

Comment évaluer le risque de chronicisation d'une lombalgie ?

Alexis Lheureux¹, Olivier Nonclercq², Jean-Louis Mathias³, Natalya Korogod⁴, Emmanuelle Opsommer⁴, Anne Berquin¹

How to assess the risk of chronization in the case of low back pain?

Several screening tools have been validated to identify patients at risk of developing chronic low back pain, including the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (OMPSQ, long and short versions) and Start Back Screening Tool (SBST). The purpose of this study was to aid the clinicians choose the tool that best suits their needs.

A preliminary validation of the French version of the short OMPSQ has demonstrated that the tool's psychometric properties are comparable to those of the original version.

In a literature review, 101 papers were analyzed. Overall, the three questionnaires exhibited moderate predictive properties. The OMPSQ was designed to be a prognostic tool, whereas the SBST was to be a treatment-allocating tool.

Knowledge and attitudes of rehabilitation professionals (mostly physiotherapists) from two medium-sized hospitals were also evaluated. Overall, most of the respondents did not know these questionnaires. When provided with the questionnaires, their global attitude was positive, despite several concerns being formulated. In conclusion, valid tools exist for identifying at-risk patients. However, substantial efforts must still be made towards the appropriate education of healthcare professionals.

KEY WORDS

Chronic low back pain, screening test, OMSQ and SBST questionnaires

Plusieurs outils ont été validés pour le dépistage du risque de développer une lombalgie chronique, dont le *Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire* (OMPSQ, versions longue et courte) et le *Start Back Screening Tool* (SBST). L'objectif de ce travail est d'aider le clinicien à choisir l'outil qui convient le mieux à ses besoins.

Une validation préliminaire de la version courte en français de l'OMPSQ montre des propriétés psychométriques comparables à celles de la version longue.

Une revue de littérature a analysé 101 articles. Dans l'ensemble, les trois questionnaires ont des propriétés prédictives modérées. L'OMPSQ a été conçu comme un outil pronostique alors que le but du SBST est d'orienter le choix thérapeutique.

Les connaissances et attitudes de professionnels de la réadaptation de deux hôpitaux de taille moyenne ont été évaluées. La plupart des répondants ne connaissaient pas ces questionnaires. Lorsque les questionnaires leur étaient présentés, l'attitude globale était positive, même si plusieurs objections ont été formulées.

En conclusion, des outils valides existent pour la détection des patients à risque. Cependant, un effort important est nécessaire pour former les professionnels de santé.

Que savons-nous à ce propos ?

- Plusieurs outils de dépistage du risque de chronicisation d'une lombalgie aiguë ou subaiguë existent. Il est cependant difficile d'établir un choix entre ces outils.

Que nous apporte cet article ?

- Les questionnaires OMPSQ version courte et SBST, tous deux validés en français, peuvent être recommandés. Le SBST a l'avantage théorique d'avoir été conçu pour guider le choix du traitement à proposer au patient.

What is already known about the topic?

- Several tools for identifying the risk of chronicization in the case of acute or subacute low back pain exist, although it is still difficult to select the best-suited tool.

What does this article bring up for us?

- The OMPSQ short version and SBST questionnaires, both validated in French, can be recommended. The SBST bears the theoretical advantage of being designed to better guide the treatment choice to be proposed to the patient.

INTRODUCTION

Le fardeau humain et économique que représente la lombalgie est bien connu : depuis 1990 au moins, les douleurs rachidiennes restent la première cause d'invalidité au monde (1). Alors que la majorité des patients souffrant de lombalgie évolue favorablement en quelques semaines, un petit nombre de patients garde des douleurs persistantes pouvant retentir sévèrement sur leurs capacités fonctionnelles et professionnelles. Cette petite proportion de patients chroniques rend compte de la majorité des coûts associés à la lombalgie (2, 3). En conséquence, une approche préventive ciblant les patients à risque de chronicité est susceptible de permettre un bénéfice substantiel. Une telle prévention secondaire n'est possible que si trois conditions sont remplies.

Dans un premier temps, il est nécessaire d'identifier les facteurs de risque impliqués dans la chronicisation. De nombreux travaux ont montré que ceux-ci dépendent moins de facteurs lésionnels ou biomécaniques (par ex. la sévérité de lésions dégénératives) que d'éléments psychosociaux (4). On les classe habituellement en plusieurs catégories, ou « drapeaux » (tableau 1).

TABEAU 1. Facteurs de risque de chronicité des douleurs musculosquelettiques (d'après (25))

- Drapeaux **jaunes** : réactions psychologiques à la douleur, normales mais potentiellement contre-productives
 - Représentations et croyances : croyance que la douleur signale l'existence d'une lésion sévère, catastrophisme
 - Émotions : détresse, anxiété, peur de la douleur
 - Comportements : évitement des activités, repos excessif
- Drapeaux **orange** : pathologie psychiatrique avérée
 - Syndrome de stress post-traumatique
 - Dépression ou anxiété sévère
 - Trouble de personnalité
- Drapeaux **bleus** : perception *subjective* du travail et de son impact sur la santé
 - Stress, faible satisfaction au travail
 - Travail perçu comme dangereux pour le dos
 - Manque de soutien perçu de la part des collègues ou de la direction
- Drapeaux **noirs** : caractéristiques *objectives* du travail
 - Charge physique mesurable
 - Aspects administratifs, législation

La seconde étape est d'élaborer des outils permettant le dépistage des facteurs de risque en routine clinique. Dans cette perspective, les drapeaux jaunes, potentiellement modifiables, ont suscité un intérêt particulier et fait l'objet du développement de plusieurs questionnaires. Deux de ces questionnaires, développés et validés en plusieurs langues (dont le français) émergent particulièrement : le *Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire* (OMPSQ) (5) et le *Start Back Screening Tool* (SBST) (6).

Enfin, des stratégies thérapeutiques permettant d'agir sur ces facteurs et ainsi de réduire le passage à la chronicité de patients souffrant de douleurs aiguës ou subaiguës sont nécessaires. Des approches stratifiées ont été

développées et montrent des résultats intéressants : si les patients à risque faible évoluent bien quelque soit le traitement proposé (moyennant un minimum d'informations rassurantes et des conseils de reprise précoce des activités), les patients à risque modéré bénéficient d'un traitement de kinésithérapie (ciblé sur la mobilité et une optimisation fonctionnelle) et les patients à risque élevé évoluent mieux si une approche cognitivo-comportementale ciblant les facteurs de risque psychosociaux leur est proposée en supplément à la kinésithérapie (7).

Cependant, de nombreuses questions restent en suspens, notamment concernant le dépistage des patients à risque. Nous avons vu que deux questionnaires ont émergé dans la littérature. Historiquement, le questionnaire OMPSQ a été développé en premier (5). Il compte 25 questions, dont la réponse est évaluée par une échelle de Likert en 11 points (par ex. de 0 = « pas du tout » à 10 = « totalement »). Il est validé en français (8). Le SBST, développé quelques années plus tard (6) compte seulement 9 questions, dont 8 sont dichotomiques (« d'accord » ou « pas d'accord »). Il est également validé en français (9). Le SBST a l'avantage d'être beaucoup plus court et plus facile à utiliser que l'OMPSQ original, peut-être au risque d'une certaine perte de précision. Sensibles au besoin d'un outil aisément utilisable pour les cliniciens, les auteurs de l'OMPSQ ont ensuite développé et validé une version courte en 10 questions, toujours avec des échelles de Likert (10). Cette version, non validée en français, a des propriétés comparables à celles de la version longue. Le clinicien francophone a donc le choix entre trois outils : l'OMPSQ version longue et le SBST, tous deux validés en français, l'OMPSQ version courte validé dans plusieurs langues mais pas en français. Leurs propriétés sont-elles satisfaisantes ? Sont-ils interchangeables ?

Les objectifs de cet article sont de proposer au clinicien des repères pouvant l'aider à choisir un outil de dépistage du risque de chronicité chez des patients souffrant de lombalgie aiguë ou subaiguë. Dans ce but, trois études ont été réalisées : (1) une validation préliminaire de la version courte en français de l'OMPSQ, (2) une revue de littérature comparant les propriétés des trois outils, (3) une évaluation de la perception de l'OMPSQ version courte et du SBST auprès de thérapeutes de terrain.

MÉTHODES

ÉTUDE 1 : VALIDATION DE LA VERSION COURTE EN FRANÇAIS DE L'OMPSQ

Les données utilisées pour cette étude ont été extraites de celles de la validation de la version longue de l'OMPSQ en français (8). 73 patients (âge moyen $42,2 \pm 10,7$ ans, 33 femmes) souffrant de lombalgie aiguë ou subaiguë non spécifique ont été évalués à l'inclusion (t0) et six mois plus tard (t6). La corrélation (tau de Kendall) entre les versions courte et longue de l'OMPSQ a été évaluée. L'aire sous la courbe ROC (AUC) a été calculée pour chaque version

de l'OMPSQ avec trois variables de suivi (absence au travail, fonction et douleur), calculées comme décrit dans l'étude originale. Des scores seuil ont été calculés pour ces différentes variables, le score bas (distinction entre risque faible et modéré) correspondant à une sensibilité de 90% et le score élevé (distinguant risque modéré et élevé) correspondant à une spécificité de 90%

ÉTUDE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE COMPARANT LES TROIS QUESTIONNAIRES

Deux stratégies de recherche ont été utilisées.

Premièrement, une recherche semi-systématique de littérature permettant de comparer les propriétés psychométriques des versions longue et courte de l'OMPSQ ainsi que du SBST a été réalisée. Plusieurs combinaisons de mots-clés référant aux différents noms de ces questionnaires ont été utilisées pour rechercher les études pertinentes dans la base de données Medline. Pour être éligible, une étude devait évaluer au moins un des paramètres suivants : douleur, fonction, absentéisme professionnel et récupération globale. De plus, elle devait apporter des informations concernant la sensibilité, la spécificité et/ou l'aire sous la courbe ROC des questionnaires étudiés. La qualité méthodologique des articles était évaluée au moyen du *Quality in Prognostic Studies tool* (QUIPS) (11).

D'autre part, une revue narrative a été réalisée afin d'étudier les objectifs initiaux des auteurs de ces questionnaires, ainsi que les méthodes utilisées pour développer les questionnaires. Cette revue s'est essentiellement focalisée sur les premières études publiées par les auteurs de l'OMPSQ et du SBST, ainsi qu'à certains articles pertinents identifiés dans la revue semi-systématique.

ÉTUDE 3 : ANALYSE DE LA PERCEPTION DE CES QUESTIONNAIRES PAR DES INTERVENANTS DE TERRAIN

Afin d'évaluer la faisabilité pratique d'une utilisation systématique de ces questionnaires par des intervenants de terrain, un questionnaire a été élaboré et proposé à des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et médecins travaillant dans les services de réadaptation de deux hôpitaux situés en Wallonie.

Outre des informations démographiques (âge, sexe, métier et pratique professionnelle des répondants), ce questionnaire comprenait des questions à choix multiple évaluant la connaissance des questionnaires OMPSQ et SBST, leur utilisation actuelle, leur pertinence, leur facilité d'utilisation. Des questions ouvertes permettaient aux répondants de décrire leur perception des avantages et inconvénients des deux outils.

RÉSULTATS

ÉTUDE 1 : validation de la version courte en français de l'OMPSQ

La corrélation entre les scores de la version longue et de la version courte de l'OMPSQ est élevée, tant à t0 ($r = 0.781$,

$p < 0.01$) qu'à T6 ($r = 0.771$, $p < 0.01$). L'aire sous la courbe ROC est donnée tableau 2. Les deux questionnaires ont montré des propriétés psychométriques comparables. Différents scores seuils peuvent être choisis en fonction de la variable de suivi qui sera privilégiée. Pour l'absentéisme au travail, des scores de 21 et 57 (sur un total de 100) peuvent être utilisés pour discriminer trois groupes de patients, avec respectivement un risque faible, modéré et élevé de chronicisation. Ces scores sont respectivement de 28 et 46 pour la prédiction de la persistance de la douleur et 17 et 37 pour prédire un handicap fonctionnel durable (12).

TABLEAU 2. Aire sous la courbe ROC des deux versions de l'OMPSQ

Variable retenue	OMPSQ Version longue	OMPSQ Version courte	P
Absentéisme au travail	0.739 95 % CI 0.58 à 0.89	0.635 95 % CI 0.45 à 0.82	0.47
Capacités fonctionnelles	0.879 95 % CI 0.79 à 0.96	0.824 95 % CI 0.73 à 0.92	0.37
Intensité de la douleur	0.928 95 % CI 0.87 à 0.99	0.889 95 % CI 0.81 à 0.97	0.51

ÉTUDE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE COMPARANT LES TROIS QUESTIONNAIRES

La revue semi-systématique a identifié dans pubmed 517 articles potentiellement utiles. 97 articles ont été retenus après exclusion des duplicata et lecture des abstracts. Quatre articles supplémentaires ont été identifiés au départ des références mentionnés dans les articles revus. Après lecture de 101 articles complets, 28 études ont été retenues. L'étude de la qualité des études selon le score QUIPS montrait un faible risque de biais pour la plupart des études. Globalement, ces études étaient fort hétérogènes et peu comparaient directement l'OMPSQ et le SBST. De plus, il était rare que les paramètres évalués soient directement comparables, car les scores seuils, les outils d'évaluation et la durée de suivi étaient différents.

Une comparaison directe du SBST et de la version originale de l'OMPSQ (13) a observé des propriétés psychométriques similaires à l'échelle de l'ensemble des patients évalués. Cependant le SBST attribuait plus de patients au groupe à risque moyen (35% vs 22%) et moins de patients au groupe à risque élevé (25% vs 38%) que l'OMPSQ. 26% des patients n'étaient pas attribués au même groupe par les deux questionnaires.

Une méta-analyse récente (14) conclut que le SBST ne permet pas de prédire la persistance de la douleur et peut être considéré comme « acceptable » pour la prédiction d'un handicap fonctionnel persistant. Aucune étude n'a pu être incluse concernant la prédiction de l'absentéisme professionnel par le SBST. L'OMPSQ a des capacités prédictives « médiocres » pour la persistance de la douleur, « acceptables » pour le risque de handicap et « excellentes » pour l'absentéisme professionnel. La version courte de l'OMPSQ n'a pas été incluse dans cette méta-analyse.

D'autres études non incluses dans la méta-analyse citée ci-dessus, car trop hétérogènes, peuvent également

fournir des informations intéressantes (15). Concernant la prédiction d'une douleur persistante, les différentes études pour lesquelles une mesure de l'aire sous la courbe ROC est disponible confirment un avantage de l'OMPSQ sur le SBST. Concernant les aspects fonctionnels, les données disponibles permettent difficilement de départager l'OMPSQ et le SBST. L'absentéisme au travail n'a été étudié que dans une seule étude comparant OMPSQ et SBST, avec de bonnes qualités psychométriques pour des deux questionnaires. Beaucoup plus de données concernant l'absentéisme professionnel sont disponibles concernant l'OMPSQ et confirment les conclusions de Karran. Trois études comparent les versions longue et courte de l'OMPSQ, et confirment des propriétés psychométriques comparables en termes d'absentéisme au travail et de handicap fonctionnel. Deux études comparent directement le SBST et la version courte de l'OMPSQ, montrant une corrélation pauvre à bonne selon les situations (16, 17). Enfin, les capacités prédictives de ces outils sont différentes d'un contexte à l'autre, posant la question de leur validité externe.

Une autre approche permettant de mieux évaluer l'intérêt de ces questionnaires est de réévaluer les objectifs initiaux et méthodes suivies par les auteurs de ces questionnaires.

Concernant l'OMPSQ, l'équipe des auteurs (10, 18) avait essentiellement pour but de construire un outil permettant de prédire le risque d'absentéisme professionnel à long terme. Dans ce but, une revue de littérature a été réalisée afin de collationner l'ensemble des facteurs de risque psychosociaux identifiés. Pour évaluer ces facteurs, des items ont été sélectionnés au départ de questionnaires déjà existants et validés. En conséquence, le questionnaire long (25 questions) est assez exhaustif, couvrant la plupart des facteurs de risque identifiés. Il s'agit essentiellement d'un outil à usage pronostique.

Le processus ayant sous-tendu le développement du SBST est fort différent. En effet, les auteurs de ce questionnaire avaient deux objectifs : dépister les facteurs de risque modifiables et créer un outil permettant d'adapter le traitement à la situation du patient. Ils souhaitaient également que leur questionnaire soit facile d'utilisation. Lors d'une réflexion préliminaire, il a été supputé que trois groupes de patients pourraient être identifiés : les patients à risque faible, les patients à risque élevé essentiellement « physique » et les patients à risque élevé essentiellement « psychosocial ». Les études de validation n'ont que partiellement confirmé cette hypothèse. En effet les trois groupes finalement identifiés étaient risque faible, risque modéré physique et risque élevé psychosocial. Les auteurs proposent que les patients à risque modéré nécessitent essentiellement un traitement kinésithérapeutique « classique » (centré sur le contrôle de la douleur, la remobilisation et l'auto-gestion), alors que les patients à risque élevé ont plutôt besoin d'une approche cognitivo-comportementale ciblant les facteurs de risque psychosociaux. Plusieurs études soutiennent la validité de cette approche (7).

En conséquence, alors que l'OMPSQ est essentiellement conçu comme un outil pronostique focalisé sur l'absentéisme professionnel, le SBST a plutôt pour objectif de choisir le traitement le mieux adapté au profil du patient. Cependant, les deux questionnaires ont été utilisés tant à but pronostique que pour un choix thérapeutique.

ÉTUDE 3 : ANALYSE DE LA PERCEPTION DE CES QUESTIONNAIRES PAR DES INTERVENANTS DE TERRAIN

Trente-trois personnes ont rentré un questionnaire, soit un taux de réponse de 79%. Les données démographiques des répondants sont données dans le tableau 3. Les groupes de thérapeutes travaillant dans les deux hôpitaux ont des caractéristiques comparables, l'analyse ultérieure n'a donc pas fait de différence selon le lieu de travail. Les répondants sont essentiellement des kinésithérapeutes, d'âge médian 47 ans, avec une répartition des genres légèrement en faveur du sexe masculin pour l'échantillon global.

TABLEAU 3. Données démographiques des répondants à l'enquête de terrain

		Tous	Hôpital 1	Hôpital 2
Nombre total de questionnaires remplis		33	16	17
Taux de réponse (%)		79	64	89
Sexe masculin (% de répondants)		54.5	68.8	41.2
Age (années)	Moyenne	45	47	44
	Médiane	47	49	41
	Max	65	64	65
	Min	24	27	24
Métier (% de répondants)	Kinésithérapeute	72.7	68.8	76.5
	Ergothérapeute	9.1	6.3	11.8
	Médecin MPR	15.2	18.8	11.8
	Psychologue	3.0	6.3	0
Ancienneté dans le métier (% de répondants)	0-5 ans	21.2	18.8	23.5
	6-10 ans	6.1	0	11.8
	11-15 ans	12.1	18.8	5.9
	>15 ans	60.6	62.5	58.8
Ancienneté dans le traitement de patients lombalgiques (% de répondants)	0-5 ans	30.3	18.8	41.2
	6/10 ans	18.2	18.8	17.6
	11-15 ans	6.1	12.5	0
	>15 ans	45.5	50.0	41.2
Nombre d'années de diplôme	Moyenne	21	22	20
	Médiane	23	24	20
	Max	43	41	43
	Min	1	3	1
Type de pratique professionnelle (% de répondants)	Hôpital	54.5	56.3	52.9
	Privé	0	0	0
	Hôpital + privé	45.5	43.8	47.1
	Autre	0	0	0

La première partie du questionnaire destiné aux praticiens évaluait leur connaissance à *a priori* des questionnaires et des Yellow flags. Une très grande majorité des répondants ne connaissaient pas l'OMPSQ et le SBST (tableau 4). Questionnés sur les Yellow flags, seuls 48% peuvent dire qu'il s'agit des facteurs psychosociaux associés à un risque accru de chronicisation d'une lombalgie ; 42 % ne savent pas.

TABLEAU 4. Connaissance a priori des questionnaires (% de répondants pour chaque question)

		OMPSQ	SBST
Dans quelle mesure connaissez-vous ce questionnaire ?	Jamais entendu parler	58	61
	Je ne sais pas bien	21	15
	Jamais vu	6	0
	Jamais utilisé	15	18
	Utilise de temps en temps	0	6
	Utilise très souvent	0	0
A quoi sert ce questionnaire ?	Mesure le retentissement émotionnel de la lombalgie	9	3
	Mesure le retentissement fonctionnel de la lombalgie	9	12
	Dépistage du risque de pathologie sévère	0	0
	Dépistage du risque de chronicisation	18	24
	Ne sait pas	64	61

Dans une seconde partie, les deux outils étaient présentés, ainsi que les instructions pour leur utilisation. Il était alors demandé aux répondants d'évaluer la pertinence de chaque outil, sa facilité d'utilisation et de dire s'ils comptaient l'utiliser dans le futur. Une large majorité des répondants a alors trouvé ces questionnaires pertinents et faciles à utiliser ; cependant peu se déclarent prêts à les utiliser réellement (tableau 5).

TABLEAU 5. Perception des questionnaires après leur présentation (% de répondants pour chaque question)

		OMPSQ	SBST
Dans quelle mesure cet outil vous semble-t-il pertinent pour remplir son objectif ?	Pas du tout pertinent	3	3
	Peu pertinent	23	24
	Moyennement pertinent	52	61
	Très pertinent	23	12
Dans quelle mesure cet outil vous semble-t-il facile d'utilisation ?	Pas du tout facile	6	3
	Peu facile	6	9
	Moyennement facile	41	30
	Très facile	47	58
Dans quelle mesure pensez-vous l'utiliser dans le futur, si une formation vous est proposée ?	Je ne l'utiliserai pas	23	30
	Je l'utiliserai dans certains cas	42	45
	Je l'utiliserai souvent	13	6
	Ce questionnaire est sans rapport avec ma pratique clinique	19	18

Des questions qualitatives évaluaient ensuite les avantages et inconvénients perçus des deux questionnaires au moyen de questions ouvertes (« Quels vous semblent être les avantages de ce questionnaire - quelques mots clés ? »). Globalement, les avantages perçus concernent la facilité d'utilisation, la clarté, la rapidité. L'OMPSQ est plus fréquemment décrit comme pertinent que le SBST, souvent jugé comme manquant de nuances. Les deux questionnaires sont cependant décrits comme réducteurs ou incomplets (tableau 6). Plusieurs répondants soulignent que ces questionnaires « ne remplacent pas un vrai dialogue ».

TABLEAU 6. Avantages et inconvénients perçus des deux questionnaires (en nombre de citations pour les mots-clés les plus souvent utilisés et leurs équivalents)

		OMPSQ	SBST
Avantages	Rapide, bref	15	16
	Contenu pertinent	10	5
	Facile	9	6
	Clair, compréhensible, simple	9	10
	Aucun	2	1
Inconvénients	Longueur, durée	3	0
	Imprécis, réducteur, incomplet	11	12
	Trop simple, dichotomique, manque nuances	0	9
	Subjectivité	9	5
	Inutile, pas d'intérêt pratique	2	2
	Pas pour kiné, plutôt psy ou médecin	5	0
	Trop négatif	0	3

Lorsqu'il est demandé aux répondants quel questionnaire ils choisiraient, les avis sont extrêmement partagés : 35% préfèrent l'OMPSQ, 26% le SBST et 39% ne savent pas... Les arguments donnés par les répondants préférant l'OMPSQ concernent essentiellement son caractère plus nuancé que le SBST, alors que les partisans du SBST mentionnent sa facilité et sa rapidité d'utilisation.

DISCUSSION

En résumé, les différentes études décrites ci-dessus montrent que (1) la version courte en français de l'OMPSQ a des propriétés psychométriques comparables à celles de la version longue en français, (2) les capacités prédictives des questionnaires OMPSQ version longue, OMPSQ version courte et SBST sont globalement comparables, même si l'OMPSQ semble préférable pour la prédiction de l'absentéisme au travail, (3) ces outils prédisent mieux l'évolution fonctionnelle et professionnelle que la persistance de la douleur, (4) alors que l'OMPSQ semble être essentiellement un outil pronostique, le SBST est plutôt destiné à l'orientation thérapeutique, (5) tant les deux questionnaires que la notion de Yellow flags sont très mal connus des répondants à l'enquête, qui sont pourtant des praticiens travaillant dans des services de Médecine

Physique et Réadaptation. Lorsque ces questionnaires leur sont présentés, ils sont globalement perçus positivement, même s'ils sont parfois jugés comme réducteurs et trop simplistes. Les avis sont très partagés quant au questionnaire à privilégier.

Une limite de ce travail est le petit nombre de répondants à l'enquête auprès des praticiens. Cependant, ce petit nombre est compensé par un excellent taux de réponse. Dans la mesure où les répondants proviennent de deux hôpitaux non universitaires de taille moyenne, on peut considérer qu'ils sont probablement assez représentatifs d'une population hospitalière. Les services de Médecine Physique et Réadaptation sont souvent largement concernés par la lombalgie (notamment par l'organisation des écoles du dos). Il est donc interpellant de constater que peu des membres de ces services connaissent les questionnaires évalués ici. Cette observation doit cependant être nuancée par le fait que certains répondants ne travaillent pas dans le domaine de la lombalgie, mais, par exemple, en réadaptation neurologique ou orthopédique.

Il est assez frappant que des questionnaires ne comptant qu'une dizaine de questions ont des capacités prédictives acceptables, alors même qu'ils sont jugés par les praticiens de terrain comme trop réducteurs et que les mécanismes du développement de la chronicisation sont fort complexes. Cependant, il faut noter que ces capacités prédictives sont relativement modestes : seul l'OMPSQ version longue peut être considéré comme « excellent » pour la prédiction du retour au travail. Alors que les facteurs de risque de chronicité sont nombreux et variables d'un patient à l'autre, un questionnaire sera inévitablement un compromis entre exhaustivité/complexité et simplicité/facilité. De plus, le choix du ou des score(s) seuil influencera les propriétés psychométriques de l'instrument : plus le score seuil est élevé, meilleure sera la spécificité, au risque d'une perte de sensibilité et donc de ne pas identifier certains patients à risque. En conséquence, les questionnaires n'évaluent que partiellement la situation du patient et doivent être utilisés avec précaution. Il est important d'en intégrer les résultats avec l'histoire du patient, ses attentes, représentations et croyances, sa situation familiale et professionnelle... comme le soulignent les répondants à notre enquête.

Dans ces conditions, on pourrait se demander quelle est la réelle plus-value de ces questionnaires par rapport à l'impression du clinicien. En effet, certaines observations suggèrent que le pouvoir prédictif du SBST ou de l'OMPSQ n'est pas meilleur que l'impression de chiropracteurs (19), thérapeutes manuels (20) ou médecins généralistes (21). Dans ces études, les patients étaient recrutés parmi la clientèle de ces cliniciens. Une autre étude, dans laquelle des kinésithérapeutes, généralistes et algologues devaient évaluer le pronostic au départ de vidéos de patients, montre des capacités prédictives médiocres et assez variables (22). Ici, contrairement aux études précédentes, les cliniciens ne connaissaient pas les patients au préalable. Il est probable que les questionnaires soient plus utiles dans des circonstances où le clinicien connaît mal le patient (service d'urgence ; services de deuxième ligne).

Cependant, l'enquête auprès des praticiens de services de Médecine physique et réadaptation montre que les questionnaires n'y sont que très mal connus et ne sont que peu utilisés. Ceci souligne l'importance d'une formation adéquate des thérapeutes concernés par la lombalgie.

Une autre question concerne le moment pertinent pour l'utilisation d'un questionnaire. En effet, l'intérêt du SBST chez des patients souffrant de douleur depuis moins de deux semaines (23) ou même d'un mois (24) est discuté. Newell et collaborateurs (25) suggèrent que le SBST ne devrait pas être utilisé pendant les premiers jours de traitement, car environ un tiers des patients changent de groupe pendant cette période. Il n'y a à notre connaissance pas d'étude comparable concernant l'OMPSQ.

On peut également se demander quelle serait la pertinence du SBST ou de l'OMPSQ dans des douleurs musculosquelettiques autres que les douleurs rachidiennes. En effet, leurs facteurs de risque de chronicisation sont largement comparables. Il n'existe à notre connaissance pas de validation de l'OMPSQ en dehors des rachialgies (lombalgies et cervicalgies), même si certaines études incluaient également quelques patients souffrant d'autres douleurs musculo-squelettiques. En revanche, une équipe américaine a publié une étude préliminaire de validation d'une version du SBST adaptée aux douleurs musculosquelettiques en général (26). Leurs résultats semblent prometteurs mais méritent d'être confirmés avant de recommander l'utilisation de ce questionnaire.

Enfin, il est important de discuter de l'attitude à avoir face à un patient dont les résultats suggèrent un risque élevé de chronicisation. En effet, dans la mesure où les représentations et croyances des patients sont déterminants, le fait même de leur annoncer un risque élevé ne peut que majorer le risque. Il est donc important d'adapter le discours et de tenter de dédramatiser la situation. Des stratégies de prévention validées sont disponibles (7), elles nécessitent cependant une formation spécifique à la gestion des facteurs de risque psychosociaux (notamment dans une perspective cognitivo-comportementale).

CONCLUSION

Les questionnaires OMPSQ et SBST, validés en français, ont des performances acceptables et comparables pour le dépistage du risque de chronicité. Ils sont probablement essentiellement utiles dans des pratiques de deuxième ligne, mais ne remplacent pas l'anamnèse et doivent être intégrés avec le contexte du patient. Nous recommandons l'utilisation de l'OMPSQ version brève ou du SBST. Sur le plan théorique, le SBST présente l'avantage d'aider à l'orientation thérapeutique. Cependant, ces outils sont encore très largement méconnus et sous-utilisés et des efforts importants de formation et d'information des professionnels concernés sont nécessaires.

Note : les questionnaires sont libres de droits et peuvent être obtenus auprès des auteurs du présent article.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Le SBST ou l'OMPSQ version brève sont des outils pouvant aider le clinicien à détecter les patients à risque de chronicisation d'une lombalgie aiguë ou subaiguë.

Ils ont l'avantage d'attirer l'attention du clinicien sur certains points, mais ne remplacent pas l'anamnèse.

RÉFÉRENCES

1. GBD 2015, Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388: 1545-1602.
2. Murphy PL, Courtney TK. Low back pain disability: relative costs by antecedent and industry group. *Am J Ind Med*. 2000; 37: 558-571.
3. Valat JP. Épidémiologie des lombalgies. *Rev. Rhum*. 1998; 6T: 1725-45.
4. Cedraschi C, Allaz AF. How to identify patients with a poor prognosis in daily clinical practice. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005; 19: 577-91.
5. Linton SJ, Hallden K. Risk factors and the natural course of acute and recurrent musculoskeletal pain: developing a screening instrument. In: Jensen TS, Turner JA, Wiesenfeld-Hallin Z, eds. *Proceedings of the 8th World Congress on Pain*. Seattle: IASP Press; 1997: 527-36.
6. Hill J, Dunn K, Lewis M, Mullis R, Main C, Foster N, et al. A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment. *Arthritis Rheum*. 2008; 59: 632-641.
7. Meyer C., Denis C., Berquin A. Secondary prevention of chronic musculoskeletal pain: emerging evidence from a systematic review of clinical trials. *Ann Phys Rehabil Med.*, in press.
8. Nonclercq O, Berquin A. Predicting chronicity in acute back pain: validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Ann Phys Rehabil Med*. 2012; 55(4): 263-78.
9. Bruyère O, Demoulin M, Beaudart C, Hill JC, Maquet D, Genevay S, et al. Validity and reliability of the French version of the STarT Back screening tool for patients with low back pain. *Spine*. 2014; 39: E123-8.
10. Linton SJ, Nicholas M, MacDonald S. Development of a Short Form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine*. 2011; 36:1891-1895.
11. Hayden JA, van der Windt DA, Cartwright JL, Côté P, Bombardier C. Assessing bias in studies of prognostic factors. *Ann Intern Med*. 2013; 158: 280-6.
12. Korogod N, Nonclercq O, Berquin A, Opsommer E, manuscrit en préparation.
13. Hill JC, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Subgrouping low back pain: a comparison of the SBT with the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain*. 2010; 14: 83-9.
14. Karran EL, McAuley JH, Traeger AC, Hillier SL, Grabherr L, Russek LN, et al. Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2017; 15(1): 13.
15. Lheureux A., Berquin A. Comparison between the STarT Back Tool and the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire: which tool for what purpose ? A semi-systematic review. *Soumis à Ann Phys Rehabil Med*.
16. Fuhro FF, Fagundes FR, Manzon AC, Costa LO, Cabral CM. Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire Short-Form and STarT Back Screening Tool: Correlation and Agreement Analysis. *Spine*. 2016; 41(15): E931-6.
17. Forsbrand M, Grahm B, Hill JC, Petersson IF, Sennehed CP, Stigmar K. Comparison of the Swedish STarT Back Screening Tool and the Short Form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire in patients with acute or subacute back and neck pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017; 18:89.
18. Linton SJ, Hallden K. Can We Screen for Problematic Back Pain? A Screening Questionnaire for Predicting Outcome in Acute and Subacute Back Pain. *Clinical J Pain*. 1998; 14: 209-215.
19. Kongsted A, Andersen CH, Hansen MM, Hestbaek L. Prediction of outcome in patients with low back pain--A prospective cohort study comparing clinicians' predictions with those of the Start Back Tool. *Man Ther*. 2016; 21: 120-7.
20. Dagfinrud H., Storheim K., Magnussen LH., Ødegaard T., Hofthanska I., Larsen LG., Ringstad PO., Hatlebrekke F. & Grotle M. The predictive validity of the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire and the clinicians' prognostic assessment following manual therapy treatment of patients with LBP and neck pain. *Man Ther*. 2013; 18: 124-9.
21. Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Stalman WA, Bouter LM. Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. *Br J Gen Pract*. 2007; 57: 15-22.
22. Hill JC, Vohora K, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Comparing the STarT back screening tool's subgroup allocation of individual patients with that of independent clinical experts. *Clin J Pain*. 2010; 26: 783-7.
23. Morsø L, Kongsted A, Hestbaek L, Kent P. The prognostic ability of the STarT Back Tool was affected by episode duration. *Eur Spine J*. 2016; 25: 936-44.

24. Mehling WE, Avins AL, Acree MC, Carey TS, Hecht FM. Can a back pain screening tool help classify patients with acute pain into risk levels for chronic pain? *Eur J Pain*. 2015; 19(3): 439-46.
25. Newell D, Field J, Pollard D. Using the STarT Back Tool: Does timing of stratification matter? *Man Ther*. 2015; 20(4): 533-9.
26. Butera KA, Lentz TA, Beneciuk JM, George SZ. Preliminary Evaluation of a Modified STarT Back Screening Tool Across Different Musculoskeletal Pain Conditions. *Phys Ther*. 2016; 96(8): 1251-61.
27. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ; "Decade of the Flags" Working Group. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*. 2011; 91: 737-53.

AFFILIATIONS

- ¹ Cliniques universitaires Saint-Luc, Service de Médecine Physique et Réadaptation, av. Hippocrate 10/1650, 1200 Bruxelles
- ² Grand Hôpital de Charleroi, Service de médecine Physique et réadaptation 6061 Montignies-sur Sambre
- ³ Clinique Notre-Dame de Grâce, Service de médecine Physique et réadaptation, B- 6041 Gosselies
- ⁴ Haute École de Santé Vaud (HESAV), Avenue de Beaumont, 21, 1011 Lausanne, Suisse

CORRESPONDANCE

Pr. ANNE BERQUIN

Cliniques universitaires Saint-Luc
Service de Médecine Physique et Réadaptation
av. Hippocrate 10/1650,
B-1200 Bruxelles