sans sciatalgie* (*, D; ✧; Θ, D, pages 255, 289; Δ).
- Les arguments démontrant que les injections épidurales de stéroïdes sont plus efficaces que les placebos dans le cas de la lombalgie *aiguë* ou *chronique avec sciatalgie* sont peu nombreux et contradictoires (Θ, C, pages 255, 289).
- Les injections épidurales ne doivent pas être prescrites comme seule forme de traitement, mais doivent plutôt être combinées à un programme de réadaptation actif dont l'objectif est le rétablissement fonctionnel du patient.

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

32. INFILTRATIONS DES FACETTES ARTICULAIRES (DE NATURE DIAGNOSTIQUE OU THÉRAPEUTIQUE)

APERÇU

Les infiltrations des facettes articulaires consistent en l'injection d'anesthésiques locaux ou de cortisone dans les facettes articulaires de la colonne lombaire et autour de celles-ci. Il s'avère que certains patients atteints de lombalgie présentent le « syndrome des facettes articulaires », lequel se caractérise par une douleur au niveau des facettes articulaires. L'objectif des infiltrations des facettes articulaires consiste à soulager temporairement la douleur qui gêne la mobilité articulaire.

À ce jour, aucune étude concluante ne permet de corroborer le fondement théorique de ce syndrome des facettes articulaires et aucune étude définitive n'a permis de prouver l'efficacité de ces infiltrations (*, C; #; ✧; Θ, page 156).

LIGNES DIRECTRICES

- Les infiltrations des facettes articulaires n'ont pas leur place dans le traitement des lombalgies *aiguës*.
- Les infiltrations des facettes articulaires, ainsi que les autres types d'injections de nature diagnostique ou thérapeutique, doivent être utilisées comme techniques de traitement tardives chez les patients atteints d'une lombalgie *chronique* tenace ayant été évalués dans des centres de traitement de problèmes vertébraux de niveau tertiaire (#; ✧; Δ; Θ, page 217).
- Les infiltrations des facettes articulaires ne doivent pas être prescrites comme seule forme de traitement. Le soulagement à court terme de la douleur dans le cadre d'un programme de réadaptation actif et l'amorce d'un programme d'exercices actif constituent la principale indication de ce traitement (#, ✧, Δ, Θ).

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

33. INJECTIONS DANS LA ZONE GÂCHETTE

APERÇU

Ce traitement consiste en l'injection d'un anesthésique ou de corticostéroïdes dans les « zones gâchettes » localisées du muscle douloureux, au niveau de la zone paravertébrale. La théorie voulant que ces zones gâchettes soient responsables de la lombalgie ou de la récurrence de la lombalgie prête à controverse et est contestée par de nombreux spécialistes.

Bien que les injections dans la zone gâchette constituent maintenant une modalité de traitement assez courante des douleurs musculaires, il faut se rappeler que très peu d'arguments attestent leur efficacité (*, C; #; ✧; Θ, 1).

Classées dans la catégorie des traitements passifs, les injections dans la zone gâchette permettent de soulager temporairement la douleur et devraient toujours être combinées à un traitement fonctionnel actif ([se reporter à la section 7](#)).

LIGNES DIRECTRICES

- **Lombalgie aiguë** : Dans le cas de la douleur lombaire aiguë, le recours aux injections dans la zone gâchette n'est justifié que si elles favorisent une augmentation du niveau d'activité physique et de la capacité fonctionnelle. Aucun argument n'a permis de démontrer l'efficacité des injections dans la zone gâchette dans le cas de la lombalgie aiguë (D, page 255).
- **Lombalgie chronique** : Les injections dans la zone gâchette peuvent favoriser la maîtrise de douleur durant la phase initiale de la réadaptation et permettre aux patients d'entreprendre un programme d'exercices physiques. Elles ne doivent être prescrites que pour une période de temps limitée et qu'en présence d'améliorations fonctionnelles chez le patient (1, pages 271, 285).
- Il ne faut pas recourir aux injections dans la zone gâchette comme traitement à long terme, ou comme seule forme de traitement. Le soulagement à court terme de la douleur dans le cadre d'un programme de réadaptation actif se révèle la principale indication de cette forme de traitement (#, ✧, Δ, Θ).

34. INJECTIONS LIGAMENTAIRES SCLÉROSANTES (SCLÉROTHÉRAPIE / PROLOTHÉRAPIE)

APERÇU

La sclérothérapie, ou prolothérapie, se caractérise par l'injection d'une substance sclérosante (par exemple, une substance de dextrose-glycérine-phénol) dans les structures de tissus mous (habituellement ligamentaires). En théorie, l'injection crée une réaction inflammatoire qui sera suivie d'une phase de renforcement et d'amélioration de la stabilité mécanique du ligament, ou de blocage d'un nerf sensoriel ce qui, par conséquent, procurera un soulagement de la douleur.

LIGNES DIRECTRICES

- L'efficacité des injections ligamentaires sclérosantes (prolothérapie) dans le cadre du traitement des patients atteints de lombalgies n'a pas été prouvée (*, C; Θ, D, page 255; ✧; Δ).
- Les injections sclérosantes se classent parmi les traitements invasifs et peuvent exposer les patients à des complications graves possibles (Θ, D, page 255; Δ).

(* , A) = AHCP, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

35. CHIMIONUCLÉOLYSE

APERÇU

Traitement invasif, la chimionucléolyse consiste en l'injection d'une enzyme protéolytique (la chymopapaïne, extrait de la papaye) dans le disque sous contrôle radiographique afin de produire une dégradation enzymatique du noyau discal. La chimionucléolyse est utilisée dans le cadre du traitement de la sciatgie. Les complications peuvent comprendre une réaction allergique grave (anaphylaxie), une infection et une atteinte neurologique (par exemple, une myélite transverse).

LIGNES DIRECTRICES

- Il n'est pas recommandé de recourir à la chimionucléolyse en raison des risques de complications graves et de l'obtention de meilleurs résultats au moyen de la discectomie primaire (Δ ; Θ , A, page 313) lorsqu'une intervention est jugée nécessaire ([se reporter à la section 23](#)).

36. RÉTROACTION ÉLECTROMYOGRAPHIQUE BIOLOGIQUE

APERÇU

La rétroaction électromyographique biologique se caractérise par l'utilisation d'un signal visuel ou sonore provenant de l'électromyogramme de l'activité musculaire d'un patient afin de permettre à ce dernier de maîtriser cette activité. L'objectif thérapeutique consiste à accroître ou à réduire l'activité musculaire et, de ce fait, d'améliorer les schémas de mouvement dysfonctionnel par l'entremise de la rééducation musculaire. La rétroaction est recommandée principalement pour les patients atteints de lombalgie chronique.

LIGNES DIRECTRICES

- Aucun argument ne permet de démontrer l'efficacité de la rétroaction électromyographique biologique dans le cadre du traitement des patients atteints de lombalgie *aiguë* (*, C; ✧; Θ; Δ).
- Certains arguments affirment que la rétroaction électromyographique biologique n'est pas efficace dans le cadre du traitement de la lombalgie *chronique* (#; Θ, B, page 295). À ce titre, son utilisation doit se limiter à la maîtrise de la douleur dans un milieu de traitement multidisciplinaire ou à des fins de recherche (Δ).

(* , A) = AHCP, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(✧) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

37. RENVOIS À UN SPÉCIALISTE

APERÇU

Un médecin de premier recours peut traiter plus de 80 % de tous les cas de dorsalgie. Les renvois à un spécialiste doivent se limiter aux patients chez qui la présence de drapeaux rouges graves est soupçonnée (c'est-à-dire, progression neurologique, tumeur, etc.) ou qui ont besoin d'une intervention chirurgicale. **Les renvois à un spécialiste dans le but unique de rassurer le patient (en l'absence de drapeaux rouges) constituent non seulement un gaspillage des ressources de soins de santé, mais peut retarder les efforts de réadaptation active et la reprise du travail.**

LIGNES DIRECTRICES

- Le médecin de premier recours peut, sans risque, traiter les cas de lombalgie *aiguë* (sans drapeau rouge) et de sciatgie peu sévère ([se reporter à la section 2](#) intitulée Traitement médical).
- La non-réponse au traitement peut démontrer l'influence des drapeaux jaunes (milieu de travail, aspect psychosocial), lesquels doivent être repérés et éliminés. Le responsable de cas et le médecin-conseil de la CSSIAT ([se reporter à la section 38](#)) peuvent aider à régler ces problèmes.
- Les patients atteints d'une lombalgie *chronique* (plus de 3 mois) présentent habituellement des problèmes multifactoriels qu'il est préférable de traiter dans un milieu multidisciplinaire, comme celui qui est offert au Centre de rééducation professionnelle ([se reporter à la section 26](#)).
- Les indications justifiant le renvoi à un spécialiste sont :
 1. une détérioration neurologique progressive (queue de cheval ou sciatgie en progression);
 2. une fracture traumatique ou pathologique instable soupçonnée;
 3. une pathologie sous-jacente grave soupçonnée qui pourrait avoir été négligée.

38. RESSOURCES OFFERTES À LA CSSIAT

APERÇU

L'équipe de traitement d'une lombalgie est formée du patient, du médecin traitant et de la CSSIAT. Chaque membre de l'équipe est important. Les ressources offertes à la CSSIAT sont les suivantes :

- Médecins-conseils (médecins sur place et consultants dans la communauté)
- Équipes de gestion des réclamations en région comportant un médecin-conseil, des responsables de cas, des ergothérapeutes, des spécialistes en réadaptation
- Physiothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes du Centre de rééducation professionnelle
- Programme de rétablissement
- Programme de traitement de la douleur
- Programme d'évaluation professionnelle
- Programme d'appareils de réadaptation

Pour communiquer avec les ressources mentionnées ci-dessus, composez le numéro sans frais suivant :

1 877 647-0777

Médecins-conseils : La CSSIAT du Nouveau-Brunswick dispose de médecins-conseils sur place ainsi que de consultants dans la communauté qui peuvent aider les responsables de cas, les thérapeutes et les médecins dans le cadre du traitement des travailleurs victimes d'un accident du travail. Ces médecins détiennent une formation spécialisée en gestion des invalidités, sont disponibles pour des consultations et peuvent faciliter le renvoi à un spécialiste, ainsi que l'évaluation ou l'admission au Centre de rééducation professionnelle en vue d'une évaluation interdisciplinaire (y compris les évaluations médicales, l'évaluation de la capacité fonctionnelle, l'ergothérapie, la physiothérapie, le rétablissement, le traitement de la douleur et l'évaluation professionnelle). Les médecins-conseils travaillent en étroite collaboration avec les responsables de cas afin de permettre des évaluations, des consultations et des traitements en temps opportun.

Responsables de cas : Les responsables de cas de la CSSIAT possèdent une connaissance approfondie de la situation du client et se révèlent un lien vital dans le cadre du programme de réadaptation du patient. Ils sont toujours disposés à écouter les autres membres de l'équipe de traitement, tout particulièrement si des obstacles viennent nuire au processus de réadaptation du patient ou si des problèmes d'ordre médical, des problèmes liés au milieu de travail ou des problèmes d'ordre personnel se présentent et doivent être résolus. Les responsables de cas peuvent faciliter le processus d'évaluation, de traitement ou de dialogue avec l'employeur. Ils peuvent aider à résoudre tout problème qui entrave la guérison du patient.

Les programmes de **rétablissement, de traitement de la douleur, d'évaluation professionnelle** et **d'appareils de réadaptation** font partie intégrante du programme interdisciplinaire offert par le Centre de rééducation professionnelle ([se reporter à la section 26](#)). Ces programmes peuvent se révéler particulièrement importants pour les patients qui entrent dans la phase chronique (plus de 3 mois) de la lombalgie.

39. DRAPEAUX ROUGES

Les drapeaux rouges sont des signaux d'alarme d'une atteinte médullaire potentiellement grave que le praticien doit éliminer lors de l'évaluation d'un patient atteint de lombalgie. Bien qu'ils soient souvent une source d'inquiétude, il est important de tenir compte du fait qu'ils ne représentent que moins de 2 % des problèmes de maux de dos.

Les drapeaux rouges sont :



[TRADUCTION]

DRAPEAUX ROUGES

Progression neurologique

Infection

Fracture

Tumeur

Inflammation

La **progression neurologique** inclut :

- La sciatalgie évolutive accompagnée d'une faiblesse croissante ou de déficits sensoriels.
- Le syndrome de la queue de cheval, une forme grave de sciatalgie caractérisée par une perte de contrôle du muscle sphincter et des intestins causée par une atteinte du nerf sacré et un déficit neurologique de plus en plus grave. Une intervention chirurgicale d'urgence est requise.
- La sténose du canal rachidien, maladie insidieuse, se caractérise par un déficit neurologique à progression lente, en général sans signe de tension au niveau de la racine nerveuse. Elle est peu fréquente chez les jeunes travailleurs actifs. Elle se manifeste plus souvent chez les patients plus âgés qui se plaignent d'une diminution progressive de la tolérance à l'effort – ils se plaignent tout particulièrement du fait qu'ils ont la sensation que leurs jambes sont comme du caoutchouc et qu'ils subissent une perte de contrôle lorsqu'ils font des exercices. Le traitement de la sténose du

(* , A) = AHCPR, Poids des arguments

(#) = Industrial Medical Council, California

(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique

(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments

(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick

(N^o) = Référence précise

canal rachidien consiste en une décompression générale des éléments osseux qui empiètent sur la queue de cheval et les racines nerveuses sortantes. Elle peut nécessiter une intervention chirurgicale importante et, dans bien des cas, une arthrodèse chirurgicale des niveaux affectés s'il y a risque de déséquilibre de la colonne vertébrale à la suite de la suppression des éléments osseux.

L'infection (discite) se manifeste habituellement chez les enfants (lorsque le disque est alimenté en sang) ou chez les personnes âgées (où elle peut être consécutive à une infection urinaire). Les cliniciens écartent bien souvent cette possibilité chez les jeunes travailleurs actifs, mais elle devient de plus en plus courante en raison de l'usage accru de drogues illégales prises par voie intraveineuse et de la suppression des mécanismes immunitaires à la suite d'une maladie chronique. On assiste également à une incidence accrue de tuberculoses vertébrales, tout particulièrement au sein des populations autochtones.

L'infection se caractérise en général par une douleur profonde non mécanique associée à des frissons, à de la fièvre ou à un malaise, bien que ces derniers ne soient pas constants. La numération globulaire, la vitesse de sédimentation globulaire (VSG) et la protéine C-réactive (PCR) doivent faire partie du processus de dépistage lorsqu'une infection est soupçonnée.

La **fracture** n'est pas courante chez les travailleurs en santé, tout particulièrement en l'absence d'un traumatisme important ou d'une pathologie sous-jacente grave. Les fractures pathologiques sont beaucoup plus fréquentes chez les personnes qui prennent des médicaments immunodépresseurs, chez les gros fumeurs ou chez les personnes atteintes d'ostéoporose. Si la fracture est stable et que le déplacement est minime, le traitement est plutôt simple. Les fractures pathologiques exigent un bilan et un traitement précis.

Les **tumeurs** se manifestent habituellement aux deux extrémités de la vie, chez les personnes âgées ou chez les très jeunes enfants. Les patients atteints d'une tumeur ressentent habituellement des douleurs progressives incessantes qui ne sont pas en général de nature mécanique. Une douleur incessante profonde se manifestant jour et nuit, associée à une perte de poids, constitue un signe d'alarme de l'implication possible d'une tumeur, tout particulièrement si le patient a des antécédents de cancer.

Les cinq facteurs qui démontrent clairement un diagnostic de tumeur sont :

<u>Symptôme ou signe</u>	<u>Sensibilité</u>	<u>Spécificité</u>
Âge – plus de 50 ans	0,77	0,71
Antécédent de cancer	0,31	0,98
Perte de poids inexpliquée	0,15	0,94
Douleur irréductible par le repos au lit	0,90	0,46
Douleur continue pendant plus de 1 mois	0,50	0,46

Lors d'une étude menée auprès de 2 000 patients atteints de lombalgie, aucune malignité n'a été décelée en l'absence de l'un des signes ou symptômes mentionnés ci-dessus ([se reporter à la section 2](#)). Si la présence de drapeaux rouges est soupçonnée, une évaluation précise est requise ([se reporter à la section 39](#)).

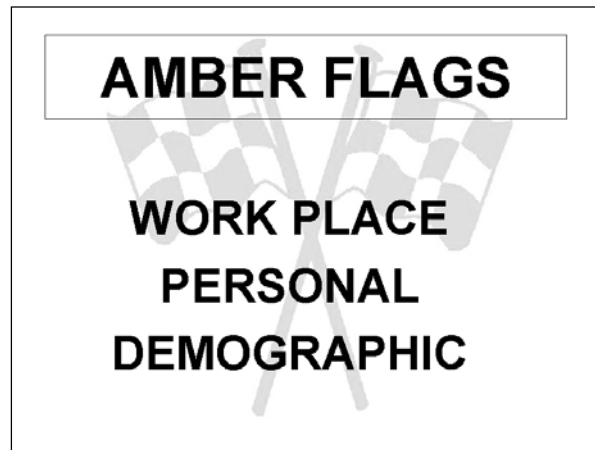
Une numération globulaire, ainsi qu'un test de VSG ou de PCR constituent un programme de dépistage adéquat dans le cas d'une tumeur métastatique. La radiographie n'est pas particulièrement utile dans le cas du diagnostic d'une tumeur métastatique peu évoluée. Si l'indice de suspicion de la tumeur est élevé, une scintigraphie osseuse se révélera un indicateur plus sensible. Le myélome multiple constitue la seule forme de tumeur osseuse qui ne peut être relevée par la scintigraphie osseuse. On aura recours à un électroprotéinogramme dans ce cas. En général, la scintigraphie osseuse et l'électroprotéinogramme ne sont pas nécessaires dans le cadre d'un dépistage systématique; ils sont réservés aux patients pour qui l'indice de suspicion est élevé.

Les patients atteints d'**arthrite inflammatoire** de la colonne vertébrale (telle que la spondylite ankylosante, la polyarthrite rhumatoïde, la goutte, le rhumatisme psoriasique, etc.) peuvent avoir des antécédents d'arthrite. Chez les jeunes hommes, la *spondylite ankylosante* peut être soupçonnée, généralement dans l'âge le plus productif, laquelle se caractérise par une douleur lombaire irréductible et des raideurs matinales. Une diminution de l'amplification de la cage thoracique constitue l'un des premiers signes cliniques de la spondylite ankylosante, laquelle est habituellement présente bien avant que des changements radiographiques au niveau de l'articulation sacro-iliaque se manifestent. L'antigène HLA27 est bien souvent positif dans le cas de la spondylite ankylosante.

- (* , A) = AHCPR, Poids des arguments
- (#) = Industrial Medical Council, California
- (◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
- (Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
- (Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
- (N^o) = Référence précise

40. DRAPEAUX JAUNES

Les drapeaux jaunes sont des problèmes liés au lieu de travail, ou des problèmes d'ordre personnel ou psychosocial qui peuvent nuire au processus de reprise du travail du travailleur. Ils peuvent ou non être liés directement à l'accident du travail. Ils peuvent précéder l'accident ou en résulter. Il se peut également qu'il n'y ait aucun lien avec l'accident. Il a été démontré que ces drapeaux jaunes constituent des facteurs psychologiques d'amplification de la douleur et des agents de dissuasion de reprise du travail. Ils peuvent également prendre de plus en plus d'importance plus la période de cessation d'emploi se prolonge. Malheureusement, ils sont trop souvent oubliés. Les drapeaux jaunes peuvent être répartis en trois catégories : lieu de travail, ordre personnel et démographie.



[TRADUCTION]

LIEU DE TRAVAIL ORDRE PERSONNEL DÉMOGRAPHIE

PROBLÈMES LIÉS AU LIEU DE TRAVAIL : Ils peuvent s'avérer des agents de dissuasion de reprise du travail très importants et devraient toujours faire l'objet d'une vérification :

- **Insatisfaction au travail** : Le patient aime-t-il son travail? Y a-t-il des tensions entre le patient et son employeur, ses surveillants ou ses collègues?
- **Questions de ressources humaines** : Le patient était-il à la veille d'être mis à pied?
- **Emploi saisonnier** : Son emploi est-il toujours disponible?
- **Disponibilité de programmes de reprise du travail transitoire** : Peut s'avérer un problème dans le cas des petites entreprises ou d'un travail manuel.
- **Questions d'ordre syndical** : Peuvent-elles limiter la possibilité de l'employeur d'aider la personne touchée?
- **Exigences de travail peu réalistes** : Ces demandes sont-elles problématiques? Le cas échéant, elles sont assujetties à la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*.
- **Existe-t-il un autre emploi?** Un autre emploi est-il disponible? Problème propre aux régions rurales ou aux petites entreprises.

QUESTIONS D'ORDRE PERSONNEL : relatives aux traits de personnalité du travailleur, à sa formation et à ses compétences :

- Historique de **comportement d'évitement**.
- **Tendances dépressives ou troubles de somatisation**.
- Croyance que la **douleur non spécifique est nuisible**.
- Croyance qu'un **traitement passif est bénéfique** et qu'un **traitement actif est nuisible**.
- **Colère ou frustration chronique** face à la situation socio-économique.
- Perception du programme d'aide sociale comme une **source de revenu de rechange**.
- Participation à **l'économie souterraine**, laquelle devient un réel problème!
- Les **habiletés transférables limitées** d'une personne peuvent l'empêcher de se trouver un autre emploi.
- Compétences linguistiques limitées.
- **Renversement des rôles** : Le conjoint est-il devenu le gagne-pain de la famille?

DÉMOGRAPHIE : Les facteurs démographiques suivants correspondent aux statistiques de faible reprise du travail :

- Plus de 40 ans.
- Utilisation de **narcothiques plus de quatre semaines** après la date de l'accident.
- Historique de **consommation excessive d'alcool et de drogues**.
- Gros fumeur.
- Gros utilisateur de **cliniques sans rendez-vous**.
- **Blessures indemnisables antérieures avec période d'invalidité prolongée**.
- Historique comme **bénéficiaire d'assistance sociale**.

COMPORTEMENT MALADIF

Bien que cela soit plutôt rare, certains patients peuvent manifester un comportement qui semble n'avoir aucun fondement physique (c'est-à-dire non organique), ce qui devrait éveiller des soupçons d'une amplification psychogène ou d'exagération de la douleur. Le docteur G. Waddell (1) a été le premier à repérer ces symptômes et ces constatations, lesquels devraient toujours être consignés puisqu'ils peuvent mener à de mauvais résultats de traitement (tant médicaux que chirurgicaux).

Symptômes inappropriés de Waddell :

- **Douleur dans la région sacrée**
- **Douleur dans toute la jambe**
- **Engourdissement de toute la jambe**
- **Jambe qui lâche**
- **Douleur incessante**
- **Intolérance au traitement**
- **Hospitalisation pour une lombalgie**

(* , A) = AHCP, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

Signes physiques non organiques de Waddell :

- **Sensibilité superficielle, non anatomique**
- **Douleur accrue lors d'une rotation ou d'une charge axiale simulée**
- **Divergence lors de l'élévation de la jambe en position couchée sur le dos et en position assise**
- **Faiblesse régionale de la roue dentée**
- **Anesthésies en chaussettes (non anatomiques)**

Les signes et les symptômes décrits ci-dessus peuvent se révéler valides chez les patients présentant une lésion médullaire grave ou dans d'autres circonstances; par conséquent, ils doivent être replacés dans un contexte clinique global.

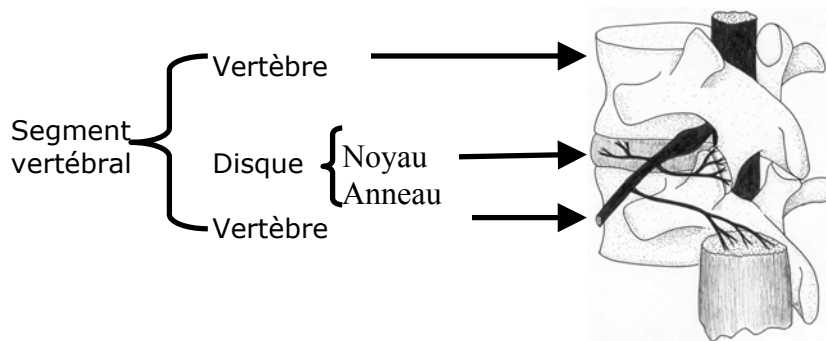
41. LOMBALGIE SIMPLE ET SCIATALGIE

MÉCANISMES PATHOMÉCANIQUES

Plus de 90 % de tous les symptômes de douleur lombaire se situent aux niveaux L4-L5 et L5-S1. Il s'agit des deux segments mobiles les plus bas de la colonne vertébrale, une zone de concentration maximale des tensions entre la colonne vertébrale, très flexible, et le bassin, fixe et immobile. Cette zone d'hypermobilité est prédisposée à l'arthrose dégénérative, à la lombalgie simple et, occasionnellement, à la sciatalgie.

Le **segment vertébral mobile** est la composante fondamentale de la colonne vertébrale. Il est formé de deux vertèbres, séparées par le disque intervertébral. Le segment vertébral mobile forme un conduit flexible qui supporte et protège les structures nerveuses délicates qui empruntent la colonne vertébrale et les racines nerveuses qui ressortent aux extrémités. Le **disque** est une structure précontrainte (pensez à une balle de golf) dont le centre spongieux, appelé **noyau**, est maintenu sous tension par une enveloppe fibreuse et élastique, l'**anneau**.

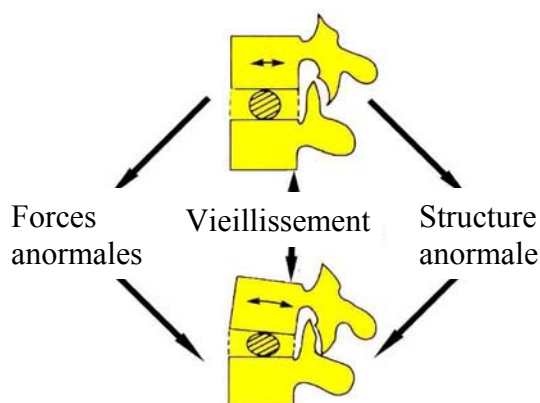
Figure 1 Segment vertébral mobile



Lorsque nous sommes jeunes, le noyau est formé d'une structure gélatineuse et le disque subit une pression considérable. L'âge ou une lésion peut causer une déshydratation, ce qui entraîne une perte de rigidité du disque, et une mobilité excessive. Cette **instabilité segmentaire** est considérée comme la source de la grande majorité des atteintes lombaires dégénératives.

Une **instabilité segmentaire** peut se produire au cours du **processus normal de vieillissement**, mais peut être accélérée par d'autres facteurs, tels que des **forces anormales** (obésité, mauvaise posture et déséquilibre musculaire chronique), ou par une **structure anormale** (ostéoporose, spondylolyse, tumeur, etc.).

Figure 2 Instabilité segmentaire



Les atteintes chroniques du segment vertébral mobile et l'instabilité segmentaire peuvent se solder par une **lombalgie simple** ou une **sciatalgie**. Il est primordial de faire la distinction entre la lombalgie simple et la sciatalgie.

LOMBALGIE SIMPLE OU SCIATALGIE?

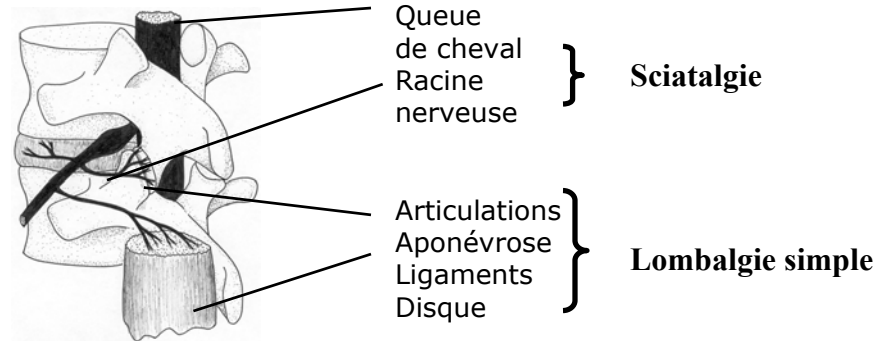
La lombalgie simple est appelée de différentes façons (par exemple, lumbago, discopathie dégénérative, etc.), mais de nombreuses études ont permis de démontrer que la sous-catégorisation de cette pathologie ne présente aucun avantage pratique. Je préfère le terme « simple » (1), qui met en évidence la nature généralement bénigne de la lombalgie, la distingue d'autres problèmes rachidiens plus graves (moins de 3 % des lombalgies) et évite une angoisse inutile chez le patient.

La **lombalgie simple** représente plus de 93 % des lombalgies et est responsable de plus de 80 % des coûts liés au traitement et aux prestations d'invalidité, tout en étant la forme de lombalgie la moins comprise! Bien que les sources exactes de la lombalgie simple ne soient pas bien comprises, il est habituellement convenu qu'elle peut provenir de plusieurs structures, y compris le disque, la facette vertébrale lombaire, ou le ligament de soutien ou les structures myo-fasciales. La lombalgie simple est une condition que les médecins de premier recours devraient traiter dans un environnement de réadaptation positif et actif. *Le renvoi à un spécialiste est rarement nécessaire.* L'incidence de la lombalgie n'a pas changé dans les 40 dernières années (1, Ch. 5). Ce qui a changé, par contre, c'est l'augmentation exponentielle d'invalidités chroniques, d'attestations médicales d'invalidité de travail et de prestations de maladie!

La **sciatalgie** est une condition beaucoup moins fréquente qui représente moins de 3 % des problèmes de dos. Bien qu'elle soit moins fréquente, elle est mieux comprise et se manifeste habituellement lorsqu'une pression se crée au niveau des nerfs sortants qui descendent vers les jambes, soit en raison d'un bombement du disque, d'une lésion par englobement du tissu mou ou d'une lésion osseuse.

(* , A) = AHCP, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

Figure 3 Sources de sciatlgie et de douleur lombaire



La sciatlgie se présente sous deux formes : l'irritation ou la détérioration de la conduction nerveuse. L'irritation nerveuse peut être causée par une légère pression extrinsèque liée à une hernie discale, par un englobement périphérique ou même par un trouble chronique de la posture. Par contre, si la pression exercée sur le nerf est assez grave, il peut s'ensuivre des déficits moteurs, sensoriels ou réflexes causés par une détérioration de la conduction nerveuse.

IRRITATION DE LA RACINE NERVEUSE

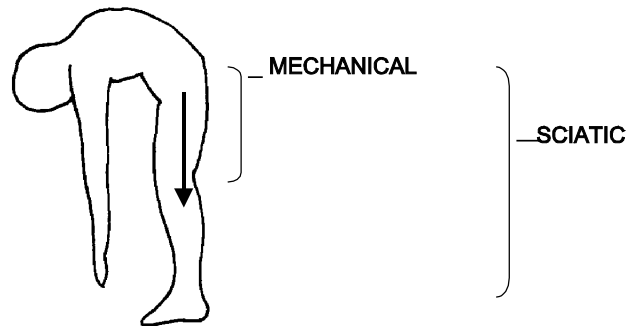
Les signes d'une irritation de la racine nerveuse sont :

**DOULEUR AU-DESSOUS DES GENOUX
PARESTHÉSIE
ÉPREUVE POSITIVE DE LA COMPRESSION POPLITÉE**

1. Douleur au-dessous des genoux. Il arrive souvent que la douleur liée à la lombalgie simple irradie le long de la face postérieure de la cuisse et, par conséquent, elle peut être méprise pour une sciatlgie, mais la douleur s'étend *rarement* au-delà des genoux. À l'opposé, la sciatlgie est ressentie le long du nerf affecté, ce qui signifie que la douleur liée à la sciatlgie au niveau de la racine L5 ou S1 devrait irradier jusqu'à la cheville ou au pied. L'irradiation de la douleur au-dessus ou au-dessous du genou est un facteur essentiel à la différenciation de la sciatlgie et de la lombalgie simple.

(* , A) = AHCP, Poids des arguments
 (#) = Industrial Medical Council, California
 (◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
 (Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
 (Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
 (N°) = Référence précise

Figure 4 Irradiation simple par opposition à sciatique

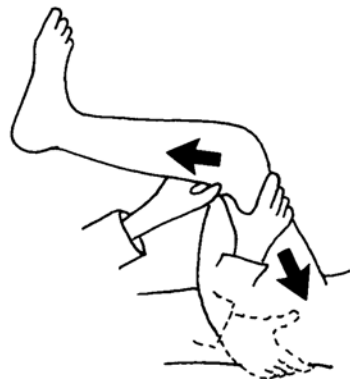


[TRADUCTION]

**MÉCANIQUE
SCIATIQUE**

- 2. Paresthésie.** L'application d'une pression au niveau d'un nerf enflammé a pour effet de créer des picotements le long du nerf, comme lorsque vous vous frappez le petit juif du coude; ce que vous ressentez est une paresthésie le long du nerf cubital jusqu'à la main.
- 3. Compression en bande positive.** Les douleurs lombaires sont pratiquement toutes accompagnées de spasme des muscles ischio-jambiers, ce qui provoque une douleur lombaire lors de l'élévation passive de la jambe sans flexion du genou. Par conséquent, une limitation douloureuse de l'élévation de la jambe sans flexion du genou ne constitue pas un signe précis d'irritation de la racine nerveuse ou de tension au niveau de cette dernière; elle indique simplement que le patient ressent une douleur au niveau du dos. À l'opposé, une épreuve positive de la compression poplitée est un signe très *précis* de tension au niveau de la racine du nerf sciatique. Pour reproduire ce signe, placez le mollet du patient sur votre épaule et appuyez sur le nerf poplitée situé derrière le genou fléchi. Une compression en bande positive se caractérise par une douleur au niveau du dos ou le long du mollet. Il s'agit du signe clinique le plus évident d'une tension au niveau du nerf sciatique.

Figure 5 Épreuve positive de la compression poplitée



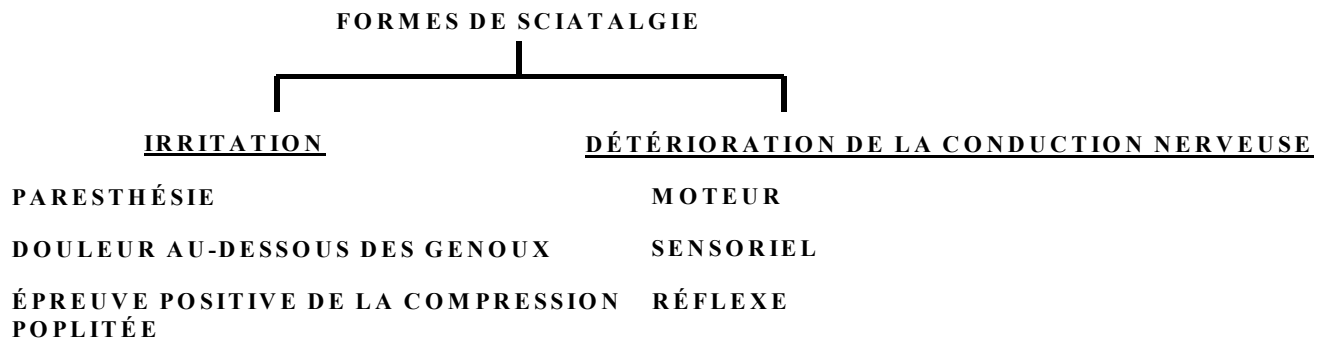
(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N°) = Référence précise

DÉTÉRIORATION DE LA CONDUCTION NERVEUSE (AU NIVEAU MOTEUR, SENSORIEL OU RÉFLEXE)

Si pour une raison quelconque un nerf subit une compression excessive, ce dernier ne peut plus fonctionner normalement et provoque des troubles sur le plan moteur, sensoriel ou réflexe. Quant aux trois nerfs affectés dans le cas d'une sciatgie, les incapacités résultantes sont les suivantes :

	<u>MOTEUR</u>	<u>SENSORIEL</u>	<u>RÉFLEXE</u>
L4	Extenseur du genou	Bord interne du pied	Genou
L5	Extenseur de la cheville et extenseur propre du gros orteil	Premier espace palmaire du pied	Aucun
S1	Jumeaux de la jambe	Bord externe du pied	Cheville

La sciatgie se présente sous deux formes : l'irritation et les troubles de conduction. À l'école de médecine, on nous enseigne à reproduire les résultats moteurs, sensoriels et réflexes qui révèlent une détérioration de la conduction nerveuse, mais on ne nous montre pas les signes de l'irritation nerveuse :



Lorsqu'ils parlent de sciatgie, les cliniciens devraient plutôt parler d'irritation de la racine nerveuse ou de détérioration de la conduction nerveuse, ou d'une combinaison des deux. S'ils soupçonnent une sciatgie, ils devraient procéder à un examen neurologique minutieux comme ligne de base aux fins de référence ultérieure.

Bien que la plupart des patients atteints d'une sciatgie puissent subir le même traitement que ceux qui sont atteints d'une lombalgie simple, il est important de déterminer si l'état du patient s'améliore ou se détériore. Ainsi, un examen neurologique complet est essentiel. Le traitement de la sciatgie peu sévère et de la lombalgie simple est semblable, c'est-à-dire une réadaptation active. Par contre, étant donné que la sciatgie touche les fonctions nerveuses, elle doit être traitée plus soigneusement et faire l'objet d'un suivi plus serré.

(*, A) = AHCPR, Poids des arguments
 (#) = Industrial Medical Council, California
 (◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
 (Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
 (Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
 (N^o) = Référence précise

TRAITEMENT

Consultez la section intitulée Traitement médical ([se reporter à la section 2](#)) pour obtenir les grandes lignes à ce sujet. Dans le cas d'une lombalgie simple aiguë ou d'une sciatalgie non évolutive peu sévère, des signes de rétablissement spontané doivent se manifester après un mois de traitement. La pierre angulaire du traitement consiste à encourager le maintien de l'activité physique. Une fois qu'il a éliminé les drapeaux rouges ([se reporter à la section 39](#)), le médecin doit rassurer son patient et appuyer une participation continue à des activités concrètes (y compris le maintien de l'emploi, si cela est possible). Le traitement de la sciatalgie non évolutive peu sévère et de la lombalgie simple est identique : réconfort du patient et encouragement à l'activité physique (4).

La raison pratique justifiant la distinction entre la sciatalgie et la lombalgie simple vise à reconnaître l'importance d'un examen neurologique de base minutieux dans le cas d'une sciatalgie soupçonnée et la nécessité d'effectuer un suivi clinique afin de vérifier qu'aucune progression neurologique ne se manifeste (c'est-à-dire des drapeaux rouges).

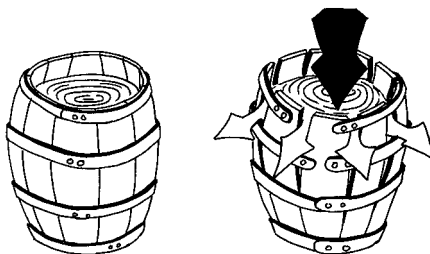
(* , A) = AHCPR, Poids des arguments
(#) = Industrial Medical Council, California
(◇) = LBP Practice Guidelines, CAT de la Colombie-Britannique
(Θ, A) = Nachemson, Jonsson, Poids des arguments
(Δ) = Auteur et CSSIAT du Nouveau-Brunswick
(N^o) = Référence précise

42. EXEMPLES DE FACTEURS POSTURAUX CONTRIBUANT À LA LOMBALGIE

De nombreux documents appuient le concept d'un traitement actif par opposition à un traitement passif dans le cas de la lombalgie simple subaiguë ou récurrente (*, A; #; ✧; Δ; Θ, A). Dans les dernières années, de nombreux efforts ont été investis dans le repérage des différents syndromes de déséquilibre postural et musculaire qui caractérisent la lombalgie simple et dans l'élaboration de protocoles de traitement précis fondés sur des syndromes repérables. Il n'existe malheureusement aucune étude bien dirigée qui démontre l'efficacité relative de ces différentes approches et, par conséquent, les diverses philosophies de traitement ont eu tendance à évoluer en sens opposé plutôt qu'en s'appuyant sur la science. L'importance de la force musculaire au niveau de la région abdominale centrale et l'influence des hanches sur la lombalgie sont les deux approches thérapeutiques acceptées à l'unanimité. Voici quelques exemples de facteurs posturaux contribuant à la lombalgie.

1. FORCE MUSCULAIRE AU NIVEAU DE LA RÉGION ABDOMINALE CENTRALE

L'obésité (faiblesse d'étirement) ou le déconditionnement peut causer une faiblesse au niveau des muscles abdominaux centraux. L'un des premiers concepts en matière de traitement de la lombalgie simple consiste à reconnaître le rôle important de la musculature abdominale dans la stabilisation de la colonne lombaire. Cela rappelle le principe des **forces de cerclage** en vertu desquelles les muscles abdominaux encerclant l'abdomen agissent comme des cercles de tonneaux, augmentant la pression intra-abdominale et, par conséquent, protégeant la colonne lombaire contre tout mouvement non contrôlé :

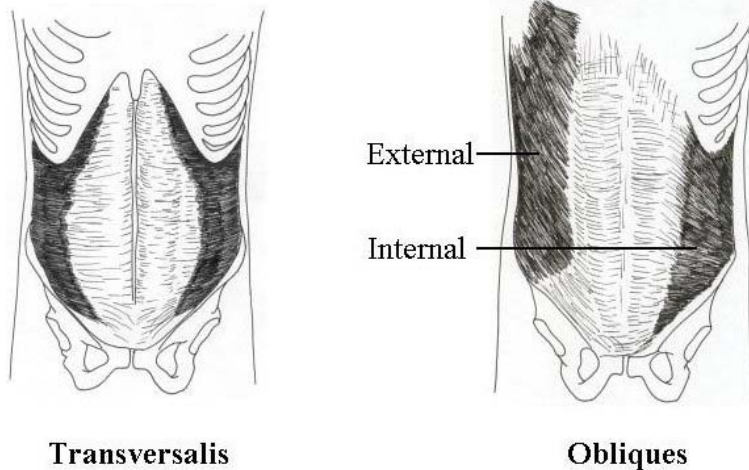


Forces de cerclage : Les muscles abdominaux qui agissent comme des cercles de tonneaux procurent une plus grande stabilité vertébrale.

Les muscles abdominaux sont d'importants stabilisateurs dynamiques de la colonne vertébrale, et bien que la controverse persiste quant à l'importance des différents groupes musculaires en ce qui a trait à la stabilité abdominale, leur rôle global est reconnu universellement. Des études biomécaniques suggèrent que les stabilisateurs lombaires les plus importants (c'est-à-dire ayant la plus grande influence sur la pression intra-abdominale) sont ceux dont les fibres sont orientées en cercle autour de l'abdomen, produisant ainsi la plus grande force de cerclage.

L'importance de la force abdominale centrale n'est pas un concept nouveau et est solidement appuyée dans les documents portant sur la réadaptation. De plus, ce concept constitue le fondement de la plupart des programmes de conditionnement physique et des programmes thérapeutiques prescrits dans le cas d'une lombalgie.

Les muscles transverses et obliques externes et internes de l'abdomen semblent jouer un rôle important à cet égard :



[TRADUCTION]

Muscles transverses

Externe

Interne

Muscles obliques

Bien que le rôle des muscles transverses ne soit pas clairement compris, il se révèle de plus grande importance qu'il n'a été démontré auparavant. Des études en électromyographie (réf. 6) ont permis de démontrer que le muscle transverse se contracte de 30 à 50 millisecondes avant toute activité aux extrémités supérieures pouvant soumettre la colonne vertébrale à des tensions non spécifiques. Les patients atteints de lombalgie semblent perdre cette contraction « anticipée » de protection du muscle transverse.

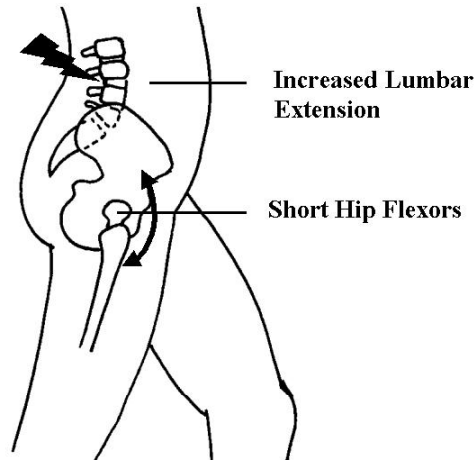
Tout programme d'exercices dont le but est de remédier à une lombalgie simple devrait comprendre des exercices de renforcement des muscles abdominaux centraux afin de favoriser ou de rétablir la stabilité au niveau de la colonne lombaire.

2. ATTEINTES AUX HANCHES

Les hanches protègent le dos! C'est ce que démontre le concept mécanique de la **flexibilité relative**. Si les hanches sont raides par rapport à la colonne lombaire inférieure (c'est-à-dire muscles contractés et tendus ou hanche arthritique), les mouvements se feront préférentiellement par le biais de la colonne vertébrale. Cette théorie est particulièrement vraie s'il y a diminution de la force abdominale centrale (reportez-vous ci-dessus) et que la colonne vertébrale n'est plus protégée. Les troubles chroniques de la posture, le déconditionnement ou l'arthrite des hanches peut engendrer une raideur et une faiblesse qui créent des forces et des mouvements excessifs au niveau de la colonne lombaire. Des hanches en bon état de fonctionnement permettent de protéger la colonne vertébrale.

Difformités en flexion : Les personnes qui s'assoient ou se couchent dans leur lit avec les hanches fléchies pendant de longues périodes de temps peuvent éprouver des problèmes de difformités en flexion au niveau des hanches. La raison en est que si les hanches ne peuvent s'étendre au complet lors de la phase de support du poids pendant la marche, l'extension de la colonne lombaire s'effectue de façon forcée, ce qui peut empirer la lombalgie simple.

Des muscles fléchisseurs de la hanche courts et contractés ou des difformités en flexion peuvent entraîner une extension excessive de la colonne lombaire en phase de fin de position de la marche :

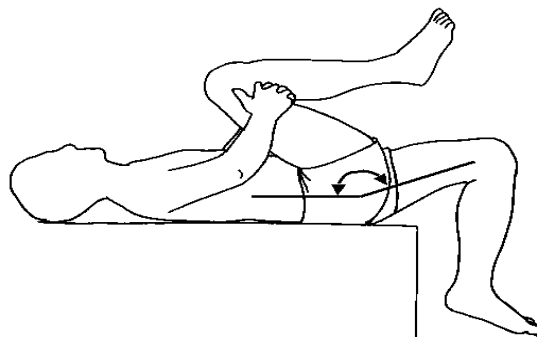


[TRADUCTION]

Extension lombaire plus grande Muscles fléchisseurs de la hanche courts

Ceci peut être causé par des psoas ou une raideur au niveau du quadriceps. L'épreuve de Thomas est effectuée pour dépister les difformités en flexion et pour déterminer le muscle principalement affecté.

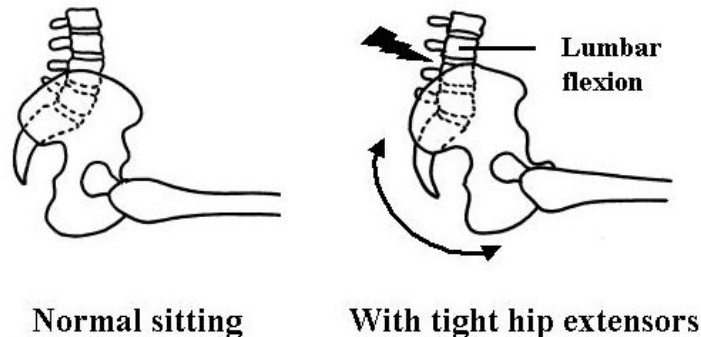
Épreuve de Thomas



En général, les patients présentant des difformités en flexion de la hanche se plaignent de maux de dos en situation de marche, tout particulièrement dans une pente descendante. Les patients présentant une raideur des quadriceps peuvent également se plaindre de douleurs lombaires lors d'activités demandant une flexion complète des jambes, puisque ce muscle est étiré davantage lorsque les genoux sont complètement fléchis.

Muscles extenseurs des jambes serrés : Les personnes présentant une raideur au niveau des muscles extenseurs de la hanche (muscles fessiers et ischio-jambiers) sont souvent incapables d'effectuer une flexion des hanches à 90 degrés. Ils peuvent ressentir une douleur lombaire en position assise parce que l'absence de flexion de la hanche à 90 degrés provoque une flexion forcée de leur colonne vertébrale.

Illustration démontrant de quelle façon des muscles extenseurs de la hanche serrés peuvent entraîner une flexion lombaire en position assise :



[TRADUCTION]

Position assise normale

Flexion lombaire

Avec muscles extenseurs de la hanche serrés

Muscles de rotation externes faibles : Les patients ayant une faiblesse au niveau des muscles de rotation externes des hanches ont tendance à laisser tomber et à faire pivoter le bassin lorsqu'ils sont en position debout pendant de longues périodes de temps ou lorsqu'ils montent et descendent les escaliers. Il se crée alors un effort de torsion et d'extension au niveau de la colonne lombaire qui peut aggraver la lombalgie.

De plus, ces personnes présentent souvent une raideur au niveau des bandelettes de Maissiat qui affectent le dos et qui peuvent provoquer des symptômes au niveau des rotules.

Résumé : Le rôle important du renforcement des muscles abdominaux centraux dans le cadre du traitement de la lombalgie est accepté universellement. Puisque les hanches et la colonne vertébrale sont mécaniquement liées, toute affection biomécanique ou arthritique affectant les hanches peut également affecter la colonne lombaire. Les situations mentionnées ci-dessus ne sont que quelques exemples démontrant la nécessité d'inclure le *traitement actif* dans le cadre du traitement de la douleur lombaire ([se reporter à la section 7](#)).

POLITIQUE DE L'AMC

LE RÔLE DU MÉDECIN LORSQU'IL S'AGIT D'AIDER LES PATIENTS À RETOURNER AU TRAVAIL APRÈS UNE MALADIE OU UNE BLESSURE (MISE À JOUR 2000)

La présente politique porte sur le rôle des médecins traitants lorsqu'il s'agit d'aider leurs patients à retourner au travail après une maladie ou une blessure. Le rôle du médecin consiste à diagnostiquer et à traiter la maladie ou la blessure, à conseiller le patient et à l'appuyer, à fournir et à communiquer les renseignements nécessaires au patient et à l'employeur et à collaborer de près avec d'autres professionnels de la santé pour aider le patient à retourner sans danger et en temps opportun à l'emploi le plus productif possible. À cette fin, les médecins doivent comprendre les rôles du patient dans la famille et au travail. Ils doivent aussi tenir compte de la relation employé-employeur et de son importance primordiale dans le retour au travail, et l'appuyer. Les médecins doivent enfin bien comprendre les rôles que peuvent jouer d'autres professionnels de la santé et des spécialistes de l'emploi lorsqu'il s'agit d'appuyer et de promouvoir le retour au travail.

L'AMC reconnaît l'importance pour un patient de reprendre *toutes* ses activités fonctionnelles possibles le plus rapidement possible après une blessure ou une maladie. La présente politique porte toutefois sur le rôle du médecin traitant dans le retour au travail du patient. L'AMC préconise que l'on cesse de compter entièrement sur les certificats médicaux pour justifier les absences du travail («Le certificat médical d'incapacité de travail 1998», pour privilégier plutôt la collaboration entre l'employé et son employeur et le recours à la contribution, aux conseils et à l'appui du médecin traitant de l'employé et des autres professionnels de la santé en cause (voir aussi *Timely Return to Work Programs and the Role of the Primary Care Physician* de l'Association médicale de l'Ontario).

L'abandon prolongé de ses activités normales, y compris son absence du travail, nuit au bien-être psychologique, physique et social d'une personne. Les médecins devraient donc encourager un patient à reprendre ses activités et à retourner au travail le plus tôt possible après une maladie ou une blessure, à condition que le retour au travail ne mette pas en danger l'intéressé, ses collègues ou la société. Un retour au travail sans danger et en temps opportun est bénéfique pour le patient et pour les membres de sa famille, car il favorise le rétablissement et réduit l'incapacité. En améliorant les résultats des traitements, un retour au travail sans danger et en temps opportun préserve aussi une main-d'oeuvre qualifiée et stable pour les employeurs et la société et réduit la demande imposée aux services de santé et aux services sociaux, ainsi qu'aux régimes d'assurance-invalidité.

*2001 Association médicale canadienne. Vous pouvez, à des fins personnelles non commerciales, reproduire en tout ou en partie, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, un nombre illimité de copies des énoncés de politique de l'AMC, à condition d'en accorder le crédit à l'auteur original. Pour toute autre utilisation, y compris la republication, la redistribution, le stockage dans un système de consultation ou l'affichage sur un autre site web, vous devez demander explicitement l'autorisation de l'AMC.

Veillez communiquer avec le Coordonnateur des autorisations, Publications AMC, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6; télécopieur: 613 565-2382; courriel: permissions@cma.ca. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires supplémentaires au Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6; téléphone: 888 855-2555 ou 613 731-8610, poste 2307; télécopieur: 613 236-8864.

La version électronique des politiques de l'AMC est versée sur le site Web de l'Association (AMC En direct, adresse www.cma.ca)

Le rôle des médecins consiste à intégrer un retour au travail en temps opportun au programme de soins de leurs patients. Le programme de traitement ou de soins devrait être fondé sur des données probantes lorsque c'est possible et indiquer l'ordre et le calendrier des interventions qui sont les meilleurs pour le patient. Il faudrait identifier les périodes d'attente inutiles et les autres obstacles dans le programme de soins. Les personnes qui participent au retour au travail du patient doivent discuter des obstacles définis lorsque c'est pertinent.

Un retour au travail réussi met en cause avant tout l'employé et son employeur et passe par l'aide du médecin traitant. Les soins fournis au patient et les résultats qu'il obtient peuvent parfois être améliorés par une démarche multidisciplinaire coordonnée à laquelle participent d'autres professionnels de la santé: médecins, spécialistes de la réadaptation, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, chargés de cas, spécialistes de la formation professionnelle et membres du personnel de programmes d'aide aux employés. Lorsqu'ils sont disponibles, les services de santé et de sécurité au travail, qui peuvent mettre à contribution des médecins et d'autres spécialistes, peuvent constituer une ressource précieuse pour le médecin traitant et pour le patient.

L'employé et l'employeur ont en général une relation établie sur laquelle pivote le retour au travail. C'est pourquoi, dans tous les cas d'incapacité ou d'invalidité, un superviseur, un cadre ou un représentant de l'employeur doit participer de près au processus et y agir comme partenaire.

Les employeurs reconnaissent de plus en plus qu'il vaut la peine de modifier le lieu de travail afin de faciliter un retour au travail sans danger et en temps opportun. Le rôle de l'employeur est d'assurer que la culture du lieu de travail appuie un retour au travail en temps opportun en offrant, par exemple, du travail flexible. À cette fin, on peut notamment modifier des tâches, des horaires de travail et des conditions environnementales afin de répondre aux besoins temporaires ou permanents du patient. Souvent, les employés ne savent même pas que leur employeur peut satisfaire à des besoins spéciaux. En communiquant directement avec son employeur après une maladie ou une blessure, un employé a souvent une meilleure perception de sa capacité de travailler. Une planification minutieuse et les conseils appropriés donnés par le médecin à la fois à l'employé et à l'employeur permettent dans nombre de cas à l'employé de retourner au travail avec succès avant d'être complètement rétabli.

Pour qu'un employé puisse retourner au travail, ses capacités doivent atteindre ou dépasser les exigences physiques, psychologiques et cognitives du travail offert. Dans certains cas, il peut convenir que le médecin indique à son patient qu'un retour au travail en temps opportun peut faciliter son rétablissement en l'aidant à retrouver ses capacités fonctionnelles ou à les améliorer. Une augmentation graduelle de l'activité peut aider un patient à se rétablir plus rapidement et à reprendre plus rapidement toutes ses activités professionnelles.

Principes Régissant Le Rôle Du Médecin Dans Le Programme De Retour Au Travail

- Le médecin devrait aider le patient à retourner au travail en l'encourageant à communiquer avec son employeur au début du traitement ou de la réadaptation.
- Le médecin devrait bien connaître les systèmes d'appui familiaux et communautaires auxquels le patient a accès. Le médecin devrait aussi connaître les responsabilités générales du patient à la maison et au travail.

- Au début du traitement, le médecin devrait discuter avec le patient de la durée prévue de la guérison et du rétablissement, ainsi que de l'effet positif qu'une augmentation rapide et graduelle de l'activité peut avoir sur la guérison physique et psychologique.
- Le médecin devrait repérer les obstacles possibles au rétablissement des capacités fonctionnelles et au retour au travail le plus rapide possible, et s'y attaquer.
- Le médecin devrait connaître et utiliser, le cas échéant, les services d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé qui peuvent aider le patient à revenir au travail en toute sécurité et en temps opportun.
- En bout de ligne, l'employeur détermine le type de travail disponible et s'il est possible de tenir compte des recommandations d'un médecin au sujet du retour au travail d'un employé. (Les lois provinciales et territoriales sur les droits de la personne interdisent aux employeurs toute discrimination fondée sur l'incapacité ou sur une autre maladie et leur imposent des obligations légales en ce qui a trait à l'aménagement pour les employés. Pour plus de détails, consulter le Code des droits de la personne de la province ou du territoire en cause.) Pour tenir compte de la relation employé-employeur, les médecins devraient encourager leurs patients à participer activement au retour au travail, à en assumer la responsabilité et à communiquer directement et régulièrement avec leur employeur.
- Lorsqu'un employeur a un service de médecine du travail, le médecin traitant peut communiquer avec l'infirmière ou le médecin du travail afin de comprendre les politiques particulières du lieu de travail, les services internes d'appui, les exigences essentielles de l'emploi et des dangers possibles pour la santé et la sécurité au lieu de travail du patient. Lorsque des ressources en médecine du travail sont disponibles, le médecin traitant joue en général un rôle d'appui ou de conseiller médical. Lorsqu'il faut obtenir de l'aide dans des cas particuliers, les associations médicales des provinces et des territoires et l'Association canadienne de la médecine du travail et de l'environnement ont des renseignements sur les médecins spécialisés dans l'aide au retour au travail.
- À la demande de l'employeur et avec le consentement du patient (voir ci-dessous Respect des renseignements personnels du patient et gestion des renseignements médicaux), le médecin doit être aussi précis que possible lorsqu'il décrit les capacités de travail du patient et tout aménagement requis au travail. Dans les cas plus complexes, le médecin devra envisager d'aiguiller le patient vers des spécialistes médicaux et d'autres professionnels de la santé compétents qui évalueront en détail et objectivement les capacités et les limites fonctionnelles de l'intéressé, ainsi que leur lien avec les exigences de son travail.
- Si l'employeur lui demande de participer à l'élaboration d'un plan de travail modifié, le médecin devrait tenir compte des aspects suivants et formuler des recommandations à ce sujet:
 - Les limites de l'employé au travail: p. ex., interdiction de lever le bras droit plus haut que l'épaule; alternance entre les positions assise et debout ou la marche; et lever au maximum 10 kg à partir du plancher ou 20 kg à partir de la hauteur de la taille. Ces recommandations devraient être précises et d'une durée limitée. Lorsqu'on définit les limites d'une tâche, il faut jumeler les capacités fonctionnelles de l'employé aux exigences de l'emploi et en tenir compte.
 - Modifications de l'horaire de travail: p. ex., quart de travail régulier à raison de 4 heures par jour; un jour de congé ou tâche allégée au milieu d'une série de quarts; et aucun quart de nuit ni rotation. Il convient de signaler quand le retour à un horaire normal de travail convient sur le plan médical.
 - Restrictions environnementales: p. ex., éviter des substances particulières ou le froid au travail et ne pas travailler seul dans des endroits éloignés.
 - Aides médicales ou appareils de protection personnelle : p. ex., utilisation d'un support de poignet, d'une chaise à hauteur réglable et à support lombaire, et d'un masque de filtration plus efficient.

Chaque fois que c'est possible, le médecin devrait préciser si les restrictions sont permanentes ou temporaires et donner une estimation de la durée du rétablissement. Le médecin devrait en outre indiquer quand on réévaluera les progrès réalisés par le patient et ses restrictions au travail.

- L'employeur et l'employé doivent fournir au médecin tout renseignement lié au travail qui l'aidera à donner de l'appui et des conseils médicaux. Il incombe à l'employeur de fournir au médecin, sur demande, une description écrite de la tâche qui précise les risques et les modifications possibles du travail.
- Le médecin doit connaître les risques que l'état du patient ou la pharmacothérapie pourraient entraîner pour le patient même, ses collègues ou le public. Si l'état médical du patient et la nature du travail risquent fort probablement de mettre en danger pour la peine la sécurité d'un tiers, le médecin doit faire passer l'intérêt public avant celui du patient. Le *Code de déontologie* de L'AMC (*Can Med Assoc J* 1996;155:1176C-D) précise que les médecins doivent : Respecter le droit du patient à la confidentialité, sauf lorsque ce droit entre en conflit avec votre responsabilité devant la loi ou lorsque le maintien de la confidentialité risquerait de causer un préjudice grave à des tiers ou à un patient inapte. Il faut alors prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir le patient du bris de la confidentialité.

L'AMC est d'avis que les provinces et les territoires devraient tous adopter une mesure législative pour protéger les médecins contre la responsabilité liée à de telles décisions.

- Si l'employeur et l'employé ne peuvent s'entendre sur un programme de retour au travail, l'employeur doit communiquer avec le médecin et l'employé pour préciser le niveau minimal d'incapacité que l'on peut accepter au travail.
- En cas de conflit entre l'employeur et l'employé, le médecin traitant peut recourir aux compétences spécialisées d'un médecin du travail lorsqu'elles sont disponibles. Sinon, le médecin traitant peut recommander ou faciliter un règlement du différend. L'AMC recommande que l'on mette en place des mécanismes de règlement des différends pour tenir compte des préoccupations de tous les intéressés en cas de différend.
- Lorsqu'il reçoit un patient pour la première fois au sujet d'un problème qui dure depuis longtemps, le médecin doit obtenir et consulter les rapports médicaux portant sur les soins antérieurs avant de se prononcer sur un retour au travail sans danger et en temps opportun.
- Le médecin doit conseiller le patient au sujet de stratégies de prévention, le cas échéant.
- Lorsque le médecin est d'avis que le patient est suffisamment rétabli et qu'il peut retourner au travail sans danger, il doit en informer clairement le patient/employé.
- Le patient a droit à une copie de tous les documents relatifs au retour au travail établis par son médecin traitant (voir la section suivante).

Respect Des Renseignements Personnels Du Patient Et Gestion Des Renseignements Médicaux

Les dossiers médicaux sont confidentiels. En général, les médecins ne doivent communiquer à personne de renseignements sur l'état d'un patient ou sur tout service rendu à un patient, sans consentement de l'intéressé. Il y a toutefois des exceptions à la règle. Dans certains cas, les lois de la province ou du territoire peuvent obliger les médecins à fournir des renseignements à la Commission des accidents du travail sans l'autorisation préalable du patient. Les médecins doivent connaître les exigences de la loi de leur province ou territoire.

Conformément à la règle générale qui oblige les médecins à protéger les renseignements personnels d'un patient, le médecin ne doit pas fournir à l'employeur de renseignements sur

le patient sans l'autorisation de l'intéressé. Par exemple, si un employeur demande des renseignements sur la capacité d'un patient de retourner au travail, il faut obtenir le consentement préalable du patient. Le consentement doit être précis plutôt que général. Il est souhaitable d'obtenir l'autorisation écrite de dévoiler ces renseignements.

Le rapport qu'un médecin produit au sujet de la capacité du patient de retourner au travail doit être particulier au destinataire. Par exemple, un rapport destiné à l'employeur ne doit contenir que les renseignements qu'il doit connaître pour aider l'employé à retourner au travail (p. ex., la capacité de l'employé d'assumer les fonctions qu'il occupait avant la blessure, les capacités et les limites de l'employé et la mesure dans laquelle il faut aménager le travail ou le milieu de travail pour répondre à ses besoins). Pour respecter les renseignements personnels du patient, le médecin doit éviter de fournir des renseignements médicaux dont on n'a pas besoin pour aider l'intéressé à retourner au travail.

Selon une décision récente de la Cour suprême du Canada (*McInerney c. MacDonald* [1992] 2 CRS 138), le patient a le droit d'examiner et de copier des dossiers médicaux à son sujet. On ne peut refuser à un patient d'avoir accès à ses dossiers que si le médecin a lieu de croire que le patient ou des tiers subiront un préjudice physique, psychologique ou affectif important à cause des renseignements contenus dans les dossiers. Le médecin doit savoir que s'il refuse l'accès aux dossiers en cause et que si le patient conteste sa décision, il devra justifier son refus.

D'autres facteurs peuvent s'appliquer à l'accès par un patient aux renseignements médicaux obtenus dans le cadre d'un examen médical indépendant effectué par un médecin pour le compte d'un tiers. Les médecins trouveront d'autres renseignements et conseils dans les énoncés de principes pertinents de l'ordre compétent de la province ou du territoire et de l'Association canadienne de protection médicale. Les médecins doivent aussi connaître les mesures législatives ou les autres exigences légales pertinentes de la province ou territoire.

Facturation Des Services Liés Au Retour Au Travail

La préparation de rapports et de documents destinés aux employeurs et qui portent avant tout sur le retour au travail n'est en général pas assurée par les régimes publics. Il faut facturer ces services au patient ou au tiers qui en fait la demande. Il faut consulter les énoncés de l'association médicale de chaque province au sujet de la facturation. Le médecin doit informer le patient que des frais lui seront facturés lorsqu'on demande la production de rapports médicaux.

Conclusion

L'AMC est d'avis que les médecins qui suivent les principes énoncés dans la présente politique appuieront les patients et les membres de leur famille, leur communauté, les employeurs et la société.

Le texte et les concepts du présent énoncé de principes sont inspirés de l'énoncé de l'Association médicale de l'Alberta intitulé *Early Return to Work After Illness or Injury*. Les concepts sont aussi inspirés de la politique de l'Association médicale du Manitoba sur le retour au travail en temps opportun et de la politique de l'Association médicale de l'Ontario intitulée *Timely Return to Work Programs and the Role of the Primary Care Physician*.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

1. Industrial Medical Council, *Practice Parameter: Low Back Problems (Draft 4/27/94)*, State of California, Department of Industrial Relations, 1994.
2. Bigos S., Bowyer O., Braen G., et coll., *La lombalgie aiguë chez l'adulte : évaluation et traitement. Guide de pratique clinique numéro 14*. Publication de l'AHCPR n° 95-0642. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, Department of Health and Human Services des États-Unis, décembre 1994.
3. Spitzer, Walter O., et coll., "Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders," *Spine*, Volume 12, Number 7 Supplement, septembre 1987.
4. Clinical Standards Advisory Group. *Back Pain*. Chair: Professor Michael Rosen. London: HMSO Publications, mai 1994.
5. Washington State Medical Association Industrial Insurance Advisory Committee, *Medical Practice Guidelines in Washington Workers' Compensation*, 7th Draft, 11 septembre 1992.
6. Utilization Review and Quality Assessment Program, *Review Criteria*, Commonwealth of Massachusetts, Department of Industrial Accidents, 1^{er} juillet 1993.
7. The North American Spine Society's *Ad Hoc* Committee on Diagnostic and Therapeutic Procedures, "Common Diagnostic and Therapeutic Procedures of the Lumbosacral Spine," *Spine*, Volume 16, Number 10, 1991.
8. *Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain*. Commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique, 4 octobre 1995.
9. *Neck and Back Pain: Scientific Evidence of Cause, Diagnosis and Treatment*. Éditeurs : Alf L. Nachemson, Egon Jonsson; Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

RÉFÉRENCES ET ARTICLES PRÉCIS

(par ordre d'apparition)

1. Waddell, Gordon, *The Back Pain Revolution*, Ed 1, 1998 Churchill Livingstone.
2. Deyo R.A., Diehl A.K., "Cancer as the Cause of Back Pain: Frequency, Clinical Presentation and Diagnostic Strategies." *Journal of General Internal Medicine* 1988; 3:230 à 238.
3. Malmivaara, Antii, et coll., "The Treatment of Acute Low Back Pain – Bed Rest, Exercise, or Ordinary Activity." *New England Journal of Medicine* 1995; 332:5; 351 à 355.
4. Vroomen, P.C., et coll., "Lack of Effectiveness of Bed Rest for Sciatica." *New England Journal of Medicine* 1999; 340:6; 418 à 423.
5. Franklin, G.M., et coll., "Outcome of Lumbar Fusions in WCB (Washington State) Patients." *Spine* 1994; 11:17; 1897 à 1904.
6. Hodges, P., et coll., "Inefficient Muscle Stabilization of the Lumbar Spine Associated With Low Back Pain." *Spine* 1996; 21:2; 2640 à 2650.

INDEX

A

abus d'alcool et de drogues, 14, 30, 45, **71**
acétaminophène, 17, **30**
acupuncture, 9, 27, **38**
affaiblissement causé par l'inactivité, 32
aiguille sèche, **38**
amplification des symptômes, 45
analgésique, **30**
analgésique (contingence horaire), 30
analgésiques narcotiques, 16, 30
antidépresseurs, 31
anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), 30
approche interdisciplinaire, 47
approche multidisciplinaire, 54, 65
arrêt du travail, 26
arthrite, 21, 23, 69
arthrite inflammatoire, 23, 69
arthrodèse, 50, **52**
atteinte de la racine nerveuse, 11, 50
attelles, **39**
attelles lombaires, 39
attentes exagérées, 45

B

biotechnologie, 46
boiterie, 40

C

cancer, 12, 22, 23, 68
capacité de travail, 55
ceintures de soutien, **39**
chaleur, 27, 33
chimionucléolyse, **63**
chiropractie, 9, **35**
chymopapaïne, 63
claudication neurogène, 41, 50
compresses froides ou chaudes, 33
compression nerveuse, **77**
conduction nerveuse, **44**
consultation auprès d'un spécialiste, 42, **66**
corsets, 17, **39**
corsets lombaires, **39**
corticostéroïdes
 injection, 59, 61
 oraux, 31
Cybex, 56

D

dégénérescence discale, 41
dépendance, 31
dépression, 14, 30, 32, 45, 71
détérioration neurologique aiguë, **67**
dissectomie, **48**
dissectomie percutanée, **48**
discographie, **57**
discographie de provocation, 57
discopathie dégénérative, 74
disque hernié, 48
disque intervertébral, 73
dossiers orthopédiques, **39**
dysfonctionnement de la racine nerveuse, 44

E

éducation, 24
électrodiagnostic, **44**
électromyographie, **44**
électromyographie à l'aiguille, 44
électromyographie à l'aiguille de surface, 44
élévations pour chaussures, **40**
englobement de nerf, 44
épreuve assistée par ordinateur, 56
épreuve de résistance et d'amplitude articulaire, **56**
ergothérapeute, 46, 66
ergothérapie, 47
essais de conduction nerveuse, 44
études en imagerie, 42
études en laboratoire, 9, **23**
évaluation
 assistée par ordinateur, 56
 de la capacité fonctionnelle, **55**
 du milieu de travail, 46
 ergonomique, **46**
 interdisciplinaire, 9, 11, **53**, 66
 médicale, 5, 9, 10, 66
 psychosociale, **45**
 radiographique, 21, 41
exagération de la douleur, 71
exercice, 8, 24, 27, 33, 47, 56
exercices de renforcement, 8, 24, 27, 80
exercices progressifs, 33, 36, 37, 38, 39

F

facteurs économiques, 45
facteurs non physiques, 45
facteurs posturaux contribuant à la lombalgie, **79**
facteurs psychologiques, 45
facteurs psychosociaux, 45
fracture
arthrodèse pour, 50
radiographies pour écarter la possibilité de fractures, 22
tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique, myélographie, 42
fracture latente, 43

G

génie industriel, 46
gilets moulés, 39
glace, 27, 33
grossesse,
scintigraphie osseuse pendant, 43

H

hernie discale, 11, 48, 75
hospitalisation, 9

I

imagerie
avant une intervention chirurgicale, 41
radiographie, 21
scintigraphie osseuse, 43
imagerie par résonance magnétique, 9, 17, **41**, 50
indications
d'études en imagerie, 42
d'une arthrodèse, 52
d'une discectomie, 48
d'une scintigraphie osseuse, 43
infection,
radiographies afin d'écarter la possibilité d', 22
infiltrations des facettes articulaires, **60**
inflammations, 23
injection
d'anesthésiques locaux, 60, 61
de corticostéroïdes, **59**
d'opiacés, 30
injections dans la zone gâchette, **61**
injections épidurales, **59**
injections ligamentaires, **62**
insatisfaction au travail, 14, 45, 70

instabilité, 52
intervention chirurgicale, 42, 48, 65, 68
intervention chirurgicale dans le cas de hernies discales, voir ci-dessus
intervention chirurgicale dans le cas de lombalgies radiculaires aiguës, 6, 9, 41, 48
intervention chirurgicale dans le cas d'une sténose du canal rachidien, 50
invalidité, 15, **53**, 71

L

laminectomie, 50
lombalgie
causée par une lésion médullaire grave, 5, 10, 45
causes, 10, 24, 75
chronique, **13**, 53, 65
non spécifique, 14, 71
simple, **73**
tenace, 60

M

manipulation crânio-sacrée, 35
manipulations lombaires, 35
manipulations vertébrales, 9, **35**
massage, 9, 19, **27**, 35
médicaments, **30**
mesure de l'amplitude des mouvements et de la résistance, 56
mobilisation, 35
modalités passives, 8, 9, 27, 28, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39
modalités de physiothérapie, 33
modification
des activités, 24, **26**
du travail, **26**
modifications du mode de vie, 24
myélographie, 9, **41**
myélopathie, 44
myopathie, 44

N

néoplasme, voir Tumeur
neuropathie, 44
neuropathie périphérique, 44
neurostimulation transcutanée, 9, 19, 27, 33, **36**
non-réponse au traitement, 28, 45, 65
numération globulaire, 22, 23, 68, 69

O

opiacés,
 injectables, 30
 oraux, 30
orthèses, 17, 39, **40**
ostéoporose, 22, 68, 73

P

phénylbutazone, 31
physiothérapeute, 33, 38, 47, 66
physiothérapie, 18, 28, 29, **33**, 47
politique de l'Association médicale
 canadienne, **83**
potentiels évoqués sensoriels, **44**
programme de conditionnement au
 travail, **47**
programme de traitement de la douleur
 chronique, 47
programmes interdisciplinaires, **53**
prolongations au programme de
 conditionnement au travail, 47
prolothérapie, **62**
psychologie, 45

R

raccourcissement d'un membre inférieur, 40
radiculopathie, 35, 44
radiographies simples, **21**
rationalisation du travail, 46
réadaptation de la CSSIAT, 66
réadaptation professionnelle, 53
réconfort, 11, 16, 18, 19, 28, 78
relaxants musculaires, 9, 17, **30**
renvoi à un spécialiste, **65**, 74
repos au lit, 5, 9, 12, 16, **32**, 68
repos au lit prolongé, 9
reprise du travail ou retour à un
 programme de tâches modifiées n'a pas
 eu lieu, 54
ressources offertes à la CSSIAT, **66**
rétrécissement de la partie centrale du
 canal rachidien, 50
rétroaction électromyographique
 biologique, **64**

S

sciatalgie, **73**
scintigraphie osseuse, 22, 23, **43**, 69
scintigraphie osseuse au technétium, 43
sclérothérapie, **62**
semelles orthopédiques, **40**
signes physiques non organiques, 72

solutions de rechange, 26
soulagement des symptômes, 35, 36, 38, 39
soutien lombaire, 9, **39**
spondylite ankylosante, 21, 23, **69**
spondylolisthesis, 15, 21
spondylolyse, 21, 73
sténose du canal rachidien, 14, 41, **50**, 67
stéroïdes, 17, 22, 59
stimulation électrique, 27, 36
symptômes de sténose du canal rachidien,
 50, 67
syndrome de la queue de cheval, 14, 42, **67**
syndrome des facettes articulaires, 60

T

tests en laboratoire, 23
tests psychologiques, 45
thérapie manuelle, 27, 33, 35
thermographie, **58**
tomodensitométrie, 9, **41**, 42, 48
tomodensitométrie-myélographie, **41**
traction, 27, **37**
traction manuelle, **37**
traction pelvienne, **37**
traitement médical
 aigu, 8, 16, 65, 78
 aigu récurrent, 17
 au laser, 33
 autogestion des symptômes, 27
 chronique, 8, 19
 subaigu, 8, 18
traitement passif, 6, 8, 14, 19, **27**, 33,
 37, 61, 71, 79, 77
travail modifié, 8, 13, 16, 17, 19, 20, 26, 54
tumeur
 tomodensitométrie, imagerie par
 résonance magnétique,
 myélographie pour le diagnostic, 41
 radiographies pour écarter la
 possibilité d'une, 22, 69

U

ultrasons, 27, 33

V

vitesse de sédimentation globulaire (VSG),
 22, 23, 68