



HAL
open science

Interventions sur les facteurs de risque psychosociaux dans la lombalgie aiguë ou subaiguë en soins primaires : revue de littérature

Anne-Sophie Gobin-Tempereau, Aline Ramond-Roquin, Céline Bouton,
Damien Denes, Isabelle Richard, Jean-François Huez

► To cite this version:

Anne-Sophie Gobin-Tempereau, Aline Ramond-Roquin, Céline Bouton, Damien Denes, Isabelle Richard, et al.. Interventions sur les facteurs de risque psychosociaux dans la lombalgie aiguë ou subaiguë en soins primaires : revue de littérature. *Exercer*, 2012, pp.203 - 209. hal-03390052

HAL Id: hal-03390052

<https://hal.univ-angers.fr/hal-03390052>

Submitted on 21 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Interventions sur les facteurs de risque psychosociaux dans la lombalgie aiguë ou subaiguë en soins primaires : revue de littérature

Interventions on psychosocial risk factors in acute or subacute low back pain in primary care: a review

Anne-Sophie Tempereau-Gobin¹, Aline Ramond-Roquin^{1,2}, Céline Bouton^{1,2}, Damien Denes³, Isabelle Richard^{2,4}, Jean-François Huez^{1,2}

exercer 2012;104:203-9.

anne-sophie.gob@voila.fr

Background. *Chronic low back pain is a frequent problem in general practice. Psychosocial factors are involved in the transition from acute to chronic low back pain.*

The aim of this review was to identify and to describe the trials dealing with interventions on psychosocial factors in (sub)acute low back pain in primary care, and to analyze their effectiveness.

Methods. *A systematic review was undertaken through the main biomedical databases and relevant papers were selected. The characteristics of the interventions were described, and the main results analyzed.*

Results. *Out of the 513 studies identified, 10 were selected. All the interventions included an educational approach, often based on a booklet: the Back Book²¹. Some assessed additional cognitive-behavioral therapies. Another one was mainly centered on the workplace. In these articles, the description of the interventions and the underlying theories was often insufficient. The impact on the prognosis of the patients was modest.*

Conclusion. *Current guidelines on the management of (sub)acute low back pain in primary care have not yet integrated the results of these studies, but this review provides few arguments to promote the implementation of the interventions identified. More individualized interventions might be another way to improve the prognosis of patients with psychosocial risk factors.*

1. Département de médecine générale, UFR Angers
2. Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail, UFR Angers
3. Département de psychiatrie-psychologie médicale, CHU d'Angers
4. Centre régional de rééducation et réadaptation fonctionnelle, Angers

Mots-clés

Lombalgie

Soins de santé primaires

Facteurs psychosociaux

Revue de la littérature

Key words

Low back pain

Primary health care

Psychosocial factors

Review (publication type)

Introduction

La lombalgie est un problème récurrent en médecine générale. En 2003, plus de la moitié des Français de 30 à 64 ans déclaraient avoir eu mal dans le bas du dos dans les 12 mois passés¹. La lombalgie est au 8^e rang des résultats de consultation en médecine générale². Elle génère douleur et incapacité pour les patients et induit des coûts importants pour la société. En France, elle représente un des premiers motifs d'indemnisation professionnelle³.

La lombalgie est dite aiguë lorsqu'elle évolue depuis moins de quatre semaines, subaiguë entre quatre et douze semaines, et chronique en cas de durée supérieure à trois mois⁴.

Depuis plusieurs dizaines d'années, la prévalence de la lombalgie n'a pas diminué malgré les efforts d'abord

centrés sur la prévention primaire et sur le traitement des lombalgies chroniques⁵⁻⁸. Les recherches se sont alors orientées vers l'identification de facteurs de risque de passage à la chronicité. En particulier, des facteurs dits psychosociaux (psychologiques, cognitifs, familiaux, professionnels, sociaux) ont fait l'objet d'un intérêt croissant, de nombreux travaux ayant établi leur valeur prédictive sur l'évolution d'une lombalgie aiguë ou subaiguë⁹. Intervenir précocement sur ces facteurs pourrait ainsi limiter le risque de transformation en lombalgie chronique.

Les professionnels de soins primaires sont les soignants consultés en première intention lors d'une lombalgie aiguë et les mieux à même de prendre en compte ces facteurs psychosociaux¹⁰. Il semble pourtant difficile pour eux d'identifier et surtout d'intervenir sur ces

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.



facteurs, notamment du fait du manque de recommandations claires pour la pratique. L'objectif principal de cette revue de littérature était d'identifier et de décrire les études concernant des interventions sur les facteurs psychosociaux dans la lombalgie (sub)aiguë en soins primaires. L'objectif secondaire était d'évaluer l'efficacité de ces interventions.

Méthodes

Identification et sélection des études

Une recherche systématique a été effectuée par le premier auteur dans *Medline*, *Psycinfo*, *Francis*, *Web of Sciences* et *The Cochrane Library* jusqu'en mai 2011. Pour *Medline*, l'équation de recherche utilisée était : « *Low back pain* »[Mesh Terms] AND (« *primary health care* »[Mesh Terms] OR « *general practice* »[Mesh Terms] OR « *general practitioner* »[Mesh Terms]).

Pour les autres bases de données, les équations de recherche sont disponibles sur demande à l'auteur. Les références bibliographiques des articles identifiés ont également été explorés.

Les critères d'inclusion pour les études étaient : soins primaires, population adulte (âge supérieur à 18 ans), lombalgie non spécifique aiguë ou subaiguë, intervention sur les facteurs psychosociaux, suivi d'au moins 3 mois, critères de jugement centrés sur le patient. Les critères d'exclusion étaient : population spécifique (limitée par exemple à un genre, une profession, une catégorie d'âge), article non disponible en français ou en anglais.

Traitement des données

Description du schéma des études

Le lieu, la date de parution, l'effectif, la durée de l'étude, et les critères de jugement ont été relevés.

Analyse détaillée des interventions

Le type, le contenu et les modalités des interventions ont été décrits, ainsi que les intervenants impliqués, la présence éventuelle d'un groupe témoin et le caractère randomisé ou non de l'étude.

Analyse de l'efficacité des interventions

Pour chaque étude et chaque critère de jugement, les différences d'évolution entre les groupes ont été recueillies sous forme binaire (différence statistiquement significative ou non).

Ces trois étapes de traitement des données ont été effectuées indépendamment par les deux premiers auteurs. En cas de discordance, les résultats ont été discutés jusqu'à obtention d'un consensus.

Résultats

Sélection et schémas des études

826 références ont été identifiées, dont 313 doublons. Après sélection, 10 articles ont été retenus (figure 1). Les 10 études ont été publiées entre 1999 et 2010 et se déroulaient en Europe^{11-13,17-19}, aux États-Unis^{14,15,20} et en Australie¹⁶. La plupart de ces études reposaient sur des cohortes de 100 à 400 patients. La durée de suivi était de 12 mois pour 7 études. Une majorité des études jugeait l'évolution des patients en termes de douleur, d'incapacité et/ou d'arrêt de travail. La moitié d'entre elles l'évaluait en termes de qualité de vie.

Description des interventions

Types d'intervention

Cinq études traitaient d'interventions uniquement éducationnelles^{11,15,16,18,19}. Quatre autres associaient une thérapie cognitivo-comportementale à l'approche éducationnelle^{12,14,17,20}. Enfin, une étude combinait éducation et coordination sur le lieu de travail¹³.

Interventions éducationnelles

Pour 4 des études uniquement éducationnelles, le *Back Book*²¹ servait d'ouvrage éducatif de référence^{11,15,16,19}. L'intervention de la 5^e étude purement éducationnelle reposait sur des explications sur la douleur, les croyances, les stratégies d'adaptation, l'encouragement et des exercices physiques¹⁸.

Pour la partie éducationnelle des 5 études mixtes^{12-14,17,20}, une seule étude utilisait le *Back Book*²¹. Les 4 autres utilisaient des supports éducatifs qui n'étaient ni décrits ni explicitement nommés.

Interventions à orientation cognitivo-comportementale

Une étude décrivait une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en groupes de 6 à 10 personnes, en 6 séances hebdomadaires¹². Chaque séance abordait un sujet spécifique (causes et stratégies à adopter face à la douleur, prévention de la chronicité, contrôle du stress, etc.), selon un protocole préétabli.

Dans une autre étude, la TCC en séances de groupe hebdomadaires était moins protocolisée¹⁴. Elle visait le changement des comportements, l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle et la réduction des pensées négatives. Un renforcement positif personnalisé par téléphone y était associé.

Une troisième étude comparait 2 TCC de 6 à 9 séances en groupe, associées à de la kinésithérapie²⁰. Dans un bras, la TCC était centrée sur la gestion du stress, les stratégies d'adaptation et les techniques de distraction.

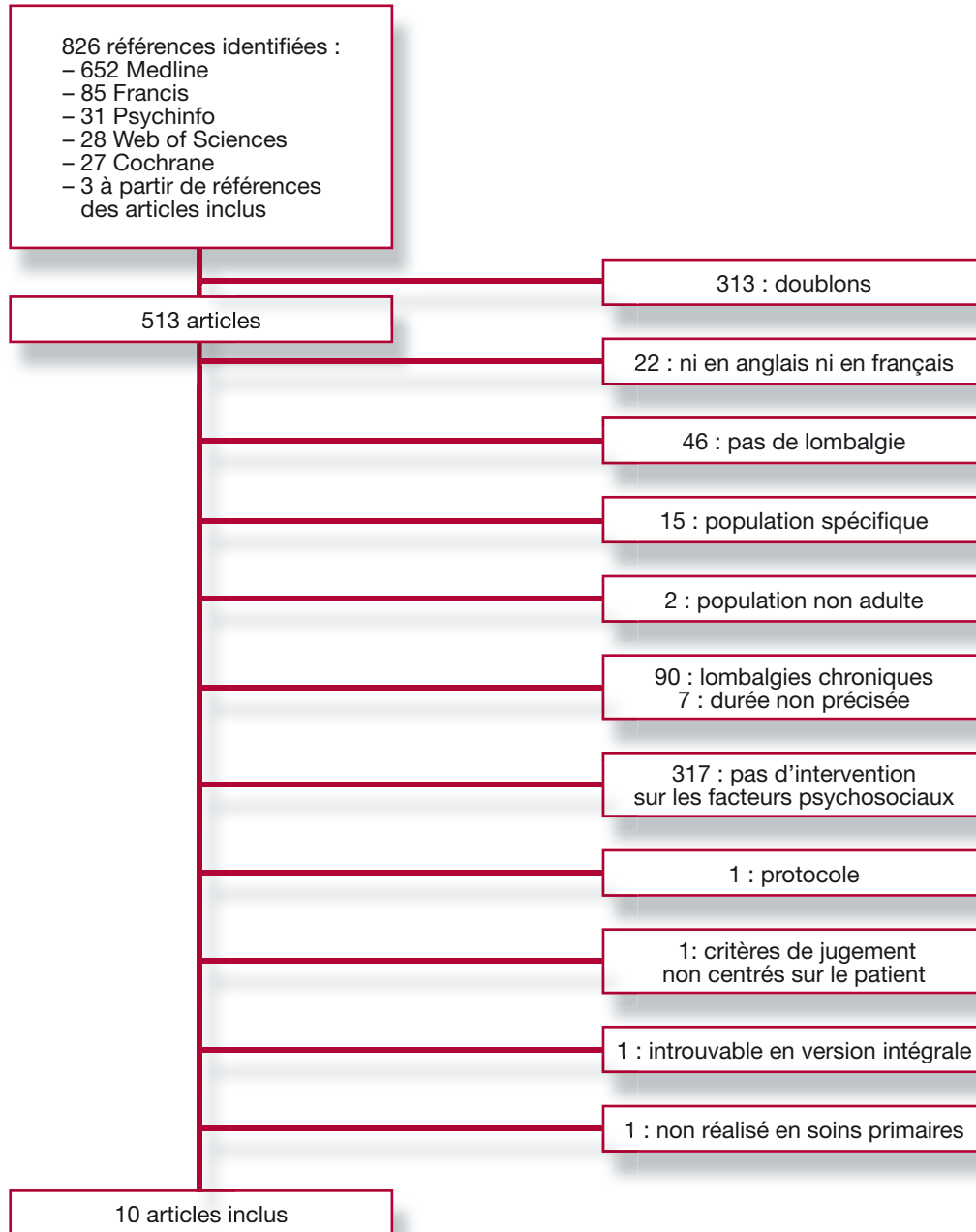


Figure 1. Diagramme de flux de la sélection des articles

La TCC dans l'autre bras était orientée sur le retour au travail avec des modifications d'horaires et d'ergonomie du poste.

Enfin, une étude évaluait une intervention à orientation cognitivo-comportementale individuelle menée par des médecins généralistes durant une consultation de 20 minutes¹⁷. Après l'exploration de certains facteurs de risque psychosociaux (représentations, croyances, comportements vis-à-vis de la douleur, réactions de

l'entourage, conflit professionnel), le médecin délivrait au patient des informations (causes et évolution de la douleur, possibilités de traitement) adaptées à ses connaissances et croyances et lui donnait le *Back Book*²¹. Des objectifs fonctionnels, professionnels et thérapeutiques étaient établis conjointement par le patient et son médecin. Si des facteurs de risque psychosociaux étaient identifiés, une consultation ultérieure était proposée.



© animgoerlin - Fotolia.com

Intervention centrée sur le milieu du travail

Une seule étude associait des soins coordonnés entre médecin généraliste et kinésithérapeute à une visite sur le lieu de travail avec rencontre entre patient, médecin du travail, médecin généraliste, kinésithérapeute et employeur¹³. L'objectif était de s'assurer que le patient avait bien intégré les informations sur l'utilisation de son dos au travail et de favoriser la coopération entre salarié, employeur et équipe de santé au travail.

Toutes les interventions éducationnelles étaient individuelles, alors que la majorité des interventions à orientation cognitivo-comportementale se déroulait lors de séances collectives.

Intervenants

Pour 3 des 5 études uniquement éducationnelles, il n'était pas précisé qui délivrait le support éducatif^{15,16,19}. Dans la quatrième, la brochure était donnée par le médecin habituel¹¹. Dans la cinquième étude, l'intervention était menée par des kinésithérapeutes spécifiquement formés¹⁸.

Pour la partie éducationnelle des interventions mixtes, 3 articles ne précisait pas qui délivrait le matériel éducatif^{12,14,20}, alors que les soignants habituels étaient impliqués dans les 2 autres études^{13,17}.

Pour 2 des 3 études évaluant des interventions à orientation cognitivo-comportementale en groupe, les intervenants étaient des comportementalistes (sans précision sur leur profession)^{12,20}, ou, pour les séances

orientées vers le retour au travail, des médecins du travail formés²⁰. Pour la troisième étude, les intervenants n'étaient pas décrits¹⁴.

Pour l'intervention à orientation cognitivo-comportementale individuelle, les intervenants étaient des médecins généralistes formés à cette approche¹⁷.

Pour l'intervention centrée sur le milieu du travail, des médecins du travail coordonnaient la visite¹³.

Groupe témoin

Trois des 10 études comparaient 2 ou 3 groupes interventionnels sans groupe témoin^{12,16,18}. Les 7 autres étaient des essais comparatifs^{11,13-15,17,19,20}. Les patients des groupes témoins recevaient des soins « usuels » dont aucun article ne décrivait le contenu.

Randomisation

Neuf études étaient randomisées. L'une d'entre elles était randomisée en grappes, l'unité de randomisation étant le cabinet médical (correspondant à un ou plusieurs médecins)¹⁷. Deux autres utilisaient une randomisation stratifiée, par âge et genre pour l'une¹³, par praticien pour l'autre¹⁵.

La dixième étude était un essai contrôlé, avec un schéma quasi expérimental de type « ici/ailleurs » et une stratification géographique¹⁹.

Analyse de l'efficacité des interventions

L'efficacité des interventions psychosociales n'a pu être analysée que pour 9 études. Dans la dixième, les deux interventions ne différaient que par leur volet kinésithérapeutique¹⁶.

Trois études ont comparé 3 groupes de patients. Pour celle de Linton, l'efficacité de la TCC a été comparée à chacune des 2 autres interventions (éducationnelles)¹², avec des résultats similaires. Dans l'étude de Karjalainen, deux interventions d'intérêt étaient comparées à une intervention témoin, avec des résultats légèrement différents¹³. Enfin, l'étude de Whitfill a comparé 2 interventions différentes à une intervention témoin, mais aucun résultat conforme au protocole annoncé n'était fourni dans l'article²⁰.

La non-présentation des résultats pour certaines analyses prévues par le protocole des études a parfois limité l'évaluation de certaines interventions.

Globalement, il y avait peu de différences d'évolution statistiquement significatives entre les groupes comparés, pour la plupart des critères de jugement étudiés. Aucune étude n'a montré d'effet d'une intervention sur l'évolution des patients en termes de douleur ou d'incapacité.

Certaines interventions éducationnelles ont eu un effet sur les croyances et la satisfaction du patient. Pour les interventions à orientation cognitivo-comportementale, les bénéfiques étaient inconstants : jamais plus d'une étude n'a retrouvé d'impact significatif sur un même critère.



Discussion

Principaux résultats

Malgré une littérature abondante concernant la lombalgie, les travaux concernant les interventions sur les facteurs psychosociaux dans la lombalgie (sub)aiguë en soins primaires sont peu nombreux. L'intérêt pour ce sujet semble récent, la plus ancienne des études de cette revue ayant été publiée en 1999¹¹. Le développement relativement récent de la recherche en médecine générale pourrait en partie expliquer ce constat.

La majorité des études identifiées traitait d'interventions éducationnelles, fondée principalement sur le *Back Book*²¹. Cette brochure, destinée au patient lombalgique, a initialement été publiée par une équipe de kinésithérapeutes anglais en 1996. Elle prône une approche active de la lombalgie contrairement à l'approche antérieure qui préconisait le repos. Des explications y sont données sur les causes et l'évolution habituelle de la lombalgie, ainsi que des encouragements à rester actif et des conseils pour faire face à la douleur. La place de l'anxiété et du stress y est discutée, et une technique de relaxation proposée.

Les autres interventions évaluées étaient fondées sur une approche cognitivo-comportementale. La TCC est une approche réputée applicable à une symptomatologie chronique. Certains mécanismes individuels et environnementaux à l'origine de réactions cognitivo-comportementales néfastes ne se mettent en place que lorsque la douleur persiste. À la phase (sub)aiguë d'une lombalgie, ces mécanismes ne sont pas encore présents. Pourtant, dans cette revue, certaines interventions utilisaient des techniques dérivées des TCC. Ainsi, l'évaluation de la douleur comportait une analyse fonctionnelle comportementale, qui explore les représentations du patient, les déterminants des comportements et les enjeux personnels potentiellement impliqués. Parmi les méthodes thérapeutiques figuraient la relaxation, le contrôle de la douleur par les distractions imaginatives et la reconceptualisation. Cet élément essentiel servait ensuite de base aux messages éducatifs, permettant au patient de trouver lui-même des solutions à ses problèmes, tout en recherchant une implication de son entourage²².

Des lacunes dans la description des interventions et des intervenants impliqués étaient fréquentes dans les articles. Par ailleurs, les éléments théoriques sur lesquels se fondaient ces interventions manquaient souvent.

Dans la majorité des études, le bénéfice des interventions était nul ou très modeste, et souvent cliniquement non pertinent. Néanmoins, un écart potentiellement important entre le protocole et l'intervention réellement délivrée pourrait en partie expliquer certains résultats négatifs. En effet, les interventions testées, notamment

celles à orientation cognitivo-comportementale, étaient intervenant-dépendantes et requéraient souvent une participation volontaire et active du patient, éléments rarement évalués dans les travaux publiés.

Forces et faiblesses de l'étude

Aucune autre revue de littérature fondée sur les interventions sur les facteurs psychosociaux dans la lombalgie (sub)aiguë en soins primaires n'a été retrouvée.

Pour les bases de données explorées, cette revue a été exhaustive, mis à part les articles non disponibles en anglais ou en français, et un document dont la version intégrale n'a pas pu être récupérée malgré les sollicitations auprès de différentes bibliothèques universitaires²³. Les bases de données Embase et Pascal, classiques dans le champ biomédical, n'ont pas pu être consultées du fait de leur coût d'accès. En revanche, les bases Psycinfo et Francis ont été jugées pertinentes pour cette thématique de recherche à orientation psychosociale, et explorées.

La conduite de cette revue et la rédaction de l'article suivent en grande partie les recommandations PRISMA²⁴, à l'exception principale de l'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses. Cette étape permet d'éliminer certains travaux de qualité discutable, comportant un risque de biais. Néanmoins, l'objectif principal de ce travail était de réaliser un état des lieux descriptif des différents types d'interventions orientées vers les facteurs psychosociaux dans la lombalgie (sub)aiguë en soins primaires ayant fait l'objet d'une publication. La qualité méthodologique des essais n'était donc pas un critère pertinent pour retenir ou non les études, l'objectif étant d'être le plus exhaustif possible.

Concernant le traitement des données, la description des interventions dans les articles publiés était souvent incomplète. Contacter les auteurs des articles aurait peut-être permis de combler ces lacunes. L'analyse de l'efficacité des interventions, objectif secondaire de cette étude, est succincte. Néanmoins, la faible proportion de résultats significatifs en faveur des interventions testées permet de considérer que leur impact sur le pronostic des patients est au mieux modeste. Enfin, l'hétérogénéité majeure dans les critères de jugement, les outils d'évaluation de ces critères, les schémas des études et les méthodes statistiques utilisées dans les différents articles ont empêché toute tentative de méta-analyse.

Comparaison avec la littérature

Les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) de 2000 sont antérieures à la majorité des études considérées²⁵. Il y est indiqué que « L'école du dos, éducation de courte durée en petit groupe, n'a pas d'intérêt dans la lombalgie aiguë ».



Dans les recommandations européennes de 2004, seules une éducation adéquate et la réassurance du patient sont recommandées à la phase aiguë. Les écoles du dos, des thérapies comportementales et des programmes d'intervention multidisciplinaire ne font pas partie des prises en charge recommandées²⁶.

Une revue Cochrane publiée en 2010 concernait les interventions éducationnelles dans la lombalgie, quelle qu'en soit la durée, sans limitation aux soins primaires²⁷. Elle concluait que certaines interventions éducationnelles favorisaient le retour au travail dans la lombalgie subaiguë.

Perspectives pour la recherche

Il serait intéressant de proposer des interventions stratifiées selon le niveau de risque. Ainsi, dans une étude récente, les patients lombalgiques ont été classés à bas, moyen ou haut risque de chronicité, pour leur proposer une stratégie thérapeutique adaptée au niveau de risque (kinésithérapie d'intensité croissante), qui s'est avérée efficiente²⁸.

Par ailleurs, certains auteurs préconisent une approche plus individuelle de type psychothérapique pour ces patients. Quand le symptôme se prolonge en l'absence de pathologie organique, la plainte entre dans la caté-

gorie des « symptômes médicalement inexplicables », et l'origine psychique est suspectée²⁹⁻³¹. Cette approche mériterait d'être évaluée.

Conclusion

Les interventions sur les facteurs psychosociaux dans la lombalgie (sub)aiguë en soins primaires ont fait l'objet d'un nombre limité de publications, qui concernent principalement des approches éducationnelles et à orientation cognitivo-comportementale. Elles n'ont montré qu'un impact modeste sur l'évolution des patients. L'intérêt de l'exploration des facteurs de risque psychosociaux de passage à la chronicité, à l'échelle de l'individu, est largement admis. Néanmoins, les modalités optimales d'intervention sur ces facteurs restent indéterminées. Leur exploration systématique, suivie d'une information adaptée et individualisée, en fixant des objectifs spécifiques au contexte, et une éventuelle consultation ultérieure si le risque de chronicité est jugé élevé, n'ont pas montré d'impact sur le pronostic des patients.

Les différentes recommandations actuelles ne préconisent pas d'intervention systématique sur les facteurs psychosociaux dans la lombalgie (sub)aiguë en soins primaires. Cette revue ne fournit pas d'argument pour modifier ces recommandations.

Résumé

Contexte. La lombalgie chronique est un problème récurrent en médecine générale. Des facteurs psychosociaux semblent impliqués dans le passage à la chronicité. L'objectif principal de cette revue était d'identifier et de décrire les études traitant d'interventions sur des facteurs psychosociaux dans la lombalgie (sub)aiguë en soins primaires. L'objectif secondaire était d'en analyser l'efficacité.

Méthode. Une recherche systématique a été réalisée dans les principales bases de données biomédicales, et les articles pertinents ont été sélectionnés. Les caractéristiques des interventions ont été décrites, et les principaux résultats analysés.

Résultats. Parmi les 513 études identifiées, 10 ont été retenues. Toutes les interventions comprenaient une part éducationnelle, surtout fondée sur une brochure : le « Back Book ». Certaines reposaient, en plus, sur une thérapie à orientation cognitivo-comportementale. Une autre était centrée sur la coordination en milieu de travail. Dans ces articles, la description des interventions et de la théorie sous-jacente était souvent insuffisante. Leur impact était modeste sur le pronostic des patients.

Conclusion. Les recommandations actuelles sur la prise en charge de la lombalgie (sub)aiguë en soins primaires n'intègrent pas encore les résultats de ces études, mais cette revue apporte peu d'arguments pour les modifier en faveur des interventions identifiées. Des interventions plus individualisées pourraient être une autre voie pour améliorer le pronostic des patients ayant des facteurs de risque psychosociaux.

Références

1. Gourmelen J, Chastang J, Ozguler A, Lanoe J, Ravaud J, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Ann Readapt Med Phys* 2007;50:640-4.
2. Société française de médecine générale. Observatoire de la médecine générale. <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php?sid=a0c9c811b69e3877d8168b3566>.
3. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Risque AT 2010 : statistiques de sinistralité tous CTN et par CTN. Paris : CNAM, 2011. Disponible sur http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/RisqueAT2010-Tous%20CTN.pdf.
4. Valat JP, Rozenberg S, Bellaïche L. Lombalgie. Critères cliniques et d'imagerie. *Revue du rhumatisme monographies* 2010;2:158-66.



5. Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A. Epidemiology of low back pain: what's new? *Joint Bone Spine* 2009;6:608-13.
6. Fanello S, Jousset N, Roquelaure Y, Chotard-Frampas V, Delbos V. Evaluation of a training program for the prevention of lower back pain among hospital employees. *Nurs Health Sci* 2002;4:51-4.
7. Bontoux L, Roquelaure Y, Billabert C, et al. Étude du devenir à un an de lombalgies chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique. Recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. *Ann Readapt Med Phys* 2004;47:563-72.
8. Roche G, Ponthieux A, Parot-Shinkel E, et al. Comparison of a Functional Restoration Program With Active Individual Physical Therapy for Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:1229-35.
9. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002;27:E109-20.
10. World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians. The European definition of general practice/family medicine. *Wonca*, 2005.
11. Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)* 1999;24:2484-91.
12. Linton SJ, Andersson T. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:2825-31.
13. Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T, et al. Mini-intervention for subacute low back pain: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28:533-40.
14. Damush TM, Weinberger M, Perkins SM, et al. The long-term effects of a self-management program for inner-city primary care patients with acute low back pain. *Arch Intern Med* 2003;163:2632-8.
15. George SZ, Fritz JM, Bialosky JE, Donald DA. The effect of a fear-avoidance-based physical therapy intervention for patients with acute low back pain: results of a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28:2551-60.
16. Wand BM, Bird C, McAuley JH, Doré CJ, MacDowell M, De Souza LH. Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004;29:2350-6.
17. Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Twisk JW, Stalman WA, Bouter LM. Should treatment of (sub)acute low back pain be aimed at psychosocial prognostic factors? Cluster randomized clinical trial in general practice. *BMJ* 2005;331:84.
18. Hay EM, Mullis R, Lewis M, et al. Comparison of physical treatments versus a brief pain-management programme for back pain in primary care: a randomised clinical trial in physiotherapy practice. *Lancet* 2005;365:2024-30.
19. Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, et al. Effect of a Simple Information Booklet on Pain Persistence after an Acute Episode of Low Back Pain: A Non-Randomized Trial in a Primary Care Setting. *PLoS One* 2007;2:E706.
20. Whitfill T, Haggard R, Bierner SM, Pransky G, Hassett RG, Gatchel RJ. Early Intervention Options for Acute Low Back Pain Patients: A Randomized Clinical Trial with One-Year Follow-Up Outcomes. *J Occup Rehabil* 2010;20:256-63.
21. Roland M, Waddell G, Klaber Moffett J, Burton K, Main C. *The Back Book* 3rd ed. Norwich: The Stationery Office, 2010.
22. Moulin JF, Boureau F, Ferreri M. La prise en charge de la douleur par la médecine comportementale, chapitre 20 In : Samuel-Lajeunesse et al. eds., *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. 2e éd. Paris : Dunod 2004, 320-30.
23. Thomas C. Psychoeducational dvd intervention for acute low back pain. Dissertation abstracts international. Section B: The sciences and engineering 2010;9B:161p.
24. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Ann Intern Med* 2009;4:264-9.
25. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution, texte des recommandations*. Paris : Anaes, 2000.
26. The working group on guidelines for prevention in low back pain. *European guidelines for prevention in low back pain*. Cost B13, 2004.
27. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD004057. DOI: 10.1002/14651858.CD004057.pub3.
28. Hill JC, Whitehurst D, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STaRT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378:1560-71.
29. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004;328:1057-61.
30. Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011;28:444-55.
31. Martin-Mattera P, Ly-Thanh-Huê, Garnier F, Huez J-F, Benoist V. Les lombalgies chroniques: symptôme ou pas symptôme ? *L'Évolution psychiatrique* 2010;75:607-20.