

Cet outil permettra au clinicien de reconnaître les douleurs lombaires de nature mécanique courantes et de dépister d'autres affections qui nécessitent une prise en charge pouvant comprendre des examens, la consultation de spécialistes ou la prise de médicaments particuliers. Il s'agit d'un examen ciblé pour la prise de décisions cliniques en contexte de soins primaires.

Survol de l'outil d'examen clinique du dos

Chaque section de cet outil comporte des messages importants à l'intention de votre patient. Ils sont assortis du symbole de clé (🔑).



Section A : Anamnèse

- L'anamnèse du patient permet de mettre en évidence :
 - Une douleur prédominante au dos ou à la jambe
 - Une douleur intermittente ou constante
 - Un mouvement qui accentue la douleur
 - Une douleur de nature mécanique ou non
 - Un signal d'alert (drapeau rouge 🚩 ou drapeau jaune 🚩)



Drapeaux rouges

- NIFTI : acronyme facilitant la mémorisation des signaux d'alerte (voir tableau ci-bas)
- Les drapeaux rouges indiquent la présence potentielle d'une pathologie grave
- S'il a les symptômes d'un syndrome de la queue de cheval, le patient doit immédiatement être dirigé en chirurgie



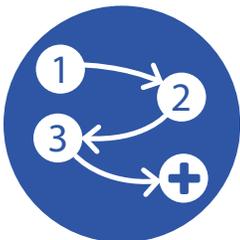
Drapeaux jaunes

- Les drapeaux jaunes indiquent des facteurs de risque psychosociaux d'évolution vers une chronicité
- Ces signaux peuvent être décelés durant n'importe quelle consultation
- Si la douleur est importante, le patient pourrait avoir besoin d'une thérapie cognitive et comportementale ou de psychoéducation individuelle



Section B : Examen physique

- L'examen confirme ou réfute le modèle de douleur lombaire révélé à l'anamnèse
- S'il s'agit d'une douleur irradiant à la jambe, l'examen neurologique ne révèle pas d'anomalie
- S'il s'agit d'une douleur radiculaire (neuropathique), la manœuvre de Lasègue est positive avec reproduction de douleur à la jambe et parfois des signes d'atteinte neurologique
- L'interprétation de l'amplitude des mouvements doit tenir compte de la douleur déclenchée par les mouvements de flexion et d'extension



Section C : Prise en charge initiale

- Exemples d'objectifs : « réduire la douleur » et « accroître le niveau d'activité » du patient
- Recommandation d'exercices légers répétés régulièrement
- L'autogestion repose sur des objectifs que se donne le patient en vue de modifier ses habitudes (plus d'exercice, respect des ordonnances ou adaptation de l'activité)
- Rappel : les positions et les exercices favorisant le rétablissement peuvent être adaptés à chaque patient. Cette section sert de point de départ et propose des liens vers des ressources complémentaires



Section D : Consultation (au besoin)

- À la lumière de vos observations, vous pourrez orienter le patient :
 - en réadaptation
 - en chirurgie
 - vers un ou des spécialistes
 - vers des examens d'imagerie ou de laboratoire

Ressources complémentaires

Les ressources proposées ci-dessous sont toutes accessibles à partir du site cep.health/clinical-products/low-back-pain (la plupart sont en anglais seulement).

Outils complémentaires à l'intention des fournisseurs

[Liste de ressources d'information destinées au patient²](#)

[Outil Keele StarT Back⁴](#)

Outils complémentaires

[Formulaire de prescription d'un changement d'opioïde⁸](#)

Outils complémentaires à l'intention des patients

[Votre dos vous fait mal...¹¹](#)

[Les examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos : à quel moment devez-vous passer ces examens?¹⁴](#)

[Vidéo du Dr Mike Evans sur l'autogestion de la lombalgie¹⁵](#)

Section A : Anamnèse

Utilisez les 6 questions suivantes pour évaluer l'histoire du patient.

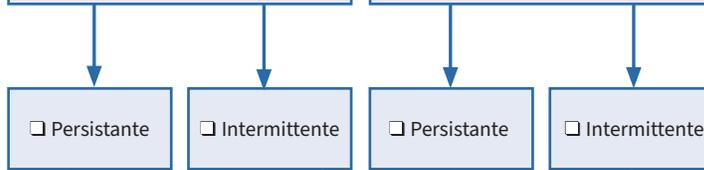
Question 1 :

À quel endroit la douleur est-elle prédominante?¹⁶



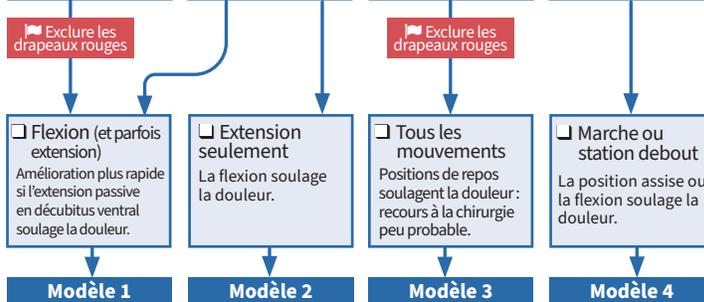
Question 2 :

Votre douleur est-elle persistante ou intermittente?¹⁶



Question 3 :

Y a-t-il des mouvements qui accentuent votre douleur?¹⁶



Si la douleur du patient ne correspond à aucun modèle, il s'agit d'une **lombalgie non mécanique**

Question 4 :

Y a-t-il un mouvement que vous **NE** pouvez **PLUS** faire en raison de votre lombalgie?¹⁶

Non Oui → **Exclure les drapeaux jaunes**

Quel est ce mouvement? _____

Parce qu'il cause une douleur? Au dos ou à la fesse A la jambe

Comparez avec la réponse reçue à la question 1.

Question 5 :

Avez-vous eu des épisodes inattendus d'incontinence d'urine ou de selles depuis le début de cet épisode de douleur lombaire?¹⁶

Non Oui → **Exclure le syndrome de la queue de cheval**

Question 6 :

(Si la douleur est apparue avant 45 ans) Souffrez-vous de raideurs matinales au dos qui durent plus de 30 minutes?¹⁷

Non Oui → **Effectuer un dépistage de l'arthrite inflammatoire**¹⁸

Nom du patient : _____

No de dossier : _____

Date de naissance : _____

Date de la consultation : _____

Drapeaux rouges (cocher en cas de présence)

L'acronyme NIFTI vous aidera à mémoriser les signaux d'alerte.^{21, 22, 42, 43}

Signal	Intervention
<input type="checkbox"/> N europathique : perte sensitivomotrice diffuse, déficits neurologiques évolutifs, syndrome de la queue de cheval	IRM d'urgence
<input type="checkbox"/> I nfection : fièvre, utilisation de drogues par voie intraveineuse, immunosuppression	Radiographie et IRM
<input type="checkbox"/> F racture : traumatisme, risque d'ostéoporose, fracture de fragilisation	Radiographie et possiblement tomodensitométrie
<input type="checkbox"/> T umeur : antécédents de cancer, perte de poids inexpliquée, douleur nocturne importante et inattendue, fatigue extrême	Radiographie et IRM
<input type="checkbox"/> I nflammation : lombalgie chronique depuis plus de 3 mois, apparition avant 45 ans, raideurs matinales de plus de 30 minutes, douleur soulagée par l'exercice, douleur beaucoup plus intense la nuit	Consultation d'un rhumatologue et application des recommandations

Le syndrome aigu de la queue de cheval est une urgence chirurgicale.²³

Les symptômes sont les suivants :

- Rétention urinaire suivie d'incontinence par trop-plein
- Incontinence fécale passive (non ressentie)
- Déficit sensitif dans la région du périnée (anesthésie en selle)
- Aucun drapeau rouge** → Poursuivre l'examen des antécédents

1 Les examens d'imagerie comme les radiographies, les tomodensitométries et les IRM n'aident pas au rétablissement et ne sont pas utiles dans le traitement des lombalgies aiguës ou récurrentes,

2 Votre examen d'aujourd'hui ne révèle aucun signe de maladie grave. Toutefois, si vos symptômes persistent pendant plus de six semaines,

Section B : Examen physique¹⁹

REMARQUE : L'examen doit comporter au minimum les étapes indiquées en vert.

	Autres observations	Anormal	
		Côté gauche	Côté droit
Démarche	Marche sur les talons (L4, L5) Marche sur la pointe des pieds (S1)		
Position debout	Mobilité en flexion Mobilité en extension Épreuve de Trendelenburg (L5) Élévations répétées sur la pointe des pieds (S1)		
Position assise	Réflexe rotulien (L3, L4) Force du quadriceps (L3, L4) Force de dorsiflexion de la cheville (L4, L5) Force d'extension du gros orteil (L5) Force de flexion du gros orteil (S1) Réflexe plantaire (pour exclure une lésion du motoneurone supérieur)		
Position à genoux	Réflexe achilléen (S1)		
Position couchée	Décubitus dorsal Élévation passive de la jambe tendue (manœuvre de Lasègue) Amplitude passive de la hanche Décubitus ventral Étiement du nerf fémoral (L3, L4) Force du grand fessier (S1) Test de sensibilité de la région périnéale (S2, S3, S4) Extension passive du dos (le patient utilise ses bras pour soulever le haut de son corps)		

Drapeaux jaunes^{21, 22, 24}

Facteurs de risque psychosociaux d'évolution vers une chronicité

Si la lombalgie persiste depuis plus de six semaines ou ne répond pas au traitement, songez à poser les questions suivantes.

Question	Éléments de réponse révélateur
« Pensez-vous que votre douleur va disparaître ou qu'elle va s'aggraver? »	Crainte que la lombalgie représente un danger ou qu'elle devienne très invalidante
« Pensez-vous que la pratique d'activité physique vous ferait du bien? »	Peur ou évitement de l'activité et du mouvement
« Comment est votre moral, avec ce mal de dos? »	Moral plutôt bas et tendance au retrait social
« Selon vous, quels traitements ou activités vous aideraient à vous rétablir? »	S'attend à recevoir des soins et ne croit pas que sa participation active au traitement peut l'aider

Le patient qui présente l'un ou l'autre de ces signes a besoin d'être renseigné et rassuré pour réduire le risque de chronicité. Si les signes persistent, tournez-vous vers d'autres ressources comme l'outil Keele StarT Back⁴; le questionnaire d'évaluation de la dépression et de l'anxiété (PHQ-4) en anglais seulement²⁵

Aucun drapeau jaune → Poursuivre l'examen des antécédents

3 Si vous êtes triste ou anxieux, cela peut être lié à votre état et peut avoir des répercussions sur votre rétablissement. Dans ce cas, prenez un rendez-vous de suivi.

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Lombalgie non mécanique
Appellation courant ²⁷	Douleur d'origine discale	Douleur d'origine facettaire	Sciatalgie par compression	Sténose spinale (claudication neurogène)	<input type="checkbox"/> Douleur non liée au rachis
Médicament ^{5,6,7}	<input type="checkbox"/> Acétaminophène <input type="checkbox"/> AINS	<input type="checkbox"/> Acétaminophène <input type="checkbox"/> AINS	<input type="checkbox"/> Recours possible aux opioïdes si analgésiques de 1 ^{re} intention insuffisants	<input type="checkbox"/> Acétaminophène <input type="checkbox"/> AINS	Rechercher d'autres étiologies avant de prescrire des analgésiques
Positions favorisant le rétablissements ²⁸					Songer à une douleur irradiée d'origine viscérale (rein, utérus, intestin, ovaire)
Exercices de départ ²⁹	En décubitus ventral, extension passive du dos répétée (hanches au sol, bras en extension) : 10 répét., 3 fois par jour.	En position assise sur une chaise, flexion du tronc avec étirement, puis redressement en poussant sur les genoux : quelques répét., plusieurs fois par jour.	En position couchée sur le dos, appuyer les jambes sur une chaise et les remonter sur la poitrine (voir image ci-dessus). Mise en garde : cet exercice accentue la douleur; commencer par une posture qui réduit la douleur.	Repos en posture assise ou autre posture fléchie qui soulage la douleur dans les jambes.	<input type="checkbox"/> La douleur à la colonne ne concorde pas avec le modèle mécanique
Exercices supplémentaires	CIEEL ³⁵ ; HealthLink BC ³⁴ ; SASK Modèle 1 ³⁰	CIEEL ³⁵ ; HealthLink BC ³⁴ ; SASK Modèle 2 ³¹	CIEEL ³⁵ ; HealthLink BC ³⁴ ; SASK Modèle 3 ³²	CIEEL ³⁵ ; HealthLink BC ³⁴ ; SASK Modèle 4 ³³	Envisager la prescription de médicaments pour soulager une douleur d'origine centrale (p. ex. opioïde, antidépresseur, anticonvulsivant)
Reprise des activités fonctionnelle ³⁶	<input type="checkbox"/> Pratiquer souvent la marche sur de courtes distances <input type="checkbox"/> Limiter les activités en position assise <input type="checkbox"/> Utiliser un rouleau lombaire en position assise (courte durée)	<input type="checkbox"/> Utiliser un repose-pied en position assise ou debout <input type="checkbox"/> Limiter les mouvements d'extension du dos et d'étirement des bras au-dessus de la tête	<input type="checkbox"/> Changer souvent de position (assise, debout, couchée, marche)	<input type="checkbox"/> Utiliser un appui pour marcher ou se lever; faire des pauses assises fréquentes	Envisager un diagnostic de trouble de la douleur
Suivi	<input type="checkbox"/> Toutes les 2-4 semaines si patient dirigé en physiothérapie ou médication <input type="checkbox"/> Au besoin si exercices faits à domicile et si soulagement noté lors de la dernière consultation	<input type="checkbox"/> Toutes les 2-4 semaines si patient dirigé en physiothérapie ou médication <input type="checkbox"/> Au besoin si exercices faits à domicile et si soulagement noté lors de la dernière consultation	<input type="checkbox"/> Toutes les 2 semaines pour traitement de la douleur et examen neurologique	<input type="checkbox"/> Toutes les 6-12 semaines pour traitement des symptômes et détermination des répercussions fonctionnelles	
Autogestion des soins ³⁷⁻⁴⁰	Lorsque la douleur s'est apaisée, convenir des objectifs d'autogestion avec le patient	L'autogestion peut s'amorcer dès la 1 ^{re} ou la 2 ^e consultation pour la plupart des patients	L'autogestion n'est habituellement pas indiquée chez ces patients (douleur importante, possibilité qu'ils subissent une opération)	L'autogestion peut s'amorcer dès la 1 ^{re} ou la 2 ^e consultation pour la plupart des patients	

Vous pouvez avoir besoin d'un médicament contre la douleur pour vous permettre de reprendre vos activités quotidiennes et de faire des exercices sans trop d'inconfort. Toutefois, c'est grâce à l'activité physique et non pas au médicament que vous vous rétablirez plus rapidement. ^{14, 22, 41}

Les lombalgies sont souvent récurrentes. Le rétablissement est cependant possible sans la consultation d'un professionnel de la santé. Vous pouvez apprendre comment soigner votre mal de dos

Notes:

Nom du professionnel de la santé : _____

Signature du professionnel de la santé : _____

Messages importants à l'intention de votre patient

Section D : Consultation (au besoin)

Consultation en réadaptation

Critères pour l'orientation en réadaptation (4 à 12 traitements)

- Absence de signaux d'alerte (drapeaux rouges)
- Le patient gère bien sa douleur et peut tolérer le traitement
- La douleur est de nature mécanique et influencée par les mouvements, la position ou l'activité du patient
- Le patient est prêt à participer activement à l'établissement d'objectifs et à l'autogestion des soins

Consultation en chirurgie

Critères pour l'orientation en chirurgie ²³

- Absence d'amélioration avec un traitement conservateur éprouvé observé pendant au moins 12 semaines
- Douleur persistante intolérable, principalement à la jambe
- Signes d'irritation nerveuse accentués (manœuvre de Lasègue ou étirement du nerf fémoral)
- Diminution des réflexes ou aggravation des déficits sensitivomoteurs
- Sciatalgie récurrente invalidante
- Claudication neurogène invalidante

Consultation d'un spécialiste

- Médecin généraliste
- Spécialiste en thérapie cognitive et comportementale
- Spécialiste de la douleur
- Clinique multidisciplinaire de la douleur
- Rhumatologue
- Autre : _____

Examens d'imagerie (reportez-vous aux drapeaux rouges)

Examens de laboratoire (reportez-vous aux drapeaux rouges)

Références

- [1] Centre for Effective Practice, gouvernement de l'Ontario. (2013, janvier). Outil sur le ris que ass ocié aux opi acés. Récupéré le 29 novembre 2017 du site du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), section Téléchargement de la trousse.
- [2] Centre for Effective Practice, gouvernement de l'Ontario. (2013, janvier). Outil d'inventaire d'inform ation du patient. Récupéré le 29 novembre 2017 du site du MSSLD, s ection Téléchargement de la trousse.
- [3] Programme de soutien des pratiques cliniques, Centre for Effective Practice, gouvernement de l'Ontario. (2013, janvier). Pl an d'acti on pers onnel pour l'autogesti on des soi ns par les patients. Récupéré le 29 novembre 2017 du site du MSSLD, section Téléchargement de la trousse.
- [4] Université Keele, Arthritis Research UK. (2013, janvier). Outil Keele StArT Back. Récupéré le 29 novembre 2017 du site du MSSLD, section Téléchargement de la trousse.
- [5] Chang, B., Wang, D., Hôpital St. Michael's, Département de médecine familiale et communautaire. (2013, janvier). Acute and s ubacute l ow back pai n (LBP) – Pharm acol ogical alternatives. Récupéré le 29 novembre 2017 du site du Centre for Effective Practice (CEP), section Supporting Materials, sous-section Additional Tools – For Providers.
- [6] Chang, B., Wang, D., Hôpital St. Michael's, Département de médecine familiale et communautaire. Acute and s ubacute low back pai n (LBP) – Topical and herbal products (2013, janvier). Récupéré le 29 novembre 2017 du site du CEP, section Supporting Materials, sous-section Additional Tools – For Providers.
- [7] Physicians of Ontario Collaborating for Knowl edge Exchange and Transfer (POCKET), Institut de recherche sur le travail et la sant é. (2009, avril). Evi dence summ ary for management of non-specific chronic low back pai n. Récupéré le 29 novembre 2017 du site du CEP, section Supporting Materials, sous-section Additional Tools – For Provider.
- [8] Toronto Rehab, University Health Network, Centre for Effective Practice, Michael G. DeGroote National Pain Centre. Opi oi d manager s witching opi oi ds form. Récupéré le 29 novembre 2017 du site du CEP, section Supporting Materials, sous-section Additional Tools – For Providers.
- [9] Roland, M., Waddell, G., Klaber Moffett, J., Burton, K., Main, C. (2009). Le Gui de du dos, 2e éd. (TSO, trad.). Récupéré le 29 novembre 2017 du site du Centre hospitalier universitaire vaudois, s ection Rhum atol ogie.
- [10] Ministère de la Santé de la Saskatchewan. (2010, avril). General recommendati ons for mai ntaï ning a healthy back: Patient i nform ati on. Récupéré le 29 novembre 2017 du site de la Saskatchewan Surgical Initiative, section Patient information.
- [11] Institut de recherche sur le travail et la santé. (2010). So your back hurts... Récupéré le 29 novembre 2017 du site de l'institut.
- [12] Toward Optimized Practice, Institute of Health Economics. (2015). What you should know about your acute low back pain. Récupéré le 29 novembre 2017 du site de TOP, section Low Back Pain, sous-section Related Files, Patient Handout Acute Low Back Pain.
- [13] Toward Optimized Practice, Institute of Health Economics. (2015). What you should know about your chronic low back pain. Récupéré le 29 novembre 2017 du site de TOP, section Low Back Pain, sous-section Related Files, Patient Handout Chronic Low Back Pain.
- [14] Choisir avec soin Canada. (2014). Les examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos : à quel moment devez-vous passer ces examens? Récupéré le 29 novembre 2017 du site de Choisir avec soin Canada.
- [15] Evans, M. (2014, 24 janvier). Low back pain [vidéo]. Récupéré le 29 novembre 2017.
- [16] Hall, H. (2014, printemps). Effective spine triage: Patterns of pain. The Ochsner Journal, 14(1), 88-95.
- [17] General Practice Services Committee. (2013, janvier). Patterns of low back pain: MSK resource. Récupéré le 29 novembre 2017 du site du GPSC, section Low Back Pain (LBP).
- [18] La Société d'arthrite. (2005). Prendre en main l'arthrite : lignes directrices pour de meilleures pratiques. [Tableau] Troubles inflammatoires c. troubles non inflammatoires, p. 1. Récupéré le 29 novembre 2017 du site de la Société.
- [19] Hall, H., Alleyne, J., Rampersaud, Y. R. (2013, janvier). Making sense of low back pain. Journal of Current Clinical Care, Educational Suppl., 12-23.
- [20] MD Anderson Cancer Center. (1991). Brief Pain Inventory (Short Form). Récupéré le 29 novembre 2017 du site du centre.
- [21] Physicians of Ontario Collaborating for Knowledge Exchange and Transfer (POCKET), Institut de recherche sur le travail et la santé. (2008). POCKET Red & Yellow Flag Cards. Récupéré le 29 novembre 2017 du site de l'institut.
- [22] Toward Optimized Practice, Low Back Pain Working Group. (2015, mise à jour 2017). Evidence-informed primary care management of low back pain: Clinical practice guideline. Edmonton, AB : Toward Optimized Practice. Annexe E : Red and Yellow Flags, p. 35. Récupéré le 29 novembre 2017 du site de TOP.
- [23] Rampersaud, Y. R., Alleyne, J., Hall, H. (2013, janvier). Managing leg dominant pain. Journal of Current Clinical Care, Educational Suppl., 32-39.
- [24] New Zealand Guidelines Group. (2004, octobre). New Zealand acute low back pain guide: Incorporating the guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain. Récupéré le 29 novembre 2017.
- [25] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Lowe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. Psychosomatics [Internet]. 2009 Nov-Dec [cited 2015 Nov 20]; 50(6): 613-621.
- [26] Hall, H., McIntosh, G., Boyle, C. (2009, juin). Effectiveness of a low back pain classification system. The Spine Journal, 9(8), 648-657.
- [27] CBI Health Group. Self-help guide to Back Pain [Internet]. [cited 2015 Nov 19].
- [28] Images adaptées et reproduites avec l'autorisation du Groupe santé CBI.
- [29] Hall, H., Alleyne, J., Rampersaud, Y. R. (2013, janvier). Managing back dominant pain. Journal of Current Clinical Care, Educational Suppl., 24-31.
- [30] Saskatchewan Spine Pathway Working Group, ministère de la Santé de la Saskatchewan. (2010, avril). Pattern 1 – Patient education. Récupéré le 29 novembre 2017.
- [31] Saskatchewan Spine Pathway Working Group, ministère de la Santé de la Saskatchewan. (2010, avril). Pattern 2 – Patient education. Récupéré le 29 novembre 2017.
- [32] Saskatchewan Spine Pathway Working Group, ministère de la Santé de la Saskatchewan. (2010, avril). Pattern 3 – Patient education. Récupéré le 29 novembre 2017.
- [33] Saskatchewan Spine Pathway Working Group, ministère de la Santé de la Saskatchewan. (2010, avril). Pattern 4 – Patient education. Récupéré le 29 novembre 2017.
- [34] Health Link British Columbia. (2014). Low back pain: Exercises to reduce pain. Récupéré le 29 novembre 2017.
- [35] Cliniques interprofessionnelles d'évaluation et d'éducation en matière de lombalgie (CIEEL). (2015). Positions of relief, stretches and exercises. Récupéré le 29 novembre 2017 du site de CIEEL.
- [36] Verwoerd, A. J., Luijsterburg, P. A., Timman, R., Koes, B. W., Verhagen, A. P. (2012). A single question was as predictive of outcome as the Tampa Scale for Kinesiophobia in people with sciatica: An observational study. Journal of Physiotherapy, 58(4), 249-254.
- [37] Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., Grumbach, K. (2002, 20 novembre). Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA, 288(19), 2469-2475.
- [38] Johnston, S., Liddy, C., Ives, S. M., Soto, E. (2008, 15 avril). Literature review on chronic disease self-management. Champlain LHIN, 1-23.
- [39] McGowan, P. (2005, septembre). Self-management: A background paper. Communication présentée à la New Perspectives : International Conference on Patient Self-Management, Victoria, Colombie-Britannique, 1-10.
- [40] Reims, K., Gutnick, D., Davis, C., Cole, S. (2013, mise à jour 30 septembre 2014). Brief action planning: A white paper. Récupéré le 29 novembre 2017 du site du Centre for Collaboration, Motivation and Innovation, menu What We Do, section Brief Action Planning, sous-section Publications, BAP White Paper.
- [41] Qualité des services de santé Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (28 août 2012). Bulletin 4569: Provincial strategy for X-Ray, Computed Tomography (CT) and/or Magnetic Resonance Imaging (MRI) for low back pain. Récupéré le 29 novembre 2017.
- [42] Busse, J., Alexander, P. E., Abdul-Razzak, A., Riva, J. J., Alabousi, M., Dufton, J., et coll. (25 avril 2013). Utilisation appropriée des techniques d'imagerie de la colonne vertébrale au Canada – Messages clés. Récupéré le 29 novembre 2017.
- [43] Réseau des hôpitaux universitaires (UHN), Qualité des services de santé Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2015). Low back pain imaging pathway. Fait partie des Diagnostic Imaging Appropriateness (DI-APP) Tools in Primary Care.

Cet outil a été créé par le Centre for Effective Practice, sous la direction clinique des Drs Julia Alleyne, Hamilton Hall et Y. Raja Rampersaud. Il a fait l'objet d'une révision et de recommandations du Comité de planification en matière d'éducation, d'un groupe de discussion en soins primaires et d'usagers qui ont tous pris part au processus d'élaboration. La version originale de l'outil (2012) a été financée par le gouvernement de l'Ontario et la version actuelle (2016), par le Centre for Effective Practice.

L'outil se veut un document d'orientation à l'intention des professionnels de la santé agréés du Canada et ne vise pas à fournir des conseils médicaux ou tout autre conseil professionnel. Les fournisseurs de soins primaires et les autres professionnels de la santé doivent faire appel à leur propre jugement clinique en utilisant l'outil. **Le Centre for Effective Practice, la Canadian Spine Society, la Nurse Practitioners' Association of Ontario, le Collège des médecins de famille du Canada et les personnes qui ont collaboré à l'élaboration du présent outil** ainsi que leurs mandataires, personnes désignées, administrateurs, dirigeants, employés, entrepreneurs, membres ou bénévoles respectifs : (i) ne sont pas réputés fournir des services médicaux, des diagnostics ou des traitements par l'intermédiaire de l'outil; (ii) dans la mesure permise par les lois en vigueur, ne peuvent accepter aucune responsabilité à l'égard de l'utilisation ou de l'utilisation malveillante de l'outil par toute personne (notamment les fournisseurs de soins primaires) ou entité, notamment en cas de pertes, de dommages ou de lésions (y compris les décès) découlant de l'utilisation d'une partie ou de l'ensemble de l'outil ou en relation avec son utilisation; (iii) ne sont pas réputés recommander, garantir ni appuyer toute source externe mentionnée dans l'outil (qu'elle soit expressément nommée ou non) qui appartient à des tiers ou relève d'eux, y compris les renseignements ou les conseils que contiennent ces sources.



L'outil a été créé par le Centre for Effective Practice et est protégé en vertu de la loi sur le droit d'auteur. Tous droits réservés au Centre for Effective Practice. L'outil peut être utilisé, reproduit et distribué dans sa forme originale s'il n'est pas utilisé à des fins commerciales, à la condition de faire mention des paragraphes précédents et de citer la source exacte pour toute reproduction, modification et distribution. L'utilisation de l'outil à des fins commerciales et la modification de l'outil sont sujettes à des frais. L'utilisation doit faire l'objet d'une entente avec le Centre for Effective Practice (courriel : info@effectivepractice.org).

Veuillez communiquer avec le Centre for Effective Practice (info@effectivepractice.org) pour toute utilisation ou reproduction de l'outil à des fins statistiques ou bibliographiques.

Veuillez utiliser la formule suivante pour citer l'outil :

Reproduit avec la permission du Centre for Effective Practice (mars 2016). Outil d'examen clinique du dos. Toronto, Canada : Centre for Effective Practice.

Élaboré par :

Approuvé par :

