

Approche multidisciplinaire de la lombalgie chronique

Multidisciplinary approach of chronic low back pain

B. Fouquet*, J. Beaudreuil**

POINTS FORTS

► L'approche multidisciplinaire de la lombalgie chronique repose sur la combinaison d'interventions de plusieurs professionnels, partageant le même modèle à l'égard de l'affection. Les thérapies peuvent donc être multiples reposant sur le modèle biopsychosocial des affections chroniques. Les objectifs sont principalement de corriger les déficiences associées à la lombalgie chronique, de réduire les limitations d'activités, de reprendre une vie sociale et professionnelle. Ces thérapeutiques combinent, selon les équipes, des approches plutôt physiques, plutôt axées sur la prise en charge de la douleur, sur les conséquences psychologiques, sur les facteurs socioprofessionnels, et, dans l'idéal, sur l'ensemble de ces composantes. À ce jour, les approches multidisciplinaires sont donc diverses et les populations traitées sont très hétérogènes. Il est scientifiquement impossible de conclure sur l'efficacité d'une approche par rapport à une autre. L'approche multidisciplinaire est plus efficace que les soins usuels à court et moyen termes sur la douleur, les limitations d'activité et le retour au travail ou l'absentéisme, mais les résultats s'estiment au-delà de 1 an.

► *The multidisciplinary approach to chronic low back pain is based on the combination of interventions of several professionals, sharing the same model with regard to affection. Therapies can therefore be multiple based on the bio-psycho-social model of chronic conditions. The main objectives are to reduce impairments and activity limitations associated with chronic low back pain and resume a social and professional life. According to the teams, these therapies combine approaches focussed on physical impairments, pain, psychological consequences, socio-professional factors, but ideally, on all these dimensions. To date, multidisciplinary approaches are therefore diverse and the populations treated are very heterogeneous. It is scientifically impossible to conclude on the effectiveness of one approach over another. The multidisciplinary approach is more effective than usual short- and medium-term care for pain, activity limitations and return to work or absenteeism, but the results fade beyond 1 year.*

HIGHLIGHTS

Mots-clés : Lombalgie chronique - Modèle biopsychosocial - Déconditionnement - Approches multidisciplinaires - Retour au travail

Keywords: Chronic low back pain - Bio-psycho-social model - Deconditioning - Multidisciplinary rehabilitation - Return to work

La lombalgie est une affection biopsychosociologique, c'est-à-dire qu'elle admet des facteurs biologiques modifiables (tabagisme, obésité, sédentarité), des facteurs psychologiques (peur, anxiété généralisée, croyances), et des facteurs sociaux (contexte de travail, stress au travail, insatisfaction au travail). Ces facteurs de risque concernent le déclenchement de l'épisode aigu. Outre ces facteurs de risque, sous-jacents, les accidents aigus sont associés le plus souvent à des contraintes physiques conduisant à l'accès douloureux (posture, manutention, torsion ou flexion du tronc, vibration). La majorité des accidents douloureux lombaires est régressive spontanément. Elle ne conduit qu'à de très rares consultations, arrêts de travail (ou alors ceux-ci sont de courte durée), et/ou à une restriction temporaire d'aptitude.

La lombalgie chronique (LC) correspond à un épisode de lombalgie en poussée de durée supérieure à 3 mois. En effet, la lombalgie est une affection par

principe chronique, évoluant par des récurrences. Elle est la 1^{re} cause d'années de vie vécues en situation de handicap dans le monde, depuis 1990 dans la tranche d'âge comprise entre 25 et 64 ans, en particulier en Europe et en Amérique du Nord [1]. Dans ces pays, certains facteurs de risque associés à la LC semblent plus spécifiques, comme l'âge et l'obésité. Dans la LC existent des facteurs de risque partiellement spécifiques comme l'intensité de la douleur irradiée initiale et la perception élevée de limitations d'activité, auxquels s'ajoutent les effets induits par l'inactivité. Du fait de l'intrication des multiples aspects physiques, psychologiques et sociaux, depuis de nombreuses années, il est apparu que la prise en charge thérapeutique de la LC devait être assurée par une équipe plutôt que par un seul professionnel. Cette approche par une équipe concerne l'ensemble des affections chroniques et, tout particulièrement, les processus douloureux chroniques.

*Fédération de médecine physique et de réadaptation, CHU de Tours/CHIC Château-Renault, hôpital Trousseau, service central de médecine physique et de réadaptation, Tours.

**Service de rhumatologie et de médecine physique et de réadaptation, hôpital Lariboisière - Fernand Widal, Paris ; département médico-universitaire locomotion, groupe hospitalo-universitaire AP-HP Nord - université de Paris.

Caractéristiques du passage à la chronicité

Le modèle habituellement admis du passage à la chronicité d'un accès douloureux aigu à une LC repose sur le modèle de Vlaeyen [2] (figure 1). Au cours du processus douloureux aigu, un défaut d'ajustement dans ses dimensions sensitive et émotionnelle survient. Ce défaut d'ajustement souvent associé à une distorsion cognitive négative (catastrophisme), volontiers associé à une perception de préjudice, conduit à un évitement lié à la peur vis-à-vis des activités physiques, mais aussi à une restriction de la participation à la vie en société, à une hypervigilance focalisée sur la région lombaire en particulier, parfois généralisée. L'évitement lié à la peur peut conduire à des croyances erronées concernant l'activité physique et à une kinésiophobie [3]. Le modèle a été secondairement complété, incluant un comportement de déni du processus douloureux et de ses conséquences avec, chez certains patients, une phase d'hyperactivité malgré la douleur et un processus d'amplification progressif de cette dernière, ce qui va conduire à un état d'épuisement où le patient va totalement cesser ses activités. Cette forme serait la plus grave, car la croyance négative concernant les activités physiques y serait la plus forte [4].

Conséquences de la chronicité

La LC peut s'accompagner de modifications physiques, psychologiques et sociales, regroupées globalement sous le terme de déconditionnement [5]. L'analyse

peut en être faite selon le modèle de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [6].

Le processus douloureux chronique conduit à des modifications des fonctions et des structures associées à la région lombaire (figure 2). Outre les déficiences sensitives (hypersensibilisation centrale médullaire et corticale, amplification) surviennent des déficiences motrices potentiellement multiples avec des modifications du recrutement musculaire caractérisées par l'inversion du couple extenseurs-fléchisseurs du tronc, une augmentation du tonus musculaire conduisant à une perte de mobilité du rachis lombaire et à une rétraction des muscles lombo-pelvi-fémoraux associées à une perte d'endurance et de force. Cette perte de l'endurance des extenseurs du tronc, en particulier et surtout des multifides qui assurent la stabilité segmentaire, fait partie intégrante de la LC, y compris chez les salariés en activité professionnelle qui en souffrent. En revanche, il n'est pas certain que cette perte de force et d'endurance soit corrélée à une modification structurelle des muscles extenseurs du rachis lombaire. En parallèle peuvent survenir des déficiences générales. Des troubles du sommeil sont observés chez plus de 50 % des patients, corrélés à l'intensité de la douleur. La perception de fatigue centrale augmente, observée chez 70 % des patients. Des déficiences du comportement alimentaire peuvent s'instaurer, conduisant à une prise progressive de poids et de masse grasse. Cette atteinte métabolique expliquerait la survenue plus fréquente de comorbidités cardiovasculaires au cours de la LC. Cette adiposité plus importante au cours de la LC impose d'évaluer le risque d'accident ischémique cardiaque quand une

Figure 1. Modèle de la peur et de l'évitement lié à la peur au cours des processus douloureux [2, 4, 5].

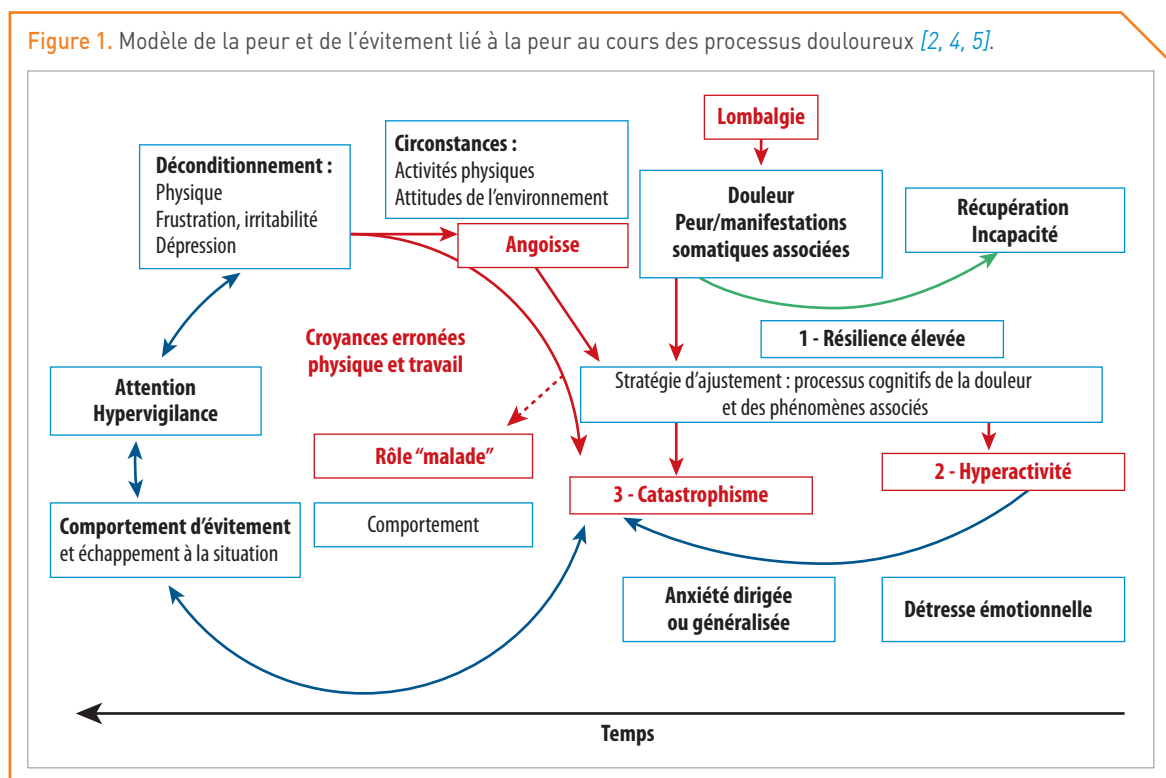
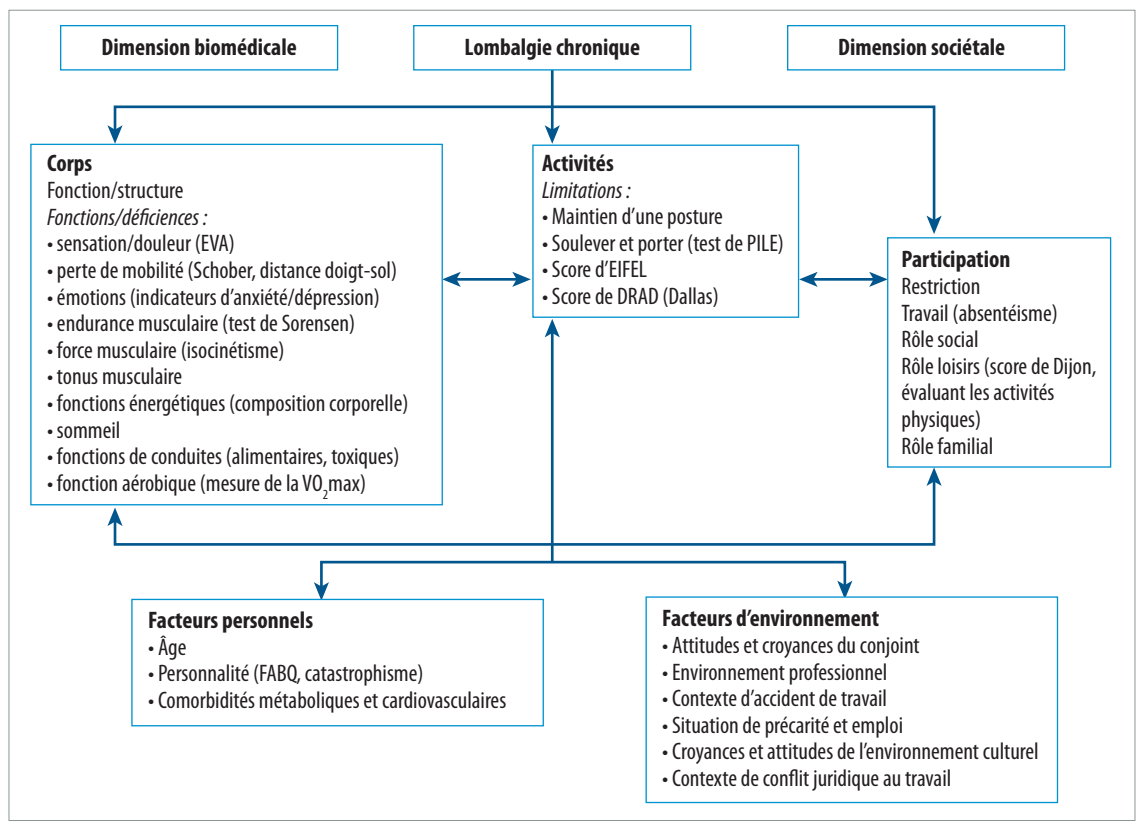


Figure 2. Modèle de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé appliqué à la lombalgie chronique.



reprise des activités notamment aérobies est envisagée, en particulier chez les patients âgés de plus de 50 ans et tabagiques.

Dans la dimension cognitivocomportementale, les déficiences principales sont une perte de confiance, une perte de l'estime de soi, la kinésiophobie ; dans la dimension affective, on peut observer la survenue de symptômes dépressifs, voire la décompensation d'une dépression (25 %). Dans la dimension émotionnelle, une majoration de l'anxiété préexistante est parfois présente (19 %). Ces 2 déficiences seraient une barrière à l'adhésion aux traitements. L'ensemble de ces déficiences conduit à une limitation des activités, principalement de déplacements, et de manutention.

Le retentissement social est majoritairement associé à une restriction de la participation à la vie sociale et professionnelle. Le retentissement professionnel est caractérisé par l'absentéisme, qui représente le coût social le plus important de la lombalgie. Par ailleurs, la restriction de la participation à la vie professionnelle retentit sur les déficiences et sur les activités. En outre, plus la durée d'arrêt de travail augmente, plus les croyances en l'évitement anxieux, mesurées par le FABQ, augmentent dans la dimension "travail" (notamment concernant la peur d'une rechute au travail).

Des facteurs environnementaux peuvent influencer sur la durée d'arrêt de travail : une faible satisfaction au travail, un travail monotone, un stress élevé au travail (faible autonomie ou faible latitude décisionnelle, faible soutien du collectif, faible soutien de la hiérarchie),

un climat social de l'entreprise perçu comme délétère, une situation conflictuelle au travail, une impossibilité d'aménagement temporaire ou définitif du poste de travail. Des aspects médicosociaux peuvent aussi retarder le retour au travail : la déclaration en accident de travail, un salaire de compensation élevé et dans la fonction publique les délais des procédures de retour à une activité. Les interactions sociales peuvent être aussi familiales, du fait des croyances de l'entourage mais également du fait des modifications comportementales du patient (repli sur soi, irritabilité).

En résumé, les différents aspects, physiques, psychologiques et sociaux, pouvant être identifiés au cours de la LC, conduisent à des états de santé multiples et à une grande hétérogénéité des patients. Cette hétérogénéité se traduit de 2 façons : les besoins thérapeutiques sont multiples et, scientifiquement, l'évaluation de l'efficacité des thérapeutiques est très compliquée [7].

Approches multidisciplinaires

Dans la LC, en l'état de nos connaissances, il n'existe pas de thérapeutiques spécifiques axées, de manière isolée, sur une pathologie ou une lésion structurelle sous-jacente. La clé des solutions thérapeutiques repose sur une approche des différentes déficiences, limitations d'activités, avec pour finalité l'amélioration de la participation à la vie sociale et professionnelle. Les termes "multidisciplinaire",

“interdisciplinaire”, “transdisciplinaire” se sont développés à partir des années 1970 dans le cadre des affections douloureuses chroniques [8]. Ce ne sont pas des termes interchangeables en théorie, car les collaborations entre les professionnels ne sont pas forcément de même nature stricto sensu. L’approche multidisciplinaire ou collaborative comprend l’intervention d’au moins 2 disciplines, chacun des intervenants apportant son champ de compétence spécifique fondée sur une connaissance spécifique, et une expertise spécifique dans le champ professionnel. L’approche interdisciplinaire consiste dans l’intégration des données de chacun des acteurs thérapeutiques afin d’apporter un soin “intégré”, les membres de l’équipe travaillant conjointement pour un même objectif avec une harmonisation du soin et des discours. Dans l’approche transdisciplinaire, les différents membres de l’équipe partagent un même cadre conceptuel ou modèle de la LC, chacun restant dans son rôle propre de savoirs et de compétences, et travaillant en réciprocité et en responsabilité partagée. Une difficulté qui émerge dans les travaux publiés depuis les années 1980 est le fait que les 3 stratégies sont regroupées sous le terme de “multidisciplinaire”, ce qui induit une hétérogénéité supplémentaire dans l’analyse des résultats. Dans le cadre de la LC, le concept d’une multidisciplinarité regroupe en définitive 2 aspects :

- certaines thérapeutiques comportent essentiellement une approche authentiquement multidisciplinaire du processus douloureux, combinant des exercices, des thérapies cognitivocomportementales et une éducation selon les principes des “écoles du dos” ;
- certaines approches multidisciplinaires sont de nature transdisciplinaire, essentiellement axées sur la correction du syndrome de déconditionnement (reconditionnement physique), l’objectif étant non pas tant de corriger le processus douloureux, mais plutôt de l’accepter, remettre l’individu dans une possibilité de participation professionnelle. C’est dans ce contexte de l’approche correctrice du déconditionnement que l’on retrouve différentes perspectives (reconditionnement au travail, renforcement professionnel, programmes de restauration fonctionnelle du rachis).

Développés au cours des années 1980 [9], les programmes de reconditionnement ou de restauration fonctionnelle du rachis (RFR) sont les premiers à avoir développé une approche transdisciplinaire. Ils reposent tous sur la correction des déficiences en termes de perte de souplesse, de force, d’endurance, ainsi que sur l’amélioration du contrôle moteur, et des fonctions cardiorespiratoires. Les exercices sont pratiqués dans un environnement sécurisé, supervisé, augmentant progressivement en intensité, en groupe (variable de 4 à 8 patients) ; ces programmes font intervenir des éducateurs sportifs, des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, parfois des psychologues, des assistants sociaux, l’intégration de thérapies cognitivocomportementales n’étant pas systématique. À ces dimensions physique et psychologique sont associées :

- une évaluation socioprofessionnelle visant à mettre en œuvre le plus rapidement possible les modalités de retour au travail avec les acteurs de santé au travail ;

- des aménagements thérapeutiques médicamenteux en particulier le recours à des anxiolytiques et, dans certains cas, la réalisation de sevrage en morphine.

Ces programmes impliquent une participation active des patients au traitement, cette participation pouvant être formalisée sous forme d’un contrat thérapeutique de progression au cours du séjour sur le niveau de performances, sur la gestion et le contrôle de la douleur, sur la compréhension de l’affection et des thérapeutiques mises en œuvre. Cette progression est évaluée chaque semaine par une rencontre avec l’ensemble de l’équipe. En effet, dans ces programmes, le concept clé est que l’ensemble des intervenants ait le même discours, reposant sur le même concept de réassurance et de récupération de la liberté de mouvement sans interdits. Initialement, la RFR comportait une intensité de prise en charge élevée (d’au moins 25 heures par semaine, pouvant aller jusqu’à 100 heures) [10].

Depuis ces programmes de restauration fonctionnelle, les approches multidisciplinaires, ou interdisciplinaires, ou transdisciplinaires sont devenues plus variables dans leur intensité. Ainsi, dans la littérature, on peut trouver des prises en charge d’intensité faible (moins de 30 heures réparties sur 4 ou 6 semaines) ou élevée (ces programmes pouvant alors aller jusqu’à plus de 200 heures au total). Le terme “multidisciplinaire” correspond parfois seulement au fait que le patient va rencontrer l’ensemble de l’équipe une fois par semaine sur plusieurs semaines et effectuer, après une éducation, les exercices préconisés à domicile [11]. L’analyse faite en 2001 par Guzman et al. avait montré que les prises en charge comportant plus de 100 heures donnaient de meilleurs résultats que les programmes inférieurs à 30 heures [11].

Effets médicaux des approches multidisciplinaires

Les résultats initiaux des programmes de RFR étaient excellents, notamment en Amérique du Nord où des taux de retour et de maintien au travail étaient au moins de 80 %. De plus, les 1^{res} études contrôlées montraient la supériorité nette des programmes intensifs sur des soins courants sur l’intensité de la douleur et sur le niveau des limitations d’activité, quel que soit le pays où étaient pratiqués ces programmes de RFR, dès lors que ceux-ci avaient une intensité élevée d’activité physique et un nombre d’heures important.

Compte tenu des charges respectives d’activités physiques pendant les sessions thérapeutiques et de la diversité des intervenants impliqués dans les thérapeutiques multidisciplinaires, les revues de la littérature ou méta-analyses récentes donnent des résultats contradictoires, que ce soit pour la douleur, les limitations d’activité, le retour au travail, et l’évitement anxieux par rapport à des soins usuels, des listes d’attente ou la pratique d’exercices physiques simples [7, 12, 13].

À court terme, des études contrôlées ont montré que les patients suivant une réadaptation multidisciplinaire avaient une intensité douloureuse plus faible (de 1,5 à 1,7 point sur une échelle numérique de 0 à 10) que ceux qui recevaient des soins usuels ou pas de traitement, une diminution significative des limitations d'activité avec, pour le questionnaire d'EIFEL (cotation de l'échelle de 0 à 24 points), une différence de 2,5 à 2,9 points, par rapport aux soins usuels ou à une réadaptation non multidisciplinaire. Cependant, ces valeurs sont inférieures à celles qui sont cliniquement pertinentes pour les patients : plus de 2 points d'écart pour la douleur, au moins 4 points pour l'EIFEL. À notre connaissance, aucune étude n'a été effectuée en recourant à cette stratification des résultats [13]. Les approches multidisciplinaires ont aussi un impact sur les paramètres affectifs (anxiété, dépression) et sur les croyances en l'évitement anxieux [14]. Sur ce paramètre qui est essentiel dans la LC, les résultats sont à analyser avec prudence : le score total peut évoluer favorablement à la fin de la prise en charge, mais une dichotomie peut être observée entre l'amélioration du score des croyances en l'évitement anxieux évaluées par le FABQ, dans la dimension "physique" (FABQ "physique") qui s'améliore nettement et le score du FABQ "travail" qui s'améliore peu chez certains patients. Ainsi, une analyse globale du FABQ peut "masquer" une perception négative du patient quant au retour à l'emploi précédent. De plus, la diminution cliniquement pertinente du FABQ total serait comprise entre 9 et 12 points (compris entre 0 et 66, soit de 0 à 24 pour le FABQ "physique" et de 0 à 42 pour le FABQ "travail"), quand la diminution du score de kinésiophobie devrait être d'au moins 8 points (score compris entre 0 et 68 points ; une kinésiophobie est considérée comme présente pour un score supérieur à 40).

Sur le long terme, là encore, la réadaptation multidisciplinaire serait supérieure aux soins usuels, à des thérapies physiques non multidisciplinaires. L'impact sur la douleur à long terme, par rapport à des soins usuels, est d'évidence modérée, de même en ce qui concerne les limitations d'activité.

La grande difficulté dans l'interprétation des résultats de la littérature concernant l'intérêt de l'approche multidisciplinaire est liée au caractère très hétérogène du concept de multidisciplinarité : l'intensité de chaque composante (physique, psychologique, socio-professionnelle) est variable d'une étude à une autre, de même que l'organisation des soins et la répartition des activités au sein des programmes.

Effets sur la participation à l'activité professionnelle des programmes multidisciplinaires

Les approches multidisciplinaires biopsychosociales ont aussi pour finalité le retour à l'activité professionnelle par un reconditionnement au travail, par une augmentation de la tolérance physique, psychologique

et émotionnelle. Au travers d'un niveau de plus en plus élevé des activités physiques, ces programmes devraient permettre un retour à l'activité professionnelle plus élevé que des soins courants.

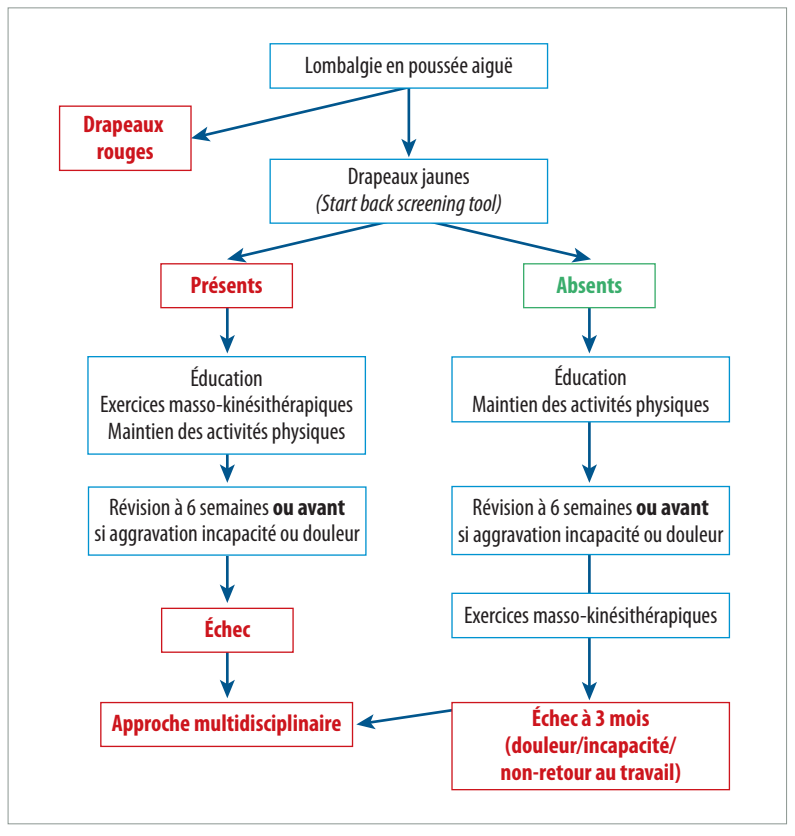
L'analyse COCHRANE de 2013 [15], concernant l'absentéisme au travail dans les suites de programmes multidisciplinaires, a montré l'absence d'intérêt dans le cadre de la lombalgie aiguë, et un effet quasiment négligeable dans la lombalgie subaiguë. Le programme intense (plus de 70 heures) a montré une diminution de l'absentéisme à 4 et 12 mois et un raccourcissement du délai de retour au travail par rapport au traitement usuel. En revanche, ces prises en charge multidisciplinaires par rapport à la pratique d'exercices ne montrent pas de différences significatives à 6 et 24 mois. Il ne semble pas non plus, dans cette analyse, que rajouter des thérapies cognitivocomportementales soit supérieur à l'absence de prise en charge ou à une prise à charge à moyen terme – 12, 18 et 36 mois. Ces résultats sont en accord avec ceux observés par l'équipe de Roquelaure à Angers [16]. Toutefois, cette équipe a intégré dans sa prise en charge en RFR intensive ou dans sa démarche ambulatoire un réseau de médecins du travail qui participent activement au retour et au maintien dans l'emploi des salariés, ce qui n'est pas le cas de l'ensemble des approches multidisciplinaires. Par rapport à une thérapie cognitivocomportementale seule, une étude a montré une supériorité de l'approche multidisciplinaire à 1 et 2 ans [12].

Ces résultats sont à rattacher aux facteurs de non-retour ou de retour avec un long délai d'absentéisme dans la LC. En effet, il a été montré que l'âge, l'intensité douloureuse, l'insuffisance d'aptitude cardiorespiratoire à l'effort, la perception de limitations d'activité, le retard au traitement, la perception d'un mauvais état de santé, le statut socioéconomique faible, les contraintes physiques au travail, les situations conflictuelles médico-assurantielles jouaient un rôle négatif. Contrairement aux études anglo-saxonnes faisant état d'un retour à l'activité professionnelle dans 90 à 95 % des cas, les séries européennes des approches multidisciplinaires, biopsychosociales, montrent des résultats beaucoup plus faibles, de l'ordre de 60 %. Encore faut-il tenir compte de la structure des populations étudiées. Ainsi, certaines séries font état d'une majorité de patients ayant un travail sédentaire ou une activité physique professionnelle modérée. Parmi les facteurs d'échec du retour au travail, il est mentionné non seulement l'âge, mais aussi la croyance en l'évitement anxieux dans la dimension travail. La croyance en l'évitement anxieux au travail est corrélée à la satisfaction au travail, dimension complexe faisant intervenir non seulement des dimensions physiques, mais aussi des dimensions affectives et émotionnelles en lien avec le travail (relations de soutien avec les collègues, relations hiérarchiques).

Impacts socioéconomiques

Les approches multidisciplinaires ont un coût de santé très largement supérieur à celui des thérapeutiques

Figure 3. Stratégie précoce d'orientation face à une poussée de lombalgie aiguë et approche multidisciplinaire [17, 18].



Références bibliographiques

1. Gatchel RJ. The continuing and growing epidemic of chronic low back pain. *Healthcare* 2015;3(3):838-45.
2. Vlaeyen JWS et al. Low back pain. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4(1):52.
3. Rainville J et al. Fear-avoidance beliefs and pain avoidance in low back pain--translating research into clinical practice. *Spine J* 2011;11(9):895-903.

Retrouvez l'intégralité des références bibliographiques sur www.edimark.fr

B. Fouquet déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

J. Beaudreuil n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

simples comme les exercices physiques pratiqués en ambulatoire, du fait de l'intervention de multiples professionnels et du coût d'une éventuelle hospitalisation complète ou de jour. S'il apparaît évident que les approches multidisciplinaires, reposant sur les modèles biopsychosociaux de la LC sont efficaces, avec un niveau de preuve modérée, il est clair aujourd'hui que différentes questions se posent :

- quelle est l'intensité des programmes qu'il convient de mettre en œuvre, sachant que l'accès aux soins est variable en fonction des territoires et que des programmes à fréquence hebdomadaire seraient plus faciles à mettre en œuvre ?
- compte tenu du coût représenté par une approche multidisciplinaire, ces thérapeutiques doivent-elles être réservées seulement à des patients en situation d'échec avec des soins usuels ?
- ces thérapeutiques doivent-elles être instaurées le plus rapidement possible dès lors qu'il existe des "drapeaux jaunes" psychoémotionnels, traduisant la fragilité du patient dans sa stratégie d'ajustement par rapport au processus douloureux, stratégie thérapeutique multidisciplinaire qui doit être enclenchée dès le 3^e mois ?

Actuellement, les patients sont souvent adressés dans des délais supérieurs à 10 mois, alors que l'on sait que ces délais s'accompagnent de croyances en l'évitement anxieux de plus en plus importantes, à la fois dans la dimension physique et dans la dimension travail, que les liens avec l'environnement de travail se distendent, conduisant à des situations d'impasse socioprofessionnelle et que les coûts de santé augmentent progressivement avec la durée d'arrêt de travail.

Le profil des patients en arrêt de travail prolongé semble différent de celui des patients qui accèdent plus rapidement à une prise en charge multidisciplinaire : plus grand nomadisme médical combiné parfois à une indécision des acteurs de santé de 1^{re} ligne (croyances médicales erronées sur la lombalgie), multiplication des explorations complémentaires, comportement précontemplatif de Prochaska, présence de facteurs psychoaffectifs et de facteurs psychosociaux, etc. Enfin, dans l'idéal, il conviendrait d'intégrer des interventions thérapeutiques et des interventions sur le milieu de travail en même temps, militant pour des prises en charge mixtes (approche multidisciplinaire à temps partiel, reprise du travail à temps partiel et accompagnement sur le lieu de travail). Toutefois, certaines professions, ou certaines organisations de travail, ne permettent pas la reprise à temps partiel conduisant à la nécessité des prises en charge les plus lourdes.

Conclusion

Les approches multidisciplinaires, impliquant en parallèle l'approche thérapeutique réadaptative et l'approche professionnelle, devraient permettre de réduire les coûts économiques liés aux restrictions de participation professionnelle associées à la LC. Cela permettrait aussi de réduire les coûts de ces programmes multidisciplinaires avec une intervention sur le lieu de travail, une implication des responsables hiérarchiques et un programme d'activités progressives. Cela a été fait aux Pays-Bas et au Danemark avec une réduction significative des coûts de santé. De plus, puisque les coûts liés à la LC sont liés à la durée des restrictions de participation professionnelle, il paraît aussi séduisant d'orienter plus précocement les LC sur des approches multidisciplinaires qui seraient alors plus légères, le déconditionnement étant moins sévère que dans les LC prises en charge habituellement en médecine physique et de réadaptation. Cela incite donc à utiliser des outils de dépistage précoce de ces patients à haut risque de passage à la chronicité, tel l'emploi du Keele STarT Back Screening Tool pouvant être utilisé en 1^{re} ligne par les praticiens généralistes [17]. Ainsi, peut être proposé, en fonction des recommandations de la HAS [18] et des études anglaises par le Keele STarT Back Screening Tool, un algorithme décisionnel concernant les patients lombalgiques (figure 3).

Références bibliographiques (suite de la page 26)

4. Hasenbring MI, Verbunt JA. Fear-avoidance and endurance-related responses to pain : new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clin J Pain* 2010;26(9):747-53.
5. Verbunt JA et al. Disuse and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *Eur J Pain* 2003;7(1):9-21.
6. Bagraith KS, Strong J. The International classification of functioning, disability and health (ICF) can be used to describe multidisciplinary clinical assessments of people with chronic musculoskeletal conditions. *Clin Rheumatol* 2013;32(3):383-9.
7. Kamper SJ et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350:h444.
8. Kudrina I et al. Multidisciplinary treatment for rheumatic pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2015;29(1):156-63.
9. Mayer TG et al. A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury. An objective assessment procedure. *JAMA* 1987;258(13):1763-7.
10. Poiradeau S et al. Functional restoration programs for low back pain: a systematic review. *Ann Readapt Med Phys* 2007;50(6):425-9, 419-24.
11. Guzmán J et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001;322(7301):1511-6.
12. Chou R et al. Nonpharmacologic therapies for low back pain: A systematic review for an American college of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2017;166(7):493-505.
13. Salathé CR et al. Treatment efficacy, clinical utility, and cost-effectiveness of multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation treatments for persistent low back pain: A systematic review. *Global Spine J* 2018;8(8):872-86.
14. Oliveira DS et al. The impact of anxiety and depression on the outcomes of chronic low back pain multidisciplinary pain management-A multicenter prospective cohort study in pain clinics with one-year follow-up. *Pain Med* 2019;20(4):736-46.
15. Schaafsma FG et al. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(8):CD001822.
16. Ronzi Y et al. Efficiency of three treatment strategies on occupational and quality of life impairments for chronic low back pain patients: is the multidisciplinary approach the key feature to success? *Clin Rehabil* 2017;31(10):1364-73.
17. Pauli J et al. Screening tools to predict the development of chronic low back pain: An integrative review of the literature. *Pain Med* 2019;20(9):1651-77.
18. Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Recommandation de bonne pratique. 4 avril 2019. <https://www.has-sante.fr>