



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

Lombalgie de l'adulte : drapeaux rouges, évaluation initiale et critères de réorientation

DURÉE

Deux jours en présentiel : - 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 10
- Maximum : 20

FORMATEUR

Vincent GIROD : Masseur-kinésithérapeute – Master en kinésithérapie – Kinésithérapeute du sport

CONTEXTE ET ENJEUX

La lombalgie est une affection musculosquelettique fréquente avec une incidence très forte dans la population adulte générale. Elle est la première cause d'invalidité chez les moins de 45 ans avec un impact sur la qualité de vie des personnes, et un poids conséquent pour le système de santé. Pourtant, dans l'écrasante majorité des cas, la lombalgie est bénigne, et se résout spontanément sans aucune intervention, en quelques jours à quelques semaines.

Il y a cependant des patients qui peuvent présenter des symptômes ou des signes cliniques nécessitant une adaptation, ou un arrêt, de la prise en charge et une réorientation vers le médecin prescripteur.

Lors de son bilan diagnostic kinésithérapique initial et tout au long du programme de rééducation, le kinésithérapeute doit être capable d'identifier ces signaux d'alerte (drapeaux rouges) et veiller à la présence ou survenue d'événements intercurrents qui nécessitent d'interrompre la prise en charge et de réorienter le patient vers son médecin.

RÉSUMÉ :

Dans le cadre de la prise en charge kinésithérapique de la lombalgie de l'adulte, la formation se propose de revoir la notion de drapeaux rouges et son utilisation en masso-kinésithérapie lors du bilan initial et tout au long de la mise en œuvre du programme de rééducation.

Tous les différents types de drapeaux rouges (facteurs de risque ou drapeaux rouges non spécifiques/drapeaux rouges fondant un diagnostic d'exclusion) seront abordés.

Les principales situations cliniques de drapeaux rouges sont étudiées : syndrome de la queue de cheval, fractures non traumatiques, atteintes cancéreuses, rhumatismes inflammatoires ;

Pour chaque famille de drapeaux rouges, les critères de réorientation spécifiques vers un médecin seront définis.

Des cas cliniques sont proposés pour favoriser le raisonnement clinique et illustrer les différentes situations.

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK

OBJECTIFS GÉNÉRAUX :

Le but de cette formation est de permettre aux apprenants masseurs-kinésithérapeutes d'acquérir les savoir et compétences nécessaires pour pouvoir lors du bilan initial et tout au long de la prise en charge dépister la présence ou survenue d'évènements intercurrents qui nécessitent de ne pas prendre en charge ou d'interrompre une prise en charge et de le réorienter le patient vers son médecin prescripteur

Le kinésithérapeute doit maîtriser ces signaux d'alerte et critères de réorientation dénommés drapeaux rouges afin de savoir poser un diagnostic d'exclusion.

L'objectif n'est pas de poser un diagnostic sur une pathologie mais de déterminer si le patient peut être pris en charge pour des soins kinésithérapeutiques ou non : déterminer si les informations et les éléments cliniques de la personne permettent la prise en charge ou s'ils nécessitent une réorientation vers un médecin.

Ces connaissances et compétences seront basées sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé ainsi que sur les données issues de la littérature scientifique internationale récente afin de proposer une prise en charge actualisée.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

- Connaître les dernières données et connaissances scientifiques autour de la douleur lombaire non spécifique de l'adulte, et des pathologies graves pouvant provoquer celle-ci ;
- Savoir réaliser un interrogatoire et un examen clinique pertinent d'une personne adulte présentant une douleur lombaire de moins de 4 semaines ;
- Identifier les différents types de drapeaux rouges, reconnaître un risque de présence d'une éventuelle pathologie grave chez une personne présentant une douleur lombaire de moins de 4 semaines et la réorienter efficacement vers un médecin ;
- Assurer le suivi attentif d'une personne présentant une douleur lombaire à la recherche d'une aggravation de son état de santé nécessitant une réorientation vers un médecin ;
- Savoir expliquer au patient le décours normal de la pathologie avec un discours rassurant et personnalisé à ses connaissances, ses croyances, et ses particularités ;
- Sensibiliser le patient aux éventuelles complications pouvant survenir et la conduite à tenir dans ces cas précis ;
- Connaître les différents examens d'imagerie et les situations justifiant leur prescription ;
- Connaître les différents traitements médicamenteux pouvant être indiqués dans la prise en charge de la douleur lombaire ;
- Être sensibilisé à l'intérêt de la coordination pluridisciplinaire de la prise en charge des patients présentant des douleurs lombaires.

DÉROULÉ

Séquence	Objectifs	Durée	Support et méthodes pédagogiques
Premier jour : 7h de formation			
Table ronde, présentations, attentes des participants	Recueillir les attentes des participants, identifier les problématiques générales du groupe, initier une dynamique de groupe, échange sur les questionnaires pré-formation.	15 min	Echanges Nuage de mots
Discussion autour des drapeaux rouges	Identifier les connaissances qu'ont les apprenants des drapeaux rouges. Première discussion sur les drapeaux rouges et leur place dans notre pratique.	60 min	Atelier Etude de cas clinique
La lombalgie, du modèle biomédical au modèle bio-psycho-social	Comprendre les évolutions des modèles de prise en charge de la lombalgie depuis les années 1980 et introduire les désescalades de traitement qui en découlent.	25 min	Méthode expositive
La lombalgie chronique	Expliquer les mécanismes à l'œuvre dans le développement de la lombalgie chronique et le rôle du kinésithérapeute dans la prévention de cette affection.	20 min	Méthode expositive
Drapeaux rouges, utilité et limites	Présenter de manière générale l'outil que sont les drapeaux rouges. Sensibiliser les participants sur les intérêts et limites des drapeaux rouges. Commencer à les intégrer à l'interrogatoire dans le cadre de cas cliniques.	35 min	Atelier et théorie Etude de cas clinique Méthode expositive
Les diagnostics différentiels dans la lombalgie : épidémiologie des pathologies sérieuses	Présenter de manière générale les pathologies sérieuses qui peuvent se manifester de manière primaire par des douleurs lombaires. Identifier les populations les plus à risque et l'impact sur le raisonnement clinique.	20 min	Méthode expositive
Le syndrome de la queue de cheval	Introduire le syndrome de la queue de cheval par un cas clinique. Présenter la pathologie et les drapeaux rouges en rapport. Définir des critères de ré orientation spécifiques a ce syndrome	60 min	Atelier et théorie Etude de cas clinique Méthode expositive Méthode participative - interrogative

Séquence	Objectifs	Durée	Support et méthodes pédagogiques
Prise en charge de la lombalgie aiguë : tour d'horizon des recommandations	Introduire les recommandations de prise en charge de l'épisode aigu de lombalgie, en France et à l'étranger.	15 min	Théorie Méthode expositive Méthode participative - interrogative
Les fractures <u>non-traumatiques</u> du rachis	Introduire le syndrome de la queue de cheval par un cas clinique. Présenter la pathologie et les drapeaux rouges en rapport. Présenter des situations cliniques dans lesquelles les drapeaux rouges sont plus ou moins présents. Favoriser le raisonnement clinique. Définir des critères de ré orientation spécifiques à ces fractures.	50 min	Atelier et théorie Etude de cas clinique Méthode expositive Méthode participative - interrogative
Evaluation objective et subjective du patient présentant une douleur lombaire	Réaliser l'évaluation clinique d'un patient à la recherche des drapeaux rouges que l'examen clinique peut mettre en évidence. L'intégrer dans une évaluation objective et subjective.	50 min	Atelier et théorie Etude de cas clinique Méthode démonstrative Méthode expositive Méthode participative - interrogative
Les atteintes cancéreuses du rachis	Acquérir les connaissances relatives au développement des atteintes cancéreuses du rachis, des drapeaux rouges en rapport, et de la conduite à tenir. Présenter des situations cliniques dans lesquelles les drapeaux rouges sont plus ou moins présents et permettent une suspicion plus ou moins forte de la présence d'une potentielle atteinte cancéreuse du rachis. Favoriser le raisonnement clinique. Définir des critères de ré orientation spécifiques à ces atteintes.	40 min	Atelier et théorie Etude de cas, jeu de rôle Méthode expositive Méthode participative - interrogative
Infections de la colonne vertébrale	Acquérir les connaissances relatives au développement des infections du rachis, des drapeaux rouges en rapport, et de la conduite à tenir.	15 min	Méthode expositive Etude de cas, jeu de rôle Méthode participative - interrogative

Séquence	Objectifs	Durée	Support et méthodes pédagogiques
	Présenter des situations cliniques dans lesquelles les drapeaux rouges sont plus ou moins présents et permettent une suspicion plus ou moins forte de la présence d'une potentielle infection du rachis. Favoriser le raisonnement clinique et définir des critères de ré orientation spécifiques à ces infections.		
Résumé de la journée, table ronde		15 min	Echanges, tour de table, sondage
Deuxième jour : 7h de formation			
Cas cliniques complexe	Aborder un premier cas clinique complexe avec concomitance de plusieurs drapeaux rouges. Evaluer le niveau d'inquiétude concernant l'état de la personne en fonction de ses caractéristiques personnelles et des signes cliniques.	50 min	Atelier et théorie Etude de cas, jeu de rôle Méthode expositive Méthode participative - interrogative
Prise en charge d'une personne présentant une douleur lombaire : interrogatoire et examen clinique	Intégrer les drapeaux rouges à l'interrogatoire et l'examen clinique de la personne présentant un épisode aigu de lombalgie.	30 min	Atelier et théorie Etude de cas, jeu de rôle Méthode expositive Méthode participative - interrogative
Maladies inflammatoires articulaires	Acquérir les connaissances relatives au développement des maladies inflammatoires du rachis, des drapeaux rouges en rapport, et de la conduite à tenir. Présenter des situations cliniques dans lesquelles les drapeaux rouges sont plus ou moins présents et permettent une suspicion plus ou moins forte de la présence d'une potentielle maladie inflammatoire du rachis. Favoriser le raisonnement clinique. Définir des critères de ré orientation spécifiques à ces troubles	45 min	Atelier et théorie Etude de cas, jeu de rôle Méthode expositive Méthode participative - interrogative
Autres diagnostics différentiels hors drapeaux rouges	Acquérir les connaissances relatives aux pathologies communes et plus rares pouvant se manifester par des	15 min	Méthode expositive

Séquence	Objectifs	Durée	Support et méthodes pédagogiques
	douleurs lombaires non prises en compte par les drapeaux rouges. Sensibiliser les participants à rechercher des signes cliniques et/ou facteurs environnementaux associés.		
Aspects administratifs et organisationnels de l'accès direct en France	Acquérir les connaissances permettant de rédiger un certificat d'arrêt de travail et les prescriptions d'antalgiques antinociceptifs dans la prise en charge de l'épisode aigu de lombalgie.	10 min	Méthode expositive
Cas cliniques complexe	Aborder un cas clinique complexe avec concomitance de plusieurs drapeaux rouges. Définir des critères de ré orientation spécifiques. Evaluer le niveau d'inquiétude concernant l'état de la personne en fonction de ses caractéristiques personnelles et des signes cliniques.	60 min	Atelier et théorie Etude de cas, jeu de rôle Méthode expositive Méthode participative - interrogative
Evaluer le risque de passage à la chronicité	Acquérir les compétences permettant d'identifier chez la personne les facteurs de risque de passage à la chronicité dans le cadre de la douleur lombaire, sur base d'un jeu de rôle.	45 min	Atelier et théorie Etude de cas, jeu de rôle Méthode expositive Méthode participative - interrogative
Raisonnement clinique dans la ré-orientation	Acquérir les connaissances permettant de prendre une décision quant à la nécessité de réorientation de la personne vers un médecin ou vers les services d'urgence, intégrer la notion dite du "filet de sécurité" et de niveau de préoccupation.	15 min	Méthode expositive
Cas clinique complexe	Aborder un cas clinique complexe avec concomitance de plusieurs drapeaux rouges. Consolider la connaissance et la compréhension des drapeaux rouges. Définir des critères de ré orientation. Evaluer le niveau d'inquiétude concernant l'état de la personne en fonction de ses caractéristiques personnelles et des signes cliniques.	50 min	Atelier et théorie Etude de cas, jeu de rôle Méthode expositive Méthode participative - interrogative

Séquence	Objectifs	Durée	Support et méthodes pédagogiques
Education à la santé dans le cadre de la lombalgie	Théorie	25 min	
Cas cliniques	Aborder un cas clinique complexe avec concomitance de plusieurs drapeaux rouges. Maîtriser la connaissance et la compréhension des drapeaux rouges. Définir des critères de ré orientation spécifiques ; Evaluer le niveau d'inquiétude concernant l'état de la personne en fonction de ses caractéristiques personnelles et des signes cliniques.	60 min	Atelier et théorie Etude de cas, jeu de rôle Méthode expositive Méthode participative - interrogative
Résumé de la journée, conclusion	Table ronde.	15 min	Echanges, tour de table, sondage



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

MÉTHODOLOGIE

- Analyse des pratiques par grille d'évaluation « pré formation » (pré-test)
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation,
- Partie présentielle d'une durée de 14 h comportant des séquences pédagogiques variées sur la forme de façon à faciliter l'attention du stagiaire durant tout le temps de la formation.
- Analyse des pratiques par évaluation post formation (post-test)
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES MISES EN ŒUVRE

Les différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- Méthode participative - interrogative : à partir des pré-tests et de quizz
- Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- Méthode par étude de cas clinique sous forme d'ateliers et de jeux de rôles : Le format pédagogique se fonde sur l'intérêt d'analyser la situation clinique d'un patient au travers de cas cliniques inspirés de patients
- Méthode démonstrative : le formateur fait des démonstrations pratiques.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports de cours seront fournis aux apprenants. et les formateurs sont inciter a utiliser au cours de la formation des outils favorisant l'interactivité et le travail collaboratif, tel que les applications **Kahoot**, et **Poll everywhere**.

MOYENS PÉDAGOGIQUES

- Supports de cours écrit basés sur des références bibliographiques récentes et pertinentes et l'expérience du formateur
- Interventions du formateur permettant le transfert de l'expérience clinique de celui-ci
- Illustrations photographiques et vidéographiques
- Présentation et réflexion autour de cas cliniques
- Apprentissage par jeux de rôle, ateliers pratiques et réflexifs

MÉTHODES D'ÉVALUATION DE L'ACTION PROPOSÉE

- Evaluation « pré » (pré-test) et « post formation » (post-test). Une analyse partagée des résultats du pré test est effectuée au cours des différents temps de la formation, avec analyse des écarts entre les réponses des participants et les réponses attendues en référence aux différentes recommandations
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire à distance sur la satisfaction et le transfert des connaissances et compétences acquises en situation de soins

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK

Références bibliographiques

1. Tuberculose [Internet]. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/tuberculose](#)
2. The clinical application of the biopsychosocial model | American Journal of Psychiatry [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.137.5.535?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed
3. La lombalgie, un enjeu de santé publique, site internet de l'assurance maladie. [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>
4. INCA - Les cancers en France [Internet]. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/
5. « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement » : sensibilisation sur la lombalgie [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/sensibilisation-lombalgie>
6. Netgen. Concept général et pathogenèse des spondylarthropathies [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-509/Concept-general-et-pathogenese-des-spondylarthropathies>
7. Peter Van, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, et al. GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE POUR LES DOULEURS LOMBAIRES ET RADICULAIRES- Recommandations du centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique. :41.
8. Smuck M, Barrette K, Martinez-Ith A, Sultana G, Zheng P. What does the patient with back pain want? A comparison of patient preferences and physician assumptions. The Spine Journal. 1 févr 2022;22(2):207-13.
9. Frenken M, Schleich C, Radke KL, Müller-Lutz A, Benedikter C, Franz A, et al. Imaging of exercise-induced spinal remodeling in elite rowers. Journal of Science and Medicine in Sport. 1 janv 2022;25(1):75-80.
10. von Arx M, Liechti M, Connolly L, Bangerter C, Meier ML, Schmid S. From Stoop to Squat: A Comprehensive Analysis of Lumbar Loading Among Different Lifting Styles. Frontiers in Bioengineering and Biotechnology [Internet]. 2021 [cité 25 janv 2022];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fbioe.2021.769117>
11. Stevans JM, Delitto A, Khoja SS, Patterson CG, Smith CN, Schneider MJ, et al. Risk Factors Associated With Transition From Acute to Chronic Low Back Pain in US Patients Seeking Primary Care. JAMA Network Open. 16 févr 2021;4(2):e2037371.
12. Saraceni N, Campbell A, Kent P, Ng L, Straker L, O'Sullivan P. Exploring lumbar and lower limb kinematics and kinetics for evidence that lifting technique is associated with LBP. PLOS ONE. 21 juill 2021;16(7):e0254241.
13. Louw A, Goldrick S, Bernstetter A, Van Gelder LH, Parr A, Zimney K, et al. Evaluation is treatment for low back pain. Journal of Manual & Manipulative Therapy. 2 janv 2021;29(1):4-13.
14. Liew BXW, Ford JJ, Scutari M, Hahne AJ. How does individualised physiotherapy work for people with low back pain? A Bayesian Network analysis using randomised controlled trial data. PLoS One. 2021;16(10):e0258515.
15. Kripa S, Kaur H. Identifying relations between posture and pain in lower back pain patients: a narrative review. Bulletin of Faculty of Physical Therapy. 30 nov 2021;26(1):34.
16. Hall A, Coombs D, Richmond H, Bursey K, Furlong B, Lawrence R, et al. What do the general public believe about the causes, prognosis and best management strategies for low back pain? A cross-sectional study. BMC Public Health. 8 avr 2021;21(1):682.
17. Groh AMR, Fournier DE, Battié MC, Séguin CA. Innervation of the Human Intervertebral Disc: A Scoping Review. Pain Medicine. 1 juin 2021;22(6):1281-304.



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

18. Christe G, Pizzolato V, Meyer M, Nzamba J, Pichonnaz C. Unhelpful beliefs and attitudes about low back pain in the general population: A cross-sectional survey. *Musculoskeletal Science and Practice*. 1 avr 2021;52:102342.
19. Cheung L, Soundy A. The Impact of Reassurance on Musculoskeletal (MSK) Pain: A Qualitative Review. *Behavioral Sciences*. nov 2021;11(11):150.
20. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » [Internet]. mai 26, 2020. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041697989&categorieLien=id#:~:text=Arr%C3%AAt%C3%A9%20du%206%20mars%202020%20relatif%20%C3%A0%20l'autorisation%20du,%20une%20structure%20pluri%2Dprofessionnelle%20%C2%BB>
21. Xu Z, Lin G, Zhang H, Xu S, Zhang M. Three-dimensional architecture of the neurovascular and adipose zones of the upper and lower lumbar intervertebral foramina: an epoxy sheet plastination study. *Journal of Neurosurgery: Spine*. mai 2020;32(5):722-32.
22. William Boissonnault, William R. vanwyke. Primary Care for the Physical Therapist - 3rd Edition [Internet]. 2020 [cité 9 juin 2020]. Disponible sur:
<https://www.elsevier.com/books/primary-care-for-the-physical-therapist/boissonnault/978-0-323-63897-5>
23. Simo S, Liisa K, Katariina L, Hannu P, Eero W. Disc Degeneration of Young Low Back Pain Patients: A Prospective 30-Year Follow-up MRI Study. *Spine* [Internet]. 8 juin 2020 [cité 9 juin 2020]; Publish Ahead of Print. Disponible sur:
https://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/9000/Disc_Degeneration_of_Young_Low_Back_Pain_Patients_.94202.aspx
24. Lewis JS, Cook CE, Hoffmann TC, O'Sullivan P. The Elephant in the Room: Too Much Medicine in Musculoskeletal Practice. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. janv 2020;50(1):1-4.
25. Horler C, Hebron C, Martyn K. Personalizing education: The clinical reasoning processes of physiotherapists using education for the treatment of people with chronic low back pain. *Physiotherapy Theory and Practice*. 20 mai 2020;0(0):1-10.
26. George SZ, Lentz TA, Beneciuk JM, Bhavsar NA, Mundt JM, Boissoneault J. Framework for improving outcome prediction for acute to chronic low back pain transitions. *PAIN Reports*. avr 2020;5(2):e809.
27. Garrity BM, McDonough CM, Ameli O, Rothendler JA, Carey KM, Cabral HJ, et al. Unrestricted Direct Access to Physical Therapist Services Is Associated With Lower Health Care Utilization and Costs in Patients With New-Onset Low Back Pain. *Physical Therapy*. 23 janv 2020;100(1):107-15.
28. Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, et al. International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 21 mai 2020;1-23.
29. Décarý S, Longtin C, Naye F, Tousignant-Laflamme Y. Driving the Musculoskeletal Diagnosis Train on the High-Value Track. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. mars 2020;50(3):118-20.
30. Caneiro JP, Roos EM, Barton CJ, O'Sullivan K, Kent P, Lin I, et al. It is time to move beyond 'body region silos' to manage musculoskeletal pain: five actions to change clinical practice. *Br J Sports Med*. 1 avr 2020;54(8):438-9.
31. Yusuf M, Finucane L, Selfe J. Red flags for the early detection of spinal infection in back pain patients. *BMC Musculoskelet Disord*. 13 déc 2019;20(1):606.
32. Tsiang JT, Kinzy TG, Thompson N, Tanenbaum JE, Thakore NL, Khalaf T, et al. Sensitivity and specificity of patient-entered red flags for lower back pain. *The Spine Journal*. 1 févr 2019;19(2):293-300.
33. Slater D, Korakakis V, O'Sullivan P, Nolan D, O'Sullivan K. "Sit Up Straight": Time to Re-evaluate. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 1 août 2019;49:562-4.

34. Saraceni N, Kent P, Ng L, Campbell A, Straker L, O'Sullivan P. To Flex or Not to Flex? Is There a Relationship Between Lumbar Spine Flexion During Lifting and Low Back Pain? A Systematic Review With Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 28 nov 2019;50(3):121-30.
35. Rubinstein SM, Zoete A de, Middelkoop M van, Assendelft WJJ, Boer MR de, Tulder MW van. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* [Internet]. 13 mars 2019 [cité 9 juin 2020];364. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l689>
36. O'Keefe M, Maher CG, Stanton TR, O'Connell NE, Deshpande S, Gross DP, et al. Mass media campaigns are needed to counter misconceptions about back pain and promote higher value care. *Br J Sports Med.* 1 oct 2019;53(20):1261-2.
37. Meulders A. From fear of movement-related pain and avoidance to chronic pain disability: a state-of-the-art review. *Current Opinion in Behavioral Sciences.* avr 2019;26:130-6.
38. Haute autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. 2019.
39. Furman MB, Johnson SC. Induced lumbosacral radicular symptom referral patterns: a descriptive study. *Spine J.* 2019;19(1):163-70.
40. da Silva OT, Joaquim AF, Patel AA. Management of Low Back Pain. In: Joaquim AF, Ghizoni E, Tedeschi H, Ferreira MAT, éditeurs. *Fundamentals of Neurosurgery: A Guide for Clinicians and Medical Students* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [cité 11 mai 2020]. p. 191-9. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-030-17649-5_13
41. Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation. *J Orthop Sports Phys Ther.* 30 juin 2018;48(7):519-22.
42. Wong H-K. Should We Still Use Red Flags in the Diagnosis of Low Back Pain?: Commentary on an article by Ajay Premkumar, MD, MPH, et al.: "Red Flags for Low Back Pain Are Not Always Really Red. A Prospective Evaluation of the Clinical Utility of Commonly Used Screening Questions for Low Back Pain". *JBJS.* 7 mars 2018;100(5):e31.
43. Premkumar A, Godfrey W, Gottschalk MB, Boden SD. Red Flags for Low Back Pain Are Not Always Really Red: A Prospective Evaluation of the Clinical Utility of Commonly Used Screening Questions for Low Back Pain. *JBJS.* 7 mars 2018;100(5):368-74.
44. Lener S, Hartmann S, Barbagallo GMV, Certo F, Thomé C, Tschugg A. Management of spinal infection: a review of the literature. *Acta Neurochir (Wien).* 2018;160(3):487-96.
45. Kiberd J, Hayden J, Magee K, Campbell S. LO75: Utility of red flags to identify serious spinal pathology in patients with low back pain: a retrospective analysis. *Canadian Journal of Emergency Medicine.* mai 2018;20(S1):S33-4.
46. Khmelinskii N, Regel A, Baraliakos X. The Role of Imaging in Diagnosing Axial Spondyloarthritis. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 17 avr 2018 [cité 4 oct 2020];5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5913283/>
47. Jenkins HJ, Downie AS, Maher CG, Moloney NA, Magnussen JS, Hancock MJ. Imaging for low back pain: is clinical use consistent with guidelines? A systematic review and meta-analysis. *The Spine Journal.* 1 déc 2018;18(12):2266-77.
48. Jarraya M, Guermazi A, Lorbergs AL, Brochin E, Kiel DP, Buxsein ML, et al. A longitudinal study of disc height narrowing and facet joint osteoarthritis at the thoracic and lumbar spine, evaluated by computed tomography: the Framingham Study. *The Spine Journal.* 1 nov 2018;18(11):2065-73.
49. Grunau GL, Darlow B, Flynn T, O'Sullivan K, O'Sullivan PB, Forster BB. Red flags or red herrings? Redefining the role of red flags in low back pain to reduce overimaging. *Br J Sports Med.* 1 avr 2018;52(8):488-9.
50. Greenhalgh S, Finucane L, Mercer C, Selfe J. Assessment and management of cauda equina syndrome. *Musculoskelet Sci Pract.* 2018;37:69-74.
51. Cook CE, George SZ, Reiman MP. Red flag screening for low back pain: nothing to see here, move along: a narrative review. *Br J Sports Med.* 1 avr 2018;52(8):493-6.

52. Aletaha D, Smolen JS. Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis: A Review. JAMA. 2 oct 2018;320(13):1360-72.
53. Abdollah V, Parent EC, Battié MC. MRI evaluation of the effects of extension exercises on the disc fluid content and location of the centroid of the fluid distribution. Musculoskeletal Science and Practice. 1 févr 2018;33:67-70.
54. Tezuka F, Sairyo K, Sakai T, Dezawa A. Etiology of Adult-onset Stress Fracture in the Lumbar Spine: Clinical Spine Surgery. avr 2017;30(3):E233-8.
55. Jiang H. Incidence of Spontaneous Resorption of Lumbar Disc Herniation: A Meta-Analysis. Pain Phys. 14 janv 2017;1(21;1):E45-52.
56. Finucane L, Greenhalgh S, Selfe J. Which red flags aid the early detection of metastatic bone disease in back pain? Physiotherapy Practice and Research. 10 juill 2017;38:73-7.
57. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. Eur Spine J. 1 sept 2016;25(9):2788-802.
58. Singh JA, Saag KG, Bridges SL, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis & Rheumatology. 2016;68(1):1-26.
59. Langridge N, Roberts L, Pope C. The role of clinician emotion in clinical reasoning: Balancing the analytical process. Manual Therapy. 1 févr 2016;21:277-81.
60. Belavy DL, Adams M, Brisby H, Cagnie B, Danneels L, Fairbank J, et al. Disc herniations in astronauts: What causes them, and what does it tell us about herniation on earth? Eur Spine J. 1 janv 2016;25(1):144-54.
61. Poddubnyy D, Tubergen A van, Landewé R, Sieper J, Heijde D van der. Development of an ASAS-endorsed recommendation for the early referral of patients with a suspicion of axial spondyloarthritis. Annals of the Rheumatic Diseases. 1 août 2015;74(8):1483-7.
62. Langridge N, Roberts L, Pope C. The clinical reasoning processes of extended scope physiotherapists assessing patients with low back pain. Manual Therapy. 1 déc 2015;20(6):745-50.
63. Germon T, Ahuja S, Casey ATH, Todd NV, Rai A. British Association of Spine Surgeons standards of care for cauda equina syndrome. The Spine Journal. 2 mars 2015;15(3, Supplement):S2-4.
64. Chiu C-C, Chuang T-Y, Chang K-H, Wu C-H, Lin P-W, Hsu W-Y. The probability of spontaneous regression of lumbar herniated disc: a systematic review. Clin Rehabil. févr 2015;29(2):184-95.
65. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. American Journal of Neuroradiology. avr 2015;36(4):811-6.
66. Brinjikji W, Diehn FE, Jarvik JG, Carr CM, Kallmes DF, Murad MH, et al. MRI Findings of Disc Degeneration are More Prevalent in Adults with Low Back Pain than in Asymptomatic Controls: A Systematic Review and Meta-Analysis. American Journal of Neuroradiology. déc 2015;36(12):2394-9.
67. Suri P, Boyko EJ, Goldberg J, Forsberg CW, Jarvik JG. Longitudinal associations between incident lumbar spine MRI findings and chronic low back pain or radicular symptoms: retrospective analysis of data from the longitudinal assessment of imaging and disability of the back (LAIDBACK). BMC Musculoskeletal Disorders [Internet]. déc 2014 [cité 12 juill 2020];15(1). Disponible sur: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-15-152>
68. Chau AMT, Xu LL, Pelzer NR, Gragnaniello C. Timing of Surgical Intervention in Cauda Equina Syndrome: A Systematic Critical Review. World Neurosurgery. 1 mars 2014;81(3):640-50.
69. 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. janv 2014;39(2):E123-8.
70. Zusman M. Belief reinforcement: one reason why costs for low back pain have not decreased. J Multidiscip Healthc. 16 mai 2013;6:197-204.



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

71. Zerkak D, Métivier J-C, Fouquet B, Beaudreuil J. Validation of a French version of Roland-Morris questionnaire in chronic low back pain patients. *Ann Phys Rehabil Med*. déc 2013;56(9-10):613-20.
72. Webster BS, Bauer AZ, Choi Y, Cifuentes M, Pransky GS. Iatrogenic Consequences of Early Magnetic Resonance Imaging in Acute, Work-Related, Disabling Low Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 15 oct 2013;38(22):1939-46.
73. Pincus T, Holt N, Vogel S, Underwood M, Savage R, Walsh DA, et al. Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care: A systematic review. *PAIN*. nov 2013;154(11):2407-16.
74. P S, M C, D S, R C, K N-B, A C. A systematic review of evidence on malignant spinal metastases: natural history and technologies for identifying patients at high risk of vertebral fracture and spinal cord compression. *Health Technology Assessment [Internet]*. 30 sept 2013 [cité 21 août 2020];17(42). Disponible sur: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta17420/#/abstract>
75. Lin IB, O'Sullivan PB, Coffin JA, Mak DB, Toussaint S, Straker LM. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open*. 1 janv 2013;3(4):e002654.
76. Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, Vet HC de, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2013 [cité 11 mai 2020];(2). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008686.pub2/full>
77. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013;76.
78. Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RWJG, Vet HCW de, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ [Internet]*. 11 déc 2013 [cité 11 mai 2020];347. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f7095>
79. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The Enduring Impact of What Clinicians Say to People With Low Back Pain. *The Annals of Family Medicine*. 1 nov 2013;11(6):527-34.
80. Pope JV, Edlow JA. Avoiding Misdiagnosis in Patients with Neurological Emergencies. *Emerg Med Int [Internet]*. 2012 [cité 11 mai 2020];2012. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410308/>
81. Nonclercq O, Berquin A. Predicting chronicity in acute back pain: Validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 1 mai 2012;55(4):263-78.
82. Nazari J, Pope MH, Graveling RA. Reality about migration of the nucleus pulposus within the intervertebral disc with changing postures. *Clinical Biomechanics*. 1 mars 2012;27(3):213-7.
83. Horn KK, Jennings S, Richardson G, Vliet DV, Hefford C, Abbott JH. The patient-specific functional scale: psychometrics, clinimetrics, and application as a clinical outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther*. janv 2012;42(1):30-42.
84. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther*. avr 2012;42(4):A1-57.
85. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low Back Pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1 avr 2012;42(4):A1-57.
86. Cook C, Ross MD, Isaacs R, Hegedus E. Investigation of Nonmechanical Findings during Spinal Movement Screening for Identifying and/or Ruling Out Metastatic Cancer. *Pain Practice*. 2012;12(6):426-33.
87. Cleland J, Netter FH, Koppenhaver S. Examen clinique de l'appareil locomoteur: Tests, évaluation et niveaux de preuve [Internet]. Issy-les-Moulineaux, [France: Elsevier Masson;

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK

2012 [cité 13 août 2020]. Disponible sur:

<http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294714276>

88. Suri P, Rainville J, Katz JN, Jouve C, Hartigan C, Limke J, et al. The Accuracy of the Physical Examination for the Diagnosis of Midlumbar and Low Lumbar Nerve Root Impingement. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1 janv 2011;36(1):63-73.
89. Maccauro G, Spinelli MS, Mauro S, Perisano C, Graci C, Rosa MA. Physiopathology of Spine Metastasis. *International Journal of Surgical Oncology*. 10 août 2011;2011:e107969.
90. Downs MB, Laporte C. Conflicting Dermatome Maps: Educational and Clinical Implications. *J Orthop Sports Phys Ther*. juin 2011;41(6):427-34.
91. Webster BS, Cifuentes M. Relationship of early magnetic resonance imaging for work-related acute low back pain with disability and medical utilization outcomes. *J Occup Environ Med*. sept 2010;52(9):900-7.
92. Toye F, Barker K. 'Could I be imagining this?' – the dialectic struggles of people with persistent unexplained back pain. *Disability and Rehabilitation*. janv 2010;32(21):1722-32.
93. Roman M, Brown C, Richardson W, Isaacs R, Howes C, Cook C. The development of a clinical decision making algorithm for detection of osteoporotic vertebral compression fracture or wedge deformity. *J Man Manip Ther*. mars 2010;18(1):44-9.
94. Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*. mars 2010;148(3):398-406.
95. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum*. oct 2009;60(10):3072-80.
96. George SZ, Zeppieri G. Physical Therapy Utilization of Graded Exposure for Patients With Low Back Pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1 juill 2009;39(7):496-505.
97. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating Chronic Back Pain: Time to Back Off? *J Am Board Fam Med*. 2009;22(1):62-8.
98. Battié MC, Videman T, Kaprio J, Gibbons LE, Gill K, Manninen H, et al. The Twin Spine Study: Contributions to a changing view of disc degeneration†. *The Spine Journal*. janv 2009;9(1):47-59.
99. Young Casey C, Greenberg MA, Nicassio PM, Harpin RE, Hubbard D. Transition from acute to chronic pain and disability: a model including cognitive, affective, and trauma factors. *Pain*. janv 2008;134(1-2):69-79.
100. Vogler D, Paillex R, Norberg M, de Goumoëns P, Cabri J. Validation transculturelle de l'Oswestry disability index en français. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 1 juin 2008;51(5):379-85.
101. Leerar PJ, Boissonnault W, Domholdt E, Roddey T. Documentation of Red Flags by Physical Therapists for Patients with Low Back Pain. *J Man Manip Ther*. 2007;15(1):42-9.
102. Verbunt J, Seelen H, Vlaeyen J, Bousema E, van der Heijden G, Heuts P, et al. Pain-Related Factors Contributing to Muscle Inhibition in Patients With Chronic Low Back Pain. *The Clinical journal of pain*. 1 mai 2005;21:232-40.
103. Jarvik JG, Hollingworth W, Heagerty PJ, Haynor DR, Boyko EJ, Deyo RA. Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: clinical and imaging risk factors. *Spine*. 1 juill 2005;30(13):1541-8; discussion 1549.
104. van den Bosch MAAJ, Hollingworth W, Kinmonth AL, Dixon AK. Evidence against the use of lumbar spine radiography for low back pain. *Clinical Radiology*. janv 2004;59(1):69-76.
105. Chaory K, Fayad F, Rannou F, Lefèvre-Colau M-M, Fermanian J, Revel M, et al. Validation of the French Version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. *Spine*. 15 avr 2004;29(8):908-13.
106. Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *PAIN*. avr 2004;108(3):248-57.



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

107. Jarvik JJ, Hollingworth W, Heagerty P, Haynor DR, Deyo RA. The Longitudinal Assessment of Imaging and Disability of the Back (LAIDBack) Study: Baseline Data. *Spine*. mai 2001;26(10):1158-66.
108. Honeyman PT, Jacobs EA. Effects of culture on back pain in Australian aboriginals. *Spine*. 1 avr 1996;21(7):841-3.
109. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*. sept 1987;12(7):632-44.
110. Bogduk N. The Innervation of the Vertebral Column. *Australian Journal of Physiotherapy*. 1985;31(3):89-94.

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK

Lombalgie de l'adulte : drapeaux rouges

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 - La présence d'un drapeau rouge est suffisante pour réorienter le patient vers son médecin traitant. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 02 - Les drapeaux rouges ont une très forte spécificité permettant d'identifier les pathologies sérieuses. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 03 - Le drapeau rouge ayant la plus grande sensibilité est l'antécédent de cancer. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 04 - Un accident de la voie publique associé à une perte de mobilité du rachis justifie la réalisation d'une imagerie. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 05 - Plusieurs drapeaux rouges discordants peuvent justifier une orientation vers le médecin traitant du patient. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 06 - L'absence de drapeaux rouges chez un patient présentant une douleur lombaire nous permet d'éliminer la présence d'une pathologie sérieuse. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 07 - Chez un patient dont la douleur lombaire est améliorée par l'activité physique doit être réorienté vers son médecin traitant. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 08 - L'utilisation des drapeaux rouges n'est pertinente que lors de l'interrogatoire initial du patient : une fois la rééducation débutée, ils n'ont plus d'intérêt. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 09 - Une douleur lombaire associée à une sensation abdominale pulsatile est rassurante et permet au kinésithérapeute de débiter la rééducation. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10 - La prévalence des pathologies sérieuses augmente après 55 ans. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11 - Un patient présentant des douleurs lombaires associées à des difficultés urinaires doit être adressé à son médecin. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12 - Un patient présentant une douleur lombaire matinale nécessitant 15 minutes d'activité pour diminuer doit être adressé à son médecin. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13 - Une patiente qui présente des douleurs lombaires concomitantes avec ses menstruations doit être orientée vers son médecin. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14 - La présence d'ostéoporose ne s'envisage que chez les sujets féminins de plus de 55 ans. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15 - Chez une femme de 70kg, une perte de poids inexpliquée de 5kg doit inciter le kinésithérapeute à l'orienter vers son médecin. | ☐ | ☐ | ☐ |