

Document élaboré par un groupe de travail pluri professionnel
avec la participation de la HAS

**PROTOCOLES PLURIDISCIPLINAIRES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE
EN MAISONS DE SANTÉ, PÔLES DE SANTÉ ET CENTRES DE SANTÉ**

La lombalgie commune à partir du deuxième épisode : comment prévenir les récurrences ?

ARGUMENTAIRE

Novembre 2010

Sommaire

Méthode de travail	4
1 Principes d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire	4
2 Contexte de l'élaboration du protocole pluridisciplinaire.....	4
2.1 Exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôle de santé ou centre de santé	4
2.2 Choix du thème lombalgie commune à partir du deuxième épisode comment prévenir les récurrences - anamnèse	4
2.2.1 Définition de la lombalgie commune	4
2.2.2 Physiopathologie	5
2.2.3 Epidémiologie et contexte	5
2.3 Besoins exprimés en pratique	5
3 Recherche documentaire	6
3.1 Recommandations sources	6
3.2 Articles, brochures et sites consultés	6
4 Analyse des recommandations	6
4.1 Gradation des recommandations et messages clés	6
4.2 Analyse comparative	7
4.3 Messages clés	7
5 Moyens de la mise en œuvre, outils d'aide à la décision retenus.....	10
5.1 Supports existants	10
5.2 Supports retenus pour le test	10
5.3 Critères de suivi retenus	10
5.3.1 Ce thème a la particularité de commencer par la recherche d'une lombalgie symptomatique afin de l'exclure.	10
5.3.2 Une fois le diagnostic de lombalgie commune retenu, les critères du suivi pour prévenir, ou au moins espacer, les récurrences.	11
6 Phase test.....	12
6.1 Réussir un test (ou une mise en œuvre) d'un protocole pluridisciplinaire	12
6.1.1 Pré requis	12
6.1.2 Post requis	12
6.2 Déroulement	12
6.3 Résultats du test, modifications et attentes.	13
7 Mesures d'impact	14
8 Conclusion	14
Annexe 1. Principes d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire	15
Annexe 2. Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation	18
Annexe 3. Extraits de la RBP ANAES 2000 : exclusion des lombalgies symptomatiques	19
Annexe 4 : Extrait de la RBP HAS 2008 : Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient	20

Annexe 5. Actualisation des connaissances (<i>reminders</i>) et base du guide de remplissage de la fiche de suivi du lombalgique	21
Annexe 6. Proposition de stratégie thérapeutique	23
Annexe 7. Messages-clés	23
Annexe 7. Messages-clés	24
Elaborés par le groupe pluriprofessionnel à partir des recommandations du tableau p 8-9. 24	
Annexe 8. Fiche de synthèse du bilan diagnostic kinésithérapique - Ann Kinésithér, 2001, 7:301-332:.....	25
Annexe 9. Prise en main du support informatique des fiches de suivi des protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire	27
Annexe 12. Échelle EIFEL : Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle dans les lombalgies	33
Annexe 13. Cartographie de la douleur renseignée par le patient	34
Annexe 14. Questionnaire d'acceptabilité- faisabilité	35
Annexe 14 (suite). Questionnaire d'acceptabilité- faisabilité : copie 1^{ère} page du questionnaire mis en ligne sur l'application Web-HAS.....	36
Participants.....	37

Méthode de travail

1 Principes d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire

Un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire a pour objectif de répondre à une demande de professionnels de santé, organisés en maison ou pôle de santé ou en centre de santé, afin d'harmoniser leurs pratiques à partir de recommandations de bonnes pratiques existantes. Ces thèmes concernent les soins de santé primaire (premiers recours, suivi ou prévention) ambulatoires. Les principes d'élaboration sont décrits en annexe 1.

2 Contexte de l'élaboration du protocole pluridisciplinaire

2.1 Exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôle de santé ou centre de santé¹

Le **parcours de soins coordonné**, impliquant des professionnels de santé de disciplines diverses repose sur une **organisation de qualité**, et une **coopération pluridisciplinaire** autour d'un **projet de santé** commun. Cet **exercice coordonné** a pour objectif de garantir aux patients, sur l'ensemble du territoire, un accès équivalent, à la prévention programmée et à des soins de qualité.

Des professionnels de santé, regroupés dans un exercice local pluridisciplinaire (maison de santé, pôle de santé, centres de santé), dans une fédération régionale voire nationale, repèrent des **besoins de protocolisation de la prise en charge** dans les domaines de la prévention ou des soins.

2.2 Choix du thème lombalgie commune à partir du deuxième épisode comment prévenir les récurrences - anamnèse

2.2.1 Définition de la lombalgie commune

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion (*International association for the Study of pain*).

La douleur chronique est un syndrome multidimensionnel médico-psycho-social, c'est une douleur qui persiste ou est récurrente au delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée.

La lombalgie se définit comme une douleur de la région fessière n'irradiant, pas habituellement, au delà du pli fessier. Cette douleur peut s'accompagner d'irradiation à la fesse, la crête iliaque ou à la cuisse sans dépasser le genou.

La lombalgie aiguë évolue depuis moins de 4 semaines, elle devient subaiguë entre 4 et 12 semaines. La lombalgie est dite chronique quand elle évolue depuis plus de 3 mois. La lombalgie récidivante (ou récurrente), se définit par la survenue de deux épisodes au moins, en moins d'un an.

La lombalgie commune correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause fracturaire, inflammatoire, tumorale ou infectieuse ou avec un tassement vertébral (lombalgies dites symptomatiques).

¹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lexercice_coordonne_et_protocolé_en_ms_ps_et_cs_-_novembre_2007.pdf

2.2.2 Physiopathologie

La lombalgie commune aiguë est spontanément résolutive dans la plupart des cas, le traitement de la douleur par du paracétamol étant suffisant.

Le bilan diagnostique initial (kinésithérapique et/ou médical) vise à éliminer une cause fracturaire, néoplasique, infectieuse, ou inflammatoire.

2.2.3 Epidémiologie et contexte

La lombalgie est un problème de santé publique dans les pays développés.

Véritable « épidémie » liée à la transformation du mode de vie, sa prévalence proche de 30% de la population en 2000, la lombalgie est un motif fréquent de consultation en médecine générale, de recours au kinésithérapeute et d'automédication.

La lombalgie commune représente 90 % des lombalgies prises en charge par les professionnels de santé.

27 % des hommes et 36 % des femmes ressentent fréquemment des douleurs du dos dans un sondage en 2000. Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) a rapporté en 2002 que les affections douloureuses du dos constituaient 7 % motifs de consultation chez les hommes de 15 à 44 ans.

Les lombalgies communes représentent 6 millions de consultations en France chaque année et constituent la troisième cause d'invalidité, ainsi que le tiers des actes de kinésithérapie (en 1998).

Nous n'avons pas souhaité éliminer la prise en charge de la lombalgie chez la femme enceinte tant elle est fréquente. Sa prise en charge antalgique limitée, et les aspects prévention et éducation majorés, s'inscrivent dans la prise en charge « type » de la lombalgie commune.

Le lombalgique souhaite un soulagement rapide, une reprise de ses activités habituelles, et éviter la chronicisation, il a donc recours à l'automédication et à divers thérapeutes pratiquant l'acupuncture, l'école du dos, l'étiopathie, l'ostéopathie etc.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) visant à « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie chronique » (définition OMS), est indiquée dans les lombalgies chroniques.

L'INPES a développé des outils d'éducation en santé, tant pour les médecins que pour les patients : « mal de dos : ouvrons le dialogue ; prendre soin de son dos ».

2.3 Besoins exprimés en pratique

L'objectif principal de ce protocole est une prise en charge globale afin de diminuer la douleur, de préserver ou restaurer si possible l'autonomie et d'éviter, autant que faire se peut, le passage à la chronicité ou la répétition des récurrences.

D'où des supports informatiques adaptés : un carnet patient de suivi de la lombalgie, que le patient peut remplir lui-même et faire évoluer dans le temps avec l'aide des professionnels de santé qui en détiennent l'outil informatisé, sous forme d'une fiche de suivi. Les critères des 2 supports sont analogues pour permettre de :

- faire le lien entre tous les intervenants : médecins généralistes (MG), masseur-kinésithérapeutes (MK), IDE, diététiciens, sages femmes ;
- responsabiliser autant que possible le patient, en particulier dans la prévention de nouveaux épisodes ;
- disposer d'un support simple partagé par tous, rempli par le patient et les PS.

3 Recherche documentaire

3.1 Recommandations sources

- HAS document ALD mai 2005 : prise en charge massothérapeutique dans la lombalgie commune : modalités de prescription.
- RBP de la SFMG fev 2001 : les lombalgies communes.
- RBP Anaes fev 2000 : Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution.
- RBP Anaes dec 2000 : diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique.
- Prise en charge kinésithérapeutique du lombalgique : Conférence de consensus nov 1998 AFREK-Anaes Recommandations.

3.2 Articles, brochures et sites consultés

- Pierre Trudelle : Evaluation des muscles paravertébraux chez le lombalgique, test Sorensen et autres test usuels. Kinésithérapie, les annales, dossier Lombalgie et extension nov-dec 2001 : 19-23.
- Documents INPES patient et médecin Mal de dos : ouvrons le dialogue : www.inpes.sante.fr.
- Site de l'Institut national de recherche chez les salariés (INRS) : les lombalgies, mise à jour 28/05/09.
- La revue Prescrire : lombalgie aigue la chaleur soulage certains patients juin 2008 : 298.
- La revue Prescrire : Lombosciatiques idées forces juillet 2008 : 299.
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé (IRST) Montréal Québec : Maux de dos, automne 2009, 71p.
- Gilles RIVIER : Lombalgie commune et retour au travail : quelques réflexions autour d'un problème complexe. Rev méd de la Suisse Romande ISSN, 2001, n° :423-430.
- Site syndicaux de la Fédération nationale des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FNMKR) et du syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR).

4 Analyse des recommandations

4.1 Gradation des recommandations et messages clés

La gradation des recommandations françaises de la Has et de l'Afssaps est habituelle, basée sur le niveau de preuve des études, en grade A, B, C, AP.

L'AAP² utilise une forme de gradation différente de celle retenue à la HAS. Le grade s'exprime en 5 niveaux (A, B, C, D, X) leur niveau D correspondant à un avis d'expert ou AP, le niveau X correspondant à une recommandation forte en absence de preuve mais avec une prépondérance bénéfique sur préjudice nette.

La force des recommandations est la résultante des grades et du rapport bénéfice - risque : Forte recommandation, recommandation, pas de recommandation et option. Lorsque la balance entre bénéfices et préjudices est équilibrée, la recommandation se transforme en option, proposée au médecin et au patient.

Le groupe de travail a jugé utile d'exprimer, de manière explicite et simple, les messages clés, en 3 niveaux :

- **R** : « il est recommandé de » (Grades A ou B français ou « recommandation » et « forte recommandation » américaine) ;
- **RN** : « il est recommandé de ne pas » (Grade A ou B) correspondant à *no recommendation* ;

² Diagnosis and management of bronchiolitis : fig1 : integrating evidence quality with assessment of the anticipated balance between benefits and harms . AAP : Oct 2006

- **O** : « option » : prescription laissée à l'appréciation du prescripteur et en fonction du patient (Grade C ou X).

4.2 Analyse comparative

A lombalgie dite « commune » ne l'est que rarement pour le patient . Nous avons conservé cette appellation, car elle est fréquente dans les sources documentaires. Certains considèrent qu'à partir du deuxième épisode une lombalgie devient chronique, le groupe pilote a estimé qu'un premier épisode n'entraînait pas toujours une consultation par un professionnel de santé, par contre que la prise en charge ultérieure était relativement standardisée, pour être protocolée, et nécessiter une éducation thérapeutique et préventive auprès du patient.

4.3 Messages clés

Si cette appellation de « messages-clés » a été retenue c'est qu'elle illustre l'appropriation des recommandations par le groupe pilote. Elle permet aussi d'harmoniser les styles différents de rédaction à partir des recommandations sources. Ils concernent :

- l'éducation thérapeutique ou en santé, et son support : le carnet du patient lombalgique ;
- le suivi du patient par les PS et le patient lui même et son support : la fiche de suivi.

Les **messages clés** sont retenus à partir des recommandations de bonne pratique (cf. tableau 1). Ils font l'objet des **critères du suivi** de la fiche de suivi, et d'actualisations brèves des connaissances des PS sous forme de **reminder** et de fiches d'information des patients.

Tableau 1. Tableau comparatif des recommandations « dans le texte initial »

Messages clés	Sources : titre, origine, date				Niveau de recommandation
	<i>Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune synthèse ALD HAS 2005</i>	<i>Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de 3 mois, RBP Anaes fév. 2000</i>	<i>Diagnostic et prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique, RBP Anaes déc. 2000</i>	<i>Site (INRS, INPES) : les lombalgies, mise à jour 28/05/09</i>	R, RN, O
Rechercher les lombalgies symptomatiques pour les éliminer		L'évaluation initiale vise à identifier les lombalgies dites symptomatiques (grade B)	L'évaluation initiale vise à identifier les lombalgies dites symptomatiques fracturaire, néoplasique, infectieuse, ou inflammatoire		R
L'intensité de la douleur, l'évaluation fonctionnelle et la composante anxio-dépressive sont à évaluer.			L'évaluation initiale de la douleur repose sur l'interrogatoire, l'évaluation fonctionnelle et de la composante anxio-dépressive. Cette évaluation peut nécessiter plusieurs consultations.		R
Le signe de Lasègue est très sensible mais non spécifique d'une atteinte neurologique. sa présence justifie de rechercher une atteinte neurologique		Le signe de Lasègue est très sensible mais non spécifique Les urgences diagnostiques et thérapeutiques sont les lombosciatiques hyperalgiques, ou paralysantes ou avec syndrome de la queue de cheval			R
La lombalgie commune aiguë est spontanément résolutive dans la plupart des cas, le traitement de la douleur par du paracétamol (voir des AINS) est suffisant.	En l'absence de preuve, d'efficacité de la masso kinésithérapie dans la lombalgie aiguë, elle n'est pas recommandée ; son intérêt dans les lombalgies subaiguës ou chroniques est reconnu.	Antalgiques et AINS non stéroïdiens ont une efficacité similaire.			R
Le site et l'irradiation de la douleur doivent être précisés par le patient sur une cartographie	?		Source : RBP anaes 1999 : évaluation et suivi de la douleur chronique : schéma des zones douloureuses annexe 5		R
Il faut rechercher les facteurs de risques au travail, et analyser avec le patient les améliorations du poste de travail.		Les facteurs de risque de lombalgie liés au travail existent : cas de port de charges, de mouvements en rotation-flexion, d'exposition aux vibrations, de position assise prolongée.			R
Il n'y a pas lieu de réaliser des examens d'imagerie avant 7 semaines d'évolution favorable d'une lombalgie commune		La radio standard et l'IRM visent à éliminer une lombalgie secondaire symptomatique ou d'urgence En absence d'évolution favorable d'une lombalgie commune amène à réaliser des examens d'imagerie, même avant 7 semaines d'évolution,			RN Ou O
Le repos couché n'est pas souhaitable au delà de 2 à 3 jours		Une poursuite des activités quotidiennes est recommandée (grade B)			RN

Protocole pluridisciplinaire - La lombalgie commune à partir du deuxième épisode : comment prévenir les récides

La lombalgie commune est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au delà du pli fessier	Lombalgie commune est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au delà du pli fessier	l'irradiation de la douleur de la lombalgie commune ne dépasse pas le pli fessier,			R
Les manipulations accélèrent la récupération, n'ont aucun effet sur la prévention des récides, ni sur le long terme		Les manipulations accélèrent la récupération mais sans preuve d'efficacité à long terme ni sur les récides (grade B)			O
Les facteurs psychologiques et socioprofessionnels sont à rechercher afin de les prendre en charge spécifiquement pour éviter un passage à la chronicité		Modèle psychosocial parmi les éléments d'évolution vers la chronicité les facteurs psychologiques et socioprofessionnels sont fréquemment retrouvés (grade B)		Principaux facteurs de risque psychosociaux : monotonie des tâches, forte demande psychologique, insatisfaction professionnelle, faible autonomie professionnelle, faible soutien social, peu de reconnaissance.	R
La corticothérapie n'est pas recommandée		La corticothérapie par voie systémique n'a pas démontré son efficacité (grade C)			RN
Le bilan complémentaire initial repose sur NFS, VS, CRP		L'examen initial vise à éliminer les lombalgies symptomatiques			R
L'examen clinique initial est basé sur les circonstances de survenue (trauma, mode d'apparition), le contexte patient (âge, perte de poids, fièvre, mode de vie, travail)		L'examen initial vise à éliminer les lombalgies symptomatiques	L'évaluation initiale du patient lombalgique repose sur les circonstances de survenue et le contexte du patient		R
Les radiographies standard du rachis face profil éventuellement ¾ suffisent habituellement.			Les radiographies standard du rachis face profil éventuellement ¾ sont recommandées en première intention en règle habituelle il n'est pas nécessaire de faire d'autres examens radiographiques ni de les répéter. AP		R
Le scanner et l'IRM n'ont pas leur place dans les lombalgies communes			Scanner ou IRM ne seront pratiqués qu'après la radiographie standard. Le scanner et l'IRM sont réservés à l'élimination de lombalgies non communes		RN

5 Moyens de la mise en œuvre, outils d'aide à la décision retenus

5.1 Supports existants

- Bilan diagnostic kinésithérapique (BDK initial, intermédiaire en cas d'événement en cours de soins, et final) et fiche de synthèse : des supports papier de la CNAM adressés par courrier à tous les MK. Une fiche de synthèse doit être adressée au médecin traitant au-delà de 10 séances de kinésithérapie.
- Aucun support commun aux professionnels de santé concernant le thème lombalgie. Les kinésithérapeutes disposent d'un dossier spécifique et d'évaluation de leurs activités standardisées avec rapport pour le médecin traitant (bilan).
- Logiciels de bilan de BDK (Clearis, Valoris).

5.2 Supports retenus pour le test

Une fiche de suivi pour les professionnels de santé, contient un nombre conséquent de **critères** regroupés en **rubriques** : Identité du patient, coordonnées des professionnels de santé référents, exclusion des lombalgies symptomatiques, évaluation des risques et/ou antécédents, les résultats des entretiens, des examens cliniques et/ou complémentaires, du bilan kinésithérapique, des objectifs thérapeutiques, enfin de la stratégie thérapeutique.

Le renseignement de ces critères, est daté et identifié par chaque professionnel de santé intervenant dans la prise en charge, le suivi et/ou l'éducation thérapeutique. Certains sont automatiquement reportés dans le carnet de suivi du patient.

1. Ces critères déclenchent automatiquement des rappels synthétiques de connaissances (**reminders**).
2. Un code couleur permet de générer des alertes.
3. Certains documents plus conséquents, issus des RBP, permettent une véritable actualisation des connaissances des professionnels de santé et font l'objet **d'onglets spécifiques**, et figurent en annexe dans cet argumentaire (Douleur, échelle EIFEL d'incapacité fonctionnelle, cartographie de la lombalgie, fiche de synthèse du BDK).
4. un onglet « questions des patients – réponses des professionnels de santé » assure la traçabilité du dialogue et permet de s'assurer de la compréhension des patients concernant les messages de prévention et de suivi.

Un carnet de suivi pour le patient : support incontournable de l'autogestion de la lombalgie par le patient lui-même. Il comprend :

1. des zones **remplissage automatique** depuis les critères de la fiche de suivi : antécédents, objectifs thérapeutiques, stratégie thérapeutique, résultats des examens complémentaires ;
2. des zones à **remplissage manuel** par le patient, en beige, accompagnées de **rappels d'information**.

5.3 Critères de suivi retenus

5.3.1 Ce thème a la particularité de commencer par la recherche d'une lombalgie symptomatique afin de l'exclure.

Cette rubrique peut, à elle seule, constituer une amélioration des pratiques professionnelles en particulier des médecins. Mais son renseignement peut faire appel à plusieurs professionnels de santé.

Le diagnostic différentiel repose sur des critères dont les résultats permettent éventuellement d'identifier une étiologie ostéoporotique, fracturaire, néoplasique, infectieuse ou inflammatoire ; qui sont des **critères d'exclusion** de la lombalgie commune :

1. NFS ;
2. VS ;
3. CRP ;
4. Ostéodensitométrie ;
5. Radiographie ;
6. IRM ;
7. Scanner.

5.3.2 Une fois le diagnostic de lombalgie commune retenu, les critères du suivi pour prévenir, ou au moins espacer, les récurrences.

Ils sont classés par rubriques qui concernent l'identité du patient, celle des professionnels de santé, les critères du suivi et son rythme, les interactions éventuelles :

1. Profession à risque ;
2. Surcharge (ou déficit) pondérale à partir du poids, et de l'IMC (calcul automatique) en cas de surpoids ou d'obésité un calcul automatique de la perte de poids attendue de 5 %. Une IMC <19 augmente le risque fracturaire ;
3. Modèle psychosocial ;
4. Pratique sportive ;
5. Nombre d'épisodes de lombalgie ;
6. Quantification de la douleur EVA ;
7. Horaire de la douleur ;
8. Conditions de déclenchement de la douleur ;
9. Irradiation ;
10. Poids ;
11. IMC ;
12. Latéoflexion G ;
13. Latéoflexion dt ;
14. Lassègue en degré ;
15. Evaluation fonctionnelle par le score de l'échelle Eifel ;
16. Examens d'imagerie ;
17. Endurance : test de Sorensen ;
18. Nombre de mouvements limités sur 7 ;
19. Nombre de séances de kinésithérapie effectuées.

Ont été proposés en test (en annexes) :

- **Argumentaire du protocole pluridisciplinaire** incluant tous les outils en annexes.
- **Intégration de l'ETP dans la stratégie thérapeutique** (annexe 2) la p 3 doc HAS ETP définition, finalités, organisation) et en lien dans la fiche de suivi informatique.
- **Messages clés** (annexe 7), à disposition dans la fiche de suivi sont aussi consultables isolément et font l'objet d'une fiche Word spécifique. A charge à chaque maison de santé d'en adapter tout ou partie comme *reminders* selon les capacités de leurs logiciels.
- **Fiche de suivi** (annexe 10), partagée par tous les professionnels de santé de la structure, (ici essentiellement MG et Kiné, IDE spécialisées en ETP), informatisée (Excel), elle alimente, au moins partiellement, le carnet de suivi du patient. Les messages clés y font l'objet de **reminders** automatiques, avant d'inscrire la réponse à partir d'un menu déroulant. Elle permet la synthèse de la prise en charge, l'adaptation des prescriptions médicamenteuses, comporte une planification des examens complémentaires, le recours à des consultations spécifiques ou spécialisées.
- Cette fiche de suivi est assortie d'un guide de remplissage pluri-professionnel, (annexe 5), véritable outil d'actualisation des connaissances et d'aide à la décision base des *reminders* (rappels informatisés) de la fiche de suivi.

- **Carnet de suivi de la lombalgie pour le patient** (annexe 11) reflète les compétences acquises pour gérer au mieux sa lombalgie. Il contient les éléments essentiels actualisés du suivi : la programmation des examens complémentaires, des consultations spécialisées, et le programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec le niveau de réalisation des objectifs hiérarchisés. Rempli par le patient, conjointement avec les PS concernés, il contient aussi des rappels patients. Il peut alimenter directement l'onglet questions/réponses de la fiche de suivi.
- **Annexes d'actualisation de connaissances.**

Ces outils, objets de validation au cours de la phase test, devraient permettre à terme, aux maisons, pôles et centres de santé d'organiser une mesure d'impact par l'alimentation de registre, et un suivi d'indicateurs pertinents localement, témoins d'une prise en charge pluridisciplinaire qui limite les récurrences de la lombalgie commune.

6 Phase test

6.1 Réussir un test (ou une mise en œuvre) d'un protocole pluridisciplinaire

6.1.1 Pré requis

Une actualisation et harmonisation des connaissances (DPC) de tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge sur le thème est indispensable en préalable au test ou à la mise en œuvre en routine d'un protocole.

Une présentation de l'outil informatique et de la façon dont va se dérouler le test ou la mise en œuvre lors d'une réunion de coopération de la maison de santé.

La mise en œuvre d'un protocole doit répondre à un besoin local d'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire.

6.1.2 Post requis

Une restitution des résultats du test ou une mesure d'impact de la mise en œuvre d'un protocole.

L'objectif de la phase test (en Excel) est de valider un contenu (messages clés et supports). L'acceptabilité d'un protocole pluridisciplinaire est liée à la validité des messages clés, à l'intérêt d'un support partagé par les professionnels de santé et des outils destinés aux patients, et à la faisabilité de sa mise en œuvre.

L'intérêt du support Excel « en l'état » est d'analyser les besoins d'amélioration d'une maison de santé à partir de quelques dossiers (analyse rétrospective) afin de déterminer les indicateurs de suivi pertinents pour une maison de santé.

La condition d'implémentation de ces protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire, une fois le contenu validé, repose sur une intégration dans un système d'information partagé par l'ensemble des professionnels de santé regroupés dans un exercice coordonné et protocolé, afin d'en faciliter l'utilisation et la mise en œuvre « en routine ».

6.2 Déroulement

Le test est prévu entre mai et juillet 2010 :

- en mode prospectif à partir des 5 consultations concernant des lombalgies communes à partir au moins du deuxième épisode.
- en rétrospectif pour analyser le contenu de dossiers.

Le traitement des données (une trentaine de dossiers attendus) et son analyse ont pour objectif de **valider les messages clés et la faisabilité, acceptabilité des supports de la mise en œuvre proposés**. L'analyse faite à partir des fiches de suivi de la lombalgie commune (type Excel) anonymisées et d'un questionnaire de satisfaction.

Elle se fait en trois étapes :

● **Analyse des retours des fiches de suivi la lombalgie commune** : elle peut rendre compte de :

1. la qualité de remplissage de chaque critère ;
2. faire une moyenne du nombre d'interventions des professionnels de santé ;
3. du niveau atteint de certains objectifs ;
4. rendre compte des signes cliniques les plus fréquents ;
5. enfin de la stratégie thérapeutique appliquée : l'éducation thérapeutique et préventive des récurrences ou du passage à la chronicité, la kinésithérapie, l'utilisation d'antalgique adaptés, l'éventuelle modification du poste de travail, l'éventuel recours à d'autres intervenants.

● **Analyse du questionnaire de satisfaction en terme d'acceptabilité faisabilité** (Annexe 14) **concernant l'évaluation des outils**. Mis à disposition sur un extranet de type GRaAL. Les critères retenus sont « aisément utilisable » (Accord total, accord partiel, désaccord total, désaccord partiel), amélioration de la prise en charge pluri disciplinaire (oui/non), amélioration du suivi du patient (oui/non), amélioration du suivi des pathologies (oui/non), satisfaction du professionnel de santé (AT, AP, DP, DT), satisfaction patient (AT, AP, DP, DT), feriez vous la promotion de la mise en œuvre de ce protocole (AT, AP, DP, DT), au final cet outil doit être retenu (oui/non).

● Analyse des **commentaires libres** qui seront analysés manuellement ou à l'aide du logiciel *G Dee*, à partir des critères : points forts, suggestions d'amélioration d'un outil, proposition d'amélioration de la mise en œuvre, outil manquant, barrières d'utilisation à long terme, problème non résolu nécessitant une autre recommandation (RBP).

6.3 Résultats du test, modifications et attentes.

Le temps d'élaboration de ce protocole (plus d'un an) a été trop long. Les professionnels de santé se sont démotivés pour le test d'autant que d'autres préoccupations prévalaient simultanément.

En l'absence de remplissage du questionnaire d'acceptabilité faisabilité, les commentaires ont été recueillis par téléphone.

● Analyse des commentaires libres :

1. Les points forts

- l'intérêt des critères retenus et des reminders ;
- l'intérêt de la fiche de suivi partagée ;
- La mise en route du test a nécessité une séance de formation continue commune aux différents PS, qui a permis des échanges de pratiques très bénéfiques, des démonstrations pratiques de certains éléments de l'examen clinique ;
- les annexes d'actualisation des connaissances sont intéressantes ;
- intérêt de l'item prise en main avant de rentrer dans la fiche Excel.

2. Les limites :

- Le remplissage conjoint de la fiche par des PS différents est liée actuellement à l'exercice dans les mêmes murs des PS, ou au moins du partage d'un serveur commun.
- les logiciels MK sont incompatibles avec ceux des MG d'où la triple saisie rédhibitoire sur ce thème.

3. Modifications, améliorations et attentes :

- une alerte colorée à revoir : tous les horaires de la douleur étaient en rouge, ils restent en jaune.
- un vrai dossier médical partagé (DMP).
- une adaptabilité des logiciels professionnels avec Excel.

Analyse des retours de 3 fiches de suivi de la lombalgie commune :

- remplies par 3 professionnels de santé : MK, MG et IDE non encore organisés en pôle, d'où des difficultés de remplir la même base Excel.

- La cartographie n'a jamais été remise au patient afin qu'il la remplisse lui même ou avec l'aide d'un PS.
- Le score EIFEL a par contre permis un échange avec les patients et une comparaison dans le temps.
- Les cas de lombalgie se sont résolus trop vite pour permettre vraiment de s'assurer de l'intérêt de cette fiche de suivi au long court pour éviter les récurrences.
- Le carnet patient n'a pas été remis pour la même raison.

7 Mesures d'impact

Elles peuvent être conçues différemment selon l'objectif à atteindre et les moyens de traitement de données à disposition : interne au niveau d'une maison de santé, avec un appui régional, voire national (Fédération des maisons de santé, Organisme agréé DPC-FMC etc.), à partir d'éléments de la fiche de suivi de la lombalgie commune (Excel).

- Modalités :
 - Le mode prospectif peut être retenu en raison de la fréquence de la plainte.
 - Les critères de suivi et **indicateurs** sont à déterminer au sein de chaque maison de santé en fonction des objectifs initiaux parmi (liste non exclusive) :
 - tenue d'un registre : lombalgie commune : différencier par nombre d'épisodes, pourcentage de lombalgies dans la population d'adulte pourcentage d'interventions réalisées par les différents professionnels de santé.
 - pourcentage des différentes formes de massokinésithérapie effectuées.
 - pourcentage d'absence de récurrences à 3 ans etc.

- Évaluation à moyen terme :

Un suivi sur une année pourrait vraiment permettre de conclure sur l'intérêt de l'inclusion de ce protocole en routine dans les maisons de santé pluridisciplinaires.

8 Conclusion

Ce protocole est à disposition des professionnels de santé pour en utiliser tout ou partie.

Les actualisations des connaissances et les reminders, les critères de suivi ou d'élimination des lombalgies secondaires, peuvent constituer à eux seuls, séparément ou ensemble, des améliorations des pratiques pluridisciplinaires coordonnées.

L'intégration dans un logiciel partagé est un prérequis actuellement défendu par les associations régionales et nationales des maisons et poles de santé et des centres de santé.

Annexe 1. Principes d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire

Une méthode simplifiée devrait être élaborée à la HAS et mise à disposition des professionnels de santé travaillant en équipe dans le domaine des soins primaires en 2011.

Un groupe qui pilote la conception d'un protocole pluridisciplinaire se doit d'en rédiger une synthèse dans un argumentaire à disposition d'utilisateurs n'ayant pas participé à son élaboration. Cet argumentaire explicite les objectifs de la mise en œuvre du protocole, et les critères de choix du thème retenu. Il doit répondre au mieux à des critères de qualité d'élaboration.

● CRITÈRES DE CHOIX D'UN THÈME DE PROTOCOLE

- Besoin fréquemment exprimé par les professionnels de santé concernés, une priorité de santé nationale ou régionale.
- Ciblage du thème, en questions ou problèmes à résoudre (par échanges entre les membres du groupe de pilotage et l'accompagnateur méthodologique HAS).
- Champ correctement référencié, en particulier des recommandations de bonne pratique.
- Écart avec les pratiques recommandées, une nouveauté ou une actualisation des recommandations.
- Intégration aisée dans la pratique par la mise en œuvre d'outils pluri-professionnels.
- Intérêt à coordonner les interventions des différents professionnels de santé lors de la prise en charge pluridisciplinaire dans un souci d'amélioration du service rendu, au patient, à l'utilisateur ou à la population.
- Nécessité d'harmonisation des pratiques coordonnées.
- Mesure d'impact possible, y compris en terme d'efficacité.

● OBJECTIFS D'UN PROTOCOLE PLURIDISCIPLINAIRE

- Proposer des supports pratiques d'aide à la décision coordonnée, des aides mémoires informatisés aux professionnels de santé, intervenant dans une démarche pluridisciplinaire de prise en charge de pathologies courantes, de prévention ou d'éducation thérapeutique.
- Après s'être assuré de l'existence de recommandations de bonnes pratiques, harmoniser leur mise en œuvre par des professionnels de santé différents aux actions coordonnées. Il ne s'agit pas d'écrire une recommandation, ni même de l'actualiser.
- Valoriser les productions professionnelles de bonne qualité, en particulier les outils pratiques.
- Valider un protocole, concevoir les moyens de sa mise en œuvre et initier le suivi d'indicateurs.
- Diffuser ces supports pratiques informatisés.

● CRITÈRES DE QUALITÉ D'ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE

- Choix du thème en fonction des critères ci-dessus.
- Analyse de la littérature correspondante (expertise scientifique garante de l'acceptabilité) en vue de sélectionner et hiérarchiser **les messages-clés**, adaptés aux objectifs.
- Collecte et analyse des expériences locales et des outils existants (arbres décisionnels pluri professionnels, reminders, fiches de suivi patient, d'info patient, questionnaires, affiches, rappels informatisés etc.).
- Élaboration d'un protocole commun pluridisciplinaire, par pathologie ou symptôme, pour les patients concernés, mais adapté à chaque cas. Ce protocole peut être complété si besoin de protocoles de prise en charge spécifiques à certains professionnels de santé. Il est aussi adaptable en fonction des compétences professionnelles et des ressources locales.
- Mise à disposition d'outils pratiques de la mise en œuvre : à partir des supports existants : fiches de synthèse des RBP ou des maladies chroniques (HAS, autres), fiches information

patient ou familles (Inpès, réseaux...), les adapter ou en créer, concevoir des actualisations de connaissances (**rappels informatisés** « *reminders* ») pour les professionnels de santé.

- **Test de l'acceptabilité du protocole et de la faisabilité de sa mise en œuvre** : messages clés et supports, auprès des équipes pluridisciplinaires (regroupées en maison de santé, pôles de santé ou centres de santé) ; questionnaire en ligne sur le site HAS (GRAaL).
 - Proposition de modalités de suivi de la mise en place du protocole pluridisciplinaire qui intègrent, autant que faire se peut, la notion d'efficience.
 - Veille documentaire afin de mettre à jour le protocole (sur les recommandations) et les outils.
- **CONDITIONS OPTIMALES DE MISE EN ŒUVRE DES PROTOCOLES PLURIDISCIPLINAIRES**

Une équipe pluridisciplinaire qui souhaite protocoliser la coopération des professionnels de santé exerçant dans la maison le pôle ou le centre de santé le fera d'autant plus facilement qu'elle:

- choisit les protocoles pluridisciplinaires de dépistage et de prévention individuelle ou collective ou de soins en fonction des **besoins locaux** d'amélioration des pratiques et en cohérence avec les priorités de santé publique territoriales, régionales ou nationales. Les thèmes peuvent concerner la prise en charge d'une pathologie, d'un symptôme, l'éducation en santé ou l'éducation thérapeutique, ou encore le circuit de soins du patient.
- utilise un support partagé, dossier ou autre document thématique (papier ou informatique) ;
- informe et forme les professionnels de santé afin d'harmoniser les connaissances et de coordonner les pratiques locales (réunions de FPC).
- analyse et suit les améliorations mises en place, à l'aide de paramètres cliniques notés dans les dossiers, questionnaires de satisfaction soignants et/ou patients ou mesures d'impact d'actions sanitaires entreprises. L'équipe en restitue les résultats lors de réunions de concertation-coordination concernant le fonctionnement de la structure et les relations avec les acteurs locaux médicaux et sociaux.
- organise la mise en œuvre de l'information des patients-usagers, en les faisant participer à la conception ou au test des outils (fiches d'information, et/ou affiches pour les salles d'attente, carnets de suivi) qui leur sont destinés. En organisant des séances individuelles ou collectives d'éducation en santé ou thérapeutique.
- actualise les protocoles en fonction de la veille documentaire.

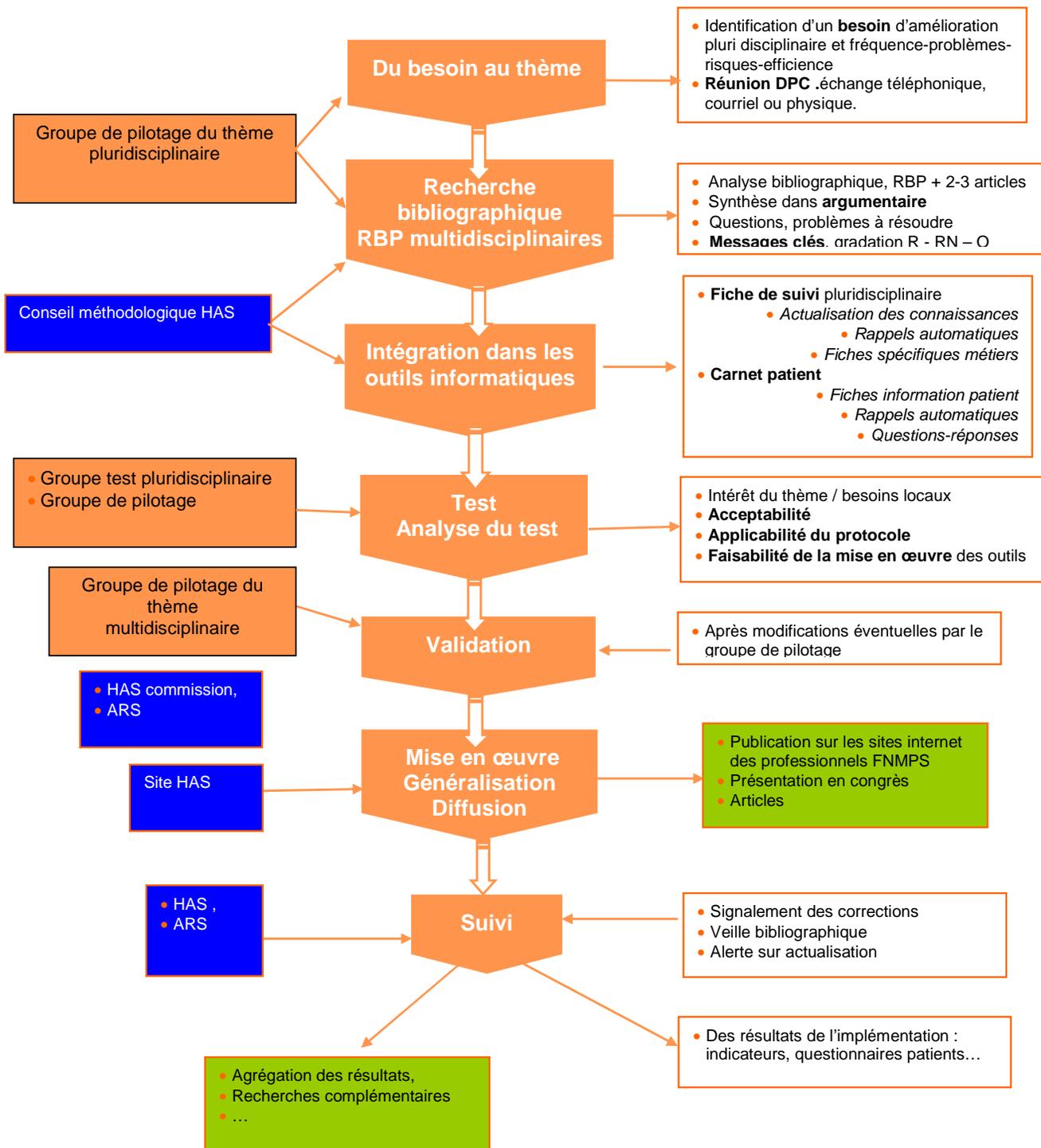


Figure 1. Récapitulatif de l'élaboration de protocoles de soins de santé primaire en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé

Annexe 2. Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation

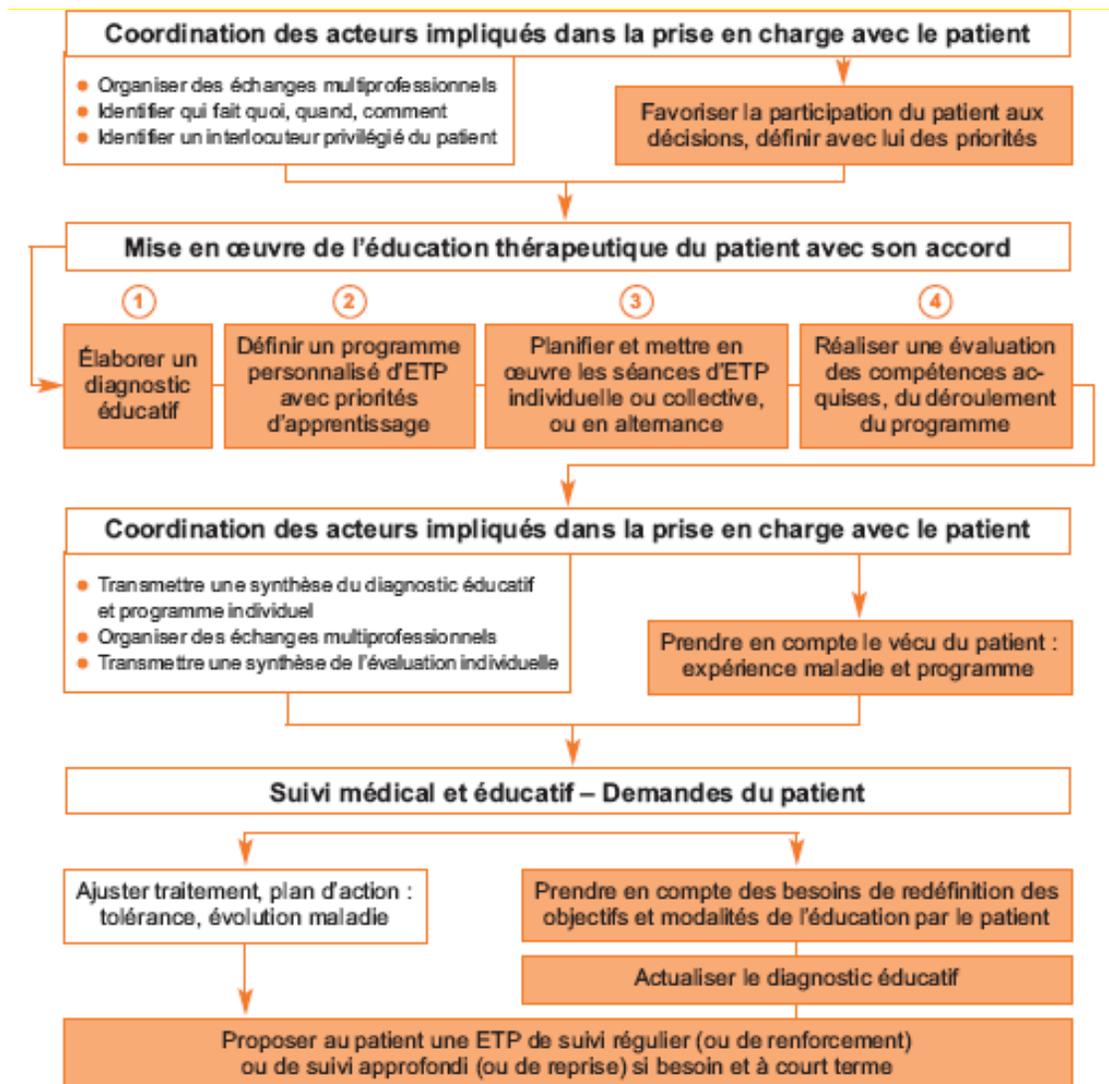
(Source : Recommandations HAS : page 3, Juin 2007.)

Comment s'intègre l'ETP à la stratégie thérapeutique

L'ETP est considérée comme intégrée à la prise en charge thérapeutique :

1. si elle est réellement complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes en particulier de la douleur, et de la prévention des complications
2. si elle tient compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et des priorités définies avec le patient

Mise en forme : Puces et numéros



Annexe 3. Extraits de la RBP ANAES 2000 : exclusion des lombalgies symptomatiques

L'évaluation initiale du patient vise à identifier les lombalgies dites symptomatiques avec :

- en faveur d'une **fracture** : une notion de traumatisme ou d'ostéoporose, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 60 ans (accord professionnel) ;
- en faveur d'une **néoplasie** : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexplicée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique. La vitesse de sédimentation et l'électrophorèse des protéines sanguines sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel) ;
- en faveur d'une **infection** : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, un contexte d'immunodépression, d'infection urinaire, de prise de drogue intraveineuse, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le dosage de la Protéine C Réactive (CRP) sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel) ;
- en faveur d'une **pathologie inflammatoire** : début progressif avant l'âge de 40 ans, forte raideur matinale, atteinte des articulations périphériques, iritis, signes d'appel cutanés, colites, écoulement urétral, antécédent familial de spondylarthropathie. La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel).

L'évaluation initiale du patient lombalgique comporte une évaluation de la douleur qui repose avant tout sur l'interrogatoire, une évaluation fonctionnelle et une évaluation de la composante anxieuse et/ou dépressive. Pour toutes ces dimensions, quelques outils, développés et utilisés surtout en recherche clinique, sont proposés : échelle visuelle analogique (EVA), Dallas, échelle Eifel, échelles d'Hamilton et *Beck Depression Inventory* (BDI). Ils peuvent aider les praticiens dans leur pratique quotidienne, mais leur utilité dans ce cadre n'a pas été démontrée (accord professionnel).

L'évaluation isocinétique peut être utile de manière exceptionnelle chez les lombalgiques chroniques pour redéfinir le traitement de rééducation (accord professionnel).

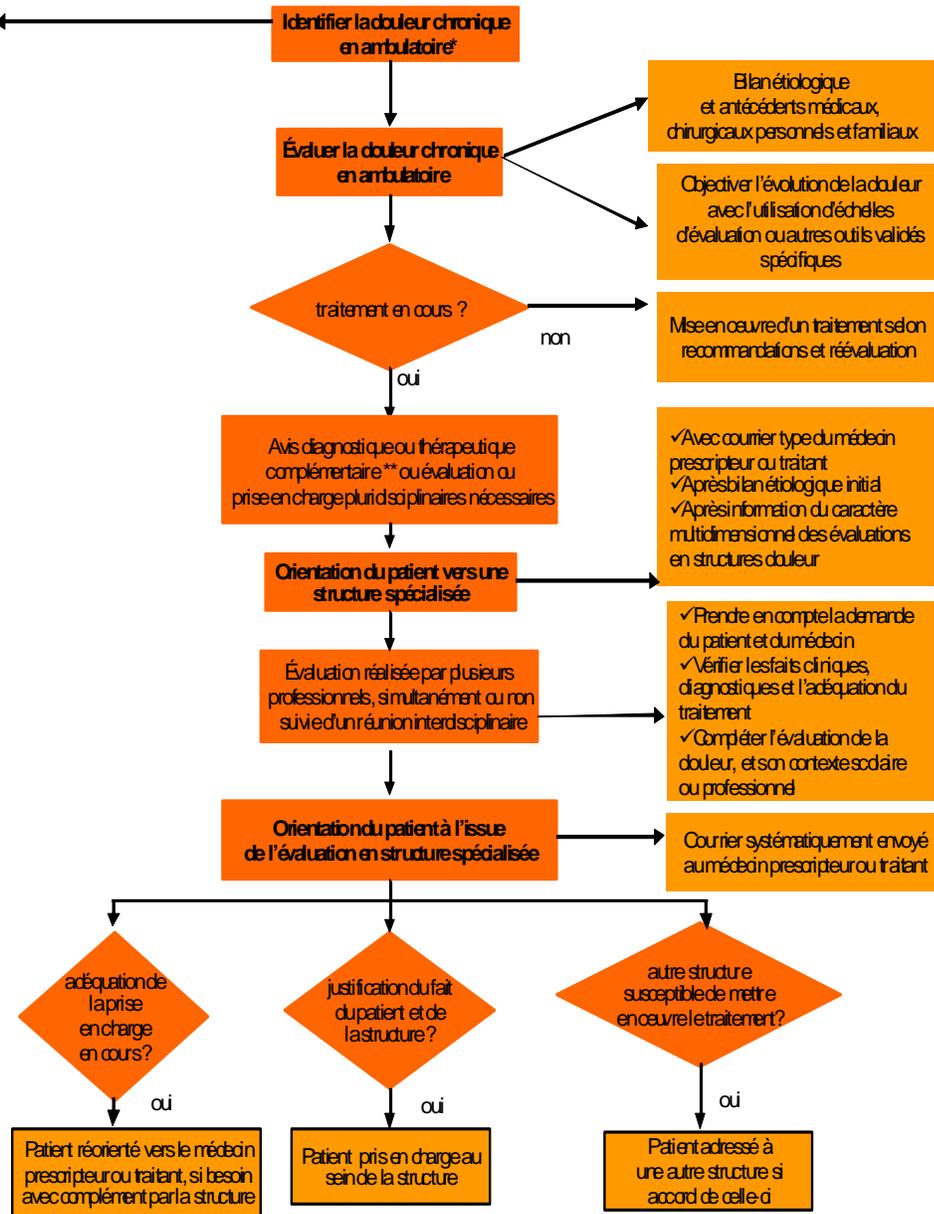
Annexe 4 : Extrait de la RBP HAS 2008 : Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient

* Évoquer l'existence d'un syndrome de douleur chronique devant l'un des signes suivants :

- ✓ douleur résistant à l'analyse clinique et au traitement *a priori* bien conduit et suivi, conformément aux recommandations en cours
 - ✓ douleur accompagnée d'une composante anxieuse ou dépressive
 - ✓ douleur accompagnée d'une interprétation et de croyances propres au patient, et différentes de celles du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements
- La douleur chronique est définie comme un syndrome multidimensionnel avec :
- ✓ douleur persistante ou récurrente, évoluant au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée, notamment au-delà de 3 mois
 - ✓ douleur accompagnée d'un retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne ou d'une limitation sociale ou professionnelle, notamment au-delà de 3 mois

**Exemples :

- ✓ intensité, durée et répercussions majeures de la douleur sur la vie professionnelle, sociale et familiale du patient ou son équilibre psychique
- ✓ traitement fréquemment modifié ou avis sur pertinence, efficacité ou effets secondaires de la prise en charge médicamenteuse ou non
- ✓ traitement antalgique de palier 3 au long cours, hors cancer
- ✓ sevrage du traitement difficile
- ✓ approche interdisciplinaire facilitée
- ✓ geste thérapeutique spécifique



Annexe 5. Actualisation des connaissances (*reminders*) et base du guide de remplissage de la fiche de suivi du lombalgique

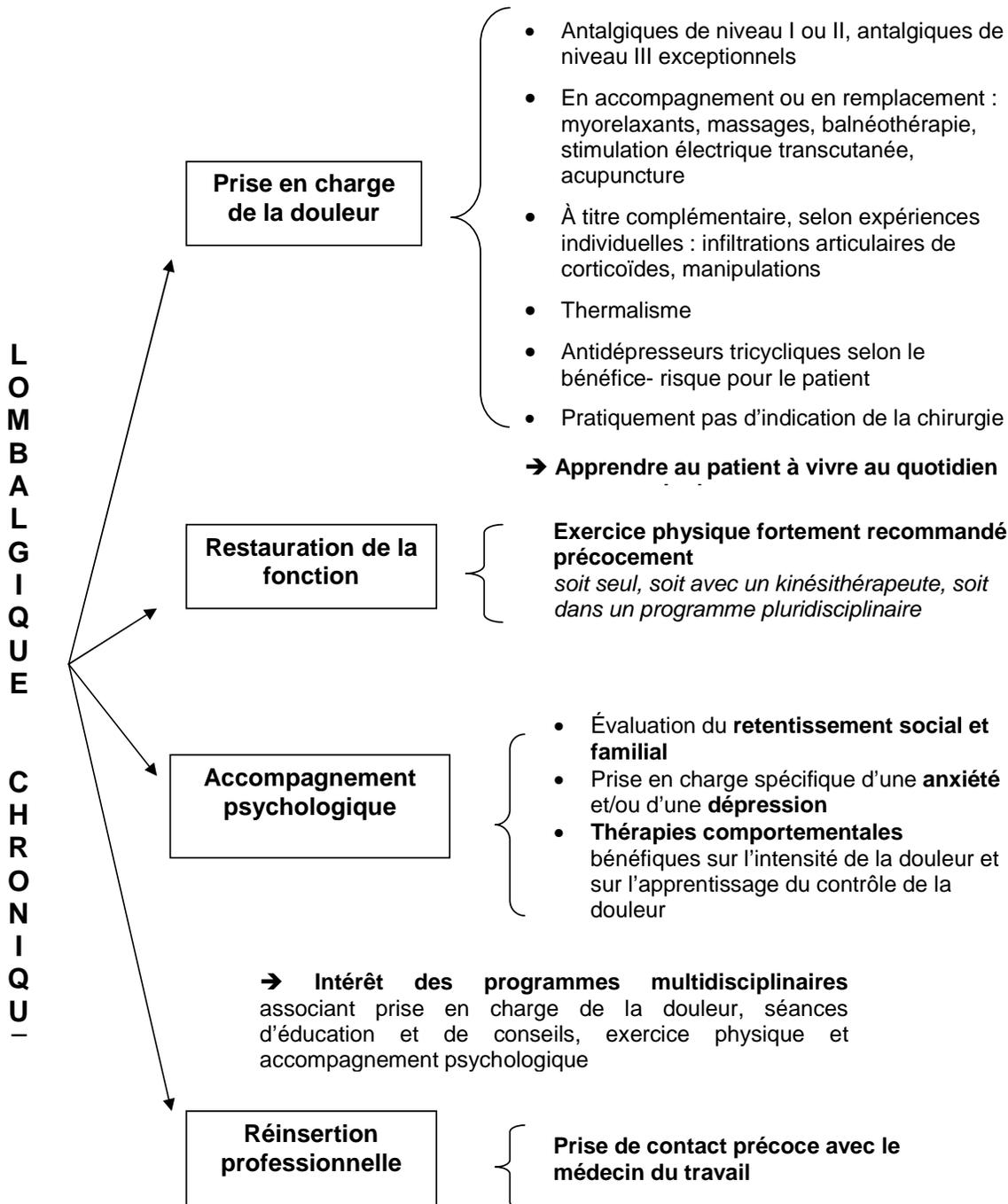
1. Âge et sexe : en cas de lombalgie penser et éliminer avant 40 ans une pathologie inflammatoire, à partir de 50 ans une néoplasie, à partir de 60 ans une ostéoporose particulièrement chez les femmes.
2. Poids : deux extrêmes à surveiller : la surcharge pondérale avec un indice de masse corporelle au dessus de 25, mais aussi repérer un IMC inférieur à 19 qui majore le risque d'ostéoporose.
3. Modèle psychosocial : une tendance antidépressive, une dépression, un écart entre les représentations du patient et celles du professionnel de santé représentent des risques de passage à la chronicité.
4. Difficultés psychosociales : minima sociaux, isolement, barrières linguistiques nécessitent un recours aux services sociaux et une adaptation de l'éducation thérapeutique.
5. Profession à risque: à renseigner et actualiser, port de charges, mouvements en flexion rotation, position assise prolongée, vibrations.
6. Pratique sportive.
7. EVA : l'intensité de la lombalgie est estimée par le patient à l'aide d'une échelle de la douleur.
8. Horaire douleur : afin de la prévenir par un traitement préventif, voire permanent.
9. Conditions de déclenchement lombalgie : à rechercher pour les éviter, ou les contourner.
10. Site et irradiation de la douleur sont à faire préciser par le lombalgique lui même sur un schéma : voir cartographie en annexe 13.
11. Latéroflexion augmente quand le lombalgique va mieux, elle est mesurée à droite et à gauche, par la différence, en mm, entre médius sur cuisse en position neutre puis latéro flexion : normale 151 mm ; ce qui ne semblait pas être le cas d'une flexion antérieure normale 476 mm.
12. Lasègue : angle de limitation douloureuse d'élévation d'un des 2 membres inférieurs, en degrés par rapport au plan horizontal : angle de limitation douloureuse d'élévation d'un des 2 membres inférieurs. Très sensible mais non spécifique d'une atteinte neurologique. sa présence justifie de rechercher une atteinte neurologique.
13. Mobilité est réduite chez le lombalgique, elle s'évalue en 7 mouvements flexion, extension, rotation D et G, inclinaison D et G.
14. Test de Sorensen s'exprime en secondes : chez un sujet en décubitus ventral, MI et bassin maintenus, EIAS sur le bord de la table tronc dans le vide, le maintient le plus longtemps possible son tronc en position horizontale, N = 100 sec chez les hommes et N = 90 chez les femmes. Un test qualifié comme faible présume d'un risque 3 fois plus élevé de présenter une lombalgie.
15. Eifel est une échelle d'incapacité fonctionnelle pour évaluer le retentissement de la douleur lombaire sur la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne (Annexe 12).
16. Le but de l'éducation thérapeutique est d'atteindre les objectifs fixés par le patient avec les PS le plus proche possible des recommandations. Dans le cas de la lombalgie le but est d'éviter

les récurrences et/ou le passage à la chronicité. Elle repose sur 4 objectifs à négocier dans le temps avec le patient : se connaître soi-même, avoir confiance en soi, prendre des décisions, résoudre un problème, cf. Annexe 2.

17. Diagnostiquer une lombalgie commune revient à rechercher les lombalgies symptomatiques pour les éliminer : fracture ou tassement, néoplasie, infection, pathologie inflammatoire.
18. En faveur de fracture : traumatisme ou ostéoporose, âge sup à 60 ans, corticothérapie systémique sup 7,5 mg par jour pendant au moins 3 mois, antécédent de fracture périphérique de fragilité, hypogonadisme.
19. En faveur d'infection : fièvre, douleur à recrudescence nocturne, immunodépression, infection urinaire, prise de drogue intraveineuse, prise prolongée de corticoïdes. Examens : NFS, VS, CRP.
20. En faveur de pathologie inflammatoire: début progressif avant 40 ans, forte raideur matinale, atteinte des articulations périphériques, iritis, signes cutanés, colites, écoulement urétral, antécédent familial spondylarthropathie, NFS, VS.
21. En faveur de néoplasie: âge sup 50 ans, perte de poids inexplicquée, antécédent tumoral , échec du traitement symptomatique, VS électrophorèse protéines.
22. En faveur d'ostéoporose: femme ménopausée, surtout précocement, inactivité physique, antécédent familiaux, carence vitamino-calcique, tabagisme, alcoolisme, hyperparathyroïdie, hyperthyroïdie, hypercorticisme, hypogonadisme et traitements notamment corticoïdes prolongés. Le calcul de la DMO renseigne sur le degré ostéoporotique et le risque fracturaire des patients selon le T score ($T < -2,5$).
23. NFS examen utile pour éliminer une infection
24. VS utile pour éliminer une cause inflammatoire ou néoplasique
25. CRP couplée à la NFS et VS pour éliminer une infection

Annexe 6. Proposition de stratégie thérapeutique

Extraite de la RPC Anaes Déc 2000



NB : Les traitements cités ne sont pas classés par chronologie d'indications

Annexe 7. Messages-clés

Elaborés par le groupe pluriprofessionnel à partir des recommandations du tableau p 8-9.

13 Messages clés	R, RN, O	<i>Quel support ? reminder, fiche info, fiche suivi, ETP Quel destinataire ? Comment?</i>
Le diagnostic de lombalgie commune repose sur l'élimination des lombalgies symptomatiques	R	Fiche suivi PS
L'intensité de la douleur, l'évaluation fonctionnelle et la composante anxio-dépressive sont à évaluer.	R	Fiche suivi, PS, carnet patient
La lombalgie commune aiguë est spontanément résolutive dans la plupart des cas, et le traitement de la douleur par du paracétamol est suffisant	R	ETP, reminder, Fiche suivi, PS
L'entretien initial est ciblé sur les circonstances de survenue (trauma, mode d'apparition), et le contexte patient (âge, perte de poids, fièvre, mode de vie, travail)	R	ETP, reminder, Fiche suivi, PS
Le bilan biologique complémentaire initial d'une lombalgie chronique repose sur NFS, VS, CRP	R	reminder, Fiche suivi, PS
Les principaux facteurs de risque psychosociaux au travail qui favorisent le passage à la chronicité sont à rechercher : monotonie des tâches, forte demande psychologique, insatisfaction professionnelle, faible autonomie professionnelle, faible soutien social, peu de reconnaissance.	R	Fiche suivi PS, ETP
Les facteurs médico- psycho- sociaux alertent sur les risques du passage à la chronicité : état dépressif, anxiété, stress, tendance à s'isoler, absence de soutien familial	R	PS et ETP
Les fausses croyances concernant le mal de dos sont des facteurs de risques comportementaux : « c'est grave, c'est handicapant, le repos est bénéfique, l'activité physique est dangereuse (kinésiophobie), peur de se faire mal, attitude passive/maladie, attentes excessives/ traitement	R	ETP PS
Le signe de Lasègue est très sensible mais non spécifique d'une atteinte neurologique.	O	Fiche suivi MG
Lombalgie commune est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au delà du pli fessier	O	Fiche suivi, reminder, PS
Le repos couché n'est pas souhaitable au delà de 2 à 3 jours	RN	ETP, Fiche suivi PS
Il n'y a pas lieu de réaliser des EC radiologiques avant 7 semaines d'évolution d'une lombalgie commune	RN	ETP, Fiche suivi PS
La corticothérapie n'est pas recommandée	RN	ETP, Fiche suivi PS

R : il est recommandé de grade A ou B

RN : il est recommandé de ne pas (prescrire...), de grade A ou B aussi

O : (option) : prescription ou attitude laissée à l'appréciation du prescripteur

Annexe 8. Fiche de synthèse du bilan diagnostic kinésithérapique - Ann Kinésithér, 2001, 7:301-332:



Fiche synthétique du bilan diagnostic-kinésithérapique

Initiale

Intermédiaire

Final

► Renseignements socio-administratifs

Patient :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Masseur Kinésithérapeute :

N° Prof :

Nom, Prénom :

Prescripteur :

N° Prof :

Nom, Prénom :

Date de la prescription :

Indications thérapeutiques :

Si non précisée, raison de la prise en charge :

Tous ces éléments sont récupérables à partir de la fiche de suivi, sauf le n° SS, et les n° professionnels.

<u>Bilan diagnostique et projet thérapeutique</u>	<u>Résultats – Evolution</u>
<p>➤ Bilan des déficiences (bilans spécifiques)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Troubles morphostatiques ➤ Articulaire : ➤ Latéroflexion Droite ➤ Latéroflexion Gauche <p>Force musculaire : Test Sorensen Sensibilité : Douleurs : EVA Autres :</p> <p>➤ Bilan des incapacités fonctionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Score EIFEL (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle) : <p>➤ Attentes (objectifs) du patient A préciser Feuille « questions du patient »</p> <p>➤ Objectifs kinésithérapiques (à court, moyen, long terme)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectifs douleur ➤ Objectifs mobilité <p>➤ Protocole thérapeutique Nombre de séances : Prescription quantitative ? Prescription non quantitative</p> <p>Fréquence : A préciser</p> <p>Techniques, moyens</p> <p>Conditions d'exercice :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgence : à préciser - Lieu : <p>Date :</p>	<p>➤ Résultats quant aux déficiences</p> <ul style="list-style-type: none"> Récupération mobilité Récupération endurance musculaire <p>➤ Résultats quant aux incapacités fonctionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconditionnement A préciser par le MK ➤ Conclusion : A remplir par le MK <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Objectifs atteints <input type="checkbox"/> Objectifs partiellement atteints <input type="checkbox"/> Objectifs non atteints <input type="checkbox"/> Fin de traitement <input type="checkbox"/> Interruption de traitement <input type="checkbox"/> Poursuite et / ou renouvellement de l'indication : <input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Conseils <p>Commentaires : à préciser</p> <p>Signature du masseur kinésithérapeute</p>

Les éléments surlignés sont récupérables à partir de la fiche de suivi.

Annexe 9. Prise en main du support informatique des fiches de suivi des protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire

Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel.

Les fiches de suivi et les carnets patients élaborés sur des supports Excel nécessitent une prise en main et une certaine rigueur.

- **1^{ère} Etape incontournable : renseigner la fiche de suivi**, certaines données sont récupérées automatiquement dans le carnet du patient (et non l'inverse)
- Remplir toutes les cellules concernant l'identité du patient
- Remplir toutes les cellules concernant les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge.
- Suivre les **principes de renseignement des cellules** : menu déroulant ou remplissage manuel.
- **Des rappels automatiques** apparaissent sur la plupart des critères, parfois dans deux cellules cote à cote : ils apparaissent en cliquant sur le critère et/ou au moment de le renseigner.
- **Des alertes colorées** concernent le plus souvent la gestion des risques, un dépassement de délai, une contrindication.
- Le **code couleur** est renseigné en haut et/ou bas de page, le jaune concerne des menus déroulants, le blanc ou le beige du remplissage manuel, le gris du remplissage automatique.
- **Des onglets spécifiques** peuvent vous aider. Ils concernent des actualisations de connaissances conséquentes concernant les professionnels de santé (ETP, exclusion, douleur chronique) ou les patients (EIFEL, cartographie de la douleur), des prises en charges ciblées professionnels de santé (pour le MK le BDK). Pour retourner à la fiche de suivi, cliquer sur « retour fiche de suivi » en haut et/ ou bas de page (en orange).
- **N'essayez pas de modifier la mise en page** actuelle sous Excel, au risque de supprimer des formules automatiques.
- La complétion peut paraître actuellement répétitive et chronophage, mais la plupart des rubriques ne seront renseignées qu'une seule fois, par plusieurs professionnels de santé.
- L'**argumentaire** contient l'ensemble des justificatifs d'élaboration de tous ces outils et la plupart des réponses à vos questions, mais vous pouvez nous contacter à c.locquet@has-sante.fr

A terme ces protocoles ont pour vocation à être intégré dans un dossier médical informatisé partagé par tous les professionnels de santé d'une maison d'un pôle ou d'un centre de santé.

Annexe 10. Fiche de suivi élaborée par le groupe pluriprofessionnel.

LOMBALGIE COMMUNE		PRISE EN MAIN		JAUNE = menu déroulant	GRIS = calcul automatique	BLANC = remplissage manuel
IDENTITE DU PATIENT			PROFESSIONNELS DE SANTE REFERENTS			
Maison de santé					NOM du médecin traitant	
Région					Téléphone	
Code du patient						
Coordonnées actualisées du patient					NOM d'un autre professionnel de santé référent	
Taille (en metre)					Sa spécialité	
Profession					Téléphone	
Difficultés psychosociales						
Age					NOM d'un autre professionnel de santé référent	
Sexe					Sa spécialité	
					Téléphone	
Evaluation des risques - Antécédents						
Surcharge pondérale					Pratique sportive	
Troubles morphostatiques					Nième épisode de lombalgie	
Profession à risque					Risques psychosociaux au travail	
Modèle psychosocial					Allergie à	
Eliminer une lombalgie symptomatique						
		<i>A remplir si investigation en cours</i>		<i>Examens complémentaires</i>		<i>date réalisation</i>
Fracture				NFS		
Ostéoporose				VS		
Infection				CRP		
Pathologie inflammatoire				Ostéodensitométrie T score		
Néoplasie				Radiographie		
				IRM		
				Scanner		
Consultation soin bilan						
	1er intervention PS	2ème intervention PS	3ème intervention PS	4ème intervention PS	5ème intervention PS	
Date (Exemple : 01/05/08)						
Intervenants						

Résultats entretiens, examens cliniques et complémentaires

Quantification douleur 0-10 Echelle EVA					
Horaire douleur					
Cartographie douleur par le patient					
Conditions déclenchement douleur					
Irradiation					
Poids (en kg)					
IMC (calcul automatique fonction de taille et					
Latéro flexion D en mm					
Latéro flexion G en mm					
Lassègue en degré					
Evaluation fonctionnelle: Score échelle EIFEL	0	0	0	0	0
Endurance test Sorensen en sec					
Nombre de mouvements limités /7					
Nombre de séances de kinésithérapie effectuées					

Objectifs thérapeutiques

DOULEUR ACCEPTABLE					
Etat de cet objectif					
RECUPERATION FONCTIONNELLE score Eifel					
Etat de cet objectif					
CONTRÔLE DU POIDS					
Etat de cet objectif					
POIDS ATTENDU (calcul automatique/IMC)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
RECUPERATION MOBILITE					
Etat de cet objectif					
ETP : RESSENTI DU PATIENT					
Etat de cet objectif					

Stratégie thérapeutique

Education thérapeutique					
Traitement antalgique					
Adaptation DU POSTE DE TRAVAIL					
ORIENTATION					
Examens d'imagerie en cours d'épisode lombalgique					
Arret de travail					
Date fin arret travail					

Synthèse

VERT	Suivi optimal	ROUGE	Risque récurrence accru ou recours spécialisé	ORANGE	Attention "Vigilance"
GRIS	calcul automatique	JAUNE	Menu déroulant		

Annexe 11. Carnet du patient lombalgique

Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel.

Carnet de suivi du patient - lombalgie commune

(Cellule beige : Champs libres à compléter manuellement. Merci)

NOM du médecin traitant	0
Téléphone	0
NOM d'un autre professionnel de santé référent	0
Sa spécialité	0
Téléphone	0

Information à remplir (à la main) par le patient

NOM / Prénom	
Adresse	
Tél	

Les antécédents du patient

Surcharge pondérale	0
Troubles morphostatiques	0
Profession à risque	0
Allergie à :	0
Modèle psychosocial	0

Évaluation de la lombalgie

	1er bilan	2e bilan	3e bilan	4e bilan	5e bilan
Quantification douleur 0-10 Echelle EVA	0	0	0	0	
Horaire douleur	0	0	0	0	

Objectifs thérapeutiques

	1er bilan	2e bilan	3e bilan	4e bilan	5e
DOULEUR ACCEPTABLE	0	0	0	0	
Etat de cet objectif	0	0	0	0	
RECUPERATION FONCTIONNELLE score Eifel	0	0	0	0	
Etat de cet objectif	0	0	0	0	
CONTRÔLE DU POIDS	0	0	0	0	
Etat de cet objectif	0	0	0	0	
RECUPERATION MOBILITE	0	0	0	0	
Etat de cet objectif	0	0	0	0	
ETP : RESENTI DU PATIENT	0	0	0	0	
Etat de cet objectif	0	0	0	0	
Texte libre des difficultés rencontrées (à remplir par le patient)					

Priorités du patient en regard des objectifs thérapeutiques

	1er bilan	2e bilan	3e bilan	4e bilan	5e
Education thérapeutique	0	0	0	0	
Traitement antalgique	0	0	0	0	
Adaptation DU POSTE DE TRAVAIL	0	0	0	0	
ORIENTATION	0	0	0	0	

Prochains rendez-vous

	Date du 1er rendez-vous	Date du 2ème rendez-vous	Date du 3ème rendez-vous	Date du 4ème rendez-vous	Date du 5ème rendez-vous
Médecin traitant					
Masseur-Kinésithérapeute					
Autres					

Annexe 12. Échelle EIFEL : Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle dans les lombalgies

(À partir de RPC HAS 2000 - Questionnaire de l'échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (Eifel), avec les instructions de remplissage)

Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur lombaire sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.

Si vous êtes cloué au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là.

En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, répondez au questionnaire qui suit.

Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte aujourd'hui, cochez-la barrer le ?. Dans le cas contraire, laissez un ? (blanc) et passez à la phrase suivante ?

Ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même aujourd'hui.

- 1 je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos ?
- 2 je change souvent de position pour soulager mon dos ?
- 3 je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos ?
- 4 à cause de mon dos, je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison ?
- 5 à cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers ?
- 6 à cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer ?
- 7 à cause de mon dos, je suis obligé (e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil ?
- 8 à cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place ?
- 9 à cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude ?
- 10 je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos ?
- 11 à cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller ?
- 12 à cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise ?
- 13 j'ai mal au dos la plupart du temps ?
- 14 à cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit ?
- 15 j'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos ?
- 16 à cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants) ?
- 17 je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos ?
- 18 je dors moins à cause de mon mal de dos ?
- 19 à cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller ?
- 20 à cause de mon dos, je reste assis (e) la plus grande partie de la journée ?
- 21 à cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison ?
- 22 à cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens ?
- 23 à cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude ?
- 24 à cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps ?

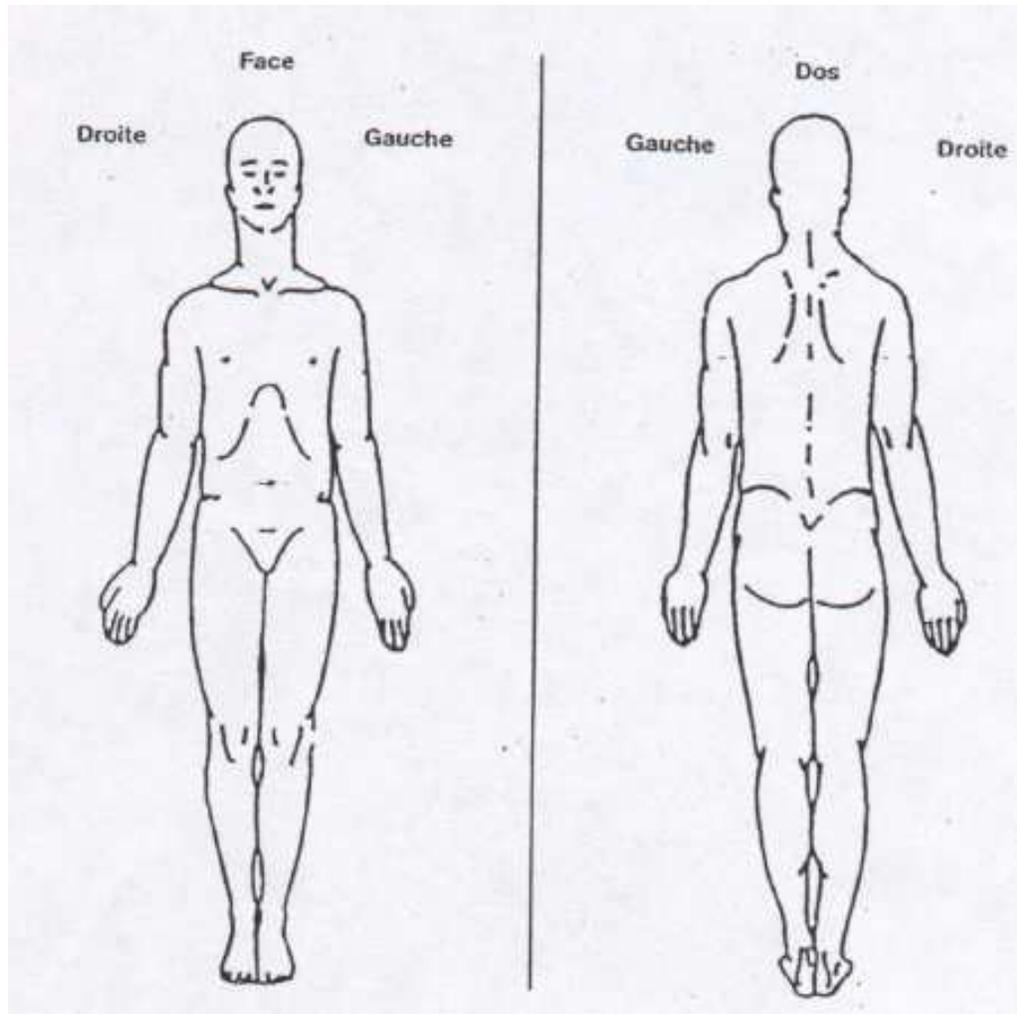
Méthode de calcul du **score** (0-24): si le sujet répond « oui » à une question, il se voit attribuer un point pour la question, aucun point dans le cas contraire.

Plus le score est élevé (maximal possible 24) plus la répercussion fonctionnelle est grande. Intérêt dans le bilan initial et dans le suivi de la lombalgie.

Les questions portent sur la locomotion, les activités domestiques, le confort corporel et les répercussions sociales ou végétatives.

Annexe 13. Cartographie de la douleur renseignée par le patient

Le thérapeute doit localiser avec précision le siège de la douleur. Le patient doit lui tourner le dos et localiser lui-même clairement les limites de la zone douloureuse.



Annexe 14. Questionnaire d'acceptabilité- faisabilité

Le test en temps réel doit apporter la réponse sur l'acceptabilité du contenu du protocole par les professionnels de santé et sur la faisabilité de la mise en œuvre ultérieure des différents supports informatisés ou papier. Chaque membre du groupe test est sollicité pour remplir ce questionnaire en ligne sur une application Web. Chaque réponse est accompagnée d'une zone de commentaires libres. Le type de réponse varie :

- menu déroulant dans les coordonnées : profession, lieu exercice,
- triple : OUI – NON - NA
- modulable : désaccord total (DT), désaccord partiel (DP) accord partiel (AP), accord total (AT)
- chiffrée

Rubriques du questionnaire	Question	Cible du support	Modalités de réponse
Effecteur du test	Profession exercée		Menu déroulant
Condition de remplissage du questionnaire	Le test a été effectué	PS	Oui, Non, NA
Nombre de dossiers	Nombre de dossiers testés par PS	PS	Saisir un nombre de 1 à 30
Outils et supports destinés aux professionnels de santé			
Argumentaire	Contient les raisons du choix du thème, et de l'analyse des recommandations retenues, et de la formulation en message clés, et des supports de la mise en œuvre proposés	PS	DT, DP, AP, AT.
Fiche de suivi	Adaptée à la prise en charge pluridisciplinaire	PS	DT, DP, AP, AT.
Messages clés	Pertinence par rapport aux recommandations de référence	PS	DT, DP, AP, AT
Alertes informatisées (<i>reminders</i>)	Pertinence dans la prise en charge	PS	DT, DP, AP, AT
Annexes de l'argumentaire	Permettent l'actualisation des connaissances des professionnels de santé	PS	DT, DP, AP, AT
Carnet patient (1/2)	Favorise l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa maladie	P	DT, DP, AP, AT
Carnet patient (2/2)	Un recueil de l'avis des patients concernant le carnet de suivi a été organisé	P	Oui, Non, NA
Outils et supports destinés aux patients			
Fiches information patient (1/2) Score Eifel	Permet l'autoévaluation de la capacité fonctionnelle par le patient	P	DT, DP, AP, AT
Fiches information patient (2/2) Cartographie	Permet au patient de préciser lui même le site et le trajet de la lombalgie	P	Oui, Non, NA
L'onglet site Inpès	Est utile au cours de la séance d'ETP	P	DT, DP, AP, AT
L'onglet question réponses de la fiche de suivi (1/2)	Favorise le dialogue entre professionnels de santé et patients	P et PS	DT, DP, AP, AT
L'onglet question réponses de la fiche de suivi (2/2)	Des réponses ont été apportées au patient	P et PS	Oui, Non, NA
Modalités du test, commentaires libres et appréciation globale			
Modalités du test du protocole (1/4)	Le thème de protocole testé correspond à un besoin exprimé par un professionnel de santé	PS	DT, DP, AP, AT
Modalités du test (2/4)	Nombre de réunions d'information-formation (DPC)	PS	Chiffre entre 0 et 5
Modalités du test (3/4)	Une réunion concernant les résultats a été programmée ou réalisée	PS	Oui, Non, NA
Modalités de mise en œuvre ultérieure	Une demande d'une évolution possible du logiciel par le fournisseur (pour intégrer les supports proposés) a été faite auprès du fournisseur	PS	Oui, Non, Ne sait pas
Commentaires libres (1/4)	Points forts	PS	Texte libre
Commentaires libres (2/4)	Propositions d'amélioration d'un ou plusieurs supports	PS	Texte libre
Commentaires libres (3/4)	Barrières de mise en œuvre en pratique (utilisation à long terme)	PS	Texte libre
Commentaires libres (4/4)	Propositions de thématiques ultérieures	PS	Texte libre
Appréciation globale	Globalement feriez vous la promotion de ce protocole	PS	DT, DP, AP, AT

Annexe 14 (suite). Questionnaire d'acceptabilité- faisabilité : copie 1^{ère} page du questionnaire mis en ligne sur l'application Web-HAS

GRaAL - Administration - Microsoft Internet Explorer

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Précédente Recherche Favoris Adresse <https://www.graal.has-sante.fr/graal/sp/admin/plugins/graal/projet/questionnaire/element/ImpressionT> OK

Liens archiCLASS. Back office GRaAL PRE PROD Bienvenue sur l'annuaire interne de la HAS Front office GRaAL PRE PROD Google GRaAL - Back office GRaAL Front office

Créer/consulter des projets

Prévisualisation du questionnaire

Protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire en maison, pôle, centres de santé : questionnaire acceptabilité contenu et faisabilité mise en œuvre protocole : lombalgie commune à partir du 2ème épisode : prévention des récidives.

1 **Profession exercée**

Commentaires

2 **Le test a été effectué.**

OUI NON NON APPLICABLE

Commentaires

3 **Nombre de dossiers testés.**

Saisir un nombre de 1 à 30 :

Commentaires

Terminé

Démarrer GRaAL - Administrati... GRaAL - Adminis... Matrices_tableaux_c... Bienvenue - Lotus N... 16:55

Participants

Groupe pilote des Protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire

Dr Pierre de Haas, généraliste, maison de santé, Pont-d'Ain
Dr Claudie Locquet, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine
Dr Dr Jean-Michel Mazué, généraliste, maison de santé, Bletterans
Dr Michel Serin, généraliste, maison de santé, Saint Amand-en-Puisaye

Groupe de travail

Dr Pascal Bonnet, généraliste maison de santé, Cessieu
Mr Henri Bruno, kinésithérapeute, pôle de santé, Pesmes
Dr Philippe Chazerand, généraliste, maison de santé, Pagny
Dr Pierre de Haas, généraliste, maison de santé, Pont d'Ain
Dr Philippe Despierre généraliste, pôle de santé, Malestroit
Mme Michèle Dumon, infirmière, maison de santé, Pont d'Ain
Dr Catherine Elsass, généraliste, centre de santé, Belfort
Mr Frédéric Garnier, pharmacien, maison de santé, Pont d'Ain
Mme Sabine Guillerault, diététicienne, maison de santé, Saint-Amand-en-Puisaye
Mme Céline Jandard, infirmière, maison de santé, Villefranche-sur-Saone

Mr Jean-Paul Kerjean, kinésithérapeute, pôle de santé, Sauve
Dr Claudie Locquet, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine
Mr Julien Marée, kinésithérapeute libéral, maison de santé, Bletterans
Dr Jean-Michel Mazué, Généraliste, maison de santé, Bletterans
Mme Nathalie Morel, infirmière, maison de santé, Bletterans
Dr José-Philippe Moréno, généraliste, centre de santé, Belfort
Dr Anne Moulin, généraliste, centre de santé, Orly
Dr Michel Serin, maison de santé, Saint-Amand-en-Puisaye
Mme Fabienne Thibault, sage-femme, maison de santé, Besancon

Remerciements

Le comité de pilotage tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont les noms suivent, pour leur implication particulière.

- Le Pr Jean-Michel Chabot, conseiller médical du directeur de la HAS, Saint-Denis La Plaine, pour son soutien tout au long du projet.
- Le Dr Claudie Locquet, chef de projet HAS, pour son aide méthodologique et la contribution à l'élaboration des outils de la mise en oeuvre.
- M^{lle} Gersende Georg, chef de projet HAS, pour la contribution à l'élaboration des outils informatisés de la mise en oeuvre.
- M^{lle} Isabelle Le Puil pour la gestion des questionnaires-acceptabilité-faisabilité sur l'application web de la HAS GRaAL.
- M^{me} Catherine Solomon, assistante HAS, pour l'aide à la mise en forme des documents.