



HAL
open science

Impact des recommandations HAS 2019 et place de la médecine physique et de réadaptation dans la prise en charge en soins primaires des patients présentant une lombalgie commune aiguë à haut risque de passage à la chronicité

Jane Verdier

► To cite this version:

Jane Verdier. Impact des recommandations HAS 2019 et place de la médecine physique et de réadaptation dans la prise en charge en soins primaires des patients présentant une lombalgie commune aiguë à haut risque de passage à la chronicité. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02976251

HAL Id: dumas-02976251

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02976251>

Submitted on 23 Oct 2020

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.

UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE

ANNÉE 2020

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Par

VERDIER Jane

NÉE LE 29/07/1992 À PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/10/2020

**IMPACT DES RECOMMANDATIONS HAS 2019 ET PLACE DE LA MÉDECINE
PHYSIQUE ET DE READAPTATION DANS LA PRISE EN CHARGE EN SOINS
PRIMAIRES DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE LOMBALGIE COMMUNE
AIGUË À HAUT RISQUE DE PASSAGE À LA CHRONICITE.**

PRÉSIDENT DE JURY : Pr VERIN Éric, CHU Rouen

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr CHERIET Sarah, CRMPR Les Herbiers

MEMBRES DU JURY : Pr GEHANNO Jean-François, CHU Rouen
Pr VITTECOQ Olivier, CHU Rouen

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réa chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie

Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie chirurgie orthotraumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réa chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie

Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN		Les Herbiers Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition

Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN	PU-PH	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON		Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)		Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS		Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI		Pharmacognosie
Mr François ESTOUR		Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC	PU-PH	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)		Toxicologie
Mr Michel GUERBET		Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL		Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	PU-PH	Microbiologie
Mr Rémi VARIN	PU-PH	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS		Pharmacologie
Mr Philippe VERITE		Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA	MCU-PH Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET	MCU-PH Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** PU-MG UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** MCU-MG UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med) Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Table des Matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	18
I- INTRODUCTION	19
I.A. GENERALITES	19
I.A.1. Définitions, évolution, handicap	19
I.A.2. Épidémiologie	20
I.A.3. Impact économique de la lombalgie.....	20
I.B. ÉTIOLOGIES ET FACTEURS DE RISQUE	21
I.B.1. Étiologies	21
I.B.2. Facteurs de risque et facteurs pronostiques	21
I.B.2.a. Facteurs de risques de poussée aiguë de lombalgies :	21
I.B.2.b. Facteurs de risques de passage à la chronicité	22
I.C. ÉVALUATION DU PATIENT LOMBALGIQUE	23
I.C.1. Examen clinique	23
I.C.2. Examens complémentaires	24
I.D. PRISE EN CHARGE INITIALE DU PATIENT PRESENTANT UNE LOMBALGIE COMMUNE	25
I.D.1. Traitement médicamenteux	25
I.D.2. Traitement non médicamenteux	26
I.E. REEVALUATION DU PATIENT PRESENTANT UNE LOMBALGIE COMMUNE.....	27
I.E.1. Stratification du risque.....	27
I.E.2. Lombalgie à risque faible à modérée de chronicité / Amélioration clinique	28
I.E.3. Lombalgie à haut risque de chronicité/chronique.....	28
I.E.3.a. Traitement médicamenteux.....	28
I.E.3.b. Traitement non médicamenteux	29
I.E.3.c. Réinsertion socio-professionnelle	32
I.G. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE	36
II- MATERIELS ET METHODES	37
II.A. DESIGN DE L'ÉTUDE ET DES PARTICIPANTS	37
II.B. RECUPERATION DES DONNEES	37
II.C. ANALYSE DES DONNEES	38
III- RESULTATS	39
III.A. PARTICIPANTS	39
III.B. PRISE EN CHARGE INITIALE DU PATIENT PRESENTANT UNE POUSSÉE AIGUË DE LOMBALGIE	42
III.C. EN CAS D'ÉCHEC DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE D'UN PATIENT PRESENTANT UNE LOMBALGIE D'ALLURE COMMUNE.....	44
III.D. CONNAISSANCE ET RECOURS A UN CENTRE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	49
III.E. RECHERCHE D'ASSOCIATION DES DIFFÉRENTES VARIABLES CATEGORIELLES.....	49
III.E.1. Analyse des réponses au questionnaire selon l'âge	49
III.E.2. Analyse des réponses au questionnaire selon le genre	50
III.E.3. Analyse des réponses au questionnaire selon le lieu d'exercice.....	51
III.E.4. Analyse des réponses au questionnaire selon le mode d'exercice	51
III.E.5. Analyse des réponses au questionnaire selon la réalisation d'une formation spécifique portant sur la lombalgie ou la douleur.	52
IV- DISCUSSION.....	53
IV.A. RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	53
IV.A.1. Diagnostic de lombalgie commune	53
IV.A.2. Prise en charge initiale d'une poussée aiguë de lombalgie	53
IV.A.3. La place des examens complémentaires	56
IV.A.4. Prise en charge des patients à haut risque de chronicité	58
IV.A.5. Prise en charge multidisciplinaire des patients à risques de chronicité.....	61
IV.B. PERSPECTIVES FUTURES ET AXES D'AMÉLIORATION	62
IV.C. FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	64

IV.D FORCE DE L'ETUDE.....	66
V- CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXES	74
RESUME	103

Liste des abréviations

AE : Avis d'Expert

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CRMPR : Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

FABQ : Fear-Avoidance Belief Questionnaire

HAD: Hospital Anxiety and Depression scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRSNa : Inhibiteur de Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

OMPSQ : Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

SBST: Start Back Screening Tool

I- Introduction

I.A. Généralités

I.A.1. Définitions, évolution, handicap

La dernière définition retenue par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019 d'une lombalgie est une « douleur située entre la charnière thoraco-lombale et le pli fessier inférieur » (1). La lombalgie commune ou « non spécifique » (dans la littérature internationale) ou parfois dite « dégénérative » (2) est une lombalgie « sans signe d'alerte » ou drapeaux rouges, imposant une prise en charge spécialisée ou urgente (néoplasie, infection, maladie inflammatoire, fracture), identifiée chez 1 à 5% des patients (3)(4). La lombalgie peut être associée à une radiculalgie ou « douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes ».

Il est commun d'en préciser le temps d'évolution en distinguant : la lombalgie aiguë (évolution inférieure à 4 ou 6 semaines selon les sources), la lombalgie subaiguë (évolution entre 4 ou 6 semaines et 3 mois) et la lombalgie chronique (évolution supérieure à 3 mois). On parle de lombalgie récidivante en cas de récurrence de la lombalgie dans les 12 mois suivant le premier épisode.

De multiples recommandations récentes, et de bonnes qualités méthodologiques, existent pour la prise en charge de la lombalgie : au Royaume-Uni (5), aux États-Unis (6)(7), au Danemark (8), en Belgique (9), en Allemagne (10), au Canada (11) et, depuis mars 2019, en France (1). Dans ces différentes recommandations, la lombalgie aiguë est renommée « poussée aiguë de lombalgie » afin d'inclure les patients ayant un nouvel épisode douloureux mais également ceux ayant une exacerbation dans un contexte de douleurs fréquentes ou à répétition. Le terme de lombalgie subaiguë tend à disparaître progressivement, remplacé par le concept de « lombalgie à risque de chronicité ». Cette notion importante de recherche précoce des facteurs de risque de passage à la chronicité a pour objectif de limiter l'évolution vers une problématique chronique, multidimensionnelle, aux conséquences physiques, psycho-comportementales et socio-professionnelles lourdes, régulièrement résumées sous le terme d'« invalidité lombalgique » (12). Ces changements de définitions permettent de ne plus prendre en charge l'épisode isolé sur le plan physique uniquement mais le patient dans son ensemble, selon le modèle bio-psycho-social.

I.A.2. Épidémiologie

La lombalgie chronique est la première cause de handicap dans le monde (cause principale dans 126 pays sur 195, analyses standardisées sur l'âge et le sexe). Elle est en augmentation constante depuis 1990 (13).

La prévalence de la lombalgie sur une vie entière est de 84%. La population atteinte est essentiellement une population féminine, jeune, même si elle peut concerner tous les âges de la vie. En effet, bien que rare dans les deux premières décennies, 40 % des 9 - 18 ans déclarent avoir eu un épisode de lombalgie. La population la plus fréquemment touchée est celle entre 40 - 55 ans, soit une population active. Il existe un vieillissement progressif de la population souffrant de lombalgie depuis les années 1990 (14).

Une étude portant sur la population française, parue en 2007 suite à l'analyse de l'enquête décennale Santé 2002 - 2003 et de l'enquête Handicap, Incapacités, Dépendance, réalisée en 1999, estime que 55% de la population française de 30 à 64 ans a souffert de lombalgie « au moins un jour dans les douze derniers mois », que « la prévalence de la lombalgie de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois est de 17% » et que « la lombalgie limitante est estimée dans la population à environ 7% » (15).

La majorité des patients souffrant de lombalgie évolue favorablement en quelques semaines. En effet, on note une amélioration clinique significative pendant les six premières semaines, puis l'amélioration ralentit (16). 67% des patients ont une récupération complète en moins de trois mois, 5% des patients ont des douleurs persistantes à 12 mois (17).

I.A.3. Impact économique de la lombalgie

En 2020, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) renouvelle le constat du fardeau de la lombalgie en France, non seulement à l'échelon individuel et économique pour le patient mais également pour la société, même si elle note une légère amélioration depuis 2018 (18).

En effet, la lombalgie représente un coût direct non négligeable : consultations médicales (deuxième motif de consultation en médecine générale pour les phases aiguës et huitième pour les phases chroniques), actes radio-diagnostiques, prise en charge (rééducation, acte chirurgical, thérapies complémentaires). De plus, elle représente un coût indirect encore plus important (16). Les indemnités journalières versées au titre de l'arrêt maladie (maladie ordinaire), de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle représentent la plus grosse partie des dépenses de santé générées par la lombalgie (la lombalgie représente respectivement 7% des accidents de travail et 20% des maladies professionnelles). L'incidence annuelle des

patients lombalgiques reconnus en accident de travail et maladie professionnelle pour la lombalgie est croissante chaque année depuis 10 ans. Le taux de recours aux médecins spécialistes du rachis en France reste faible, souvent tardif et une fois le constat de lombalgie chronique fait ; probablement en raison de l'absence de détection des facteurs de chronicité en soins primaires et de la difficulté d'accès à ces spécialistes, notamment en termes de délai de consultation. La lombalgie chronique, bien que concernant une minorité de patients, représente la majorité des coûts. Par conséquent, l'accent est de plus en plus mis sur l'importance d'intervenir précocement dans la prise en charge de la lombalgie (19).

I.B. Étiologies et facteurs de risque

I.B.1. Étiologies

La lombalgie est un symptôme et non une maladie. L'origine anatomique et les mécanismes en cause dans la genèse des phénomènes douloureux sont multiples mais ne sont clairement individualisés que dans 15 à 50% des cas (20). Plusieurs étiologies sont rapportées (21) :

- L'origine discale : discopathie dégénérative isolée, ou associée à des modifications de type MODIC inflammatoire ou non, protrusion ou hernie discale.
- L'origine facettaire (syndrome des articulaires postérieurs).
- L'origine ligamentaire.
- L'origine musculaire (contracture, déconditionnement à l'effort).

Ces causes peuvent être associées entre elles et, éventuellement, à un trouble de la statique rachidienne (scoliose, cyphose, hyperlordose, maladie de Scheuermann, canal lombaire étroit ou rétréci, spondylolisthésis/ rétrolisthésis, syndrome de Bertolotti).

I.B.2. Facteurs de risque et facteurs pronostiques

I.B.2.a. Facteurs de risques de poussée aiguë de lombalgies :

Les principaux facteurs de risques de poussée aiguë de lombalgie sont l'âge avancé, le sexe féminin, un surpoids, la grossesse, un antécédent de lombalgie ou de syndrome dépressif, une exposition à la manutention répétée de charges et à des postures pénibles sous contraintes au travail (22)(23), un traumatisme, une chute ou une exposition aux vibrations corps entier (entre 2-10hz) (24) et le tabac (25).

A noter que dans un tiers des cas, aucun élément déclenchant n'est retrouvé (16). Une revue systématique publiée dans *Spine* en 2009 confirme que le sport, les exercices de loisirs, la position assise et la position debout/marche prolongée ne sont pas à retenir comme facteurs de risque (26).

I.B.2.b. Facteurs de risques de passage à la chronicité

Devant toute poussée aiguë de lombalgie d'allure commune, il est important de rechercher précocement la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque de chronicité, appelés « drapeaux jaunes ». Concept développé pour la première fois par Kendal and al en 1997, il s'agit de facteurs associés à une plus grande probabilité de progression vers une douleur persistante ou un handicap. Leur détection est aussi importante que celle des drapeaux rouges cités plus haut (27). Ils sont répartis en quatre catégories :

- Les problèmes émotionnels : regroupant les symptômes dépressifs, anxieux et de stress ou encore une tendance à un retrait des activités sociales.
- Les attitudes et représentations inappropriées par rapport à la douleur : par exemple, lorsque la douleur est synonyme de danger voir de handicap grave, le catastrophisme, ou encore, un comportement passif attendant des solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active.
- Les comportements douloureux inappropriés : par exemple, les comportements d'évitement, d'anticipation, une kinésiophobie ou encore, l'exclusion segmentaire au niveau rachidien.
- Les problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou les problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).

Ces facteurs connus depuis plus de vingt ans ont été largement mis en avant dans toutes les recommandations récentes (excepté dans les recommandations nord-américaines) et notamment dans les dernières recommandations françaises de 2019 (1). En effet, l'évolution vers un schéma de douleur chronique semble dépendre davantage de ces facteurs que des caractéristiques médicales de l'affection rachidienne en elle-même. Le dépistage précoce de ces facteurs de risque, menant à une intervention accélérée chez ces patients dépistés comme à haut risque, améliore grandement ces patients (28). Cependant, il semblerait que selon certaines études la capacité des médecins à détecter ses différents facteurs soit faibles (29).

D'autres facteurs pronostiques sont identifiés, regroupés sous le terme de « drapeaux bleus » (facteurs pronostiques liés aux représentations du travail et de l'environnement du travail par le travailleur) et de « drapeaux noirs » (facteurs pronostiques liés à la politique de l'entreprise, du système de soins, d'assurances) (Annexe N°1).

Ces facteurs sont à rechercher en cas d'arrêt de travail répétés ou prolongés, au-delà de 4 semaines d'évolution. En effet, la pratique quotidienne montre que, chez certains patients, la persistance de la lombalgie peut être aussi en partie liée à la recherche d'une reconnaissance sociale du handicap ou de bénéfices financiers, réalisant alors un véritable « syndrome du revenu paradoxal », terme employé pour la première fois par Masson en 1995 : les indemnités lors d'un arrêt de travail, souvent proches du salaire initial, peuvent le dépasser quand des assurances viennent couvrir certains remboursements.

Une étude française met en lumière que les facteurs de risques représentant une dimension liée au travail ne sont pas à négliger. Elle soulève qu'ils peuvent représenter la part la plus importante de risque de chronicité de la lombalgie dans la population active, nécessitant une prise en charge précoce et spécifique (30).

I.C. Évaluation du patient lombalgique

I.C.1. Examen clinique

Face à un patient présentant une poussée aiguë de lombalgie, le clinicien se doit de réaliser un interrogatoire et un examen physique général et plus particulièrement ostéo articulaire et neurologique. La place des données de l'examen clinique est quasi absente des nouvelles recommandations françaises (1). Cependant, il reste un temps essentiel dans l'évaluation du patient lombalgique. Il a plusieurs objectifs :

- **Exclure les pathologies extra-vertébrales.**
- **Rechercher la présence de « drapeaux rouges »** ou signes d'alerte qui orienteraient vers une prise en charge spécifique et/ou urgente. La liste des drapeaux rouges est hétérogène, leurs spécificités prises isolément est faible, c'est leur association qui est importante. Il est important de les connaître et de les garder en mémoire y compris lors des visites de suivi. Les drapeaux rouges sont rappelés en Annexe N°1.
- **Évaluer la douleur ainsi que son retentissement sur les activités de la vie quotidienne** : en ayant une approche qualitative et quantitative (circonstances déclenchantes, intensité, siège, retentissement fonctionnel, socioprofessionnel et

psychologique). Le médecin traitant a la possibilité d'utiliser différents questionnaires type "Questionnaire de dallas" (Annexe N°2), "Questionnaire de Rolland Morris" (Annexe N°3), "l'échelle d'Oswestry" (Annexe N°4), "l'échelle de Québec" (Annexe N°5) afin de l'aider dans son évaluation.

- **Rechercher la présence de drapeaux jaunes** (Annexe N°1).
- **Tenter d'établir un diagnostic lésionnel anatomique** : il existe peu de signes/tests cliniques validés scientifiquement, spécifiques d'une origine anatomique. Le test le plus spécifique reste le signe de Lasègue, en faveur d'un conflit disco-radiculaire.
- **Rassurer le patient (4)**.

L'examen physique, se déroule en plusieurs temps (patient debout, assis, allongé), en statique et en dynamique. Le médecin évaluera la statique rachidienne globale, la présence d'un syndrome rachidien et la marche. Des signes en faveur d'un conflit disco-radiculaire seront recherchés (signe de Lasègue ou de Léri) et un examen neurologique viendra compléter cette évaluation. Un examen périnéal sera pratiqué au moindre doute si le patient rapporte des troubles sphinctériens. Cet examen rachidien s'intègre dans un bilan articulaire global du bassin et des membres inférieurs ainsi qu'une évaluation musculaire globale de la souplesse des muscles sous-pelviens (mesure des angles poplités et de la distance talon-fesse).

I.C.2. Examens complémentaires

La place de l'imagerie dans le diagnostic de la lombalgie a été entièrement revue depuis ces vingt dernières années. En effet, la radiographie du rachis lombal, qui initialement avait toute sa place en première intention (31), disparaît des recommandations récentes (1), excepté lors de la suspicion d'une instabilité ou d'un trouble statique rachidien, diagnostic du ressort du spécialiste. L'imagerie diagnostique semble non seulement le plus souvent inutile en phase aiguë, en l'absence de signe d'alerte, mais pourrait aggraver le pronostic car elle est susceptible d'ancrer le patient dans l'idée de la maladie. En effet, comme le pointait Jensen *et al.* en 1994, les lésions anatomiques détectées à l'imagerie lombale sont fréquentes, augmentent avec l'âge et sont le plus souvent asymptomatiques ou incomplètement concordantes avec la clinique (32). De plus, un diagnostic injustifié dans les sept premiers jours d'évolution augmente de près de cinq fois le risque d'évolution chronique (33). Lorsque des radiographies sont effectuées, l'interprétation des anomalies dégénératives radiologiques doit toujours être très prudente. Une

explication rassurante, factuelle, avec des mots simples, insistant sur l'absence d'anomalie évocatrice d'une origine secondaire est donc essentielle.

Au-delà de 3 mois, ou si un geste invasif est envisagé (infiltration épidurale, chirurgie rachidienne), la réalisation d'une IRM est recommandée, ou un scanner en cas de contre-indication à celle-ci. Le renouvellement de cette imagerie n'est pas utile en l'absence de modification des symptômes.

I.D. Prise en charge initiale du patient présentant une lombalgie commune

I.D.1. Traitement médicamenteux

La prise en charge médicamenteuse du patient atteint d'une lombalgie d'allure commune doit être la plus courte possible, à la dose efficace la plus faible. Il est important de préciser au patient les objectifs attendus du traitement, à savoir un traitement symptomatique de la douleur et non curatif, dans un but d'améliorer la fonction et ainsi favoriser le maintien d'une activité.

Selon les différentes recommandations existantes à notre connaissance, aucun médicament antalgique n'est efficace à moyen terme sur l'évolution d'une poussée aiguë de lombalgie. Néanmoins, ces différentes recommandations soulèvent l'importance d'avoir une prise en charge graduée. Si l'introduction de médicaments est nécessaire, il convient de débiter par des antalgiques non opioïdes, en première intention, en prenant en compte les antécédents médicaux, les expériences antérieures de la prise d'antalgique, les préférences du patient et le risque de mésusage. Ci-dessous, sont résumées les recommandations par classe médicamenteuse, pour un patient présentant une lombalgie commune :

Le paracétamol : peut être utilisé à visée symptomatique (AE). Contrairement aux recommandations de 2000 (31), suite à une large étude publiée dans *The Lancet* en 2014, il ne doit plus être utilisé de manière systématique. En effet, aucune efficacité n'a pu être démontrée sur l'évolution de la lombalgie quelle que soit la dose utilisée (34).

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : contrairement aux recommandations de 2000 (31), après évaluation de la balance bénéfico-risque, ils doivent être utilisés en première intention (grade A).

Les opioïdes : ne sont pas indiqués en première intention (Grade B). Un opioïde faible, associé ou non au paracétamol peut être utilisé de manière prudente après échec ou intolérance des AINS. Il est important de prendre en compte le risque important de mésusage et d'informer le patient des effets secondaires. Les opioïdes forts ne sont pas indiqués en première intention.

Les myorelaxants : ne sont plus indiqués à ce jour depuis le retrait en 2013 du TETRAZEPAM, qui était la seule benzodiazépine évaluée dans la lombalgie. Contrairement aux recommandations de 2000, qui considéraient les myorelaxants comme plus efficaces que le placebo (31), les nouvelles recommandations soulèvent la présence d'une balance bénéfiques/risques défavorable (AE).

Les antidépresseurs et les antiépileptiques : ne sont pas indiqués (Grade A).

Les patchs de lidocaïne et les anti-TNF α : ne sont pas indiqués (AE).

La vitamine D et les antibiotiques : ne sont pas indiqués (Grade B).

Les corticoïdes et le Néfopam : absence d'étude statuant sur leur efficacité (AE).

I.D.2. Traitement non médicamenteux

La prise en charge d'une poussée aiguë de lombalgie repose, après avoir confirmé le diagnostic de lombalgie commune, sur la délivrance d'une information précoce et rassurante au patient : le mal de dos est fréquent, rarement lié à une maladie grave, le pronostic est bon. La remise de documents explicatifs peut être employée (35).

En effet, l'Assurance Maladie fait le constat en 2017 que beaucoup d'idées reçues circulent sur la lombalgie : une personne sur quatre (24 %) pense que la lombalgie est un problème grave et près de sept sur dix (68 %) estiment que le repos est le meilleur remède contre la lombalgie (*résultats du baromètre d'opinion « Connaissances et attitudes vis-à-vis de la lombalgie » mené par l'institut BVA4 pour l'Assurance Maladie entre le 23/06/2017 et le 21/07/2017*). En réponse à cela, l'Assurance Maladie a mené une vaste campagne de sensibilisation « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement ». Deux ans après son lancement, les résultats sont encourageants : 52% déclarent poursuivre leurs activités de la vie quotidienne (contre 32% en 2017) et 71% leur activité professionnelle (*résultat du baromètre d'opinion : « Connaissances et attitudes vis-à-vis de la lombalgie » mené par l'institut BVA4 pour l'assurance maladie entre le 14/06/2019 et le 01/07/ 2019*).

La reprise des activités quotidiennes doit donc être encouragée, l'exercice physique adapté étant décrit comme la pierre angulaire du traitement. Le type d'exercice n'a pas d'importance. Dans les recommandations HAS de 2019, la notion de repos au lit n'est même plus évoquée. En effet, dans les recommandations de 2000, on pouvait lire qu'il n'avait « pas été identifié dans la littérature d'arguments en faveur de l'effet bénéfique de la prescription systématique d'un repos au lit plus ou moins prolongé » (31). Actuellement le repos au lit est décrit comme « délétère » dans le rapport d'élaboration des recommandations de 2019 (36).

La poursuite de l'activité professionnelle est elle aussi encouragée quelle que soit l'activité du patient lombalgique, comme nous pouvons le noter avec l'évolution des fiches repères de la HAS sur les durées recommandées d'arrêt de travail de mars 2010 (37) et décembre 2017 (38). En effet, initialement la HAS recommandait une durée d'arrêt de travail graduée entre 1 et 35 jours selon la charge physique du patient. Actuellement, elle recommande de manière générale, de ne pas remettre d'arrêt de travail au patient, ou de le limiter à 5 jours avec réévaluation systématique en cas de douleur intense.

La ceinture lombaire/corset peut être utilisé sur une courte durée pour favoriser la reprise d'activité.

La prise en charge rééducative par un kinésithérapeute, les techniques manuelles et les infiltrations ne sont pas recommandées à ce stade.

I.E. Réévaluation du patient présentant une lombalgie commune

Les recommandations de la HAS en 2019 préconisent une réévaluation systématique de tous les patients entre 2 - 4 semaines, notamment pour apprécier l'évolution de la douleur, des activités quotidiennes et professionnelles.

I.E.1. Stratification du risque

La recherche précoce de facteurs de risques de chronicité (entre 2-4 semaines, voire selon certaines recommandations dès la première consultation jusqu'à la sixième semaines (4)(39)) est essentielle afin d'établir une prise en charge adaptée au risque. Cette importance de stratification du risque est nettement mise en avant dans les recommandations HAS 2019. En effet, en 2000, il était simplement évoqué de manière succincte l'importance de connaître le "contexte professionnel" et "d'analyser les facteurs psychosociaux"(40).

Il existe actuellement trois questionnaires pouvant être utilisés pour effectuer cette stratification : le Start Back Screening Tool (SBST) et Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (OMPSQ) version longue et version courte.

Le questionnaire OMPSQ (Annexe N°6), développé en 1997, compte 25 questions, dont la réponse est évaluée par une échelle de Likert en 11 points (par exemple de 0 = « pas du tout » à 10 = « totalement »).

Le questionnaire SBST (Annexe N°7), développé en 2008 (2008) compte seulement 9 questions, dont 8 sont dichotomiques (« d'accord » ou « pas d'accord »). Il a l'avantage d'être beaucoup plus court et plus facile à utiliser que l'OMPSQ original, peut-être au risque d'une

certaine perte de précision. Ces deux questionnaires sont validés en français. Sensibles au besoin d'un outil aisément utilisable pour les cliniciens, les auteurs de l'OMPSQ ont ensuite développé et validé une version courte en 10 questions (Annexe N°8), toujours basé sur des échelles de Likert (10). Cette version, non validée en français, a des propriétés comparables à celles de la version longue.

Ces questionnaires présentent l'avantage d'alerter le praticien sur certains points, mais ne remplacent pas l'interrogatoire.

D'autres questionnaires, plus spécifiques de certains facteurs de risque de chronicité existent tels que le Fear-Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) (Annexe N°9) qui évalue le niveau de peurs, fausses croyances et évitements liés à la lombalgie ou encore le Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) (Annexe N°10) qui évalue l'anxiété et la dépression.

I.E.2. Lombalgie à risque faible à modérée de chronicité / Amélioration clinique

Pour les patients à faible risque de chronicité, ils seront encouragés à poursuivre une activité physique régulière et à réaliser si besoin des exercices d'auto-rééducation afin de diminuer le risque de récurrence. Le traitement sera progressivement diminué jusqu'à l'amélioration clinique complète.

I.E.3. Lombalgie à haut risque de chronicité/chronique

I.E.3.a. Traitement médicamenteux

La prise en charge antalgique initiale est poursuivie. Cependant, les recommandations HAS 2019 soulignent l'importance d'une utilisation prudente des médicaments dans les douleurs persistantes.

Les AINS : sont toujours recommandés. Ils semblent plus efficaces que le placebo sur les douleurs et l'incapacité mais doivent être utilisés sur la durée la plus courte possible (41)(42).

Le paracétamol : ne semble toujours pas être efficace (preuve limitée) (43).

Les opioïdes forts : peuvent être envisagés en respectant les contre-indications et après élimination d'un contexte dépressif, d'antécédents de mésusage de substances et d'addiction à l'alcool (grade C). En effet, d'après les nouvelles recommandations de la Société Française d'Étude et Traitement de la douleur (SFETD) de 2016, ils ont une bonne efficacité sur la diminution de la douleur et l'amélioration de la fonction en cas de lombalgie réfractaire au traitement initial. Néanmoins, il est important de dépister un risque de mésusage avant

l'initiation du traitement et de rester vigilant à chaque renouvellement d'ordonnance. Il n'est pas recommandé de poursuivre la prescription d'un opioïde fort au-delà de 3 mois en l'absence de bénéfice sur au moins un des aspects suivants : la douleur, la fonction, la qualité de vie. Les preuves des essais randomisés contrôlés sur l'utilisation des opioïdes forts dans ce contexte sont limitées à une durée maximum de 16 semaines, avec une posologie à 150 mg d'équivalent sulfate de morphine par jour, en l'absence d'avis spécialisé (44).

Les antidépresseurs (Inhibiteur de Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa) comme par exemple la VENLAFAXINE ou un tricyclique comme par exemple l'IMIPRAMINE) : peuvent être envisagés en cas de troubles anxieux et/ou dépressifs associés (grade B) mais également en cas de composante neuropathique d'une lombo-radiculalgie chronique (Grade B).

Les gabapentinoïdes (PREGABALINE, GABAPENTINE) : peuvent également être envisagés en cas de composante neuropathique d'une lombo-radiculalgie chronique (Grade B).

Les patchs de lidocaïne et les anti-TNF α : ne sont pas indiqués (AE).

La vitamine D et les antibiotiques : ne sont pas indiqués (Grade B).

Les corticoïdes et le Néfopam : absence d'étude statuant sur leur efficacité (AE).

Les infiltrations cortisonées : aucune recommandation ne propose de réaliser des infiltrations (épidurale ou articulaire postérieure) en cas de lombalgie commune sans radiculalgie. A noter cependant une exception en cas de signal Modic 1 à l'IRM, où une injection intra-discale de corticoïde peut se discuter. En cas de lombalgie commune avec radiculalgie persistante et sévère, malgré un traitement médical bien conduit, une infiltration épidurale peut être envisagée, après information du patient des risques et de l'efficacité limitée (Grade C). En cas d'antécédent chirurgical, cette infiltration sera réalisée à distance de l'étage opéré ou par la voie du hiatus sacro-coccygien (AE).

I.E.3.b. Traitement non médicamenteux

Si le patient n'est pas amélioré après 2 - 4 semaines et qu'il présente des facteurs de risque de passage à la chronicité, il est recommandé d'avoir une prise en charge spécifique et plus précoce que celle initialement recommandée par la HAS en 2000.

Cette prise en charge est basée sur le modèle bio-psycho-social. Ce modèle initialement proposé par Engel en 1977 (45) est le modèle le plus abouti dont nous disposons à ce jour dans le domaine de la prise en charge de la douleur. Il considère l'être humain comme un ensemble dans lequel les facteurs biologiques, médicaux, psychologiques et sociaux participent simultanément à la persistance de la maladie. Si on comprend facilement à quoi se réfèrent les

éléments biologiques et sociaux, il est moins évident de déterminer ce que prend en compte l'aspect psychologique. En effet, cela ne désigne pas uniquement les facteurs dits «émotionnels» comme l'anxiété ou la dépression mais d'autres facteurs personnels, cognitifs et comportementaux.

Le patient lombalgique à risque de passage à la chronicité sera orienté vers une prise charge rééducative avec un kinésithérapeute. La littérature ne permet pas de dégager de protocole bien défini, tant en ce qui concerne le contenu de la prescription que le nombre et le rythme des séances. Néanmoins, elle soulève qu'au cours des séances, le kinésithérapeute doit réaliser des exercices thérapeutiques (étirements, renforcements des muscles du tronc et du segment lombo-pelvien, etc.) avec pour objectif de rassurer, de lutter contre les peurs et les croyances ainsi que de sensibiliser le patient aux bienfaits de l'activité physique (46). La physiothérapie antalgique peut être utilisée en début de séance mais ne doit pas être utilisée isolément.

Un élément nouveau fait son apparition dans les recommandations de mars 2019 : l'éducation à la neurophysiologie de la douleur du patient. L'objectif annoncé est d'expliquer de manière claire les différents éléments concernant la douleur chronique, sous ses différents aspects et retentissements. Pour cela, il existe des brochures explicatives (47) et un site internet (48) pouvant être transmis au patient.

En cas de symptomatologie dépressive prédominante, une intervention psychologique spécifique de type thérapie-cognitivo-comportementale doit être encouragée. Ce type de thérapie est efficace sur l'intensité de la douleur et le comportement vis à vis de celle-ci. Elle est d'autant plus efficace quand elle est associée à des exercices physiques et une prise en charge rééducative, ce type de prise en charge pouvant s'apparenter aux Pain Management Programs nord-américains.

Il est également possible de réaliser des techniques manuelles type "ostéopathie", en association avec d'autres thérapeutiques, pour améliorer la symptomatologie du patient. Elles peuvent être réalisées par un kinésithérapeute, un chiropracteur, un médecin ostéopathe ou un médecin spécialisé en médecine musculo-squelettique. En effet, des méta-analyses récentes ont démontré leurs efficacités avec une amélioration antalgique et fonctionnelle à court terme (49)

(50). D'autres études, comme celle de Hancock *et al.* dans le *Lancet*, estiment que ces techniques manuelles n'apportent aucun bénéfice par rapport aux autres thérapeutiques (51).

L'intérêt de la contention lombale reste à démontrer, il y a peu de données scientifiques formelles. Des études montrent tout de même son efficacité sur la douleur, l'état fonctionnel, la diminution des antalgiques et un impact psychologique positif (52) (53).

L'hypnose en association avec une éducation sur la douleur a montré son efficacité sur la gestion de celle-ci mais, également la gestion du stress. Son intérêt doit croître encore dans le cadre de la prise en charge du schéma corporel et de la gestion de la kinésiophobie (54).

L'emploi de la stimulation électrique transcutanée antalgique (TENS) permettrait d'avoir un effet antalgique pendant la période d'application (grade C) (55) et pourrait avoir un impact positif sur le sommeil (56).

Le thermalisme associé à d'autres thérapeutiques semble améliorer la douleur, les capacités fonctionnelles, parfois la consommation médicamenteuse et la qualité de vie (57).

En l'absence d'étude de bonne qualité méthodologique, il n'est toujours pas possible de statuer sur l'efficacité de la sophrologie, la relaxation, la méditation pleine conscience.

En cas d'échec de ces premières thérapies, dès la quatrième (voire la sixième semaine), il est important d'adresser les patients auprès des médecins spécialistes du rachis à savoir le médecin rhumatologue et le médecin de médecine physique et de réadaptation, ainsi que, selon le contexte, le médecin du travail. Le type de professionnels impliqués dépend à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge initialement le patient, de la situation individuelle et des préférences du patient, ainsi que des ressources du système de soins disponibles localement.

La prise en charge globale et multidisciplinaire (physique, psychologique, sociale et professionnelle) n'est plus seulement réservée à la lombalgie chronique mais peut et doit être débutée plus précocement en cas de dépistage de facteurs de risque de chronicité, comme le soulignent les nouvelles recommandations. Une revue de Kamper *et al.* publiée par la *Cochrane* (58) avait montré l'efficacité de la prise en charge biopsychosociale multidisciplinaire dans le cadre de la lombalgie chronique. Une nouvelle revue *Cochrane*, plus récente (19), a étudié son efficacité dans le cadre de la lombalgie dite subaiguë : elle semble être efficace sur la diminution

des douleurs, des incapacités, des jours d'arrêt de travail et augmente la probabilité de retour au travail par rapport au traitement habituel. Cependant, la qualité des études étant faible, elle n'a pas mis en avant une supériorité vis à vis de la rééducation par un kinésithérapeute associé à une prise en charge psychologique (études sur des symptômes de faible intensité).

Il est important lors de cette prise en charge multidisciplinaire de conserver des discours les plus concordants possibles afin de ne pas créer de confusion dans l'esprit du patient. La notion de "prise en charge multidisciplinaire" en phase subaiguë est une notion essentielle sur laquelle nous reviendrons dans la suite de ce travail.

En cas d'échec persistant, malgré des propositions thérapeutiques bien conduites et suivies par le patient, la question de la prise en charge chirurgicale ou du recours à une structure de prise en charge de la douleur chronique pourra se poser.

I.E.3.c. Réinsertion socio-professionnelle

Le médecin traitant doit encourager, dès que cela est possible le maintien d'une activité professionnelle. En effet, la durée de l'arrêt de travail conditionne le pronostic fonctionnel des patients lombalgiques (59). C'est pourquoi, comme nous l'avons vu précédemment, la HAS préconise une durée d'arrêt de travail la plus courte possible.

Afin de permettre un retour au travail précoce, l'Institut National de Recherche et Sécurité (INRS) a mis en place "le cadre vert" (60) pour aider le salarié à revenir le plus tôt possible au travail et ainsi rester le plus actif possible. Les postes "cadre vert" sont accessibles pour les salariés lombalgiques dès 2 à 5 jours d'arrêt de travail et ce pendant 1 à 6 semaines. Ils ont pour but d'adapter le travail afin que l'activité professionnelle se rapproche au plus près des contraintes de la vie quotidienne en termes d'effort et d'intensité.

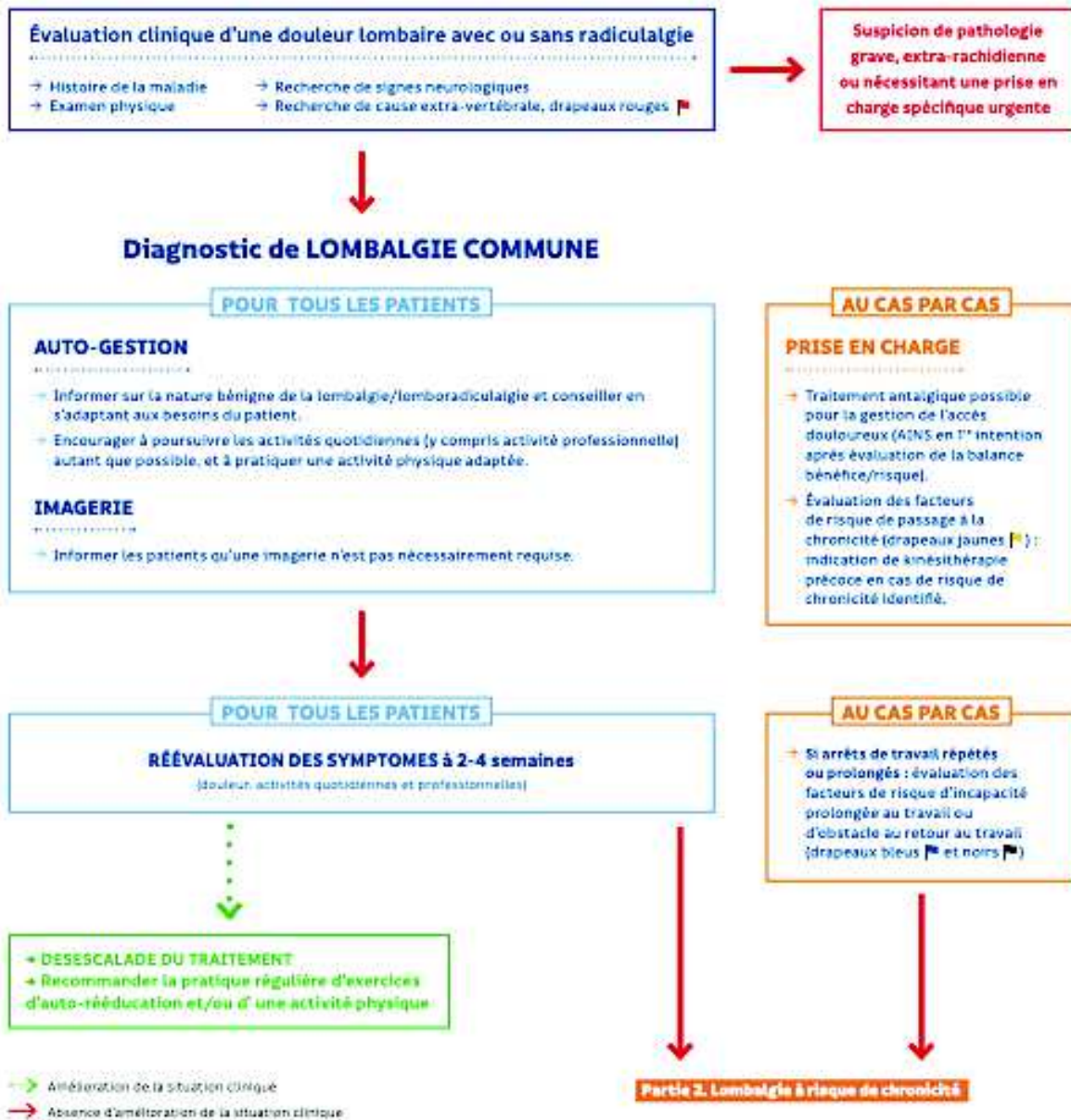
Pour ce faire, il est important que le médecin traitant soit en étroite collaboration avec le médecin du travail. Cette collaboration est d'autant plus importante pour la prise en charge des patients lombalgiques présentant des drapeaux bleus et noirs, des arrêts de travaux répétés ou prolongés au-delà de 4 semaines. Le médecin du travail se prononcera alors sur l'adéquation entre l'état de santé du patient et son poste de travail par un avis d'aptitude individuelle.

Des recommandations de Bonne Pratique sur la « Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges » sont parues en 2013 (61). Elles mettent l'accent notamment sur l'action possible du médecin du travail allant de la simple visite sur le lieu de travail (favorisant l'interaction étroite des partenaires) à la conduite d'un projet ergonomique, pour faciliter le retour rapide du travailleur. De nouvelles recommandations sur la désinsertion professionnelle des travailleurs ont été publiées en 2019,

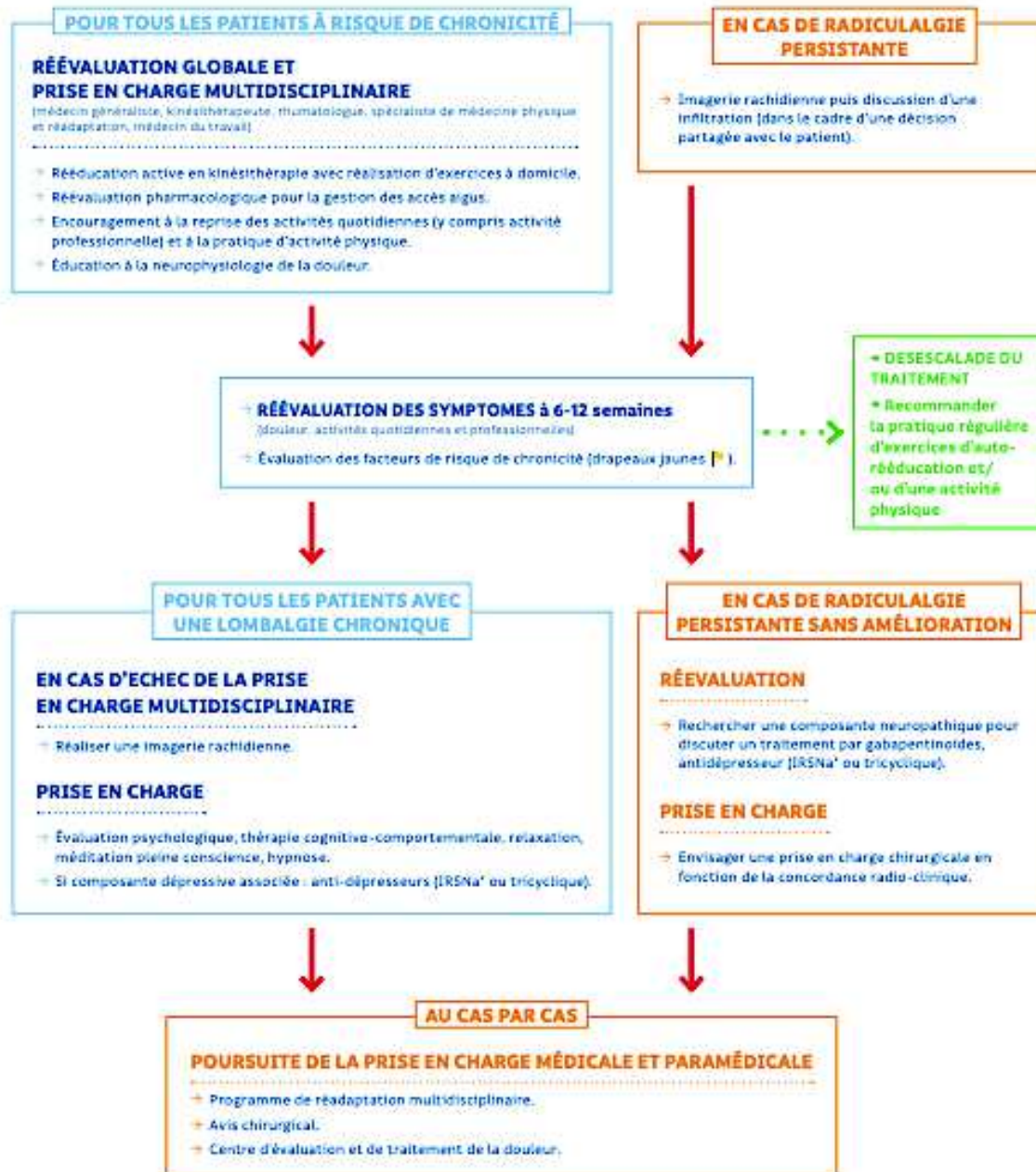
elles appuient également sur la coordination indispensable des intervenants dans le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle (62). Le patient doit également être informé de la possibilité de demander une visite de pré-reprise auprès de son médecin du travail afin d'être rassuré avant sa reprise, d'étudier ses conditions de retour au travail, d'anticiper avec son employeur les éventuels aménagements temporaires du poste et du travail.

I.F. Résumé de la prise en charge du patient présentant une lombalgie commune : arbre décisionnel issu des recommandations HAS 2019

Partie 1. Poussée aiguë de lombalgie



Partie 2. Lombalgie à risque de chronicité/chronique



→ Amélioration de la situation clinique
 → Absence d'amélioration de la situation clinique

*IRSNa : inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

I.G. Problématique et objectif de l'étude

La lombalgie commune est en résumé un symptôme bénin aux conséquences lourdes à l'échelon individuel et sociétal. Il s'agit d'un enjeu de santé publique majeur, en France mais également à l'international, comme en témoignent les recommandations récentes parues dans différents pays. Elles mettent l'accent sur un concept déjà bien connu à savoir "la lombalgie à risque de passage à la chronicité". L'invalidité lombalgique se détermine plus tôt qu'on ne l'a cru pendant longtemps, le cap « critique » semblant se situer durant le deuxième mois d'évolution (12). La reconnaissance précoce de ces malades à risque est importante et doit conduire à une prise en charge thérapeutique rapide et complète. L'importance reconnue de l'identification précoce des facteurs de risques de chronicité, implique que le premier maillon de la chaîne, le médecin généraliste, soit en mesure de détecter ces facteurs. Une revue systématique récente (63) (basée sur des études anglaises, canadiennes, néo zélandaises, israéliennes, allemandes, norvégiennes et américaines) s'est intéressée à l'application de ces nouvelles recommandations par les médecins. Ces résultats ont souligné des obstacles à la mise en œuvre des recommandations, sans plus de précisions sur ces obstacles, et probablement du fait d'une problématique complexe plus large influencée par le patient. Il n'existe pas, à notre connaissance, de telle étude réalisée en France et notamment sur le territoire de l'ex haute Normandie. En moyenne, en France, un médecin généraliste voit chaque année 92 patients atteints de lombalgie, c'est pourquoi les médecins généralistes ont représenté la cible de notre étude (49).

Les objectifs de notre étude sont donc :

1) faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de l'ex haute Normandie (Seine maritime et Eure) concernant la prise en charge des patients présentant une lombalgie aiguë et plus particulièrement à haut risque de passage à la chronicité. État des lieux réalisé à un an de la publication des dernières recommandations HAS, pour en mesurer leur connaissance et application sur le terrain

2) déterminer les principales ressources externes mobilisées

3) identifier les facteurs limitant le recours à ces ressources et de proposer des axes d'amélioration, comme la coordination avec les structures ressources telles que les Centres de médecine physique et de réadaptation.

II- Matériels et méthodes

II.A. Design de l'étude et des participants

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale sur un mode déclaratif, réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes de notre région.

Les critères d'inclusion sont :

- Être titulaires d'un doctorat de médecine générale
- Exercer une activité libérale
- Exercer sur le territoire de « l'ex-Haute-Normandie » (département de la Seine Maritime et de l'Eure)
- Avoir une adresse e-mail personnelle/ professionnelle/ sécurisée.

Les médecins recrutés dans cette étude étaient des sujets volontaires et consentants, ayant accepté de répondre à un questionnaire anonyme, relatif à leur(s) pratique(s) concernant leurs patients souffrant de lombalgie en phase aiguë à subaiguë.

II.B. Récupération des données

Nous avons élaboré un questionnaire comprenant principalement des questions à réponses fermées pour que le praticien puisse y répondre rapidement. Ce questionnaire, disponible dans son intégralité en annexe (Annexe N°11), est constitué de 4 parties distinctes :

La première partie recense des informations générales concernant les praticiens. La deuxième partie aborde la prise en charge initiale des patients présentant une poussée aiguë de lombalgie. La troisième partie aborde la prise en charge en cas d'échec d'une prise en charge initiale du patient présentant une lombalgie d'allure commune. Enfin, la dernière partie traite de la nécessité éventuelle de créer un programme multidisciplinaire adapté aux patients lombalgiques aigus à haut risque de passage à la chronicité.

Ce questionnaire, validé par un Docteur en Médecine Physique et de Réadaptation, a été transmis aux praticiens par e-mail, *via* la plateforme *Google Form*® ou sous forme de PDF. Une notice explicative (Annexe N°12) accompagnait le document afin de présenter le fonctionnement du questionnaire et son objectif. Nous nous sommes tenus à la disposition des médecins en cas de difficulté pour le compléter. Compte-tenu de l'impossibilité d'obtenir, auprès des organismes référents, une liste de diffusion intégrant l'ensemble des médecins des départements, les différentes adresses e-mail ont été obtenues auprès des différents secrétariats médicaux ou auprès des médecins traitants, contactés directement par téléphone. La

transmission des questionnaires a été réalisée entre le 1er mai et le 1er juillet 2020, date arbitrairement choisie et adaptée aux contraintes temporelles de l'étude.

II.C. Analyse des données

Les données ont été extraites de la plateforme de recueil de données afin d'être traitées par le biais du logiciel *Microsoft® Excel pour Mac, Version 16.32, 2019*. Ces données ont été analysées en pourcentages de l'échantillon. Les graphiques ont été réalisés *via* le logiciel *Numbers® pour Mac, Version 10.1*.

Par la suite, certaines données ont été traitées en utilisant le test du Khi² (χ^2) et le test exact de Fischer *sur XLstats by Addinsoft, Version 2020.1.3 pour Mac* afin de tester une éventuelle association entre les différentes variables catégorielles. Pour un risque α de 5%, un lien significatif entre les variables est admis si $p \leq 0,05$. Dans le cas inverse, les variables seront considérées indépendantes. Les données intégrées dans cette recherche d'association ont été choisies de manière subjective, en fonction des liens potentiels que nous jugeons pertinents pour ce travail. Un résumé des associations recherchées est présenté ci-dessous (*Figure 1*.)

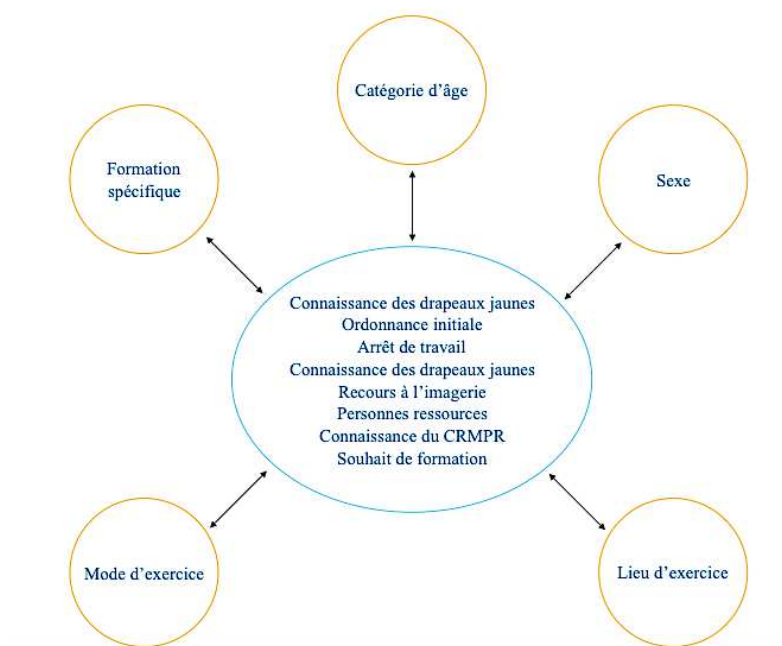


Figure 1 : Résumé des associations des différentes variables catégorielles choisies

III- Résultats

III.A. Participants

Sur les 2 328 médecins généralistes exerçant sur le territoire de « l'ex-Haute-Normandie» (1 786 en Seine-Maritime et 524 dans l'Eure selon le site du Conseil National de l'Ordre des médecins en juillet 2020), 819 ont été sélectionnés de manière arbitraire et contactés par téléphone soit directement, soit par l'intermédiaire de leur secrétariat. Sur les 819 praticiens contactés, 715 nous ont transmis leur adresse e-mail, 12 n'en possédaient pas, 92 ont refusé de nous la transmettre (manque de temps en contexte COVID, difficultés informatiques, autres). Parmi ces 715 praticiens, 93 ont finalement accepté de répondre à notre étude (*Figure 2*). Le taux de participation à l'enquête a donc été de 13%. Toutes les réponses reçues ont pu être exploitées.

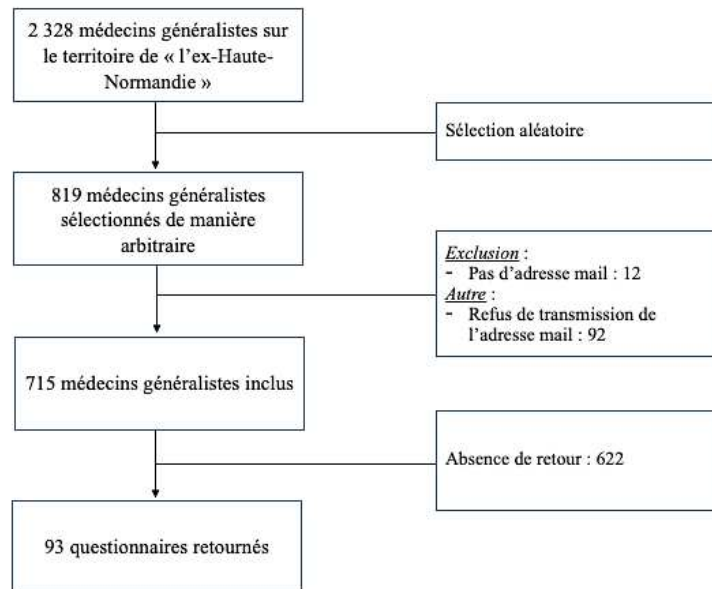


Figure 2 : Recrutement des médecins généralistes

La population de notre étude, constituée de 93 médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure, est relativement plus jeune et féminine que la population cible.

En effet, on constate dans notre échantillon une surreprésentation de la tranche d'âge des 30 - 39 ans, suivis par les 40 - 49 ans (respectivement $n = 33$, 36% et $n = 23$, 25%) et une sous-représentation des plus de 60 ans ($n = 14$, 15%). Le sex ratio homme/femme est à 0,94 soit 52% de femmes contre 48% d'hommes ($n = 48$ et $n = 45$ respectivement) (*Figure 3*). La durée moyenne d'exercice est de $14,97 \pm 11,92$ ans. Les participants pratiquent en majorité en milieu semi-rural ($n = 49$, 53%) ou en milieu urbain ($n = 28$, 30%) (*Figure 4*) et exercent

principalement dans des cabinets de groupe (n = 47, 51%) (Figure 5.). Le descriptif détaillé de la population étudiée est repris dans le Tableau 1.

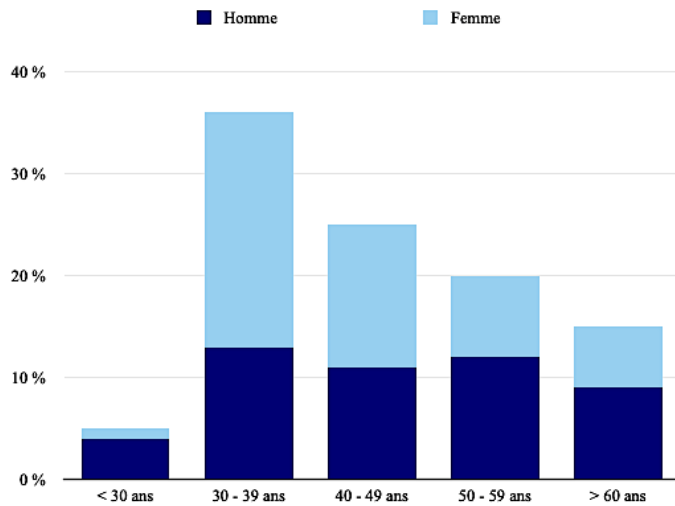


Figure 3 : Caractéristiques de la population étudiée selon le sexe et l'âge.

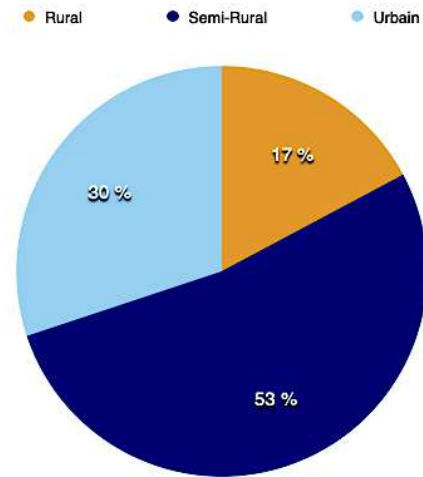


Figure 4 : Caractéristiques de la population étudiée selon le lieu d'exercice.

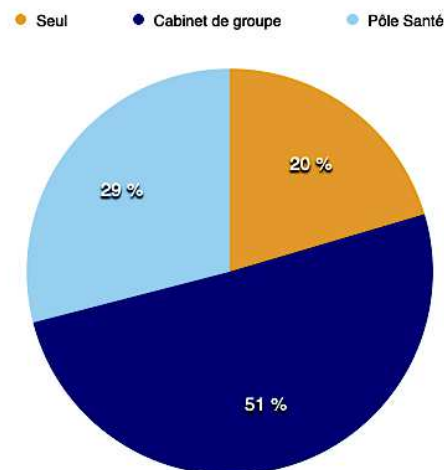


Figure 5 : Caractéristiques de la population étudiée selon le mode d'exercice.

Les médecins interrogés estiment tous qu'ils rencontrent plus de 5 patients par mois ayant pour motif de consultation une poussée aiguë de lombalgie. En effet, 53% d'entre eux (n = 49) estiment entre cinq et dix le nombre de patients consultant pour ce motif sur une période de 1 mois, tandis que 47% (n = 44) estiment qu'ils rencontrent plus de dix patients par mois. Parmi cette patientèle, les médecins généralistes estiment pour 66% (n= 61) d'entre eux que 30-50% sont à risque de chronicité (Figure 6.)

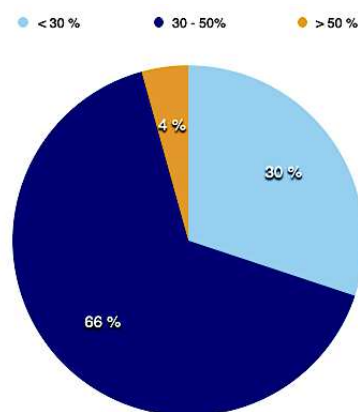


Figure 6 : Estimation du pourcentage de patient à risque de passage à la chronicité

Enfin, concernant les formations spécifiques se rapportant aux lombalgies, 19 % (n = 18) des praticiens interrogés déclarent avoir suivi une formation. Les formations les plus fréquentes sont les diplômes d'ostéopathie (n = 6) et le DPC du CRMPR « Les Herbiers », programme réalisé en 2018, sur 2 jours portant sur la prise en charge de la lombalgie (n = 4).

Caractéristiques	Fréquences N = 93 (en %)	Données DREES 2018 MG Eure + Seine Maritime N= 2463 (en %)
Sex ratio H/F	0,94 H: 45 (48%)/F = 48 (52%)	1,23 H : 1359 (55 %)/F : 1104 (45 %)
Durée moyenne d'exercice ± écart type	14, 97 ± 11,92 ans	
Catégories d'âge		
* < 30 ans	5 (5%)	74 (3%)
* 30 - 39 ans	33 (36%)	439 (18%)
* 40 - 49 ans	23 (25%)	422 (17%)
* 50 - 59 ans	18 (19%)	757 (31%)
* > 60 ans	14 (15%)	771 (31%)
Lieu d'exercice		
* Urbain	28 (30%)	
* Semi-rural	49 (53%)	
* Rural	16 (17%)	
Mode d'exercice		
* Seul	19 (20%)	
* Dans un cabinet de groupe	47 (51%)	
* Dans un pôle santé pluridisciplinaire	16 (17%)	
Nbre de consultations mensuelles pour des poussées aigu de lombalgie		
* < 5 consultations	0 (0%)	
* 5 - 10 consultations	49 (53%)	
* > 10 consultations	44 (47%)	
Estimation du pourcentages de patient à risque de chronicité		
* < 30 %	28 (30%)	
* 30 - 50 %	61 (66%)	
* > 50 %	4 (4%)	
Formation(s) spécifique(s) dans le domaine de la lombalgie		
* Présente	18 (19%)	
* Absente	75 (81%)	

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon

III.B. Prise en charge initiale du patient présentant une poussée aiguë de lombalgie

Sur les 93 praticiens interrogés, 86% (n = 80) considèrent que les drapeaux rouges suggèrent une pathologie grave sous-jacente, 74% (n = 69) les identifient correctement, mais seulement 59% (n = 55) estiment qu'ils méritent une prise en charge spécialisée. Par ailleurs, 20% de l'effectif interrogé (n = 19) estiment que la présence de dorsalgie est bénigne. (Figure 7.)

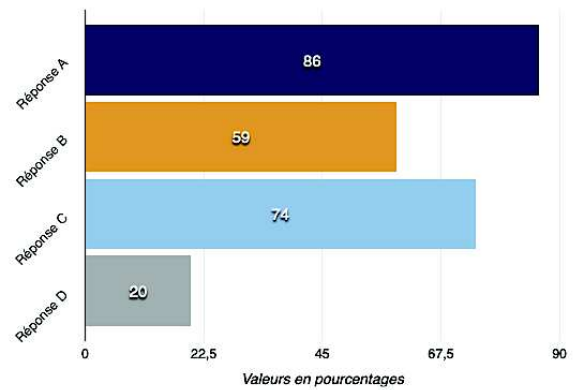


Figure 7 : Connaissances des drapeaux rouges

Réponse A : Ils suggèrent une pathologie sous-jacente grave

Réponse B : Ils suggèrent la nécessité d'une prise en charge spécialisée

Réponse C : Ils comprennent, notamment l'âge <20ans et > 55ans, des paresthésies au niveau du pubis, la prise prolongée de corticoïdes, des troubles sphinctériens

Réponse D : La présence de rachialgies dorsales est souvent bénigne

L'ordonnance initiale d'un patient présentant une poussée aiguë de lombalgie d'allure commune est en majorité composée d'anti-inflammatoires (77%, n = 72) et d'antalgiques en prise *per os* de palier I (82%, n = 76) voire de palier II (45%, n = 42). La majorité des praticiens interrogés s'accorde sur la nécessité d'un maintien des activités quotidiennes, en respectant le seuil d'apparition de la douleur (94%, n = 87). Enfin, un quart des praticiens interrogés a recours à une prescription de myorelaxant en première intention (28%, n = 26). A noter qu'aucun praticien ne prescrit des corticoïdes *per os*, ni des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, ni de la kinésithérapie (Figure 8.).

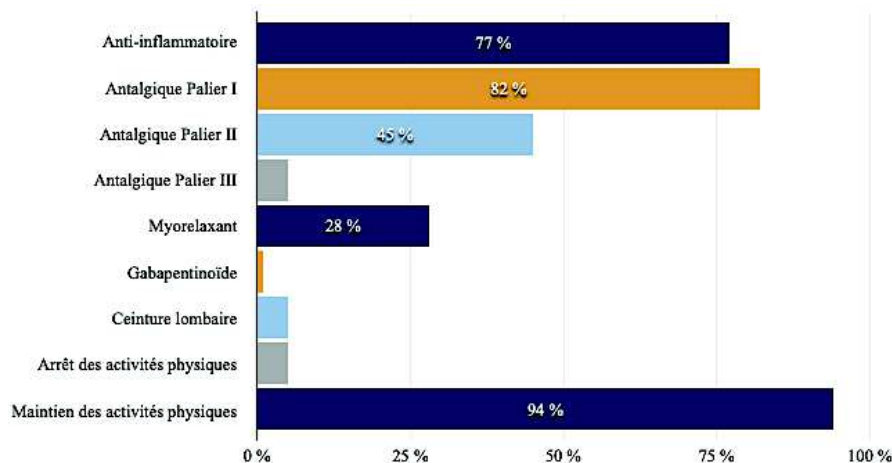


Figure 8 : Ordonnance initiale

Dans le cadre d'un travail sédentaire, l'arrêt de travail prescrit par les praticiens excède rarement 7 jours, avec, dans la majorité des cas, un arrêt estimé entre trois et sept jours (57%, n = 53) ou entre un et trois jours (33%, n = 31). Il est à noter que seulement 2% (n = 2) des praticiens ne prescrivent pas d'arrêt de travail dans ce contexte.

L'arrêt de travail, dans le cadre d'une profession avec charge légère (inférieure à 10 Kg ou à 5 Kg avec notion de répétition), est proposé de façon quasi-systématique. Seulement 1% (n = 1) des praticiens inclus dans l'étude ne délivre aucun arrêt de travail pour ce type de profession. Lorsqu'il est prescrit, sa durée est en grande majorité évaluée trois et sept jours (66% des médecins interrogés, n = 61). Un arrêt sept à quatorze jours est prescrit par 25% (n = 26) des médecins interrogés.

Dans le cadre des professions avec charge physique modérée (charge inférieure à 25 Kg ou jusqu'à 10 Kg avec notion de répétition), les médecins inclus tendent à s'accorder sur un arrêt de travail allant de trois à sept jours (31%, n = 29) ou de sept à quatorze jours (60%, n = 52). La durée minimale de l'arrêt de travail proposé, d'après la population incluse est de un à trois jours (1,1%, n=1).

Enfin, dans le cadre d'un travail avec risque physique élevé (port de charge supérieur à 25 Kg), la durée d'arrêt de travail proposée est le plus souvent de sept à quatorze jours (55%, n = 51), devant les arrêts de quatorze à trente jours (27%, n = 25) et de trois à sept jours (13%, n = 12). Il est à noter que certains médecins inclus proposent un arrêt de travail allant de un à trois mois (5%, n = 5), mais qu'aucun praticien ne délivre aucun arrêt de travail.

L'ensemble des résultats est résumé en Figure 9.

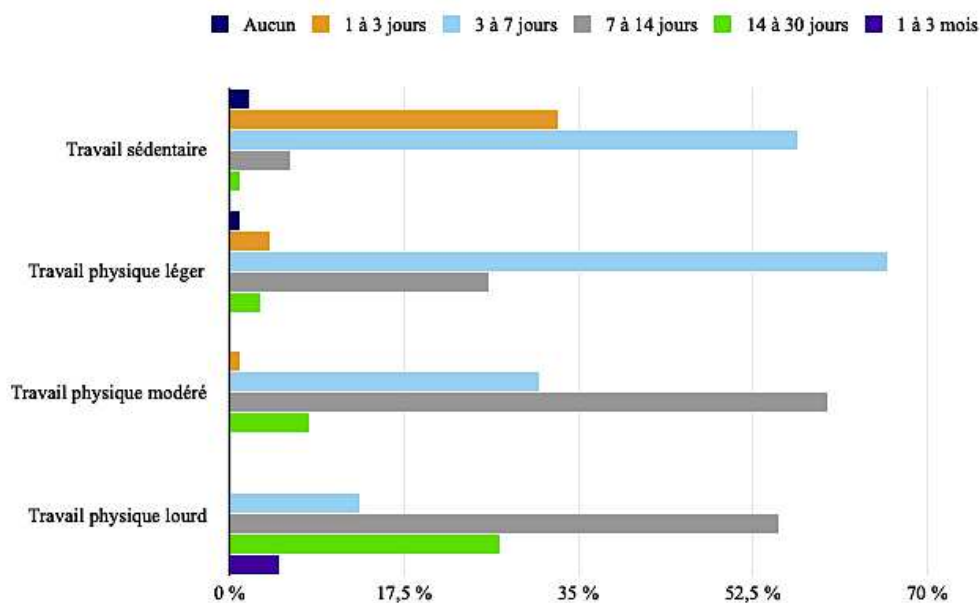


Figure 9 : Durée de l'arrêt de travail prescrit, selon la charge physique au travail, du patient lombalgique

III.C. En cas d'échec de la prise en charge initiale d'un patient présentant une lombalgie d'allure commune

Le patient est réévalué de façon systématique par un peu moins de la moitié des professionnels (48%, n = 45). Dans ce cas de figure, les patients sont généralement revus à une semaine (69%, n = 31) ou entre deux et quatre semaines (27%, n = 12), rarement à 72 heures (4%, n = 2). A noter que huit professionnels ne revoyant pas systématiquement les patients, proposent une réévaluation à 1 semaine (n = 5) ou entre deux et quatre semaines (n=3) dans certains cas.

Concernant le recours aux examens complémentaires, un bilan sanguin est prescrit par 68% des praticiens interrogés (n = 63). Il est généralement proposé entre deux et quatre semaines (25%, n = 23), ou entre quatre et six semaines après le début de l'épisode de lombalgie initial (20%, n = 19), plus rarement à trois mois (8%, n = 7). De façon non systématique, ce bilan est proposé par 15% des médecins interrogés (n = 14), en présence de drapeaux rouges notamment.

Concernant la radiographie du rachis lombal, elle est prescrite par la majorité de l'effectif inclus (70%, n = 65), entre quatre et six semaines (30%, n = 28) ou entre 2 et 4 semaines de l'évènement initial (24%, n = 22). De façon plus ponctuelle, elle est proposée à 3 mois (8%, n = 7) voire même dès la première consultation (2%, n = 2). La radiographie est proposée de manière non-systématique par 6% des prescripteurs (n = 6), en cas de présence de pathologie sous-jacente (notion de traumatisme, récurrence, etc.).

Le recours au scanner de la région lombale est envisagé par 72% (n = 67) des praticiens interrogés. Parmi ceux-ci, il est envisagé généralement entre quatre et six semaines (26%, n = 24) ou à partir de trois mois (14%, n = 13). Il n'est jamais envisagé en première intention sans signe de gravité et rarement en phase initiale, durant les deux à quatre premières semaines (6%, n = 6). Seulement 17% (n=16) des praticiens ne l'envisagent qu'en cas de contre-indication à l'IRM. 12% (n=11) des praticiens ne le prescrivent que lorsqu'un geste invasif est envisagé. Un scanner est proposé « au cas par cas » pour 12% (n = 11) des praticiens ayant recours à cette technique (exemple : anomalie détectée sur cliché radiographique, signe de gravité lors de la consultation, etc.).

Enfin, concernant l'IRM lombale, 76% (n = 71) des médecins interrogés ont recours à cet examen. La réalisation de l'IRM est proposée généralement entre quatre et six semaines (24%, n = 22) ou à partir de 3 mois (14%, n = 13). Cependant, 14% (n=13) des médecins ne le

prescrivent qu'en seconde intention (en cas de contre-indication à la réalisation d'un scanner) et 22% (n=20), ne le prescrivent que si un geste invasif est envisagé. Il est également à noter qu'il est parfois proposé plus précocement, dès la première consultation (2%, n = 2) ou entre deux et quatre semaines (2%, n = 2). Tout comme le scanner et la radiographie, il est parfois proposé de façon non-systématique, au « cas par cas » pour 13% (n = 12) des praticiens interrogés (exemple : suspicion de pathologie sous-jacente, en cas d'anomalie radiographique, etc.).

L'ensemble des résultats est résumé en Figure 10.

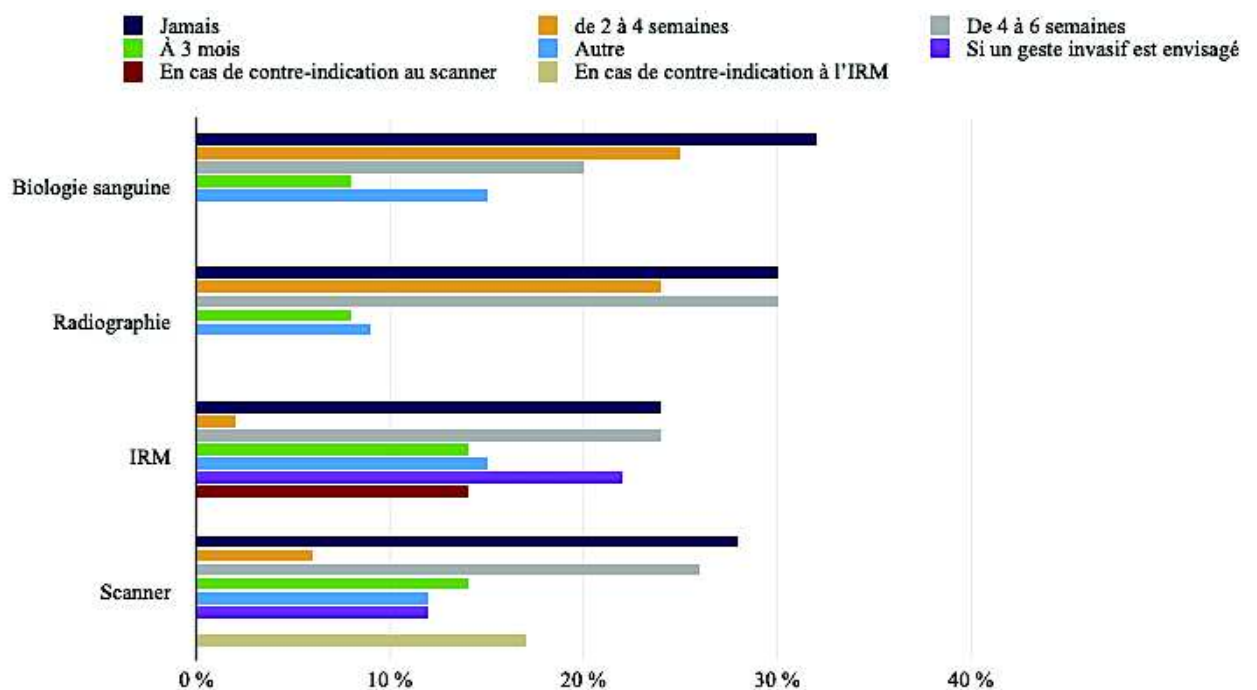


Figure 10 : Examens complémentaires prescrits, en cas d'échec de la prise en charge initiale

Il est à noter que sur 85 réponses à la question « est-il nécessaire de réaliser une nouvelle imagerie à six mois en l'absence de modification du tableau clinique ? », 82% (n = 70) estiment que la réponse est « non ».

Au total, 16% (n=15) des praticiens de notre échantillon ne réalisent jamais d'examen complémentaires dans la lombalgie commune.

Au sein de l'effectif interrogé, seulement 15% (n = 14) déclarent connaître la signification des drapeaux jaunes, dont 93% (n = 13) ont donné une définition correcte de leur signification. Il est également intéressant de noter que les notions les plus fréquemment citées par ces praticiens, sont les facteurs émotionnels (n=10, exemples : « dépression », « angoisse »), suivis des facteurs professionnels (n=8, exemples : « difficultés au travail », « conflit au travail », « travail non valorisant »), puis des attitudes et représentations inappropriées (n=5, exemples : « craintes d'évolution défavorable », « croyances erronées », « manque de compréhension des mécanismes de la douleur ») et pour finir les comportements douloureux inappropriés (n=2, exemples : « kinésiophobie », « stratégies d'adaptation »).

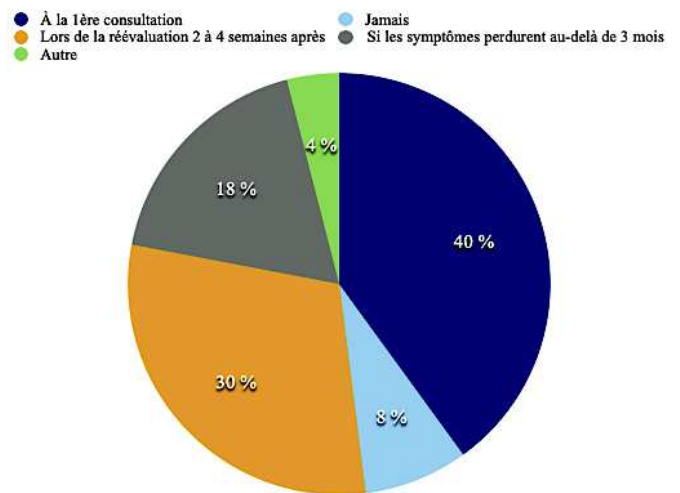


Figure 11 : Abord des facteurs émotionnels en consultation

Les facteurs émotionnels sont tout de même évalués par 92% (n = 86) des médecins interrogés. Ils déclarent les aborder généralement dès la première consultation (40%, n = 37) ou lors de la réévaluation à deux ou quatre semaines (30%, n = 28) voire au-delà de 3 mois en cas de persistance des symptômes (18%, n = 17). Quatre pourcents (n=4) déclarent l'aborder « au cas par cas » selon la présentation du patient. Les praticiens n'ayant pas pour habitude d'aborder les facteurs émotionnels (n=11) le justifient de façon égale par un manque de temps ou par une difficulté d'abord (54%, n = 6 pour chaque item), plus rarement en raison du refus des patients (9 %, n = 1). En effet, quatre praticiens déclarent ne pas avoir l'habitude d'aborder les facteurs émotionnels par manque de temps mais le prennent quand les symptômes perdurent pendant deux à quatre semaines (n=1) ou au-delà de trois mois (n=3).

Les questionnaires Orebro / Start Back Screening Tool / FABQ / HAD sont connus par seulement 13% (n = 12) des praticiens inclus dans notre étude, dont seulement 25% (n = 3) d'entre eux les utilisent en consultation. Les raisons principales de la non-utilisation de ces questionnaires sont le manque de temps (n=7), la difficulté d'utilisation (n=2) et l'oubli de les utiliser en consultation (n=1)

En cas d'identification d'un éventuel risque de passage à la chronicité, les médecins interrogés orientent en grande majorité vers les kinésithérapeutes (96%, n = 89) ou les rhumatologues (61%, n = 57). Seulement 24% (n = 22) des médecins généralistes orientent le patient vers un médecin de médecine physique et de réadaptation et 16% (n = 15) vers un médecin algologue. Il est également à noter que le recours au médecin du travail est spontanément évoqué (réponse libre) par 2% (n = 2) des praticiens inclus dans l'étude. Le recours à un psychologue est également fréquent (16%, n = 15) de même que le recours aux ostéopathes (9%, n = 8) (Figure 12.).

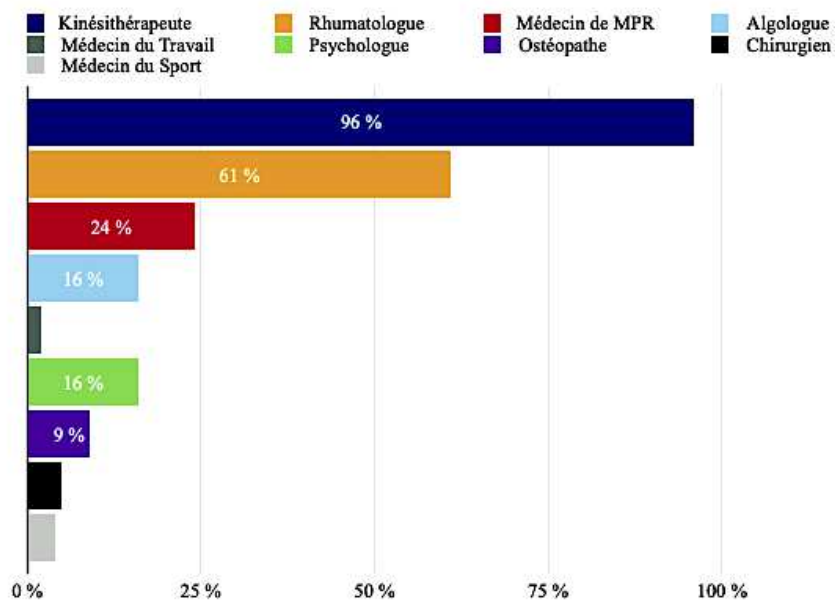


Figure 12 : Ressources externes utilisées en cas d'échec de la prise en charge initiale

En cas d'identification de facteurs de risques de passage à la chronicité, 63% (n = 59) des médecins déclarent ne pas avoir suffisamment de ressources à leur disposition. Les raisons principalement évoquées sont les délais de consultations ou de réponses trop long (95%, n = 56) des structures potentiellement ressources, une méconnaissance de ces structures ou des ressources à disposition (32%, n = 19) ou encore l'éloignement géographique (27%, n = 16). (Figure 13.)

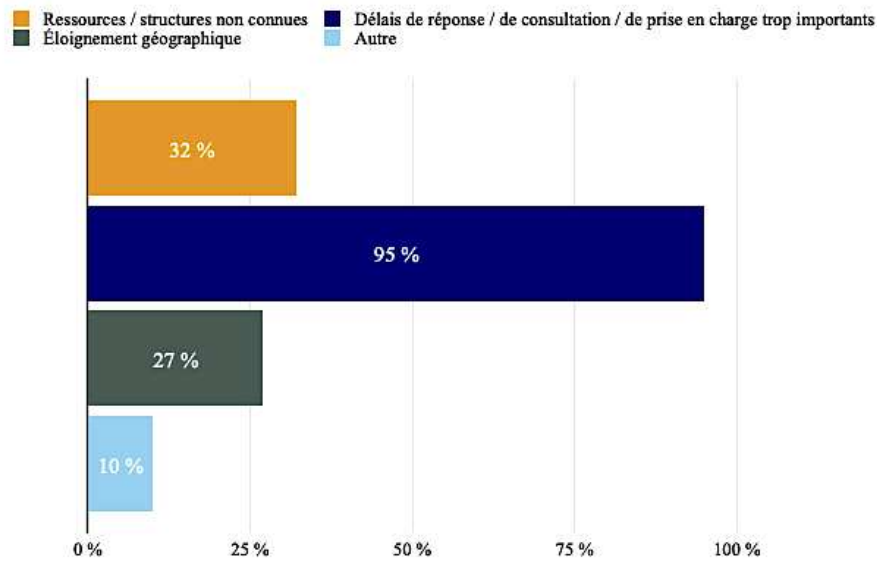


Figure 13 : Facteurs limitant le recours aux ressources externes

Le recours à la médecine du travail est envisagé par 83 des 93 médecins inclus (89%) en cas de difficultés professionnelles déclarées par le patient souffrant de lombalgie. Les médecins n'y ayant pas recours le justifient en majorité par une méconnaissance de l'interlocuteur (80%, n = 8, sur 10 réponses) ou une difficulté d'accès (30%, n = 3).

Enfin, 36% (n=33) des médecins généralistes inclus estiment qu'un programme multidisciplinaire peut-être proposé aux patients dès six semaines d'évolution d'une lombalgie commune, 42% (n=39) préfèrent toujours attendre trois mois. Il est à noter que 18% (n=17) des praticiens interrogés estiment qu'une prise en charge multidisciplinaire encore plus précoce est nécessaire ou, à l'inverse, 4% (n=4) estiment qu'il est préférable d'attendre six mois d'évolution.

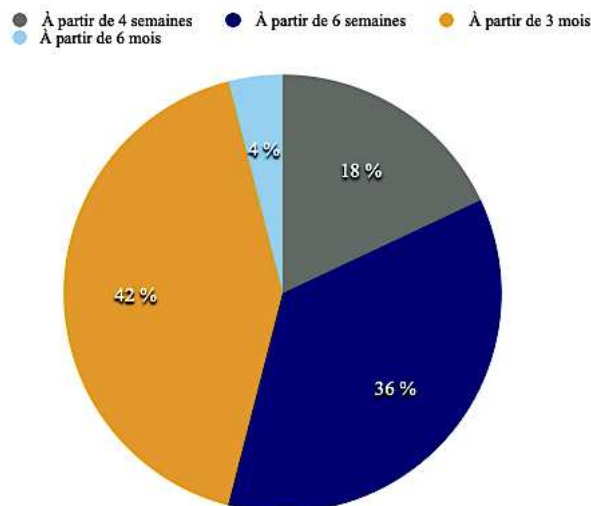


Figure 14 : Délai d'évolution pour débiter une prise en charge multidisciplinaire

III.D. Connaissance et recours à un Centre de Médecine Physique et de Réadaptation

Au sein de l'effectif interrogé, 15% (n = 14) des praticiens déclarent ne pas connaître le centre de médecine physique et de réadaptation rattaché à leur département et/ou de leur région. Néanmoins, 97% (n = 90) des médecins estiment qu'une telle structure serait à même de pouvoir les aider dans le cadre de la prise en charge d'un patient souffrant de lombalgie à haut risque de passage à la chronicité. Sur les 76 réponses apportées par les médecins interrogés, la justification principalement avancée est la capacité d'un tel centre à mettre en œuvre des programmes de rééducation multidisciplinaires (physique, psychologique, sociale, professionnelle), intensifs, personnalisés et précoces. Certains médecins mettent également l'accent sur la possibilité de temps pour avoir une démarche préventive, éducationnelle auprès des patients.

Si 89% (n = 83) des praticiens inclus se disent prêt à orienter les patients lombalgiques présentant des risques de chronicité vers un centre de rééducation, 11% (n = 10) ne se déclarent pas favorables. Les raisons principalement évoquées par ces derniers sont la difficulté d'accès dans la majorité des cas (à l'interlocuteur, ou lié à l'éloignement géographique du patient), mais également la « lourdeur administrative » et pour finir un médecin soulève la notion de « stigmatisation de la rééducation en centre ».

Ainsi, 96% (n = 89) des médecins interrogés souhaiteraient pouvoir avoir les coordonnées directes d'un référent afin d'en favoriser l'accès. Le moyen privilégié de contact, selon les praticiens inclus, est l'e-mail (81%, n = 75), suivi du contact par téléphone (39%, n = 36) et du courrier papier (17%, n = 16).

Enfin, sur 93 professionnels interrogés, 55% (n = 51) seraient favorable à la mise en place d'une formation spécifique sur les lombalgies, et plus précisément sur les lombalgies à risque de chronicité, sans pour autant préciser le format préférentiel.

III.E. Recherche d'association des différentes variables catégorielles

III.E.1. Analyse des réponses au questionnaire selon l'âge

L'analyse statistique a permis de déterminer qu'il existait un lien significatif entre l'âge du prescripteur et l'ordonnance initiale ($p = 0,04$). : les prescripteurs de moins de 30 ans prescrivent le plus souvent des AINS, des antalgiques de palier I et II et un maintien des activités selon le seuil douloureux ($p = 0,001$), et la catégorie des 30-39 ans prescrit proportionnellement

plus d'AINS, d'antalgiques de palier I et un maintien des activités selon le seuil douloureux ($p = 0,02$). Il n'existe aucun lien considéré comme significatif entre l'ordonnance initiale et les autres catégories d'âge.

L'âge est également décrit comme ayant un lien avec le recours aux imageries pour les moins de 30 ans, catégorie d'âge qui proportionnellement prescrit le moins de radiographies ($p = 0,03$), de scanners ($p = 0,02$) et d'IRM ($p = 0,01$). À l'inverse, la catégorie des 30-39 ans semble prescrire davantage d'IRM ($p = 0,03$). Il n'existe aucun lien significatif entre le recours aux différents types d'imageries et les autres catégories d'âge.

Par ailleurs, il a été retrouvé que proportionnellement, les moins de 30 ans connaissent moins le CRMPR de leur région ($p = 0,004$), mais également que ces populations de prescripteurs les plus jeunes (30 - 39 ans et moins de 30 ans), sont les plus demandeuses de formations spécifiques (respectivement $p = 0,016$, et $p = 0,3$; bien que non significatifs pour le second, les résultats penchent vers une tendance).

Concernant le reste des tests d'association, aucun résultat ne semble démontrer de liens significatifs avec l'âge. Le résumé des associations significatives obtenus selon l'âge est représenté en Figure 15.

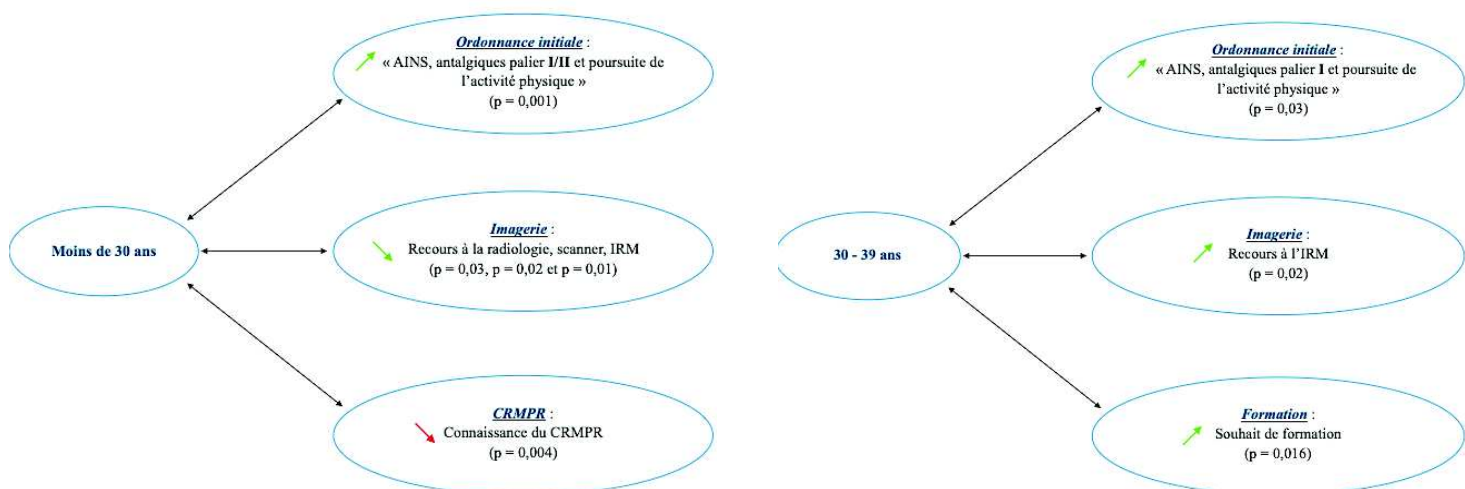


Figure 15 : Résumé des associations significatives obtenus selon l'âge

III.E.2. Analyse des réponses au questionnaire selon le genre

L'analyse statistique n'a permis de démontrer qu'un seul lien significatif entre les différentes variables catégorielles et le genre. En effet, il ressort des analyses que les femmes semblent orienter plus fréquemment les patients lombalgiques chez les ostéopathes que les hommes ($p = 0,034$).

III.E.3. Analyse des réponses au questionnaire selon le lieu d'exercice

De manière générale, il semblerait y avoir des différences de durée d'arrêt de travail en fonction du lieu d'exercice du prescripteur ($p = 0,05$). En effet, l'analyse statistique a permis de faire ressortir que proportionnellement, les praticiens exerçant en milieu semi-rural prescrivent généralement des arrêts de travail plus longs pour les patients pratiquant une activité sédentaire ou à charge légère (plus de 3 jours, $p = 0,05$), tandis que les médecins exerçant en milieu urbain prescrivent des arrêts plus courts (généralement de 1 à 3 jours, $p = 0,01$). Ces constats n'ont pas été vérifiés pour les professions avec ports de charges modérées à lourdes.

De même, concernant la prescription d'examen de radiologie, les médecins exerçant en milieu semi rural semblent prescrire moins souvent de radiologie ($p = 0,02$) tandis que les médecins exerçant en milieu urbain y ont plus facilement recours ($p = 0,05$). Le recours aux autres types d'imageries est indépendant de la localisation ($p > 0,05$). L'ensemble de ces résultats est résumé sur la Figure 16.

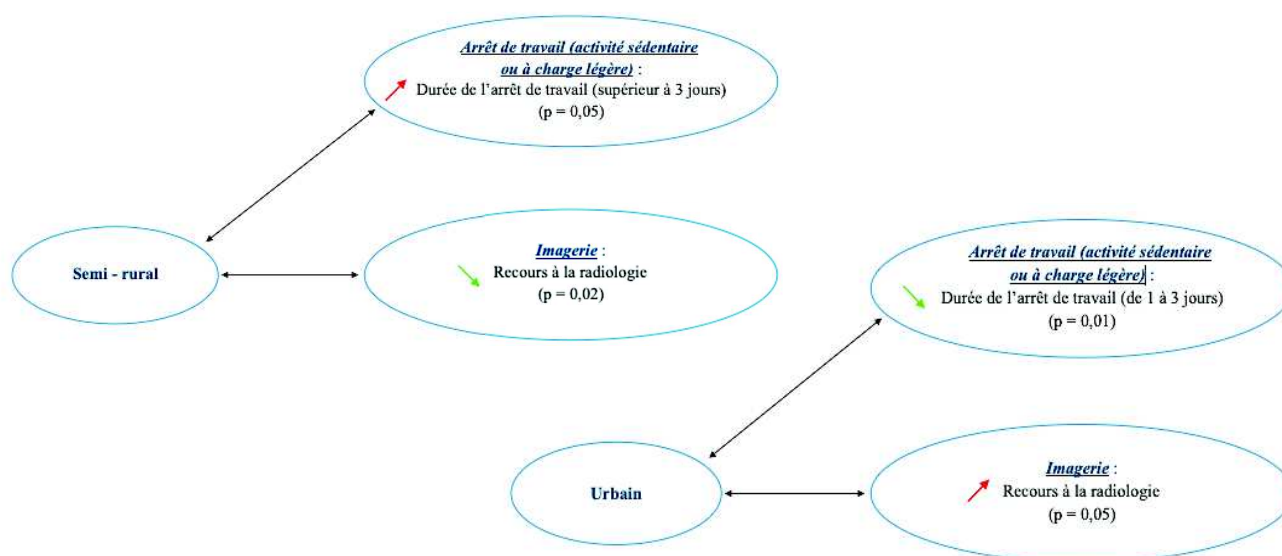


Figure 16 : Résumé des associations significatives obtenus selon l'âge

III.E.4. Analyse des réponses au questionnaire selon le mode d'exercice

Il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif en rapport avec le mode d'exercice (cabinet seul, de groupe ou en pôle de santé multidisciplinaire) sur l'ensemble des tests.

III.E.5. Analyse des réponses au questionnaire selon la réalisation d'une formation spécifique portant sur la lombalgie ou la douleur.

Il est mis en évidence une association significative entre la connaissance des drapeaux jaunes, des questionnaires types « FABQ, HAD, SBST et OMPSQ » (respectivement $p = 0,002$ et $p = 0,004$ en faveur des professionnels formés) et la réalisation de formation préalable spécifique sur la lombalgie ou plus largement la douleur.

Les professionnels ayant eu une formation spécifique semblent néanmoins orienter moins fréquemment les patients chez le rhumatologue, que les professionnels non formés ($p = 0,007$). L'ensemble de ces résultats est résumé en Figure 17.

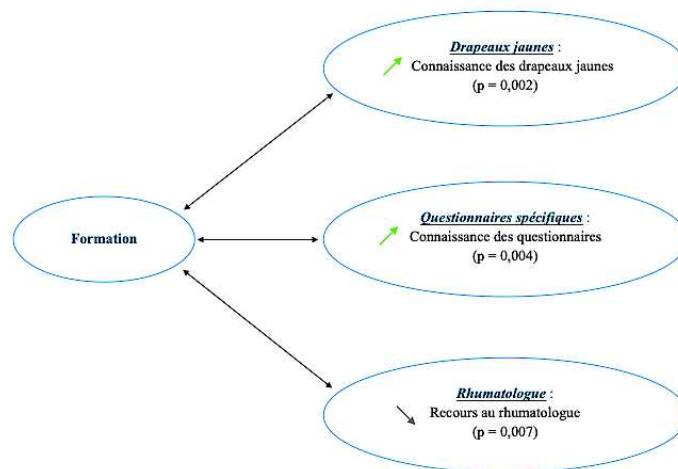


Figure 17 : Résumé des associations significatives obtenus selon la réalisation d'une formation

IV- Discussion

Nous avons étudié la prise en charge de la lombalgie par les médecins généralistes de Seine Maritime et de l'Eure à un peu plus d'un an de la publication des recommandations HAS. L'objet de la partie qui suit va être de comparer les pratiques sur le terrain des médecins de soins de premiers recours avec ces recommandations HAS, et de tenter de comprendre les éventuelles inadéquations pour proposer des axes d'amélioration.

IV.A. Résumé des principaux résultats

IV.A.1. Diagnostic de lombalgie commune

La prise en charge d'une poussée aigue de lombalgie est un motif fréquent de consultation dans notre échantillon, comme au niveau national, avec plus de 5 patients par mois qui consultent pour ce motif, voire plus de 10 pour 47% des médecins interrogés. L'importance de la recherche des drapeaux rouges est une notion relativement bien connue par les médecins généralistes à la fois de par leur signification et leur identification respectivement connue par 86% et 74% de notre échantillon de médecins. Les nouvelles recommandations 2019 (1) n'ont que peu évolué en 20 ans sur ce point ; à noter que la connaissance exhaustive de la liste des drapeaux rouges n'est pas encore complète puisque 20% estiment encore que la dorsalgie est bénigne. Cette notion n'étant initialement pas décrite en 2000 (31), il est possible que l'intégration de celle-ci au sein des pratiques professionnelles puisse être encore incomplète.

IV.A.2. Prise en charge initiale d'une poussée aigue de lombalgie

Concernant la prise en charge médicamenteuse initiale d'une poussée aigue de lombalgie, les nouvelles recommandations sont relativement bien suivies. En effet, la prescription d'AINS en première intention est faite par 77% des médecins généralistes interrogés, aucun ne déclarant prescrire de corticothérapie, d'inhibiteur de la recapture de la sérotonine ou encore de gabapentinoïdes en cas de radiculalgie associée (1%).

Cependant, la mise à jour des recommandations sur la prise en charge d'une poussée aigue de lombalgie d'allure commune place la réassurance et le maintien d'une activité physique, avant le traitement pharmacologique (1), principalement du fait de nouvelles données sur l'efficacité des traitements mais aussi par la crainte des effets nocifs potentiels de certains médicaments antalgiques. Ceci ne semble pas ressortir dans notre étude.

En effet, 45% des médecins généralistes prescrivent un palier II en première intention, ce pourcentage est relativement important quand on considère les indications retenues par la HAS (cf I.D.1). La prescription de myorelaxant, réalisé par 28% des praticiens interrogés, reste fréquente, bien que n'étant plus recommandée actuellement. Par ailleurs, le PARACETAMOL semble être toujours largement prescrit (82% des médecins interrogés) malgré les nouvelles données dans ce domaine (34).

La « sur-prescription » médicamenteuse dans la lombalgie est fréquemment retrouvée dans la littérature, malgré la large publication de nouvelles recommandations, comme le rappelle une étude publiée dans le JAMA en 2010, réalisée sur un échantillon de plus de 1000 médecins généralistes australiens (64). En effet, chaque année, en Australie, un échantillon aléatoire de médecins généralistes est désigné pour remplir un questionnaire concernant les détails de 100 consultations consécutives. Ces questionnaires reprennent essentiellement le thème de la consultation et le traitement prescrit. Seulement les consultations en lien avec une poussée aiguë de lombalgie ont été retenues dans cette étude. Ils ont comparé la période de 2001 à 2004 avec celle de 2005 à 2008 du fait de la parution de nouvelle recommandation en 2004 du National Health and Medical Research Council (NHMRC) pour les douleurs musculo-squelettiques aiguës. Ces recommandations soulignent, comme nos recommandations nationales, que la prise en charge initiale est essentiellement non médicamenteuse (conseils) et en cas de besoin, elle recommande l'utilisation d'analgésiques simples. Or, près des deux tiers des patients (65,2%) ont reçu un médicament pour une poussée aiguë de lombalgie : AINS (37,4%), suivis des opioïdes (19,6%), puis le paracétamol (17,7%). Au cours de la période suivant la publication des lignes directrices, il n'y a eu aucun changement statistiquement significatif, en ce qui concerne les prescriptions thérapeutiques.

Concernant le paracétamol, il est vrai que les nouvelles recommandations françaises sont moins « claires » que dans d'autres pays, le PARACETAMOL pouvant être « utilisé à visée symptomatique » en première intention afin d'aider à la gestion des accès douloureux. Par exemple, au Danemark (8) et en Belgique (9), il est clairement spécifié qu'il ne doit être utilisé qu'en dernier recours. Au Canada (11), il est toujours admis en tant que seule thérapeutique « en première intention ». Cependant, ces recommandations canadiennes sont parues peu de temps après la publication de la large étude publiée dans *The Lancet* (34) en défaveur de son utilisation dans la lombalgie.

Le maintien de l'activité selon le seuil douloureux en cas de poussée aiguë de lombalgie, nettement mis en avant dans les recommandations françaises, est une notion qui semble acquise dans la prise en charge de patient lombalgique par les médecins généralistes de notre étude. Ceci contrairement à une revue systématique récente, basée sur des études anglaises, canadiennes, néo zélandaises, israéliennes, allemandes, norvégiennes et américaines (63), qui soulevaient le problème de conseils inappropriés pouvant être donnés en soin primaire concernant le repos et l'activité. Au sein de notre échantillon, il semblerait y avoir une amélioration dans ce domaine. En effet, 94% des médecins généralistes déclarent tout de même recommander en première intention le maintien d'une activité selon le seuil douloureux, par opposition au repos au lit, en association avec les thérapeutiques antalgiques. Cette évolution pourrait être en lien avec la large campagne réalisée par l'assurance maladie en 2017, évoquée en introduction de ce travail. Il est également important de souligner que, comme préconisée par les directives nationales, la prescription de kinésithérapie n'est jamais faite en première intention.

En ce qui concerne la prescription d'arrêt de travail, il semblerait que la mise à jour des recommandations faite en 2017 par l'assurance maladie ne soit pas encore intégrée ou suivie par l'ensemble des médecins généralistes interrogés. Ces données sont également concordantes avec les données actuelles de la littérature sur l'augmentation progressive de la durée des arrêts de travail (30% des arrêts de travail de plus de 6 mois sont dû à la lombalgie selon l'assurance maladie en 2017). En effet, on constate qu'il est toujours très largement prescrit quelle que soit la profession du patient lombalgique, avec seulement moins de 2% des médecins interrogés qui n'en prescrivent pas. Bien que la durée des arrêts de travail prescrit soit relativement courte, inférieure à sept jours pour 90% des praticiens interrogés en cas de travail sédentaire et 61% en cas de travail physique léger, cela reste supérieur aux nouvelles durées préconisées par l'Assurance Maladie : zéro jour et en cas d'extrême nécessité 3-5 jours avec réévaluation systématique (38). Avec l'augmentation de la charge physique, la durée de l'arrêt de travail est très nettement allongée. En effet, pour un travail physique modéré, 68% des médecins généralistes déclarent prescrire plus de sept jours d'arrêt de travail, et pour un travail physique lourd, un tiers des médecins prescrit un arrêt de travail supérieur à 14 jours. Or, selon un étude du Pr Valat publiée en 2000, la prescription d'un arrêt de travail supérieur à 8 jours pourrait être à elle seule un facteur de risque de passage à la chronicité (65).

Nous pouvons tenter d'expliquer en partie ces moins bons résultats par les possibles peurs et les fausses croyances des médecins par rapport à la reprise d'une activité

professionnelle chez le patient lombalgique. En effet, une étude française publiée dans *Pain* en 2006, suggère que celles-ci peuvent influencer les médecins généralistes sur leurs conseils et prescriptions faits auprès des patients lombalgiques, avec pour conséquence une application moins stricte des recommandations récentes (66). Par ailleurs, une méconnaissance des postes « cadre vert » pourrait contribuer à ces résultats. Les postes « cadre vert » comme nous l'avons évoqué en introduction de ce travail (I.E.3.c) sont accessibles pour les salariés lombalgiques dès 2 à 5 jours d'arrêt de travail et ce pendant 1 à 6 semaines. Ils ont pour but d'adapter le travail afin que l'activité professionnelle se rapproche au plus près des contraintes de la vie quotidienne en termes d'effort et d'intensité. Cette démarche, encore récente, expérimentée de 2004 à 2009 dans 4 régions a été généralisée au niveau national par la suite (35). Cependant, malgré l'obligation de relations fonctionnelles rapides entre médecins de soins et du travail (67), peu d'entreprises ont enclenché cette démarche. Enfin, en milieu semi-rural la durée des arrêts de travail, prescrit par les praticiens, semble plus longue à profession similaire. Ce résultat peut s'expliquer par la prise en considération par les médecins généralistes du temps de trajets en voiture importants de leurs patients pour se rendre sur leur lieu de travail.

Un résultat notable pour nous a été que 89 % des médecins généralistes interrogés déclarent avoir régulièrement/facilement recours à la médecine du travail. En ce qui concerne ceux qui n'y ont pas recours, ils l'expliquent en grande majorité (80%) par une méconnaissance de l'interlocuteur. Ces bons résultats sont tout de même à nuancer car dans la question en lien avec les ressources externes utilisées, seulement 2% des médecins interrogés évoquent spontanément orienter leurs patients vers celui-ci.

IV.A.3. La place des examens complémentaires

On constate dans notre étude, comme dans la littérature, une surutilisation des examens complémentaires dans la lombalgie commune (68).

En effet, la prescription de bilan sanguin pour laquelle aucune indication n'est retenue dans la prise en charge d'une poussée aiguë de lombalgie commune, hormis la suspicion d'une lombalgie symptomatique, est réalisée par 68% des médecins généralistes de notre échantillon.

De plus, la radiographie du rachis lombal qui initialement avait toute sa place en première intention, et notamment une indication quasi systématique à 7 semaines d'évolution (31), disparaît des nouvelles recommandations. Or, elle est encore prescrite par 70% des

médecins généralistes interrogés et encore plus précocement qu'initialement recommandée avec 56% de l'effectif inclus qui la prescrit avant 6 semaines d'évolution.

Concernant la réalisation d'une IRM lombale recommandée à 3 mois d'évolution, qui est l'examen gold standard retenu par les nouvelles recommandations de la HAS (1), seulement 14% des médecins interrogés retiennent son indication à ce stade, et seulement 22% ne la prescrivent que si un geste invasif est envisagé. La réalisation d'un scanner lombal est envisagée par 72% des praticiens interrogés mais seulement 17% ne la prescrivent qu'en cas de contre-indication à l'IRM et un tiers de l'échantillon la prescrit avant 6 semaines d'évolution.

Nous pouvons tout de même soulever que 82% des médecins interrogés n'estime pas nécessaire de renouveler systématiquement l'imagerie à 6 mois d'évolution des symptômes, pratique en accord avec les nouvelles recommandations.

La juste prescription des examens complémentaires est un véritable enjeu financier dans la prise en charge de la lombalgie commune, du fait des couts directs des examens, mais aussi des effets d'aval (tests supplémentaires, consultations multiples de suivi etc.). De plus, comme nous avons pu le voir en introduction (cf I.C.2), l'intérêt de l'imagerie est régulièrement débattu dans la lombalgie, le risque étant parfois de favoriser les fausses croyances et une kinésiophobie (peur de bouger en lien avec des anomalies à l'imagerie) (69).

Cette « sur-prescription » d'examens complémentaires, et plus particulièrement, concernant l'imagerie est une des attitudes des prescripteurs les mieux documentées dans la littérature internationale. Cependant, aucune intervention n'a, à ce jour, montré d'amélioration significative (70). Comment expliquer cette tendance ? Tout d'abord, il est possible que les temps de consultation courts (en moyenne 16 minutes, selon une enquête de la DREES réalisée en 2002), laissant peu de temps pour les explications à fournir au patient sur l'absence d'intérêt diagnostique et thérapeutique de l'imagerie à ce stade, jouent un rôle dans ces prescriptions. Il est possible également qu'une volonté de maintenir des relations harmonieuses avec les patients, insistant parfois pour la réalisation d'un examen complémentaire, intervienne dans ce comportement. La peur de manquer un diagnostic grave ou encore l'éventuel désaccord du clinicien avec les recommandations peuvent être autant de facteurs concourant à cette attitude. Il est possible également qu'une éventuelle difficulté du médecin à s'éloigner du modèle biomédical (besoin d'avoir une explication anatomique) ou encore d'éventuelles fausses croyances (« parfois, une radiographie peut dissiper la peur et prévenir la chronicité ») jouent un rôle. Pour finir, la prescription d'une imagerie plus précoce peut être réalisée afin d'anticiper

le possible délai d'attente avant d'obtenir un rendez-vous, ou encore comme semblent l'évoquer nos résultats, l'accessibilité facile à certains examens (les médecins installés en zone urbaine, prescrivent plus facilement des radiographies, $p = 0,05$) peuvent s'ajouter dans cette prescription rapide et précoce d'examens complémentaires. Ces différentes raisons ont été évoquées dans deux méta-analyses récentes, parue dans *The Clinical Journal of Pain* en 2016 (71) et dans *Implementation Science* en décembre 2019 (63)

IV.A.4. Prise en charge des patients à haut risque de chronicité

Dans les recommandations HAS 2019, une réévaluation systématique du patient entre deux et quatre semaines est préconisée afin d'apprécier l'évolution de la douleur, des activités quotidiennes et professionnelles mais aussi pour rechercher des facteurs de risque de chronicité (ou drapeaux jaunes). 66% de notre échantillon considère 30 à 50% de leur patientèle lombalgique aiguë à risque de passage à la chronicité, ce qui représente une part non négligeable. Or, seulement 48% des médecins généralistes interrogés réévaluent de manière systématique leur patient, et la réévaluation est réalisée dans plus de deux tiers des cas à une semaine, soit de manière trop précoce par rapport aux recommandations.

Cette réévaluation systématique est essentielle afin d'identifier les patients à haut risque de passage à la chronicité et le délai de réévaluation a son importance. En effet, de nombreux patients consultent une seule fois leur médecin généraliste pour une poussée aiguë lombalgique, bien qu'ils continuent à éprouver des douleurs et des incapacités (72). Cependant, la réévaluation trop précoce peut être responsable d'un « étiquetage trop rapide » des patients dit à haut risque de passage à la chronicité (9) avec pour conséquence un « sur traitement » de ceux qui pourraient évoluer spontanément de manière favorable, engendrant alors un surcout.

Au sein de l'effectif interrogé, seulement 14% des praticiens connaissent la notion de drapeaux jaunes.

Bien que l'influence négative des facteurs émotionnels sur l'évolution d'une lombalgie aiguë vers la chronicité semble connue, les autres facteurs semblent l'être beaucoup moins. En effet, 92% des médecins interrogés abordent facilement, dès la première consultation, les facteurs émotionnels : dans 40% des cas lors de la première consultation, ou lors de la réévaluation à 2-4 semaines dans 30% des cas. Cependant, nous pouvons constater que les médecins interrogés n'ont que peu fait référence à la notion de facteurs « professionnels » ($n = 8$, soit 9%). Or,

d'après une étude parue en 2001 dans *Pain* (73) il semblerait que les facteurs professionnels soient directement en lien avec le retentissement fonctionnel des douleurs chroniques, en plus de l'impact sur la chronicité de la douleur. Nous pouvons également constater que l'impact des attitudes et des représentations négatives ainsi que des comportements douloureux inappropriés sur la chronicisation de la lombalgie sont moins facilement évoqués par les praticiens interrogés, respectivement par 5% (n=5) et 2% (n=2). Pourtant, plusieurs auteurs ont soutenu la théorie que les fausses croyances peuvent être plus importantes que les facteurs émotionnels dans le développement de l'incapacité chronique du patient lombalgique (74). En effet, plusieurs travaux ont montré que l'invalidité lombalgique était très faiblement corrélée à l'intensité de la douleur et à l'importance de l'atteinte physique objective, et par conséquent, dépendante d'autres facteurs que nous venons de citer (12) ; la peur de la douleur est plus souvent plus incapacitante que la douleur elle-même.

Le manque de connaissance sur les drapeaux jaunes et leur importance dans la prise en charge de la lombalgie est également retrouvée dans la littérature. Parfois, certains médecins généralistes, malgré leurs connaissances dans ce domaine, ne pensent pas que leur rôle consiste à évaluer les facteurs de risques psycho-sociaux. Certains sont réticents à les évaluer de peur de nuire à la relation médecin-patient, voire même, certains se sentent incompetents pour les évaluer (63).

La plupart des recommandations récentes, et notamment françaises, préconisent d'utiliser une combinaison entre les informations obtenues par l'interrogatoire, l'examen clinique et l'utilisation de brefs questionnaires validés pour établir le risque de chronicité du patient lombalgique en phase aiguë. En effet, comme nous l'avons indiqué en introduction, des questionnaires existent et sont évoqués pour la première fois dans les recommandations de 2019. Or, ils ne sont connus que par 13% des praticiens inclus dans notre étude dont seulement 25%, soit 3% de notre effectif total, les utilisent en consultation. Le temps restreint de la consultation en médecine générale est l'un des freins principaux annoncés. Pourtant, le SBST totalise seulement 9 questions dont 8 sont dichotomiques « oui » / « non » et l'OPBSQ version courte totalise 10 éléments, donc théoriquement facilement utilisable par le praticien en consultation, ce qui permet de ne pas retarder la prise en charge spécifique du patient à haut risque de chronicité (28). De plus, dans une étude parue en Nouvelle Zélande en 2014, les médecins généralistes soulevaient la difficulté de prédire le passage à la chronicité de la lombalgie à la suite d'un examen clinique simple (75), l'utilisation d'un de ces outils pourrait

pallier ce manque. Il semble donc important de pouvoir intégrer ces questionnaires en routine de consultation de médecine générale et d'en faire la promotion auprès d'eux.

En cas d'identification d'un éventuel risque de passage à la chronicité, plus de la moitié de l'effectif interrogé déclare ne pas avoir suffisamment de ressources à sa disposition. Il est difficile d'avoir un impact sur les délais de consultations ou de réponses trop long mis en avant dans 95% des cas (60% des médecins de notre étude) ou encore sur l'éloignement géographique mis en avant dans 27% des cas (17% de notre effectif total). À noter que 20% des praticiens interrogés déclarent méconnaître les structures ou ressources potentiellement mises à leur disposition.

En cas d'identification d'un éventuel risque de passage à la chronicité, les médecins interrogés orientent, pour 96% d'entre eux, en grande majorité vers les kinésithérapeutes, comme le préconisent les recommandations nationales.

Les autres ressources externes utilisées par notre échantillon sont essentiellement les médecins rhumatologues dans 61% de cas mais également le médecin algologue et le psychologue, tous les deux interpellés par 16% de notre échantillon. Ce pourcentage concernant l'adressage vers le psychologue semble relativement faible, quand on considère l'impact positif qu'il peut avoir par l'intermédiaire de la réalisation de Thérapie Cognitivo-Comportementale chez les patients à haut risque de chronicité. Pour le médecin algologue ce résultat semble néanmoins être en accord avec les nouvelles recommandations qui place le recours à celui-ci plus tardivement dans l'algorithme de prise en charge.

Moins d'un quart d'entre eux orientent le patient vers un médecin de médecine physique et de réadaptation, pourtant préconisé de manière précoce dans les recommandations HAS. Bien que 15 % des praticiens interrogés déclarent ne pas connaître le CRMPR, il semble surprenant qu'une majorité des médecins n'orientent pas les patients lombalgiques à haut risque de passage à la chronicité vers un médecin MPR. Il est cependant difficile d'en déterminer la cause, si ce n'est par la difficulté d'accès (interlocuteur, géographique, délais de réponse, etc.), notion sur laquelle nous reviendrons par la suite. Nous pouvons également soulever comme hypothèse la genèse récente de cette spécialité (créé en 1995). En effet, jusqu'à cette date, la médecine physique et de réadaptation ne faisait pas office de spécialisation mais de certificat d'étude. Il pourrait découler de cette récente reconnaissance, une sous-représentation, à l'heure actuelle, de cette spécialité durant le cursus universitaire des étudiants en médecine, tout comme il

pourrait exister une méconnaissance de cette spécialité en tant que telle par les médecins plus âgés. Peut-être est-ce dû également au système actuel de formation des médecins concernant les thérapeutiques non médicamenteuses : information sur-abondante concernant les médicaments et insuffisante concernant les thérapeutiques non médicamenteuses comme le soulève la HAS dans son rapport en 2011 (76).

Les directives nationales préconisent d'adresser précocement les patients lombalgiques à risque de passage à la chronicité aux médecins spécialistes du rachis et de retarder l'avis chirurgical (1). Les résultats de notre étude vont dans ce sens puisque presque deux tiers des médecins généralistes déclarent adresser leurs patients au médecin rhumatologue, moins d'un quart aux médecins de MPR et seulement 5% déclarent adresser aux chirurgiens. Par contre, une étude publiée en 2017 par l'Assurance Maladie (77), donc avant la parution des nouvelles recommandations, révèle des résultats moins satisfaisants avec seulement 15% des patients lombalgiques en arrêt de travail depuis moins de 6 mois qui ont rencontré un médecin spécialiste en phase subaiguë et 30% un chirurgien. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces derniers résultats : une évolution positive secondaire à la publication des nouvelles recommandations, un biais de déclaration des médecins généralistes, un délai important dans la prise de rendez-vous avec les médecins spécialistes.

Le délai de la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients dépistés comme à risque semble compliqué à définir. En effet, il n'existe pas de consensus clair dans la littérature française et internationale, le profil de chaque patient et les pratiques locales étant variables. Néanmoins, au sein de notre échantillon il semblerait que cette prise en charge pluridisciplinaire serait indiquée à moins de 6 semaines d'évolution pour plus de 50% des médecins généralistes interrogés. Nos résultats semblent en adéquation avec la littérature comme le souligne le Pr Valat dans son étude parue en 2007 « lorsque vers la sixième semaine d'évolution, l'évolution favorable ne s'est pas clairement dessinée, il faut renforcer la prise en charge et faire appel à des praticiens ou à des structures spécialisées sans attendre » (12).

IV.A.5. Prise en charge multidisciplinaire des patients à risques de chronicité

L'efficacité d'une prise en charge multidisciplinaire selon le modèle biopsychosocial chez les patients souffrant de lombalgie au stade subaigu est une notion que l'on retrouve dans la littérature internationale depuis presque 20 ans (78)(79). Néanmoins, elle n'avait pas été

démontrée au sein d'une méta-analyse de bonne qualité méthodologique jusqu'à la parution d'une nouvelle revue *Cochrane* en 2017 (19) déjà évoquée en introduction.

Dans notre étude, plus de 95% des médecins interrogés pensent qu'une structure de type CRMPR serait à même de pouvoir les aider dans le cadre de la prise en charge de patient souffrant de lombalgie à haut risque de passage à la chronicité et souhaiteraient avoir les coordonnées d'un référent afin d'y favoriser l'accès. La justification principalement avancée est la capacité d'un tel centre à mettre en œuvre des programmes de rééducation multidisciplinaires (kinésithérapique, psychologique, sociale, professionnelle), intensifs, personnalisés et précoces. Certains médecins mettent également l'accent sur la possibilité de temps pour avoir une démarche préventive, explicatives auprès des patients. Seulement 11% ne se déclarent pas favorable au fait d'adresser ce type de patient en CRMPR par peur de la difficulté d'accès (de l'interlocuteur, ou lié à l'éloignement géographique du patient) ou de la lourdeur administrative. Il semble donc important que ce type de structure soit visible, connu et relativement facile d'accès pour les médecins généralistes.

Afin de renforcer le lien entre le centre de MPR et les médecins généralistes, 55% des médecins interrogés se disent favorables à la mise en place d'une formation spécifique sur les lombalgies, et plus précisément sur les lombalgies à risque de chronicité, sans pour autant préciser le format préférentiel.

IV.B. Perspectives futures et axes d'amélioration

Nos résultats semblent cohérents avec les données de la littérature selon laquelle la publication passive de nouvelles recommandations est insuffisante pour changer la pratique clinique : diminution de la prescription des examens complémentaires, réévaluation systématique du patient, adressage précoce aux médecins spécialistes du rachis, connaissance et dépistage des facteurs de risques de chronicité par l'intermédiaire de l'examen clinique et questionnaires, sont autant de points qui, selon le résultat de notre étude, sont à améliorer. Ainsi, des stratégies supplémentaires semblent nécessaires pour favoriser la connaissance et l'application de ces recommandations par les médecins généralistes.

Quels freins peuvent expliquer ces méconnaissances ou difficultés d'application ?

Tout d'abord, le manque de temps peut favoriser à lui seul ce phénomène. Ensuite, il est possible de rencontrer des difficultés à se tenir à jour de toutes les recommandations dans

différentes spécialités médicales, il y a également les obstacles liés aux patients mais également aux ressources disponibles.

Par ailleurs, une méconnaissance de celles-ci complique la bonne application de ces recommandations : même si une grande partie de notre échantillon de médecins déclarent avoir un manque de ressources du fait de délai de réponses/consultations trop long, 20% déclarent simplement méconnaître les ressources environnantes. C'est pourquoi, un axe d'amélioration pourrait être de constituer un répertoire type ou une plateforme numérique accessible à tout praticien regroupant les coordonnées de quelques professionnels de santé de différentes professions ayant un rôle essentiel dans la prise en charge du patient lombalgique à risque de chronicité. Ce type de projet pourrait être à l'image du réseau *Ville-Hôpital Lutter Contre la Douleur* dont l'objectif est d'intervenir en appui des professionnels de santé de premier recours pour « harmoniser les pratiques, permettre le décloisonnement, la coordination et la continuité des soins dans l'objectif d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire des patients afin d'éviter le nomadisme médical ».

La difficulté du médecin à s'éloigner du modèle biomédical, les éventuelles fausses croyances et peut-être la difficulté à surmonter l'inertie de la pratique antérieure (80) viennent également compliquer l'application de ces recommandations. En effet, il semblerait, selon nos résultats, que les médecins généralistes plus jeunes, ayant une durée d'expérience plus courte, aient une pratique plus en adéquation avec les récentes recommandations.

Il a été démontré, pour d'autres problèmes de santé, dans une revue systématique de la *Cochrane* de 2007 que les programmes de sensibilisation éducative de proximité sont efficaces pour encourager les médecins généralistes à utiliser les recommandations dans leur pratique clinique quotidienne (81).

Dans cette optique une formation spécifique de type DPC a été mise en place et dispensée au CRMPR, en 2018, concernant la prise en charge globale de la lombalgie. Il s'agit d'une formation où l'accent est, entre autres, mis sur le dépistage des facteurs de risque de passage à la chronicité. Ce type de formation, à laquelle se disent favorables 55% des médecins généralistes interrogés apportent différents bénéfices : outre l'apport pédagogique (dans notre échantillon de médecins, la connaissance des facteurs de risque de chronicité semble liée au fait d'avoir une formation spécifique dans le domaine de la lombalgie ou de la douleur), l'effet réseau peut s'en trouver renforcé par une meilleure visibilité de la structure (structure méconnue par 15% des médecins interrogés). De plus, elle permet de favoriser le lien direct entre les

spécialistes de MPR et la médecine de soin primaire (seulement 22% des médecins adressent aux médecins de Médecine Physique et de Réadaptation en cas de lombalgie à risque de passage à la chronicité) et d'améliorer le recrutement futur des patients lombalgiques pouvant bénéficier d'un programme de rééducation spécifique de manière plus précoce et directe entre ces deux spécialités. Il est donc essentiel de pérenniser cette pratique.

Il est intéressant également de noter que les populations les plus jeunes, celles connaissant le moins le/les centre(s) de MPR de leur région, sont les plus désireuses d'obtenir une formation dans ce domaine.

De plus, les résultats de notre étude semblent encourageants à la mise en place d'un programme spécifique de prise en charge au sein du CRMMPR les Herbiers pour les patients à risque de passage la chronicité. L'offre de soins actuelle concerne le stage de restauration fonctionnelle du rachis, existant depuis une vingtaine d'année, dont l'objectif est de favoriser l'amélioration fonctionnelle et la reprise professionnelle pour des patients lombalgiques chroniques.

Ce type de programme, actuellement en cours de réflexion dans son élaboration pratique, se doit d'intégrer dans sa conception, les résultats de notre étude afin d'en assurer la pertinence : permettre un adressage facilité et rapide du patient *via* une adresse mail dédiée et largement diffusée auprès des médecins traitants ou l'existence de créneaux de consultation spécifiques, remplis au fil de l'eau et selon les demandes, pour une consultation rapide.

Nous pourrions éventuellement proposer comme Campello *et al.* dans son étude de faisabilité parue en 2012 (82), un programme pluridisciplinaire plus court que le programme de RFR actuel car s'adressant à des patients dont la durée d'évolution de la lombalgie est plus récente. Ce programme pourrait être réparti, par exemple, sur une durée de 3 heures par jour, 3 jours par semaine, pendant 4 semaines, afin de permettre de poursuivre éventuellement une activité professionnelle comme recommandée.

IV.C. Faiblesses de l'étude

La principale difficulté des études épidémiologiques descriptives, auprès des médecins généralistes, est d'obtenir un taux de réponses satisfaisant car ceux-ci sont régulièrement sollicités pour des enquêtes et le travail administratif occupe une part non négligeable de leur temps de travail. En effet, le taux de réponses observé de 13% dans cette enquête est faible, mais il semblerait qu'il soit de la même ampleur que celui généralement signalé dans ce type d'étude locale.

Ensuite, la sélection de notre échantillon de médecin généralistes « Haut Normands » appelle à quelques remarques. Devant le rejet de notre demande d'obtenir une liste de diffusion plus conséquente auprès des organismes référents, et ce malgré de multiples sollicitations, nous avons constitué notre propre liste de mail en tenant compte de la contrainte temporelle que nous avons. Il s'agit d'une limite importante de notre étude. Un échantillon plus représentatif aurait pu être constitué en effectuant un tirage au sort aléatoire au sein d'une liste exhaustive des praticiens de Seine-Maritime et de l'Eure. La constitution de notre échantillon relève donc d'un biais non négligeable de sélection qu'il convient de prendre en compte dans l'analyse des résultats de l'étude. De plus, la population de notre étude n'est pas tout fait représentative de notre population cible, à savoir plus jeune et plus féminine. Comme nous avons pu le voir précédemment, les médecins généralistes plus jeunes semblent plus au fait des recommandations récentes, il se peut donc que nos résultats soient légèrement plus en adéquation avec les recommandations récentes qu'ils ne l'auraient été avec un échantillon plus conséquent. C'est pourquoi, il est nécessaire de rester prudent lors de la généralisation des résultats au-delà des participants impliqués.

Le choix de la forme de notre étude peut aussi être sujet à discussion. En effet, nous avons élaboré un questionnaire afin de répondre aux contraintes des médecins généralistes et faciliter le remplissage : le temps de réponse ne devait pas excéder 10 min, l'utilisation de questions fermées et le format informatique. Sous cette forme, notre questionnaire présentait donc certaines limites. Les questions de type fermées donnent moins de liberté de réponses aux médecins interrogés (leurs réponses étant dépendantes des items que nous avons proposés), ne permettent pas d'avoir de réelles justifications et leurs interprétations peuvent être subjectives. De plus certaines questions avaient le format « oui/non », associé à « si oui ». Certains praticiens répondaient à la seconde question, malgré une réponse négative à la première, ce qui constitue un biais dans l'interprétation des résultats et leur intégration dans les statistiques.

Pour finir, il s'agit d'une enquête descriptive basée sur des pratiques médicales auto-déclarées, il ne nous est donc pas possible de vérifier si les réponses des différents médecins généralistes reflètent fidèlement leur pratique habituelle.

IV.D Force de l'étude

L'objectif de ce travail était double : tout d'abord évaluer la connaissance et donc la portée des recommandations HAS 2019 concernant une problématique très souvent rencontrée en médecine générale et dont les dernières recommandations françaises remontaient à 2000 (31).

Le deuxième objectif découle du premier, à savoir dégager des axes d'améliorations, notamment en favorisant la communication, la visibilité et l'offre de soins que pourrait apporter une structure spécialisée comme un CRMPR dans la prise en charge des patients lombalgiques à haut risque de chronicité. En effet, l'offre de soins actuelle ne concerne que la population lombalgique chronique et il semble primordial qu'un programme de prise en charge spécifique de ces patients se développe au sein d'un CRMPR, sur la base des demandes des praticiens de terrain comme les médecins généralistes.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude locale répondant à ces deux objectifs concernant un échantillon de médecins généralistes relativement important et proposant une prise en charge thérapeutique ciblée pour ces patients.

En effet, deux études locales sur la lombalgie commune sont parues avant la publication de ces recommandations. Tout d'abord, le travail de thèse réalisé par Paola Lecointe en mars 2019, certes réalisé à l'aide d'entretiens semi-dirigés mais concernant un échantillon restreint de médecins (12 médecins généralistes) et orienté sur l'ostéopathie comme thérapie (83). La seconde étude, parue en 2016, réalisée par Christen Arthur portait sur la validité potentielle d'un score prédictif de l'évolution chronique des patients lombalgiques en le comparant à un score de référence (Start Back screening Tool) et à l'évolution clinique des patients. Dans les conclusions du travail, il a été soulevé l'absence « d'implication thérapeutique induite formelle par l'identification d'un patient à risque de passer à la chronicité » (84).

Notre étude a également permis de mettre en évidence deux points essentiels. Tout d'abord, trop peu de médecins de notre échantillon ont des connaissances suffisantes sur les facteurs de risques de passage à la chronicité de la lombalgie commune. Ensuite, le rôle du médecin de Médecine Physique et de Réadaptation dans la prise en charge de ce type de patient nécessite une plus grande visibilité auprès des médecins de premier recours. Ce constat étant fait, des axes d'amélioration futurs peuvent être proposés.

Pour finir, cette étude met en lumière les différentes ressources disponibles au niveau régional, l'objectif étant de les valoriser, les améliorer et le cas échéant, d'en créer de nouvelles, adaptées à la demande.

V- Conclusion

Les nouvelles recommandations parues en 2019 sur la prise en charge du patient présentant une lombalgie d'allure commune contiennent des points clés, incontournables, déjà connus mais nécessitant d'être rappelés : la vérification de l'absence de drapeaux rouges, la réassurance et le maintien d'une activité physique et professionnelle, l'utilisation raisonnée des traitements médicamenteux et des examens complémentaires. Le dépistage des facteurs de risque de chronicité est essentiel et il s'agit probablement de l'une des principales différences par rapport aux précédentes recommandations dans une optique de prise en charge multidisciplinaire plus précoce.

Notre travail a permis de souligner, quelques points d'inadéquation entre les nouvelles recommandations, à un an de leur parution, et la pratique de terrain et de tenter d'y apporter des axes d'amélioration. Toutefois, quelques recommandations semblent bien acquises comme les conseils de maintien d'une activité physique, ou l'impact de l'influence des facteurs émotionnels sur la chronicité de la lombalgie.

La lombalgie à risque de passage à la chronicité nécessite une prise en charge multidisciplinaire avec notamment l'accès précoce à des professionnels de santé formés à la prise en charge de ces patients. Les structures de médecine physique et réadaptation, entre autres structures, semblent adaptées à ces besoins et il est important que leur visibilité soit suffisante. L'offre actuelle de soins est amenée à évoluer car bien souvent, la proposition thérapeutique concerne la population lombalgique chronique et assez peu les lombalgiques à haut risque de passage à la chronicité. La création d'un programme spécifique semble donc indispensable et les résultats de ce travail doivent être pris en compte afin de proposer un programme de qualité pour le patient mais accessible et adapté pour le médecin de premier recours. Il apparaît primordial, de favoriser et renforcer les liens ville-hôpital-structure spécialisée.

Bibliographie

1. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Haute Autorité de Santé ; 2019
2. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. Haute Autorité de Santé ; 2015
3. 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.* 2009;60(10):3072-80.
4. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MTG, Hutchinson A, et al. Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* mars 2006;15(Suppl 2):s169-91.
5. National Guideline Centre (UK). Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016
6. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 4 avr 2017;166(7):514.
7. Adult Acute and Subacute Low Back Pain ; Insitute for Clinical Systems Improvement . Sixteenth Edition ; March 2018.
8. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J.* janv 2018;27(1):60-75.
9. Wambeke PV, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, et al. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires :41.
10. Chenot J-F, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pffingsten M, Schorr SG. Non-Specific Low Back Pain. *Dtsch Aerzteblatt Online.* 25 déc 2017
11. Evidence-Informed Primary Care Management of Low back Pain ; Clinical Practice Guideline ; December 2015 ; 3rd Edition-Minor revision 2017
12. Valat J-P. Progrès en pathologie rachidienne L'évolution de la prise en charge des lombalgies communes. *Rev Rhum.* nov 2007;74:73-8.
13. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.* nov 2018;392(10159):1789-858.
14. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet.* juin 2018;391(10137):2356-67.
15. Gourmelen J, Chastang J-F, Ozguler A, Lanoë J-L, Ravaud J-F, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Ann Réadapt Médecine Phys.* nov 2007;50(8):640-4.
16. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *The Lancet.* févr 2017;389(10070):736-47.
17. Hayden JA, Dunn KM, van der Windt DA, Shaw WS. What is the prognosis of back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol.* avr 2010;24(2):167-79.
18. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. Assurance Maladie ; juillet 2020.
19. Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev.* 28 juin 2017
20. Finch P. Technology Insight: imaging of low back pain. *Nat Clin Pract Rheumatol.* oct 2006;2(10):554-61.
21. Volckmann P, Le Blay G, Ebermeyer E, D'astorg H, Szadkowski M, Fiere V. La

- lombalgie récurrente ou lombalgie chronique? Douleurs Éval - Diagn - Trait. juin 2018;19(3):121-32.
22. Plouvier S, Gourmelen J, Chastang J-F, Lanoë J-L, Niedhammer I, Leclerc A. Facteurs personnels et professionnels associés aux lombalgies en population générale au travail en France. *Rev Épidémiologie Santé Publique*. 1 déc 2010;58(6):383-91.
 23. Bejia I, Younes M, Hadj Belgacem J, Khalfallah T, Ben Salem K, Touzi M, et al. Prévalence et facteurs associés à la lombalgie commune chez le personnel hospitalier. *Rev Rhum*. 1 mai 2005;72(5):427-32.
 24. Lombalgie. Facteurs de risques - Risques - INRS.
 25. Alkherayf. Daily smoking and lower back pain in adult Canadians: the Canadian Community Health Survey. *J Pain Res*. août 2010;155.
 26. Bakker EWP, Verhagen AP, van Trijffel E, Lucas C, Koes BW. Spinal Mechanical Load as a Risk Factor for Low Back Pain: A Systematic Review of Prospective Cohort Studies. *Spine*. avr 2009;34(8):E281-93.
 27. Kendall NAS, Linton SJ, Main C. Psychosocial Yellow Flags for acute low back pain: 'Yellow Flags'; as an analogue to 'Red Flags'; *Eur J Pain*. mars 1998;2(1):87-9.
 28. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Phys Ther*. 1 mai 2011;91(5):737-53.
 29. Patel MS, Lee KC, Dhake RP, Longworth S, Sell P. Ability of Spine Specialists to Identify Psychosocial Risk Factors as Obstacles to Recovery in Patients with Low Back Pain-Related Disorders. *Asian Spine J* [Internet]. 24 juill 2020 [cité 7 août 2020]; Disponible sur: <http://www.asianspinejournal.org/journal/view.php?doi=10.31616/asj.2019.0377>
 30. Lefevre-Colau M-M, Fayad F, Rannou F, Fermanian J, Coriat F, Mace Y, et al. Frequency and Interrelations of Risk Factors for Chronic Low Back Pain in a Primary Care Setting. Taylor W, éditeur. *PLoS ONE*. 16 mars 2009;4(3):e4874.
 31. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. *Ann Réadapt Médecine Phys*. juin 2001;44(5):CCXCII-CCXCIV.
 32. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic Resonance Imaging of the Lumbar Spine in People without Back Pain. *N Engl J Med*. 14 juill 1994;331(2):69-73.
 33. Abenhaim L, Rossignol M, Gobeille D, Bonvalot Y, Fines P, Scott S. The Prognostic Consequences in the Making of the Initial Medical Diagnosis of Work-Related Back Injuries: *Spine*. avr 1995;20(7):791-5.
 34. Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*. nov 2014;384(9954):1586-96.
 35. Assurance Maladie. Je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il? Octobre 2017.
 36. Karine P. Haute Autorité de santé. 2019;178.
 37. Assurance Maladie. Arrêt de travail lombalgie commune. Mars 2010.
 38. Assurance Maladie. Arrêt de travail lombalgie commune. Décembre 2017.
 39. Henrotin Y, Rozenberg S, Balagué F, Leclerc A, Rouxo É, Cedraschie C, et al. Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. *Rev Rhum*. janv 2006;73:S35-52.
 40. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. *Rev Rhum*. mars 2002;69(3):338-43.
 41. Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. Cochrane Back and Neck Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev*. 10 févr 2016

42. Enthoven WTM, Roelofs PD, Koes BW. NSAIDs for Chronic Low Back Pain. *JAMA*. 13 juin 2017;317(22):2327.
43. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Back and Neck Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev*. 6 juin 2016
44. Société Française d'Evaluation et de Traitement de la douleur. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte : recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé ; janvier 2016.
45. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
46. Haute Autorité de Santé. prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalité de prescription ; Mai 2005.
47. Dr Greg Lehman. Recovery strategies : Programme de rétablissement - Guide de la douleur 2019.
48. Français. Retrain Pain Foundation. <https://www.retrainpain.org/francais>
49. Rubinstein SM, de Zoete A, van Middelkoop M, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The BMJ*. 5 mars 2019.
50. Paige NM, Miake-Lye IM, Booth MS, Beroes JM, Mardian AS, Dougherty P, et al. Association of Spinal Manipulative Therapy With Clinical Benefit and Harm for Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 11 avr 2017;317(14):1451.
51. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Cooper CW, Day RO, et al. Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomised controlled trial. *The Lancet*. nov 2007;370(9599):1638-43.
52. Shahvarpour A, Preuss R, Sullivan MJL, Negrini A, Larivière C. The effect of wearing a lumbar belt on biomechanical and psychological outcomes related to maximal flexion-extension motion and manual material handling. *Appl Ergon*. 1 mai 2018;69:17-24.
53. Bertin P, Qeneau P, Hamonet C, Thoumie P, Calmels P, Maurel F, et al. Efficacité de la contention lombaire souple par la ceinture de soutien Thuasne Lomba-Cross Activity dans le traitement de la lombalgie subaiguë. *Rev Rhum*. nov 2007;74(10-11):1146-7.
54. Rizzo RRN, Medeiros FC, Pires LG, Pimenta RM, McAuley JH, Jensen MP, et al. Hypnosis Enhances the Effects of Pain Education in Patients With Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *J Pain*. oct 2018;19(10):1103.e1-1103.e9.
55. Resende L, Merriwether E, Rampazo ÉP, Dailey D, Embree J, Deberg J, et al. Meta-analysis of transcutaneous electrical nerve stimulation for relief of spinal pain. *Eur J Pain*. avr 2018;22(4):663-78.
56. Gozani SN, Ferree TC, Moynihan M, Kong X. Impact of transcutaneous electrical nerve stimulation on sleep in chronic low back pain: a real-world retrospective cohort study. *J Pain Res*. févr 2019;Volume 12:743-52.
57. Forestier RJ, Erol Forestier FB, Francon A. Crénothérapie (crénobalnéothérapie) dans la lombalgie chronique : une revue critique. *Rev Rhum Monogr*. févr 2017;84(1):91-8.
58. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJEM, Ostelo RW, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Back and Neck Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev*. 2 sept 2014.
59. Valat JP, Goupille P., Rozenberg S., UrbinelliR., Allaert F.nAcute low back pain: predictive index of chronicity from cohort of 2487 subjects.*joint Bone Spine* 2000;67;456-61.
60. Le cadre vert pour prendre en charge un salarié lombalgique - Brochure - INRS
61. Société Française de Médecine du Travail. Recommandation de Bonne Pratique :

Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charge ; Septembre 2013.

62. Haute Autorité de Santé. Société Française de Médecine du Travail. santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. février 2019.

63. Hall AM, Surrency SR, Pike AE, Albury C, Richmond HL, Matthews J, et al. Physician-reported barriers to using evidence-based recommendations for low back pain in clinical practice: a systematic review and synthesis of qualitative studies using the Theoretical Domains Framework. *Implement Sci.* déc 2019;14(1):49.

64. Williams CM. Low Back Pain and Best Practice Care: A Survey of General Practice Physicians. *Arch Intern Med.* 8 févr 2010;170(3):271.

65. Valat J-P, Goupille P, Rozenberg S, Urbinelli R, Allaert F. Indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies aiguës. Élaboration par l'étude d'une cohorte de 2 487 patients. *Rev Rhum.* sept 2000;67(7):528-35.

66. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain: *Pain.* oct 2006;124(3):330-7.

67. Meyer J-P, Mochel J-L. Le processus 'cadre vert': comment le travail peut aider à rester actif. :9.

68. Chou R. Diagnostic Imaging for Low Back Pain: Advice for High-Value Health Care From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1 févr 2011;154(3):181.

69. Wang YXJ, Wu A-M, Ruiz Santiago F, Nogueira-Barbosa MH. Informed appropriate imaging for low back pain management: A narrative review. *J Orthop Transl.* oct 2018;15:21-34.

70. French SD, Green S, Buchbinder R, Barnes H. Interventions for improving the appropriate use of imaging in people with musculoskeletal conditions. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev.* 20 janv 2010

71. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to Primary Care Clinician Adherence to Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Studies. *Clin J Pain.* sept 2016;32(9):800-16.

72. Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, Thomas E, Silman AJ. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ.* 2 mai 1998;316(7141):1356-9.

73. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study: *Pain.* janv 2001;89(2):127-34.

74. Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Boeren RGB, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance: *Pain.* sept 1995;62(3):363-72.

75. Darlow B, Dean S, Perry M, Mathieson F, Baxter GD, Dowell A. Acute low back pain management in general practice: uncertainty and conflicting certainties. *Fam Pract.* 1 déc 2014;31(6):723-32.

76. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées : synthèse du rapport d'orientation. Avril 2011.

77. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de Santé et maîtriser les dépenses : proposition de l'Assurance Maladie pour 2017. Juillet 2016.

78. Gatchel RJ, Polatin PB, Noe C, Gardea M, Pulliam C, Thompson J. Treatment- and Cost-Effectiveness of Early Intervention for Acute Low-Back Pain Patients: A One-Year Prospective Study. *J Occup Rehabil.* 2002;9.

79. Schiltenswolf M, Buchner M, Heindl B, von Reumont J, Müller A, Eich W. Comparison of a biopsychosocial therapy (BT) with a conventional biomedical therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode of sick leave: a randomized controlled trial. *Eur Spine J.* juill 2006;15(7):1083-92.

80. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement. *JAMA*. 20 oct 1999;282(15):1458.
81. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev*. 17 oct 2007
82. Campello M, Ziemke G, Hiebert R, Weiser S, Brinkmeyer M, Fox B, et al. Implementation of a Multidisciplinary Program for Active Duty Personnel Seeking Care for Low Back Pain in a U.S. Navy Medical Center: A Feasibility Study. *Mil Med*. sept 2012;177(9):1075-80.
83. Lecointe P. Prise en charge de la lombalgie commune et intérêt de l'ostéopathie: analyse de la pratique des médecins généralistes en Seine-Maritime. :94.
84. Christen A. Évaluation du risque de passage à la chronicité des patients lombalgiques: étude pilote pour la validation d'un indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies. :83.

Annexes

Annexe n°1 : Les drapeaux

DRAPEAUX BLEUS

Facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur

- Charge physique élevée de travail.
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.
- Manque de capacité à modifier son travail.
- Manque de soutien social.
- Pression temporelle ressentie.
- Absence de satisfaction au travail.
- Stress au travail.
- Faible espoir de reprise du travail.
- Peur de la rechute.

DRAPEAUX ROUGES

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
- Perte de poids inexpiquée.
- Antécédent de cancer.
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
- Déformation structurale importante de la colonne.
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales).
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
- Fièvre.
- Altération de l'état général.

DRAPEAUX NOIRS

Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance

- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste.
- Insécurité financière.
- Critères du système de compensation.
- Incitatifs financiers.
- Manque de contact avec le milieu de travail.
- Durée de l'arrêt maladie.

DRAPEAUX JAUNES

Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

- Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée.
- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).

Annexe n°2 : Auto-questionnaire de Dallas (*Version française de l'échelle de Dallas adaptée par la Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie- Juillet 97*)

Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas (D.R.A.D.) Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.			
Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date :
A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).			

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout	parfois	tout le temps
0 % (		) 100%

2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc) ?

pas du tout (pas de douleur)	moyennement	je ne peux pas sortir du lit
0 % (		) 100%

3. La possibilité de soulever quelque chose:

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout (comme avant)	moyennement	je ne peux rien soulever
0 % (		) 100%

4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

je marche comme avant	presque comme avant	presque plus	plus du tout
0 % (			) 100%

5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

pas du tout (pas d'aggravation de la douleur)	moyennement	je ne peux pas rester assis(e)
0 % (		) 100%

6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

pas du tout (je reste debout comme avant)	moyennement	je ne peux pas rester debout
0 % (		) 100%

7. Le sommeil :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

pas du tout (je dors comme avant)	moyennement	je ne peux pas dormir du tout
0 % (		) 100%

Total X 3 =% de répercussion sur les activités quotidiennes

8. La vie sociale

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danses, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc....) ?

pas du tout (ma vie sociale est comme avant)					moyennement					je n'ai plus aucune activité sociale
0%(										100%)

9. Les déplacements en voiture:

Dans quelle mesure la douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?

pas du tout (je me déplace comme avant)					moyennement					je ne peux me déplacer en voiture
0%(										100%)

10. Les activités professionnelles

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

pas du tout (elle ne me gêne pas)					moyennement					je ne peux pas travailler
0%(										100%)

Total X 5 = -----% de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

11. L'anxiété /Le moral:

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

je fais entièrement face (pas de changement)					moyennement					je ne fais pas face
0%(										100%)

12. La maîtrise de soi :

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

je les contrôle entièrement (pas de changement)					moyennement					je ne les contrôle pas du tout
0%(										100%)

13. La dépression

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

je ne suis pas déprimé(e)										je suis complètement déprimé(e)
0%(										100%)

Total X 5 = -----% de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

14. Les relations avec les autres

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

pas de changement										changement radical
0%(										100%)

15. Le soutien dans la vie de tous les jours

Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc..) ?

aucun soutien nécessaire										soutien permanent
0%(										100%)

16. Les réactions défavorables des proches

Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

pas du tout					parfois					tout le temps
0%(										100%)

Total X 5 = -----% de répercussion sur la sociabilité

Annexe N°3 : Auto-Questionnaire EIFEL (*Version française du Rolland Morris Disability Questionnaire*)

Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle

(Version française du Roland and Morris Disability Questionnaire - EIFEL) ¹

Nom, prénom : **Date :** .. / .. / 200 .

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

Dans ce but, une liste de phrases vous est proposée sur la page suivante.

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

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes **aujourd'hui** à cause de votre douleur lombaire

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte **aujourd'hui**, cochez-la.

Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante.

¹ Coste et al. Rev. Rhum (Ed Fr),1993, 60 : 335-341

Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même **aujourd'hui**

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

20. A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée.
21. A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison.
22. A cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens.
23. A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude.
24. A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps.

A compléter par le médecin : SCORE EIFEL = / 24

Annexe N° 4 : Questionnaire d'incapacité d'Owstry (*Version française de l'Oswestry Disability Index*)

Évaluation de l'Incapacité Fonctionnelle (Oswestry Disability Index)

Section 1 - Intensité de la douleur	
En ce moment, je ne ressens aucune douleur.	0
En ce moment, j'ai des douleurs très légères.	1
En ce moment, j'ai des douleurs modérées.	2
En ce moment, j'ai des douleurs assez intenses.	3
En ce moment, j'ai des douleurs très intenses.	4
En ce moment, les douleurs sont les pires que l'on puisse imaginer.	5
Section 2 - Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.)	
Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleurs supplémentaires.	0
Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux.	1
Je dois effectuer mes soins personnels avec précaution et lenteur, et je ressens des douleurs.	2
J'ai besoin d'aide pour les soins personnels, mais j'arrive encore à effectuer la plus grande partie de ceux-ci seul(e).	3
J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de mes soins personnels.	4
Je ne peux plus m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.	5
Section 3 - Soulever des charges	
Je peux soulever des charges lourdes sans augmentation des douleurs.	0
Je peux soulever des charges lourdes, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.	1
Les douleurs m'empêchent de soulever de lourdes charges depuis le sol, mais cela reste possible si elles sont sur un endroit approprié. (par ex : sur une table)	2
Les douleurs m'empêchent de soulever des charges lourdes, mais je peux en soulever de légères à modérées si elles sont sur un endroit approprié.	3
Je ne peux soulever que de très légères charges.	4
Je ne peux rien soulever, ni porter du tout.	5
Section 4 - Marche	
Les douleurs ne m'empêchent pas de marcher, quelle que soit la distance.	0
Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 1 km.	1
Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 250 m.	2
Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 100 m.	3
Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles.	4
Je reste au lit la plupart du temps et dois me traîner jusqu'aux toilettes.	5

Section 5 – Position assise	
Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le désire sur n'importe quel siège.	0
Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le désire sur mon siège favori.	1
Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus d'une heure.	2
Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus d'une demi-heure.	3
Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus de dix minutes.	4
Les douleurs m'empêchent toute position assise.	5
Section 6 – Position debout	
Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire sans douleur supplémentaire.	0
Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire, mais cela occasionne des douleurs supplémentaires.	1
Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une heure.	2
Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une demi-heure.	3
Les douleurs m'empêchent de rester debout plus de dix minutes.	4
Les douleurs m'empêchent de me tenir debout.	5
Section 7 - Sommeil	
Mon sommeil n'est jamais perturbé par les douleurs.	0
Mon sommeil est parfois perturbé par les douleurs.	1
A cause des douleurs, je dors moins de six heures.	2
A cause des douleurs, je dors moins de quatre heures	3
A cause des douleurs, je dors moins de deux heures.	4
Les douleurs m'empêchent de dormir.	5
Section 8 – Vie sexuelle (si présente)	
Ma vie sexuelle est normale et n'occasionne pas de douleurs supplémentaires.	0
Ma vie sexuelle est normale, mais occasionne parfois quelques douleurs supplémentaires.	1
Ma vie sexuelle est presque normale, mais très douloureuse.	2
Ma vie sexuelle est fortement réduite à cause des douleurs.	3
Ma vie sexuelle est presque inexistante à cause des douleurs.	4
Les douleurs m'empêchent toute vie sexuelle.	5
Section 9 – Vie sociale	
Ma vie sociale est normale et n'occasionne pas de douleurs supplémentaires.	0
Ma vie sociale est normale, mais elle augmente l'intensité des douleurs.	1
Les douleurs n'ont pas de répercussion significative sur ma vie sociale, excepté une limitation lors de mes activités physiques (par ex : le sport, etc.)	2

Les douleurs limitent ma vie sociale et je ne sors plus aussi souvent.	3
Les douleurs limitent ma vie sociale à mon foyer.	4
Je n'ai pas de vie sociale à cause des douleurs.	5
Section 10 - Voyage	
Je peux voyager partout sans douleur.	0
Je peux voyager partout, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.	1
Les douleurs sont bien présentes, mais je peux effectuer un trajet de plus de 2 heures.	2
Les douleurs m'empêchent tout trajet de plus d'une heure.	3
Les douleurs ne me permettent que de courts trajets nécessaires de moins de 30 minutes.	4
Les douleurs m'empêchent tout trajet, sauf pour recevoir un traitement.	5

Total des scores	
-------------------------	--

L'Oswestry Disability Index (ODI) est calculé selon la formule ci-dessous :

$ODI = (\text{somme des scores de chaque section} / \text{nombre de sections répondues}) \times 20 = \% \text{ d'incapacité}$

Nombre de sections répondues	
-------------------------------------	--

ODI (%)	
----------------	--

Nom du patient :
Prénom :

Date de naissance : / /
Date de l'examen : / /

Annexe N°5 : Questionnaire de dorso-lombalgie de Québec (*Version française de The Quebec Back Pain Disability Scale*)

Échelle de dorso-lombalgie de Québec :
The Quebec Back Pain Disability Scale

Aujourd'hui, pensez-vous avoir une difficulté (compte tenu de vos problèmes de dos) dans l'exécution d'une ou plusieurs (s) de ces activités suivantes :

Activités	Score
1 Vous levez de votre lit	
2 Dormir une nuit entière	
3 Vous retournez dans votre lit	
4 Conduire une voiture	
5 Se tenir debout pendant une durée de 20 à 30 minutes	
6 Être assis dans une chaise pendant plusieurs heures	
7 Monter un étage d'escalier	
8 Marcher le long de plusieurs pâtés de maisons (environ 300 à 400 mètres)	
9 Marcher plusieurs kilomètres	
10 Atteindre des étagères hautes	
11 Lancer une balle	
12 Courir le long d'un pâté de maison (100 mètres environ)	
13 Sortir de la nourriture du réfrigérateur	
14 Faire son lit	
15 Mettre des chaussettes (ou des collants)	
16 Se pencher en avant, afin de nettoyer la baignoire	
17 Déplacer une chaise	
18 Pousser ou tirer une lourde porte	
19 Porter deux paniers à provisions	
20 Soulever et porter une lourde valise	

Items de la version test, dont la formulation a été modifiée :

2	Dormir six heures d'affilées	
4	Voyager pendant une heure en voiture	
6	Demeurer assis pendant quatre heures	
12	Courir le long de deux pâtés de maisons	
16	Se pencher en avant au-dessus d'un évier durant 10 minutes	
17	Déplacer une table	
20	Soulever 18 kg	

Pour chaque item de la version test, les options de réponses s'étendent de 0 à 10.

0 : aucune difficulté.

5 : difficulté modérée.

10 : extrêmement difficile.

Nom du patient :
Prénom :

Date de naissance : / /
Date de l'examen : / /

Annexe N°6 : Questionnaire OMPSQ (*Version française de l'Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire*)

Questionnaire OMPSQ

Nom :

Date de naissance :

Adresse :



Badge/étiquette

Téléphone :

Ces questions vous concernent si vous avez des douleurs au niveau du dos, des épaules ou de la nuque. Veuillez lire et répondre à chaque question attentivement. Ne prenez pas trop longtemps pour répondre aux questions. Il est cependant important que vous répondiez à chaque question. Quelque soit votre situation, il y a toujours une réponse à donner.

Exemple :

Répondez en entourant un chiffre :

J'aime les oranges.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout énormément

Ou bien cochez une case.

Combien de jours par semaine faites-vous de l'exercice physique ?

0-1 jour 2-3 jours 4-5 jours 6-7 jours

1. En quelle année êtes-vous né ? 19...
2. Etes-vous un homme une femme
3. Dans quel pays êtes-vous né ?
4. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?
- travail rémunéré (employé ou indépendant)
 - étudiant
 - travail à domicile sans revenus
 - sans emploi
 - pensionné/retraité
 - autre :
5. Où avez-vous mal ? Cochez les cases appropriées
- cou épaule haut du dos bas du dos jambe
6. Combien de jours de travail avez-vous manqué à cause de la douleur pendant **les 12 derniers mois** ? Cochez une case.
- 0 jours 1-2 jours 3-7 jours 8-14 jours
 - 15-30 jours 31-60 jours 61-90 jours 91-180 jours
 - 181-365 jours >365 jours
7. Depuis combien de temps avez-vous vos douleurs actuelles ? Cochez une case.
- 0-1 semaine 2-3 semaines 4-5 semaines 6-7 semaines
 - 8-9 semaines 10-11 semaines 12-23 semaines 24-35 semaines
 - 36-52 semaines >52 semaines
8. Votre travail est-il physiquement lourd ou monotone ? Entourez la meilleure possibilité
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout extrêmement
- sans emploi

9. Quelle était l'intensité de votre douleur **durant les sept derniers jours** ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas de douleur douleur maximale
imaginable

10. Au cours des **trois derniers mois**, en moyenne, quelle a été l'intensité de votre douleur sur une échelle de 1 à 10 ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas de douleur douleur maximale
imaginable

11. Au cours des **trois derniers mois**, en moyenne, comment évalueriez-vous la fréquence des épisodes douloureux ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jamais toujours

12. Considérant tout ce que vous faites pour gérer la douleur, au cours d'une journée normale, comment êtes-vous capable de la diminuer ? S'il vous plaît, entourez le chiffre approprié.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Incapable de la diminuer Capable de la
diminuer complètement

13. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti tendu ou anxieux au cours de **la dernière semaine** ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Complètement Aussi tendu et
calme et relâché anxieux que je ne l'ai
jamais été

14. A quel point avez-vous été gêné par un sentiment de dépression au cours de **la dernière semaine** ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout Extrêmement

15. A votre avis, quelle est l'ampleur du risque que votre douleur actuelle devienne persistante ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de risque Risque très élevé

16. A votre avis, quelles sont les chances que vous soyez capable de travailler **dans six mois** ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune chance Très grande chance

17. Si vous considérez vos habitudes de travail, votre hiérarchie (votre administration, votre direction...) votre salaire, vos possibilités de promotion, et vos collègues de travail, à quel point êtes-vous satisfait de votre travail ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas satisfait du tout Complètement satisfait

Sans emploi

*Voici certaines des choses que d'autres patients nous ont dites à propos de leur douleur. Pour chaque item, entourez un chiffre de 0 à 10 pour indiquer à quel point les activités physiques comme se pencher, soulever quelque chose, marcher ou conduire affectent ou pourraient affecter **vos** dos.*

18. L'activité physique aggrave ma douleur.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

19. Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

20. Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

Voici une liste de cinq activités. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre capacité actuelle à participer à chacune de ces activités.

21. Je peux faire un travail léger pendant une heure.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

22. Je peux marcher pendant une heure

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

23. Je peux faire les travaux ménagers habituels.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Je ne peux pas Je peux le faire
le faire à cause sans que la douleur
de la douleur soit un problème

24. Je peux faire les courses de la semaine.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Je ne peux pas Je peux le faire
le faire à cause sans que la douleur
de la douleur soit un problème

25. Je peux dormir la nuit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Je ne peux pas Je peux le faire
le faire à cause sans que la douleur
de la douleur soit un problème

Merci pour votre collaboration !

Correction et interprétation des résultats

Préparation avant calcul du score total

- question 5 : multiplier le nombre de sites douloureux (0 à 5) par 2
- questions 16, 17 et 21 à 25 : inverser le score (10 devient 0, 9 devient 1 etc)
- autres questions : pas de modification

Calcul du score total

Additionner les scores aux questions 5 à 25, après avoir réalisé les corrections décrites ci-dessus.

Interprétation du résultat

- score inférieur ou égal à 75 : risque faible
- score compris entre 76 et 105 : risque modéré
- score supérieur à 105 : risque élevé

Référence

Nonclercq O, Berquin A. Predicting chronicity in acute back pain: Validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012;55,263-278.

Annexe N° 7 : Questionnaire SBST (*Version française du Start Back Screening Tool*)

STarT Back Screening Tool

Nom du patient: _____		Date : _____		
Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à ces 2 dernières semaines:				
		Pas d'accord 0		D'accord 1
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s) .	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l'épaule ou au cou.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	Au cours des 2 dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5	Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7	Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8	De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) au cours des 2 dernières semaines ?			
du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	0	1	1
Score total (les 9 items) : _____		Sous-Score (Items 5-9) : _____		
≤3 = risque faible		≥4= voir le sous-score		
		≤3 =risque moyen ≥4= risque élevé		

Source: https://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/group/startback/translations/French%20translation_STarT%20Back%20Tool.pdf
 Il s'agit d'un outil sous licence (© 2007 Keele University) qui ne peut-être pas être modifié. Le copyright (© 2007) de l'outil STarT Back et le matériel associé sont administrés par l'Université de Keele, leur développement ayant été en partie financé par Arthritis Research UK :
 i) l'outil est conçu pour être utilisé par les professionnels de la santé, avec traitement approprié pour chacun des profils de risque identifiés ;
 ii) l'outil ne vise pas à recommander l'utilisation d'un quelconque produit particulier. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter <http://www.keele.ac.uk/sbst/>
 Aucune licence n'est requise pour un usage non commercial. Si vous souhaitez incorporer la version Française du STarT Back tool de quelque manière que ce soit dans des matériaux à visée commerciale, veuillez contacter info@ice.fgov.be pour des conseils supplémentaires.

Annexe N°8 : Questionnaire original version courte de l'Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (Short)

Name: _____ Date of Birth: _____

Are you: Male
 Female

1. How long have you had your current pain problem? Tick (✓) one.

0-1 weeks [1] 1-2 weeks [2] 3-4 weeks [3] 4-5 weeks [4] 6-8 weeks [5]
 9-11 weeks [6] 3-6 months [7] 6-9 months [8] 9-12 months [9] over 1 year [10]

2. How would you rate the pain that you have had during the past week? Circle one.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain *Pain as bad as it could be*

Please circle the one number which best describes your current ability to participate in each of these activities.

3. I can do light work for an hour.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Can't do it because of the pain problem *Can do it without pain being a problem*

10-x

4. I can sleep at night.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Can't do it because of the pain problem *Can do it without pain being a problem*

10-x

5. How tense or anxious have you felt in the past week? Circle one.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Absolutely calm and relaxed *As tense and anxious as I've ever felt*

6. How much have you been bothered by feeling depressed in the past week? Circle one.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all *Extremely*

7. In your view, how large is the risk that your current pain may become persistent?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No risk *Very large risk*

8. In your estimation, what are the chances you will be working your normal duties in 3 months

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No chance *Very Large Chance*

10-x

Here are some of the things which other people have told us about their pain. For each statement please circle one number from 0-10 to say how much physical activities, such as bending, lifting, walking, or driving affect your pain.

9. An increase in pain is an indication that I should stop what I'm doing until the pain decreases.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Completely disagree *Completely agree*

10. I should not do my normal work with my present pain.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Completely disagree *Completely agree*

SUM:

Scoring the short version of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ)

The short version of the ÖMPSQ includes 10 items selected from the full version (see Linton, Nicholas & MacDonald, 2011). These items are scored 0-10, where 0 refers to absence of impairment and 10 to severe impairment. However, three items need to be reversed in order for all the questions to be oriented in the same direction.

The scoring method has been built into the questionnaire and scoring boxes are provided to the right of each item:

- Item 1, on pain duration, the categories 1-10 represent periods of time ranging from “0-1 week” (first box on the left) to “over 1 year” (last box to the right). Thus, “6-8 weeks”, for example, would be scored “5”;
- Items 2, 5, 6, 7, 9, and 10 the score is the number circled;
- Items 3, 4, and 8 the score is 10 minus the number circled. These items are marked with “10-x” above the scoring box;
- Write the score for each item in the shaded scoring box;
- Add all the scores to obtain the total score and write it in the last shaded box.

The total score will range between 1 and 100, with a score >50 indicating higher estimated risk for future work disability (Linton, Nicholas & MacDonald, 2011).

Linton, S. J., Nicholas, M., MacDonald, S. (2011). Development of a Short Form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine*, 36, 1891–1895. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181f8f775

Annexe N°9 : Questionnaire FABQ (*Version française du Fear-Avoidance Belief Questionnaire*)

2.2.5 **É**valuation individuelle face à la douleur* : **Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)**

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	Absolument pas d'accord avec la phrase	Partiellement d'accord avec la phrase	Complètement d'accord avec la phrase
FABQ PHYSIQUE			
1 Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1 2 3 4 5	6
2 L'activité physique aggrave ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
3 L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
4 Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
5 Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
FABQ TRAVAIL			
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos :</i>			
6 Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1 2 3 4 5	6
7 Mon travail a aggravé ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
8 Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1 2 3 4 5	6
9 Mon travail est trop lourd pour moi	0	1 2 3 4 5	6
10 Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
11 Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
12 Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
13 Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
14 Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1 2 3 4 5	6
15 Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1 2 3 4 5	6
16 Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1 2 3 4 5	6

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, score qui s'étend de 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, score qui s'étend de 0 à 24)

Références :

Waddell G. et al., 1993.

*Version française : Chaory K. et al., 2004.



Annexe N°10 : Questionnaire HAD (*Version française du Fear-Avoidance Belief Questionnaire*)

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Date :

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

A. Je me sens tendu ou énervé :	
3	La plupart du temps
2	Souvent
1	De temps en temps
0	Jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :	
0	Oui, tout autant
1	Pas autant
2	Un peu seulement
3	Presque plus

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :	
3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :	
0	Autant que par le passé
1	Plus autant qu'avant
2	Vraiment moins qu'avant
3	Plus du tout

A. Je me fais du souci :	
3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :	
3	Jamais
2	Rarement
1	Assez souvent
0	La plupart du temps

HAD

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :	
0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui, en général
2	Rarement
3	Jamais

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :	
3	Presque toujours
2	Très souvent
1	Parfois
0	Jamais

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :	
0	Jamais
1	Parfois
2	Assez souvent
3	Très souvent

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :	
3	Plus du tout
2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	J'y prête autant attention que par le passé

A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :	
3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout

D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :	
0	Autant qu'avant
1	Un peu moins qu'avant
2	Bien moins qu'avant
3	Presque jamais

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :	
3	Vraiment très souvent
2	Assez souvent
1	Pas très souvent
0	Jamais

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :	
0	Souvent
1	Parfois
2	Rarement
3	Très rarement
D	A

Total anxiété (A) :

Total dépression (D):

HAD

Annexe N°11 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes par mail (version PDF)

Objectif : État des lieux de la prise en charge actuelle, par les médecins généralistes, des patients lombalgiques aigus à haut risque de chronicité.

- 1- Quel est votre âge ? <30 ans / 30-39 ans / 40- 49 ans / 50-59 ans / > 60 ans
- 2- Vous êtes : Une femme / Un homme
- 3- Depuis combien de temps exercez-vous ? ...
- 4- Quel est votre lieu d'exercice ?
 - a- Rural (< 2000 habitants)
 - b- Semi rural (2000 - 10000 habitants)
 - c- Urbain (> 10 000 habitants)
- 5- Quel est votre mode d'exercice ?
 - a- Seul
 - b- Dans un cabinet de groupe
 - c- Dans un pôle santé pluridisciplinaire ?
- 6- Parmi votre patientèle, quelle est la fréquence des patients qui consultent pour une lombalgie aigue ?
 - a- Jamais/Rarement (< 5/mois)
 - b- Assez souvent (entre 5 et 10/mois)
 - c- Très souvent (> 10/mois)
- 7- Parmi cette patientèle, à combien estimez-vous le pourcentage de patient à risque de passage à la chronicité ?
 - a- <30%
 - b- 30-50%
 - c- >50%
- 8- Avez-vous des formations spécifiques dans le domaine de la lombalgie ? Oui / Non
Si oui lesquelles ? ...

I- Prise en charge initiale du patient présentant une lombalgie aigue (sélectionner une ou plusieurs réponses)

- 1- Pour un patient que vous voyez pour la première fois dans le cadre d'une lombalgie aigue vous recherchez systématiquement les drapeaux rouges :
 - a- Car ils suggèrent une pathologie sous-jacente grave
 - b- Car ils suggèrent la nécessité d'une prise en charge spécialisée
 - c- Les drapeaux rouges comprennent, notamment l'âge <20ans et > 55ans, des paresthésies au niveau du pubis, la prise prolongée de corticoïdes, des troubles sphinctériens
 - d- La présence de rachialgies dorsales est souvent bénigne
- 2- Votre ordonnance initiale, pour une lombalgie aigue d'allure commune, en l'absence de contre-indication, comporte :
 - a- Un anti-inflammatoire
 - b- Un ou des antalgiques *per os* : Palier I / II / III
 - c- Une corticothérapie en cure courte
 - d- Un myorelaxant
 - e- Un gabapentinoïde en cas de radiculalgie associée
 - f- Un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
 - g- Une ceinture lombaire

- h- Des séances de kinésithérapie
- i- Un arrêt des activités physiques
- j- Un maintien des activités quotidiennes selon le seuil douloureux

3- Quelle est la durée moyenne, en jours d'arrêt de travail, que vous prescrivez pour un patient lombalgique hyperalgique :

- Travail sédentaire :
 - a- 0
 - b- 1-3 jours
 - c- 3-7 jours
 - d- 7-14 jours
 - e- 14-30 jours
 - f- 1-3 mois
 - g- > 3 mois
- Travail physique léger (manutention ponctuelle de charges <5kg ou répétée <10kg) :
 - a- 0
 - b- 1-3 jours
 - c- 3-7 jours
 - d- 7-14 jours
 - e- 14-30 jours
 - f- 1-3 mois
 - g- > 3 mois
- Travail physique modéré (manutention ponctuelle de charges entre 5 et 25 kg ou répétée <10kg) :
 - a- 0
 - b- 1-3 jours
 - c- 3-7 jours
 - d- 7-14 jours
 - e- 14-30 jours
 - f- 1-3 mois
 - g- > 3 mois
- Travail physique lourd (manutention de charges > 25kg) :
 - a- 0
 - b- 1-3 jours
 - c- 3-7 jours
 - d- 7-14 jours
 - e- 14-30 jours
 - f- 1-3 mois
 - g- > 3 mois

II- En cas d'échec de la prise en charge initiale

- 1- Réévaluez-vous le patient lombalgique de manière systématique ? Oui / Non
- Si oui, au bout de combien de temps
- a- 72h
 - b- 1 semaine
 - c- 2-4 semaines
 - d- 6-8 semaines
 - e- 3 mois ou plus

2- Réalisez-vous des examens complémentaires ? Oui / Non

Si oui, lesquels

- Biologie sanguine :
 - a- A la 1ère consultation
 - b- Entre 2-4 semaines
 - c- Entre 4-6 semaines
 - d- A 3 mois
 - e- Jamais
 - f- Autre (préciser)

- Radiographie du rachis lombal :
 - a- A la 1ère consultation
 - b- Entre 2-4 semaines
 - c- Entre 4-6 semaines
 - d- A 3 mois
 - e- Jamais
 - f- Autre (préciser)

- Scanner du rachis lombal :
 - a- A la 1ère consultation
 - b- Entre 2-4 semaines
 - c- Entre 4-6 semaines
 - d- A 3 mois
 - e- Seulement si un geste invasif est envisagé
 - f- En cas de contre-indication à l'IRM
 - g- Jamais
 - h- Autre (préciser)

- IRM :
 - a- A la 1ère consultation
 - b- Entre 2-4 semaines
 - c- Entre 4-6 semaines
 - d- A 3 mois
 - e- Seulement si un geste invasif est envisagé
 - f- En cas de contre-indication au scanner
 - g- Jamais
 - h- Autre (préciser)

- Y a-t-il une nécessité de réaliser une nouvelle imagerie à 6 mois d'évolution, en l'absence de modification du tableau clinique ?
 - a- Oui
 - b- Non

3- Connaissez-vous la notion de drapeau jaune ? Oui / Non

Si oui, à quoi fait-elle référence ? ...

Si oui, pouvez-vous en citer un ou plusieurs exemples ? ...

4- Aborder vous facilement en consultation les facteurs émotionnels (dépression, anxiété, événements de vie ...) ? Oui / Non

- Si oui, à quel moment les abordez-vous ?
- a- Dès la première consultation
 - b- Lors de la réévaluation 2 à 4 semaines après
 - c- Lorsque les symptômes perdurent au-delà de trois mois
 - d- Autre (préciser)
- Si non pourquoi ?
- a- Manque de temps
 - b- Difficulté d'abord
 - c- Refus du patient
 - d- Autre (préciser)
- 5- Connaissez-vous les questionnaires Orebro / Start Back Screening Tool / FABQ / HAD ? Oui / Non
- Si oui, les utilisez-vous en consultation ?
- a- Oui
 - b- Non
- Si non pourquoi ?
- a- Questionnaires non connus
 - b- Manque de temps
 - c- Difficulté d'utilisation
 - d- Peu utile en pratique courante
 - e- Autre (préciser)
- 6- En cas d'identification de facteurs de risque de chronicité (pouvant être identifiés en utilisant des questionnaires type Orebro/Start Back Screening Tool), adressez-vous le patient à l'un des professionnels suivants ? (Plusieurs réponses possibles)
- a- Kinésithérapeute
 - b- Rhumatologue
 - c- Médecin de Médecine Physique et de Réadaptation
 - d- Médecin algologue
 - e- Chirurgien (orthopédiste/neurochirurgien)
 - f- Psychologue
 - g- Ostéopathe
 - h- Médecin du sport
 - i- Aucun
 - j- Autre (préciser)
- 7- En cas d'identification de facteurs de risque de chronicité, estimez-vous avoir suffisamment de personnes ressources ou de moyens ? Oui/ Non
- Si non, pourquoi ?
- a- Ressources / Structures non connues ou mal identifiées
 - b- Délais de réponse/ de consultation/ de prise en charge trop importants
 - c- Éloignement géographique
 - d- Absence de retour sur la prise en charge spécialisée
 - e- Autre (préciser)
- 8- En cas de difficulté professionnelle du patient, sollicitez-vous le service de médecine du travail ou le médecin du travail de l'entreprise ? Oui/Non
- Si non pourquoi ?
- a- Interlocuteur non connu

- b- Difficulté d'accès
- c- Autre (préciser)

- 9- A partir de combien de temps d'évolution de la lombalgie pensez-vous utile de débiter un programme multidisciplinaire ?
- a- > 4 semaines
 - b- > 6 semaines
 - c- > 3 mois
 - d- > 6 mois
 - e- > 1 an.

IV – Création d'un programme multidisciplinaire adapté aux patients lombalgiques aigus à haut risque de passage à la chronicité

La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle dans une mise à jour des recommandations en 2019 [1], la nécessité d'une prise en charge globale basée sur le modèle bio-psycho-social ainsi que l'importance de dépister les patients à haut risque de passage à la chronicité. Dans cette optique, le Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation (CRMPR) Les Herbiers est en cours d'élaboration d'un programme destiné à ces patients dépistés comme à risque.

- 1- Connaissez-vous les centres de MPR (Médecine Physique et de Réadaptation) de votre région ? Oui / Non
- 2- Pensez-vous que ce type de centre pourrait vous aider dans votre prise en charge d'un patient lombalgique à risque de passage à la chronicité ? Oui / Non
Si oui, de quelle manière ? (Réponse libre)
- 3- Envisageriez-vous d'orienter les patients présentant des facteurs de risque de chronicisation, au sein d'un centre de MPR proposant une prise en charge biopsychosociale ? Oui / Non
Si non pourquoi ?
- 4- Afin de favoriser la prise en charge des patients en phase subaiguë « à risques de passage à la chronicité », souhaiteriez-vous avoir les coordonnées d'une personne référente du centre de MPR à contacter ? Oui / Non
Si oui, quel moyen de communication est le plus simple pour vous ?
 - a- Téléphone
 - b- Mail
 - c- Courrier
 - d- AutreAvez-vous des besoins particuliers en formation ? Oui / Non
- 5- Commentaires libres

[1] Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune : Recommandation de bonne pratique. Avril 2019 [consulté le 15/04/2020]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune >

Annexe N°12 : Notice explicative accompagnant le mail adressé aux médecins généraliste

Bonjour,

Je suis interne en cinquième semestre de médecine physique et de réadaptation (MPR). Dans le cadre de mon travail de thèse, en vue de l'obtention de mon doctorat en médecine, je mène une étude, auprès des médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure, portant sur la prise en charge, en soin primaire, des patients présentant une lombalgie commune et plus particulièrement du patient lombalgique aigu à haut risque de passage à la chronicité.

L'objectif principal de ce travail est 1) de faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients lombalgiques (à un an de la publication des dernières recommandations HAS) 2) d'identifier les principales ressources externes mobilisées 3) d'identifier les facteurs limitant le recours à ces ressources.

Les perspectives résultantes de ce travail seront doubles. D'une part, il permettra d'évaluer la nécessité de mettre en place, au sein du CRMPR les Herbiers, un programme de prise en charge dédié aux patients lombalgiques avec risque de passage à la chronicité (se surajoutant aux programmes destinés aux patients lombalgiques chroniques déjà existants) en tenant compte de vos besoins.

D'autre part, il servira à établir une meilleure coordination entre la médecine générale et les structures ressources telles que les structures de médecine physique et de réadaptation, en analysant et en identifiant les facteurs limitants.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse compléter le questionnaire accessible sur le lien suivant (<https://forms.gle/HegkAJtJxCbkDH5a8>) mais également en format pdf (cf pièce jointe), composé d'une quinzaine de questions, le temps de remplissage a été évalué à sept minutes.

Ce questionnaire sera anonyme et retranscrit tel quel dans mon travail, rien ne sera modifié.

En vous remerciant par avance de l'attention et du temps que vous consacrerez à mon travail.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer madame, monsieur, mes sincères salutations.

Jane VERDIER (Interne en médecine)
Dr Sarah CHERIET (Directrice de thèse)

Résumé

Objectif. De nouvelles recommandations HAS sont parues en 2019 sur la prise en charge de la lombalgie commune, pathologie fréquente en médecine générale. Elles mettent l'accent sur « la lombalgie à risque de passage à la chronicité ». L'objectif de ce travail était 1) évaluer la connaissance et la portée de ces recommandations 2) dégager des axes d'améliorations, en favorisant, la communication, la visibilité et l'offre de soins que pourrait apporter le CRMPR les Herbiers dans la prise en charge de ces patients.

Méthodes. Étude épidémiologique descriptive transversale auprès de médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure, menée à l'aide d'un questionnaire, transmis par mail entre le 1er mai et le 1er juillet 2020.

Résultats. Parmi les 715 praticiens contactés, 93 ont répondu à l'étude. Quelques recommandations semblent acquises : conseils de maintien d'une activité physique, impact de l'influence des facteurs émotionnels sur la chronicité de la lombalgie. Certains points sont à améliorer : diminution des examens complémentaires, réévaluation systématique, adressage précoce aux médecins spécialiste du rachis, connaissance et dépistage des facteurs de risques de chronicité. Les résultats semblent encourageants pour la mise en place d'un programme au sein du CRMPR pour ces patients à risque.

Conclusion. Cette étude souligne des inadéquations entre les recommandations HAS et la pratique à un an de leur parution. Elle tente d'apporter des axes d'amélioration. Elle semble confirmer l'intérêt de la création d'un programme pour les patients à risque de passage à la chronicité au sein du CRMPR, prenant en compte ce travail ; programme devant être de qualité, accessible et adapté pour le médecin de premier recours. Une meilleure visibilité de ce type de structure est primordiale. L'importance d'une coordination ville-structure spécialisée est rappelée.

Mots – clés : lombalgie à risque de chronicité, recommandations HAS, médecine physique et de réadaptation.