



HAL
open science

Lombalgie commune : enquête sur les représentations de la pathologie dans le milieu officinal

Romain Verdot

► **To cite this version:**

Romain Verdot. Lombalgie commune : enquête sur les représentations de la pathologie dans le milieu officinal. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03367749

HAL Id: dumas-03367749

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03367749v1>

Submitted on 6 Oct 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 18 JUIN 2021

PAR

Monsieur Romain VERDOT

Née le 17 Août 1992 à Thiais (94)

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**« LOMBALGIE COMMUNE : ENQUÊTE SUR LES REPRESENTATIONS
DE LA PATHOLOGIE DANS LE MILIEU OFFICINAL »**

JURY :

Président : Professeur HONORE Stéphane

**Membres : Professeur HACHE Guillaume
Docteur LOTTE Marie-Christine**

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI, M. Guillaume HACHE
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Henri PORTUGAL, M. Philippe CHARPIOT
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Almé CREVAT, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE	M. Robert GILLI Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER M. François DEVRED Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pascal PRINDERRE M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE	M. Jérémy MAGALON Mme Carole SIANI

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS	Mme Angélique GOODWIN
---------	-----------------------

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN-JAU Mme Florence SABATIER-MALATERRE Mme Nathalie BARDIN
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

ATER

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Anne-Claire DUCHEZ
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Mélanie VELIER
----------------------------	--------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOGNOSIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOGRAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC
--	---------------

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE Mme Frédérique GRIMALDI M. Joseph CICCOLINI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE PHARMACIE CLINIQUE	Mme Anaïs MOYON M. Florian CORREARD
---	--

ATER.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Anne RODALLEC
----------------------------------	-------------------

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire
Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint
M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire
M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie
Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché
Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint
M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier
M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 janvier 2020

*« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation
aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs. »*

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse, Monsieur Stéphane Honoré Professeur à la faculté de pharmacie de Marseille. Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Aux Membres du jury :

A mon directeur de thèse, Monsieur Guillaume Hache, Professeur à la faculté de pharmacie de Marseille Pour avoir accepté de diriger ce travail et pour le temps que vous m'avez accordé malgré votre planning chargé, veuillez trouver ici mes sincères remerciements. Je garderai un excellent souvenir de votre aide.

Au Madame Marie-Christine Lotte, Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury de ma soutenance. Pour sa gentillesse et sa bienveillance qu'elle m'a toujours fait part.

.....

A mes parents,

Ma mère pour son soutien durant toutes ces années d'études. En ce sens, sans toi je n'aurais jamais pu accomplir ce chemin parcouru et devenir l'homme que je suis aujourd'hui.

Mon père pour son soutien sans faille et son amour omniprésent. Bien que la distance nous empêche de nous voir régulièrement, j'ai toujours senti tes mains sur mes épaules.

Trouvez en ce travail l'aboutissement de cette grande partie de ma vie.

A Mon frère et mes Sœurs,

Mon grand frère Axel, qui me fait preuve d'un soutien et d'un amour sans faille.

Ma petite Sœur Clara, pour ce lien si fort qui nous unit, puisse ce travail t'inspirer pour ton avenir.

Ma petite Sœur Romane, pour les moments de bonheur que nous passons ensemble.

A mes grands parents et arrière grands parents, pour votre amour inconditionnel et pour tout ces moments de partages.

A Camille, pour son soutien à la réalisation de ce travail et plus particulièrement pour m'avoir donné les ambitions de devenir la personne que je suis aujourd'hui. Pour toutes ses années de bonheur passées ensembles et les prochaines à venir.

A mes oncles, tantes et cousins.

A mes Amis, Elise, Thibault, Anne Sophie, Damien, Joséphine, Clarisse, pour ces belles rencontres et toutes ces années de fêtes et de partages.

A Thierry, Véronique, Anthony, Justine, Jessica merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

A la famille Lotte, Caroline, Jean-Jacques, Estelle, Jean Baptiste, Olivier, Laurène, Romain. Une famille aimante et qui fait preuve d'exemplarité.

A toutes les personnes que je n'ai pas cité et qui font partie de ma vie.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	10
SOMMAIRE.....	13
LISTE DES FIGURES	14
INTRODUCTION.....	15
I. Le mal du siècle : un enjeu de santé publique	17
a) Enjeu économique	
b) Enjeu sanitaire	
c) Enjeu Humain	
d) Enjeux de croyances et de représentations	
II. Prise en charge de la lombalgie commune	19
a) Définition	
b) Evaluation clinique	
c) Evaluer le risque de chronicité	
d) L'utilisation fondée de l'imagerie	
e) Prise en charge globale	
f) Maintien de l'emploi et prévention de la désinsertion professionnelle	
g) Prise en charge non médicamenteuse	
h) Prise en charge médicamenteuse	
i) Approches complémentaires	
j) Aspect de la prévention secondaire	
III. Le mal de dos : le bon traitement c'est le mouvement.....	31
a) Objectif : Diminuer le passage à la chronicité	
b) Un programme global	
IV. Le pharmacien dans la lombalgie.....	36
a) Le rôle du pharmacien	
b) Etude expérimentale	
c) Matériels et méthodes	
d) Résultats	
e) Discussion	
CONCLUSION.....	44
Bibliographie.....	48
Serment de Galien.....	52

LISTE DES FIGURES

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AM : Arrêt Maladie

AT : Arrêt de Travail

BTP : Secteur du Bâtiment et des Travaux Publics

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FABQ : Fear Avoidance Belief Questionnaire

GABA : Gamma-AminoButyric Acid

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

HAS : Haute Autorité de Santé

PACA : Provence-Alpes Côte d'Azur

INRS : Institut Nationale de Recherche et de Sécurité

IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de la sérotonine-Noradrénaline

MP : Maladie Professionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie

TMS : Trouble Musculo-Squelettiques

TMS-MS : Trouble Musculo-Squelettiques du Membre Supérieur

INTRODUCTION

Au cours d'une vie, la lombalgie commune de l'adulte touche 4 personnes sur 5 (87% de la population) (Airaksinen.O, 2006) elle constitue à elle seule près de 6 millions de motifs de consultation en France par année et représente la 3^{ème} cause d'invalidité en France (Jaeger.C, 2011).

La lombalgie commune est définie selon la HAS comme « *correspondant à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse, cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse, et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou* ». Nous estimons habituellement, sur la base de la pratique clinique, que la lombalgie commune représente la grande majorité des cas (90%) de lombalgies prises en charge par les professionnels de santé (HAS, Avril 2019).

Pour 7% de cette population touchée, la lombalgie commune se transforme en lombalgie chronique (Poiraudau.S, 2004) qui est responsable à elle seule de 80% des dépenses associées à la lombalgie dans son ensemble. (Sniiram, 2014)

De plus, cette chronicité a un impact sur la vie quotidienne et la vie professionnelle du patient. Après un délai de 6 semaines de douleur ressentie, la prise en charge devient plus compliquée et nécessite plus de moyens, avec l'intervention de différents professionnels de santé travaillant en coordination centrée sur le patient (Assurance Maladie, 2017).

La lombalgie commune est un enjeu de santé publique, tant humain qu'économique ou encore sanitaire et social. (HAS, 2019)

Devant l'enjeu majeur que représente la lombalgie, l'assurance maladie soutenue par les sociétés savantes, lance en 2017 une campagne de sensibilisation auprès du grand public, des professionnels de santé et des employeurs intitulée : « *Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement* ».

Cette campagne fait suite à une enquête commandée par l'assurance maladie mettant en évidence des idées reçues auprès des patients atteints de lombalgie mais également auprès des médecins généralistes (BVA, 2017).

La lombalgie devient dès lors également un enjeu de représentation.

Devant l'enjeu de santé publique que représente la maladie, une bonne prise en charge est indispensable.

Dans ce contexte, quel rôle le pharmacien d'officine a-t-il à jouer dans la prise en charge de la lombalgie ? Peut-il lui aussi être vecteur d'idées reçues ? Ne devrait-il pas alors être intégré à cette campagne de sensibilisation ?

Nous nous sommes intéressés à ces problématiques.

I. Le mal du siècle : un enjeu de santé publique

En 1952, l'OMS définit la santé publique « *comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif* ».

La lombalgie commune, bien que bénigne, a tendance à réapparaître bien trop souvent dans les mois qui suivent le premier épisode de douleur lombaire (entre 60 et 85% des cas) (Henrotin.Y, 2014) . Ces récurrences, comme nous le verrons, ont un impact non négligeable tant au niveau économique qu'au niveau sanitaire et social.

a) Enjeu humain

La lombalgie a des conséquences au niveau humain : atteinte psychologique et sociale, diminution des capacités physiques par une raideur ou une faiblesse musculaire, baisse de qualité de vie (Husky.M, 2018). De plus, une appréhension peut se développer et ancrer la lombalgie dans la chronicité (Marshall.P, 2017).

Les capacités fonctionnelles et l'employabilité des personnes atteintes de Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) sont diminuées, et cela nuit à la productivité et à la vitalité des entreprises. (Kheder.A, 2020)

b) Enjeu sanitaire

Dans son étude réalisée en 2019, l'INRS montre que la lombalgie représente 20% des accidents de travail et que ces derniers sont d'une durée moyenne de 2 mois. Au niveau professionnel, la lombalgie chronique représente 7% des maladies professionnelles et est la 3ème cause d'invalidité (INRS, 2019) . De plus, une seconde étude menée par le Sniiram en 2014 met en avant que 25% des accidents de travail ont pour origine la lombalgie (Sniiram, 2014) . Enfin, l'INRS, en 2018, souligne que 30% des arrêts de travail de plus de 6 mois ont comme source la lombalgie et estime à 11,5 millions le nombre de journées de travail perdues liée au AT et MP suite à une lombalgie. (INRS, 2018)

c) Enjeu économique

Les coûts médicaux directs liés à la lombalgie de manière globale s'élèvent à 661 millions d'euros par an dont 335 millions par an pour les arrêts de travail au niveau de la branche maladie. A cela s'ajoute également 1 Milliard d'euros par an de dépenses dont 580 millions par an pour les arrêts de travail au niveau de la branche accident de travail et maladie professionnelle. (Rapport de la Direction des Risques Professionnels de la Cnamts,, Janvier 2017)

La lombalgie chronique en terme de dépense en coût direct (médicament, consultation, nuit d'hospitalisation) et indirecte (arrêt de travail, non productivité) englobe 80% des dépenses pour seulement 7% des patients. (Sniiram, 2014)

d) Enjeux de croyances et de représentations

En 2017, l'assurance maladie met en évidence des idées reçues perçues auprès des patients atteints de lombalgie mais également auprès des médecins généralistes (Barometre BVA, 2017). La lombalgie devient dès lors également un enjeu de représentation. Selon Bidat : *« Les croyances et les représentations sont définies par l'ensemble des convictions, des opinions et des idées portant sur soi même, sur son comportement et sur le monde extérieur. L'ensemble des individus appréhende, interprète la vie et les évènements à travers le filtre de ses propres croyances et représentations »*. (Bidat, 2001). Aucune information perçue n'est traitée avec neutralité. (Fisher, 1997). Dans le milieu de la santé nous retrouvons ces croyances et représentations, un individu n'est jamais neutre ou n'a jamais de savoir face à la maladie. (J.F. d'Ivernois, 1995). Elles peuvent être influencées pour un ensemble de facteurs : la culture, les traditions, l'histoire individuelle et familiale, l'entourage social. (Bidat, 2001)

De ce fait, face à ces différents enjeux, l'augmentation de la durée de vie et l'allongement du temps de travail, il nous vient à penser que le nombre de troubles musculo-squelettiques dans les prochaines années augmentera de manière non négligeable. Si rien n'est mis en place en terme de politique de prévention de la santé au niveau de la lombalgie, il semble que les impacts économique, humain et sociodémographique risquent de s'intensifier.

II. Prise en charge de la lombalgie commune

a) Définition

La lombalgie commune est définie selon l'HAS comme « *correspondant à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse, cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse, et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou* ». Nous estimons habituellement, sur la base de la pratique clinique, que la lombalgie commune représente la grande majorité des cas (90%) des lombalgies prises en charge par les professionnels de santé. Aussi, l'HAS indique qu'une lombalgie commune durant plus de trois mois sera requalifiée de chronique. Enfin, la lombalgie commune est une douleur excluant tout signes d'alertes (cf. drapeaux rouges). (HAS, Mars 2019)

b) Evaluation clinique

La recherche des signes d'alertes (drapeaux rouges) est indispensable, puisque leur présence indique une éventuelle pathologie sous-jacente, nécessitant alors une prise en charge plus spécifique, voire urgente. (HAS, Mars 2019)

Signes d'alertes :

→ Douleur non mécanique :

- Douleur d'aggravation progressive
- Présente au repos plus particulièrement la nuit

→ Symptôme neurologique étendu (Syndrome queue de cheval)

→ Paresthésie au niveau du pubis ou périnée

→ Traumatisme important (après une chute)

→ Perte de poids inexplicite

→ Antécédent de cancer

→ Usage de drogue

→ Déformation structurale importante

→ Douleur thoracique

→ Age <18ans ou >55ans

→ Fièvre, altération état général

Le praticien doit garder à l'esprit ces signes d'alertes surtout lors d'épisodes aigus de lombalgie, de douleur chronique ou encore de changement soudain de symptômes cliniques. De plus, l'accumulation de plusieurs signes d'alertes doit interroger le praticien au sujet d'une éventuelle pathologie sous-jacente (HAS, Mars 2019).

c) Evaluer le risque de chronicité

La recherche des facteurs psychosociaux-comportementaux et professionnels est primordiale, en effet comme le montre Foltz : « *parmi tous les facteurs de chronicité de lombalgie chronique décrit (cf. drapeaux jaunes), les facteurs psycho-comportementaux et professionnels sont au premier plan si bien qu'après plusieurs mois d'évolution, la douleur n'expliquerait plus de 10% de la variance du handicap* » (Foltz.V, 2013) .L'aide de questionnaire doit être mise en place afin d'évaluer les risques de chronicité : (HAS, Mars 2019)

- Questionnaire de STarT Back screening tool (SBST): mis en place par l'université de Keele, il permet de catégoriser les patients en 3 groupes (risque faible, moyen et fort de chronicité). Ainsi en fonction du risque établi, une prise en charge adaptée est mise en place (Bruyère.O, 2012). La version française du SBST est un questionnaire fiable et valide conforme à la version originale anglaise. (Bruyère.O, 2014)
- Questionnaire d'Örebro : il permet de cibler les patients à risque de développer une incapacité au travail suite à un épisode lombalgique (Section Rachis, 2021) Il s'agit d'un indicateur relativement bon au sujet du risque d'absentéisme ayant comme origine une maladie ou un trouble fonctionnel. (Linton.S B. , 2003)
- Echelle FABQ (Fear Avoidance Beliefs Questionnaire) : développée par Waddell.G, cette échelle permet d'évaluer au sein des paramètres cliniques, les craintes (croyances, peurs) des patients lombalgiques. Il permet de cibler

les patients nécessitant un suivi plus proche, plus accompagné. (Chaory.K, 2004)

Les indicateurs psychosociaux-comportementaux et professionnels de risque de passage à la chronicité sont les suivants :

→ Problèmes émotionnels (dépression, stress, anxiété), dépistés à l'aide d'outil comme l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) (HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles, Octobre 2014)

→ Attitudes inappropriées (attitude passive plutôt qu'active dans l'implication du patient dans sa prise en charge, fausses idées reçues)

→ Comportement douloureux inappropriés (réduction de l'activité quotidienne et/ou professionnel lié à la peur)

→ Problèmes liés au travail (travail non plaisant, hostilité du lieu de travail)

→ Problèmes liés aux indemnités (pension d'invalidité)

La mise en évidence des facteurs psychologiques et socioprofessionnels liés au risque de chronicité, permet de créer des leviers pour en limiter la survenue.

(HAS, Mars 2019)

d) L'utilisation fondée de l'imagerie

L'imagerie n'est pas indiquée de façon systématique dans le cadre de la lombalgie commune (Valata.J-P, 2010). Son utilisation n'est pas associée à une amélioration physique ni à une amélioration de la prise en charge de la douleur du patient. (Kerry.S, 2002). Sans la présence de drapeaux rouges, l'imagerie rachidienne ne doit pas être proposée dans le cadre de la lombalgie commune. Le cas échéant, le praticien devra se justifier sur le non intérêt de l'utilisation de l'imagerie auprès du patient (HAS, Mars 2019)

Selon la HAS, en dehors de la présence de drapeaux rouges, l'imagerie par IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) ou scanner est recommandée seulement en vue d'une douleur lombaire persistante de plus de 3 mois. Aussi, en l'absence de nouveaux symptômes cliniques, il n'est pas recommandé d'effectuer de nouvelle imagerie.

e) Prise en charge globale

Le patient doit se situer au centre de la prise en charge afin de susciter chez ce dernier une participation active face à sa pathologie. A ces fins, le praticien doit expliquer les termes médicaux utilisés dans la pose du diagnostic et délivrer une information juste, adaptée et rassurante sur le caractère bénin de la lombalgie commune (évolution favorable sur quelques semaines). De plus, le praticien doit considérer les aspects biologiques, psychologiques et socioprofessionnels du patient favorisant ainsi « une *prise en charge bio-psycho-sociale* » (Berquin.A, 2010) ; concept né dans le cadre de la psychiatrie (Dr Engel). Dans la lombalgie la recherche des facteurs biopsychosociaux sont de meilleurs indicateurs de risque de passage à la chronicité que des facteurs biologiques ou mécaniques. (Linton.S, 1998) (Modèle biopsychosocial en santé). Enfin, pour une lombalgie chronique ou à risque de chronicité une prise en charge pluridisciplinaire devra être envisagée. Ainsi, l'équipe peut associer les praticiens suivants (HAS, Mars 2019) :

- Kinésithérapeute
- Rhumatologue
- Spécialiste de médecine physique et de réadaptation
- Médecin du travail
- Spécialiste de la douleur
- Chirurgien du rachis

Notons l'absence de l'implication du pharmacien dans cette prise en charge. Nous y reviendrons dans les prochains chapitres.

f) Maintien de l'emploi et prévention de la désinsertion professionnelle

Selon la HAS, après un délai de 4 semaines d'arrêt de travail ou d'arrêts de travail répétés, des facteurs bio-psycho-sociaux empêchant la réinsertion professionnelle doivent être recherchés. (HAS, 2019) . De plus en plus d'études mettent en évidence que ces facteurs sont impliqués dans le risque de passage vers la lombalgie chronique (Linton.S, 1998) (Pincus.T, 2002)

Le médecin du travail doit trouver les facteurs liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur :

- Charge physique élevée de travail
- Forte demande de 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

La lombalgie atteint physiquement et psychologiquement le patient. Sa capacité de travail diminue ce qui impacte sa dignité, son estime de lui-même et son autonomie. Ses stratégies pour faire face à sa situation professionnelle deviennent moins efficaces, le patient peut à long terme perdre son emploi et/ou avoir du mal à en retrouver un.

Egalement, des facteurs liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance doivent être examinés :

- 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

L'incapacité de retrouver son statut professionnel, un système de prise en charge incomplet, des revenus diminués ou des charges en santé trop élevées peuvent ancrer le patient lombalgique dans une situation de précarité qui sur le long terme est un frein à l'emploi et/ou à la réinsertion sociale.

g) Prise en charge non médicamenteuse

En 1^{ère} intention la reprise de l'exercice physique est recommandée. Encourager le maintien des activités physiques quotidiennes et professionnelles est un élément

indispensable à l'évolution favorable des lombalgies communes. Une activité sportive progressive et fractionnée selon les préférences du patient est également recommandée (Hayden.J, 2005).

Enfin, la kinésithérapie n'est recommandée qu'en 1^{ère} intention seulement si le patient présente une lombalgie chronique ou un risque de chronicité. (HAS, Mars 2019) La kinésithérapie lors d'une lombalgie aiguë ne montre pas d'amélioration cliniquement pertinente face aux soins usuels (Fritz.J, 2015).

En 2nde intention, une éducation à la neurophysiologie de la douleur est mise en place pour une lombalgie chronique et à risque de chronicité.

Egalement, des techniques manuelles de manipulations et de mobilisations incluant des exercices supervisés peuvent être mises en place.

En 3^{ème} intention un programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale et professionnelle est mis en place uniquement pour un profil de patient bien défini, (lombalgie ou douleur radicalaire persistante en présence de risque psychosocial faisant obstacle au rétablissement ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée.) (HAS, Mars 2019)

h) Prise en charge médicamenteuse

Il est recommandé d'informer le patient du mode d'action des différentes spécialités médicamenteuses prescrites, notamment de leurs effets différés et des effets indésirables qui leur sont associés. L'utilisation d'antalgique peut être envisagée de manière graduée lors d'épisode douloureux. Dans un premier temps, il faudra utiliser des antalgiques de palier I puis de palier II si la douleur ne cède pas. Un rappel sur le bon usage des médicaments, ainsi que sur leur visée symptomatique et non curative sera à réaliser. L'utilisation de médicaments antalgiques sur le moyen terme n'a pas prouvé son efficacité dans le cadre d'accès douloureux. (HAS, Mars 2019)

1^{ère} intention :

Paracétamol : médicament antalgique et antipyrétique, il est utilisé en cas de fièvre ou de traitement des affections douloureuses. (VIDAL, 2013). Il agit en inhibant les

médiateurs chimiques périphériques nociceptifs, néanmoins il n'existe pas de conclusion définitive sur son mécanisme d'action précis.

AINS : médicament anti-inflammatoire non stéroïdien, ils agissent contre l'inflammation en inhibant les cyclo-oxygénases COX-1 et COX-2. Ils possèdent également des propriétés antalgiques, antipyrétiques et antiagrégants plaquettaires. Les effets pharmacologiques des AINS sont dus aux blocages des cyclo oxygénases et par conséquence des prostaglandines (PG) pro-inflammatoires à l'origine de l'inflammation, de la douleur et de la fièvre.

L'action anti inflammatoire est due à la diminution des PG vasodilatateurs (PGE2, PGI2) inhibant ainsi la phase vasculaire de l'inflammation (diminution de la vasodilatation et de la perméabilité vasculaire).L'inhibition des PGE2 et PGI2 expliquent l'effet analgésiques puisqu'il interviennent dans les réponses nociceptives centrales et périphériques. La fièvre diminue par le blocage de PGE2 qui modifie le taux de déclenchement des neurones hypothalamiques contrôlant la thermorégulation. L'inhibition des PG conduit à l'apparition de beaucoup d'effets secondaires associés aux AINS notamment par l'action anti-COX-1 qui interfère avec la fonction plaquettaire avec un effet antiagrégant plaquettaire par inhibition de la formation de TXA2 (Thromboxane2). (Bacchi.S, 2012)Il peut être envisagé après évaluation de la balance bénéfice/risque en fonction des antécédents, pour une durée la plus courte possible et à la dose efficace la plus faible. (VIDAL, 2020)

2nde intention :

Opioïdes : utilisés seuls ou en association avec le paracétamol, ils agissent en inhibant la transmission nociceptive. Ils sont utilisés dans le traitement symptomatique de la douleur. (VIDAL, 2020) . Les récepteurs opioïdes sont présents dans l'organisme dans le système nerveux central (SNC) et périphérique (SNP). Trois récepteurs sont en grande partie responsables des mécanismes d'actions analgésiques et des effets indésirables : les récepteurs μ (mu), κ (kappa) et δ (delta). Plusieurs sous-types de chaque récepteur existent, ils sont désignés par des nombres après le type de récepteur (μ_1 , μ_2). L'activation des récepteurs μ entraîne une analgésie supra spinale, une dépression respiratoire, de l'euphorie, de la sédation, une diminution de la motilité gastro intestinale. L'activation des récepteurs κ entraîne une analgésie rachidienne, une

sédation, de la dyspnée, de la dysphorie et les récepteurs δ entraînent une dysphorie et des effets psycho mimétiques. L'ensemble des opioïdes sont des agonistes des récepteurs μ et varient en fonction du degré d'activation des récepteurs κ et δ . Certains opioïdes ont des sites d'activation complémentaires comme le tramadol en inhibant la transmission nociceptive par la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine. La fixation d'opiacés sur les récepteurs diminue la libération de neurotransmetteurs (substance P et glutamate) dans la fente synaptique, en conséquence une faible quantité de ces neurotransmetteurs pourra se déposer sur les récepteurs spécifiques et ainsi le message post synaptique sera moins intense (Trescot.A, 2008). Le risque de mésusage doit être pris en compte lors de la prescription ou du renouvellement. Les opioïdes faibles peuvent être utilisés en cas d'échec ou de contre indication aux AINS pour la plus courte durée possible. Quant aux opioïdes forts, leur utilisation doit être la plus courte possible. Ils doivent être utilisés face aux lombalgies réfractaires à une prise d'opioïdes faibles bien conduite. (HAS, Mars 2019)

Antidépresseurs (Tricycliques ou Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et Noradrénaline) : Médicaments agissant par inhibition de la recapture de monoamines sérotoninergiques et noradrénaline. Ils sont utilisés dans le traitement des états dépressifs et des douleurs neuropathiques de l'adulte. Ils peuvent être envisagés soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique, soit en cas de troubles anxio-dépressifs associés, en tenant compte de la balance bénéfique/risque. (VIDAL, 2020) L'inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline entraîne une accumulation de neurotransmetteur dans la fente synaptique. La recherche suggère que la douleur est atténuée par une inhibition de la transmission descendant des signaux de la douleur dans la moelle épinière par l'action de la noradrénaline sur ses récepteurs α_2 , ainsi qu'en périphérie par des actions différées sur les récepteurs β_2 présents dans les ganglions rachidiens. Ces mécanismes montrent qu'ils permettent d'inhiber la neuroinflammation à l'origine de la lésion nerveuse La noradrénaline semble jouer un rôle plus important dans ce processus que la sérotonine bien que les deux soient indispensables dans le gestion de la douleur (Schneider.J, 2019).

Gabapentinoïdes : Elles sont utilisées dans certaines formes d'épilepsies et dans les douleurs neuropathiques (VIDAL, 2020) . Elles peuvent être utilisées en cas de

radiculalgie chronique à composante neuropathique, en tenant compte de la balance bénéfique/risque. (HAS, Mars 2019) Substances chimiquement apparentées à l'acide gamma-amino-butyrique (GABA) néanmoins ils n'agissent pas sur les récepteurs GABA. Elles fixent la sous-unité auxiliaire alpha2-delta ($\alpha 2-\delta$) des canaux calciques voltage dépendants. L'alpha2-delta ($\alpha 2-\delta$) est une protéine auxiliaire associée aux canaux calciques voltages-dépendants présents dans le cerveau et dans les muscles. Il existe plusieurs sous-types de la protéine alpha2-delta ($\alpha 2-\delta$), seuls les sous types 1 et 2 fixent la gabapentine et la pregabaline. Par un mécanisme complexe la co-expression de alpha2-delta ($\alpha 2-\delta$) et de la sous-unité $\alpha 1$ par l'ouverture d'un pore de fusion des canaux calciques, entraine la formation d'une protéine qui modifie l'ouverture et la fermeture des canaux calciques. Les mécanismes d'actions par l'absence d'action aux niveaux des canaux calciques des tissus musculaires et cardiaques semblent confinés aux synapses du cerveau et de la moelle épinière La gabapentine et la pregabaline réduisent la libération calcium dépendante de plusieurs neurotransmetteurs des synapses neuronales, dont notamment le glutamate la substance P, la noradrénaline et la sérotonine. Par conséquence l'inhibition de la transmission nociceptive est opérée. (Taylor.C, 2005)

i) Approches complémentaires

- Prise en charge non médicamenteuse :

71% des français ont déjà fait appel à la pratique de soins non conventionnelle (PSNC) au moins une fois au cours de leurs vie (Ostéopathie, diététique, homéopathie, acupuncture, psychologie...). Pour 88% d'entre eux la médecine douce est perçue comme complémentaire à la médecine traditionnelle (Harris Interactive, 2019)

L'efficacité de ces pratiques sur la lombalgie n'étant pas encore démontrée, le professionnel de santé doit alors informer le patient de l'intérêt ou non de recourir à certaines de ces pratiques.

Ultrasons	Utilisation non recommandée
Tractions lombaires	Utilisation non recommandée
Semelles orthopediques	Utilisation non recommandée
Acupuncture, Acupression, Dry needling	Aucune efficacité sur l'évolution de la pathologie

Méditation, Hypnose, Relaxation, Sophrologie	Absence d'étude
---	-----------------

Les données des études concernant l'acupuncture et le dry needling par exemple ne permettent pas de définir une conclusion définitive sur leurs efficacités dans le cadre de la lombalgie commune. Pour la lombalgie chronique, ils semblent que ces thérapies soient plus efficaces dans le soulagement de la douleur et l'amélioration fonctionnelle. Les études suggèrent que l'acupuncture et le dry needling peuvent être des compléments utiles à d'autres thérapies dans le cadre de la lombalgie chronique. (Furlan.A, 2005)

D'autres recherches suggèrent que la méditation, l'hypnose, la relaxation, la sophrologie sont efficaces pour de nombreuses douleurs chroniques. Cependant les données sur leurs efficacités dans le cadre de la lombalgie sont obsolètes et se limitent principalement aux études de cas. Leurs résultats varient d'une étude à l'autre. (Wellington.J, 2014)

De plus, l'utilisation de ceinture lombaire est envisageable seulement sur une courte durée pour aider à la reprise d'activité.

Enfin, s'il y a présence de douleur neuropathique et après échec d'autres alternatives thérapeutiques, la stimulation médullaire peut être envisagée.

(HAS, Mars 2019)

- Prises en charge médicamenteuse

Nefopam	Absence d'étude
Corticoïdes	Absence d'étude
Myorelaxants	Balance bénéfique/risque défavorable
Antibiotiques	Utilisation non indiquée
Vitamine D	Utilisation non indiquée
Anti TNF alpha	Utilisation non indiquée
Patch lidocaïne	Utilisation non indiquée

(HAS, Mars 2019)

- Infiltrations rachidiennes

Majoritairement, il n'y a pas d'indication quant à la réalisation d'une infiltration épidurale pour une lombalgie sans radiculalgie (Valata.J-P R. , 2008). Elle peut être envisagée sur le court terme, lors d'une douleur radiculaire ne cédant pas malgré l'utilisation de traitements médicaux adaptés chez un patient atteint d'une lombalgie chronique. (HAS, Mars 2019)

- Prise en charge chirurgicale

Cette décision se fait au cas par cas après échec de la prise en charge multidisciplinaire. (HAS, 2015)

j) Aspects de la prévention secondaire

Il est recommandé pour les patients présentant une lombalgie de :

- Pratiquer une activité physique (HAS, Mars 2019) :
A la maison comme dans le milieu professionnel, pour bénéficier d'une meilleure évolution, il est recommandé pour le patient d'adapter ou de poursuivre ses activités habituelles le plus tôt possible. L'arrêt de travail ou le repos retarde la guérison et peut créer chez le patient une crainte de la douleur, ce qui l'enferme dans un cercle vicieux. En bref, l'activité physique renforce l'ossature, développe la musculature. (Assurance Maladie, 2017)
- Pratiquer des exercices d'auto rééducation (HAS, Mars 2019) : le sport améliore le mal de dos et évite le vieillissement prématuré du dos. Le patient devra choisir une activité en fonction de ses désirs et de ses capacités. Au travail, le patient devra adapter ses conditions de travail. (Assurance Maladie, 2017)

La pratique progressive et régulière d'exercice dans la durée favorise la récupération et limite les récives. (Hayden.J, 2005)

Ce qu'il faut retenir :

- Une information rassurante doit être délivrée quant au diagnostic : évolution favorable sur 4 à 6 semaines.
- Une activité physique doit être mise en place, il s'agit du traitement principal dans l'évolution favorable de la pathologie et évite les récives.
- L'imagerie ne doit pas être utilisée systématiquement, uniquement si présence de drapeaux rouges.
- La prise en charge dite globale doit être centrée sur le patient et s'appuie sur des décisions médicales partagées. Celle-ci s'appuie aussi sur le vécu et l'incidence sur la vie quotidienne du patient (Sphère « *Bio-psycho-social* »)

(HAS, Mars 2019)

III. Le mal de dos : le bon traitement c'est le mouvement

L'assurance maladie lance fin 2017 une campagne de sensibilisation contre les idées reçues qui a pour but de susciter le développement de nouveaux comportements face à la lombalgie.

Les résultats du baromètre d'opinion « *connaissance et attitudes vis à vis de la lombalgie* » menés par l'institut BVA pour l'assurance maladie, ont mis en évidence deux croyances principales :

La 1^{ère}, 1 personne sur 4 pense que la lombalgie est un problème grave.

La 2^{nde}, 7 personnes sur 10 estiment que le repos est le meilleur remède contre la lombalgie. (BVA, 2017)

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, ces idées sont aux antipodes des recommandations médicales actuelles. La campagne grand public lancée le 17 novembre 2017 résume cette ambition avec la signature « *Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement* ».

a) Objectif : Diminuer le passage à la chronicité

L'institut BVA a dressé un état des lieux des représentations des français et des médecins généralistes vis à vis de la lombalgie. Il a interrogé au total 2000 français et 400 médecins généralistes.

Il en ressort cinq enseignements : (BVA, 2017)

- La lombalgie affecte une grande majorité de la population.
- Le mal de dos associe deux idées reçues : gravité et repos.
- Aujourd'hui, l'équation antalgiques + repos + kinésithérapie est courante face à la lombalgie aigue.
- Le passage à la chronicité est un risque mal évalué.
- Activité physique ou repos ? Une opinion ambivalente.

1 – La lombalgie affecte une grande majorité de la population :

La lombalgie est très fréquente dans la population française : 93% des personnes questionnées ont déjà eu un épisode de mal de dos localisé au niveau des lombaires.

Pour 69% des médecins généralistes interrogés, les consultations pour un mal de dos ont lieu « *tous les jours ou presque* ». (BVA, 2017)

2 – Le mal de dos associe deux idées reçues : gravité et repos

1^{ère} croyance : 1 personne sur 4 (24%) interrogées dans la population française considère la lombalgie comme un mal grave. C'est une croyance qui n'est pas partagée par les médecins généralistes, puisque 45% d'entre eux estiment que les patients perçoivent la lombalgie comme non grave. Cette idée reçue par les patients est fortement liée à la douleur ressentie, en effet, 52% des personnes situant la douleur de 8 à 10 (échelle EVA) pensent que c'est un problème grave, contre 6% des personnes situant la douleur de 0 à 3. (BVA, 2017)

2^{ème} croyance : 7 personnes sur 10 (68%) estiment que le repos est le meilleur remède face à la lombalgie dans la population française. 35% des personnes interrogées avancent qu'elles ne peuvent pas faire d'activité physique en cas de lombalgie et 25% qu'elles ne peuvent pas travailler. Ces fausses croyances ne font pas exception dans le corps médical, même si elles sont moins répandues, puisque 1 médecin généraliste sur 3 (33%) considère le repos comme le meilleur remède face à la lombalgie. (BVA, 2017)

3- L'équation antalgiques + repos + kinésithérapie est courante face à la lombalgie aiguë

Les 1^{ers} réflexes des personnes interrogées face à une lombalgie sont :

1^{ère} place : 46% « continuer leur vie sans tenir compte de la douleur ».

2nd place : 41% « prendre des antidouleurs ».

3^{ème} place : 33% « rester au repos ».

Or, les recommandations ne préconisent pas de rester au repos et pourtant, cette affirmation arrive en 3^{ème} position devant la pratique d'activité physique en 6^{ème} position (15%). Ensuite, les prescriptions de séances de kinésithérapie sont légèrement

surestimées par les médecins alors qu'elles ne devraient intervenir qu'après une douleur persistante au-delà d'un délai de 4 à 6 semaines. (HAS, Mars 2019) Enfin 75% des patients déclarent consulter majoritairement un kinésithérapeute en plus de leur médecin, alors qu'ils ne le devraient pas selon les recommandations. (BVA, 2017)

4 – Le passage à la chronicité est un risque mal évalué

70% des médecins généralistes déclarent comme « *facile* » de prendre en charge un patient lombalgique. Or, seulement 31% d'entre eux déclarent qu'il est « *facile* » de prévenir la chronicité de la lombalgie commune et seulement 1 médecin sur 2 déclare connaître les signes évocateurs de passage à la chronicité. (BVA, 2017)

La prévention de la chronicité et l'identification des signes évocateurs du passage à la chronicité font partie intégrante de la bonne prise en charge de la lombalgie commune. Cependant, selon l'HAS se sont des points qui sont moins bien maîtrisés pour les médecins généralistes. (HAS, Mars 2019)

5 – Activité physique ou repos ? Une opinion ambivalente

87% des patients interrogés déclarent qu'il est conseillé de réaliser une activité physique adaptée et 84% qu'il est possible de continuer une activité professionnelle adaptée. Cependant, pour 68% d'entre eux le repos semble être le meilleur des remèdes contre la lombalgie. (BVA, 2017)

Face à ces cinq enseignements, l'assurance maladie a dressé cinq réponses au regard des données d'opinion obtenues auprès de l'étude BVA commandée :

- La lombalgie affecte une grande majorité de la population.

→ ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE :

Optimiser le parcours de soins et ainsi améliorer la qualité de vie

- Le mal de dos associe deux idées reçues : gravité et repos.

→ ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE :

Lutter contre les fausses croyances et les peurs par un programme global

- Aujourd'hui, l'équation antalgiques + repos + kinésithérapie est courante face à la lombalgie aigue.

→ ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE :

Faciliter et accompagner les bonnes pratiques

- Le passage à la chronicité est un risque mal évalué.

→ ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE :

Accompagner les médecins à identifier les signes évocateurs du passage à la chronicité et les éléments clés de sa prévention.

- Activité physique ou repos ? une opinion ambivalente.

→ ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE :

Conforter les bonnes opinions et favoriser un changement de comportement.

b) Un Programme global

Un programme aussi ambitieux est une première pour l'assurance maladie, cette campagne s'inspire d'une campagne de sensibilisation australienne. (Assurance Maladie, Novembre 2017)

Il s'agit d'une campagne destinée à l'ensemble des acteurs concernés par la lombalgie :

1 – les professionnels de santé (Avril 2017)

- Médecin généraliste
- Masseur-kinésithérapeute
- Rhumatologue
- Médecin physio et réadaptation
- Médecin du travail

Notons ici l'absence de l'implication du pharmacien, mais nous y reviendrons dans le prochain chapitre.

Les objectifs

- Information simplifiée.
- Absence de drapeaux rouges dans la prise en charge.
- Trouver les leviers/facteurs psychosociaux.
- Rassurer le patient.
- Favoriser la reprise de l'activité quotidienne et physique après guérison.
- Favoriser une rééducation active du patient.

Un livret d'information pour les professionnels de santé est diffusé. Il rappelle les recommandations actuelles françaises et internationales, les éléments essentiels pour prévenir la chronicité, les messages clés et l'importance de rechercher les signaux d'alertes. (Assurance Maladie, Novembre 2017)

2 – Le grand public (Novembre 2017)

Les objectifs :

- Mettre fin aux idées reçues.
- Améliorer les connaissances sur la lombalgie.
- Développer de nouveaux comportements au travers d'outils pédagogiques.

Une campagne de sensibilisation est diffusée à travers la télévision, l'affichage et le digital avec un message simple : « *Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement* ».

Une brochure patient est diffusée, elle consiste à délivrer des conseils pratiques aux patients lombalgiques et à lutter contre les idées reçues. (Assurance Maladie, Novembre 2017)

3 – Les employeurs (Automne 2018)

Les objectifs :

- Cibler les secteurs sinistrogènes (transports et logistique, BTP, soins à la personne, service des eaux).
- Prévention en entreprises. (Assurance Maladie, Novembre 2017)

IV. Le pharmacien dans la lombalgie

Dans ce contexte l'assurance maladie, à travers cette campagne, semble impliquer « *l'ensemble des acteurs de santé* » pour améliorer le système de soin autour de la lombalgie. Or le pharmacien ne semble pas être impliqué par ce plan de sensibilisation. Dans ce chapitre nous allons démontrer l'intérêt d'intégrer le pharmacien dans cette démarche.

a) Le rôle du pharmacien

L'article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique définit les missions des pharmaciens d'officine. Il mentionne que la profession "*contribue aux soins de premier recours*" et "*peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients*". Le décret n°2018-841 du 3 octobre 2018 précise les conseils et les prestations pouvant être proposés par les pharmaciens officinaux dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, dont :

- La promotion de la santé et l'action de prévention.
- Le dépistage des maladies.
- L'action de suivi et accompagnement du patient.

L'éducation thérapeutique du patient au bénéfice de la santé est une obligation déontologique pour tout pharmacien. L'article R. 4235-2 du Code de la santé publique précise en effet que le pharmacien "*doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale*".

Dans le cadre de l'ETP (Education thérapeutique du patient) la mise en place d'équipe pluridisciplinaire est indispensable. Les pharmaciens d'officine possèdent de nombreux avantages pour intervenir dans la promotion de la santé et l'ETP :

- Par sa couverture géographique (22000 pharmacies en France).
- Par la disponibilité des locaux, accessibles sans rendez-vous, ouverts du matin jusqu'au soir 6 jours sur 7.
- Par le contact facilité avec un professionnel de santé : 4 millions de patient franchissent les portes de pharmacie chaque jour.

- La connaissance du patient par le pharmacien (connaissance sociale, professionnelle, économique, familiale, historique de délivrance...).
- La relation de confiance (91% des Français ont confiance en leurs pharmaciens. (Harris Interactive, Mars 2019)
- La crédibilité auprès du grand public.
- Une formation scientifique et professionnelle reconnue.

(Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, 2020)

Les rôles du pharmacien :

- Sensibiliser le grand public : le pharmacien relaie les campagnes de sensibilisation, de dépistage et informe la population sur les sujets d'enjeux de santé publique. Il délivre une information scientifique claire et accessible. L'arrêté du 24 avril 2001 modifiant l'arrêté du 19 mars 1990 (art. L5125-24 du CSP et arrêté du 15/02/2002 modifié) va en ce sens, en autorisant le pharmacien au conseil, à la délivrance ou à la vente de supports d'informations.
- Expliquer en adaptant son discours, la maladie et les traitements associés au patient : le pharmacien doit s'assurer que les mécanismes de la maladie, l'action des différents médicaments, les risques de non observance, les éventuelles effets indésirables soient bien compris par le patient. Le pharmacien peut s'aider d'outils pour faciliter la compréhension. Le pharmacien doit faire en sorte que les connaissances du patient au sujet de sa pathologie soient en adéquation avec celles qu'il transmet afin de renforcer ou de modifier celles-ci par le biais d'interrogatoire.
- Promouvoir le bon usage du médicament : expliquer à quel moment le médicament doit être pris. Apprendre au patient les modes d'administrations particulières. Renforcer l'observance des patients en insistant sur l'importance de ne pas sauter de prise même en l'absence de signes cliniques. Sensibiliser le patient au risque de l'automédication et rendre ce dernier acteur majeur de sa santé.

- L'auto-surveillance du patient : la délivrance d'appareil d'auto-mesure devra s'accompagner d'informations et de démonstrations pédagogiques. Il s'agit de rendre le patient capable de reconnaître les signes d'alertes/drapeaux rouges justifiant une orientation vers un professionnel de santé rapidement.
- L'accompagnement du patient : inquiétudes, doutes, difficultés en lien avec la pathologie et le traitement. Le pharmacien doit être à l'écoute et faire preuve d'empathie. Il doit aussi mettre en valeur l'effort du patient. Orienter le patient.

(Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, 2020)

b) Etude expérimentale

Devant l'enjeu majeur que représente la lombalgie tant au point de vue économique que humain et social, la prise en charge de la lombalgie commune doit être renforcée.

En effet, nous nous sommes rendus compte qu'il existait une différence notable entre ce que les recommandations françaises et internationales recommandent et ce qui est pratiqué.

Des mesures ont alors été mise en place auprès de certains professionnels de santé, du grand public et des entreprises pour y remédier.

Hors, le pharmacien n'a pas été interrogé lors ce programme, pourtant de part ces obligations déontologiques, il est un acteur majeur dans la prise en charge de la lombalgie. En effet comme nous avons pu le voir, le pharmacien situé en bout de chaine, a un rôle de conseils, de suivi, d'accompagnement, mais également de dépistage.

Alors une hypothèse se dessine, si le pharmacien fait partie intégrante de la prise en charge du patient, peut-il comme le grand public ou les médecins généralistes interrogés lors de l'étude BVA, être vecteur lui aussi d'idées reçues ? Dans ce cadre là, ne faudrait-il pas alors intégrer le pharmacien à ce programme ?

Ainsi, l'objectif de notre étude a été d'évaluer les représentations de la lombalgie communes chez les professionnels de pharmacie d'officine.

c) Matériel et méthode

Nous avons développé un questionnaire destiné à évaluer l'état des connaissances des professionnels de pharmacie d'officine au sujet de la lombalgie commune, ainsi que le besoin de formation. Ce questionnaire était composé de 3 rubriques, associant questions fermées binaires, de questions qualitatives ordonnées et de questions quantitatives.

La première rubrique du questionnaire concernent le recueil des informations démographiques (Age, Sexe, Type d'exercice, département, fonction, année d'expérience).

Une deuxième rubrique interrogeait les professionnels de santé sur leurs représentations de la lombalgie sur leurs lieux d'activités :

- Etes vous confrontés à la lombalgie dans votre activité ?
- Si oui, avec combien de patients estimez-vous être en contact par mois a ce sujet ?
- Vous sentez-vous concerné par la prise en charge de la lombalgie commune ?
- Pour accélérer le processus de guérison, vous conseillez au patient de continuer des activités quotidiennes ? De continuer de travailler, de rester au repos ?

Dans la troisième rubrique, nous avons évalué l'impact de la lecture de la fiche pratique de la haute autorité de santé (cf. Annexe): nous avons évalué l'impact de la lecture de cette fiche en croissant la satisfaction/pertinence, les acquis théoriques et l'intention de transferts des acquis théoriques en situation professionnelle réelle selon la méthode de F.M Gérard (Gerard.F-M. ,2003).

Ce questionnaire a été diffusé à l'aide de l'outil Google Forms accompagné d'une notice d'explication et envoyé via divers réseaux (mail, SMS, réseau sociaux) durant la période de Septembre à Novembre 2020.

L'analyse des données pour les variables quantitatives a été réalisée à l'aide d'outils statistiques : un test de Student apparié et un test de Student pour échantillon unique.

d) Résultats

Nous avons obtenu 54 réponses. Les répondants avaient en moyenne 35 ans \pm 9ans , avec un ratio Femme/Homme de 7/3. Les répondants exerçaient à titre de pharmaciens adjoints (42,6%), 51,9% de préparateurs et 7,4% d'étudiants ; principalement en milieu urbain dans la région PACA (Provence Alpes Cote d'Azur).

87% des répondants se trouvent confrontés à la lombalgie commune, 53,8% estiment à environ 10 et 20 contacts par mois à ce sujet, 28,8% inférieur à 10 et 17,3% à plus de 20. Enfin 79,7% des répondants se sentent « *plutôt* » voir « *complètement* » concernés par la prise en charge de la lombalgie commune.

83,3% des répondants conseillent « *plutôt* » voir « *complètement* » de continuer des activités quotidiennes pour accélérer le processus de guérison. 83,4% conseillent « *plutôt* » voir « *complètement* » de continuer de travailler pour accélérer le processus de guérison. 51,9% conseillent « *plutôt pas* » voir « *pas du tout* » de rester au repos pour accélérer le processus de guérison. Enfin, 66,7% des répondants estiment que la persistance de la douleur est un signe d'aggravation de la pathologie.

Après lecture de la fiche HAS, 81,5% des répondants affirment n'avoir pas eu connaissance de cette fiche auparavant. Pour 55,6% d'entre eux la lecture de cette fiche leurs a « *plutôt* » voir « *complètement* » apportée des informations nouvelles et 74,1% leurs a « *plutôt* » voir « *complètement* » apportée des informations utiles.

Enfin, quand nous avons interrogé les répondants sur le degré d'application des recommandations de la fiche HAS dans leurs pratiques, avant lecture les répondants ont répondu avec une moyenne de $3,4 \pm 1,1$ et après lecture ils ont répondu avec une moyenne de $4,3 \pm 1,0$. Avec l'aide d'un test t de student pour deux échantillons appariés nous notons une augmentation du score avant/après lecture de la fiche HAS avec une différence significative entre les moyennes selon une probabilité de 99%.(p-value : $8,16.10^{-5}$)

e) Discussion

1) Représentations et implication des acteurs officinaux :

Premièrement, au sujet de la poursuite des activités professionnelles et de la vie quotidienne, les répondants semblent plutôt en accord malgré certaines réserves, ce qui est conforme aux recommandations de santé. Deuxièmement, sur le fait de conseiller au patient du repos, beaucoup de répondants le préconisent. Il s'agit ici d'une représentation erronée puisque dans les recommandations il n'est pas conseillé pour le patient de se mettre au repos mais au contraire de reprendre au plus vite ses différentes activités. Enfin, sur le fait que la persistance de la douleur est un signe d'aggravation, ils répondent majoritairement favorables, cette représentation est également erronée. En effet, l'intensité des douleurs rachidiennes n'a pas de lien avec la gravité de l'atteinte. Durant le stade aigu, en l'absence de signes d'alertes (plus de 90 % des cas), quels que soient l'intensité douloureuse ou le niveau de gêne, la lombalgie commune impose un message rassurant au lombalgique. Il s'agit d'une lésion minime, sans relation avec l'intensité de la douleur ou du handicap, il peut et doit bouger, même prudemment au début. (INRS, 2020)

Nous constatons donc que les acteurs officinaux possèdent des représentations en incohérence avec les recommandations en santé au sujet de la lombalgie, comme les médecins interrogés au cours de l'étude BVA (BVA, 2017).

Ensuite, après lecture et analyse des résultats de l'étude, nous constatons que la majorité des répondants se sentent impliqués dans la prise en charge du patient atteint de lombalgie commune. Aussi, pour eux la prise en charge de la pathologie est quasi quotidienne à l'officine puisqu'ils situent majoritairement la fréquence de contact avec un patient lombalgique entre 10 et 20 patients par mois. Pourtant malgré ces résultats, il semble que l'assurance maladie n'inclue pas la pharmacie d'officine dans la prise en charge globale du patient souffrant de lombalgie. Les textes de loi régissant leur activité professionnelle (cf. Chapitre précédent) confirment cette implication puisque comme nous avons pu le voir précédemment, le pharmacien est un acteur majeur dans la sensibilisation du grand public. Il possède un rôle de conseil, de dépistage, de signe d'alerte, d'accompagnement dans les inquiétudes les doutes en lien avec la pathologie et ses traitements, c'est un professionnel accessible avec une grande répartition en France et un accès sans rendez vous.

Ainsi, l'absence de cohésion dans les représentations de la pathologie et l'implication quasi-quotidienne des acteurs officinaux semblent mettre en évidence un besoin de formation concernant la pathologie et un besoin d'inclusion des professionnels de l'officine au sein des acteurs de santé impliqués dans la prise en charge de la lombalgie commune.

2) Intérêt de la fiche HAS :

Tout d'abord, la fiche utilisée lors de ce questionnaire existe depuis Avril 2017, les répondants affirment en grande majorité ne pas en avoir eu connaissance. Ce constat, semble mettre en avant un manque de diffusion auprès des professionnels de l'officine, cela est probablement la conséquence de la non-inclusion des pharmaciens dans la campagne de sensibilisation mise en place.

Ensuite, cette fiche a été évaluée utile par les répondants, ce qui valide en partie la pertinence des informations de celle-ci pour les acteurs officinaux.

Aussi, nos résultats montrent que cette fiche apporte également des informations nouvelles aux officinaux, ce qui valide en partie son apport de connaissances.

Enfin, nous notons une augmentation du score des réponses chez la majorité des répondants sur le degré d'applications des recommandations de la fiche dans leurs pratiques avant et après lecture. Ce qui montre que les participants sentaient qu'ils avaient acquis de nouvelles connaissances. Ce qui est une approche métacognitive de l'apprentissage. La métacognition est une prise de conscience des procédures, des méthodes et des processus intellectuels mis en œuvre pour apprendre et contribuer à l'acquisition de connaissances. (Mytkowicz.P, 2014)

De plus, ces résultats suggèrent que les participants ne sont pas réticents aux changements et qu'ils sont capables d'améliorer leurs comportements. L'auto-efficacité perçue est définie comme le jugement des personnes sur leurs capacités à organiser et à exécuter les actions nécessaires pour atteindre les types de performances désignées (Bandura.A, 1986). Par l'augmentation du score d'estimation d'application des recommandations avant et après lecture de la fiche HAS, les participants sont majoritairement capables d'appliquer ces recommandations dans leurs futures pratiques. Nos résultats mettent en évidence un haut niveau d'auto-efficacité, Bandura a proposé que l'auto-efficacité perçue était liée à la performance et une méta-analyse

soutient que l'auto-efficacité perçue est liée à la fois à la performance et au choix de comportement (Robertson.I, 1993). Plus récemment, l'auto-efficacité a été identifiée comme un paramètre de motivation impliqué à la fois dans l'adaptation et l'adhésion à long terme à ces comportements. (Zimmerman.B, 2002) (Davoust.S, 2015)

Ainsi nous suggérons que nos résultats sur l'auto-efficacité sont prometteurs en ce qui concerne la capacité des acteurs officinaux à mettre en œuvre les compétences dans leurs contextes.

Ainsi, en croisant la pertinence des informations évaluée par les répondants, l'acquisition de nouvelles connaissances et le fort niveau d'auto efficacité, nos résultats suggèrent un impact positif de cette fiche sur les perspectives des pharmaciens.

3) Limite de l'étude :

Compte tenu de l'effectif réduit de répondants, il est nécessaire de valider ces résultats sur une plus grande population. Nous pouvons supposer que cela contribuerait à initier une prise de conscience sur divers besoins comme ceux d'inclusion du professionnel de l'officine dans le circuit de prise en charge du patient lombalgique, de formation et de communication avec l'aide d'outils à l'officine.

CONCLUSION

La lombalgie commune est une pathologie très courante dans notre société moderne, pour une mince partie des patients atteints, elle se transforme en lombalgie chronique et constitue à elle seule une grande partie des dépenses de santé.

Au delà de l'aspect économique, la lombalgie est vectrice d'enjeux humains, sanitaires et sociaux.

Devant cet enjeu de santé publique, la prise en charge de la pathologie se doit d'être la plus efficace possible pour éviter le passage à la chronicité. Néanmoins, lorsque l'assurance maladie lance en Avril 2017 la campagne : « *Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement* », elle met à jour un système défaillant dans la prise en charge de la lombalgie.

De plus, l'assurance maladie, à travers cette campagne, semble impliquer « *l'ensemble des acteurs de santé* » pour améliorer le système de soin autour de la lombalgie. Or le pharmacien ne semble pas être impliqué par ce plan de sensibilisation.

Les résultats de notre enquête illustrent que les professionnels de la pharmacie d'officine participent à la prise en charge des patients lombalgiques (10 à 20 contacts par mois pour la moitié d'entre eux), et que certaines représentations ne sont pas en accord avec les recommandations HAS. Par ailleurs, les professionnels de l'officine estiment la fiche pertinente et utile dans leur perspective professionnelle, nos résultats suggèrent que sa prise de connaissance par les professionnels exerçant en pharmacie d'officine a un impact sur le niveau de connaissance et potentiellement sur leur pratique professionnelle. Ainsi, si ces résultats se confirment sur une population plus importante et représentative des professionnels de l'officine, il est indispensable que la campagne de sensibilisation intègre ces professionnels.

Messages clés pour vos patients

- ▶ **Le mal de dos** est fréquent mais il **est rarement lié à une maladie grave**. Le pronostic est bon.
- ▶ Même si le mal de dos est très pénible, en général, **cela ne veut pas dire que la colonne vertébrale est abîmée**. La persistance de la douleur ne signifie pas non plus aggravation.
- ▶ **Le repos au lit** pendant plus d'une journée ou deux **n'est pas une solution thérapeutique**.
- ▶ **Rester actif** permet d'aller mieux plus rapidement et évite d'autres problèmes de dos.
- ▶ **Plus vite les activités sont reprises**, et plus vite surviendra l'amélioration.
- ▶ **Des exercices réguliers et une bonne condition physique** contribuent à prévenir le mal de dos.

MAL DE DOS ?
LE BON TRAITEMENT,
C'EST LE
MOUVEMENT.



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).

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 inexplicée.
- 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.

Bibliographie

Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H, Zanoli G; COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J.* 2006 ;2(2):192-300.

Assurance Maladie. Le patient atteint de lombalgie commune, 2017 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/livret-lombalgie_assurance-maladie.pdf

Assurance Maladie. Je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il et que faire ?, 2017 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/lombalgie-definition-action_assurance-maladie.pdf

Assurance Maladie. Programme de sensibilisation sur la lombalgie Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement. Dossier presse, 2017 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf

Bacchi S, Palumbo P, Sponta A, Coppolino MF. Clinical pharmacology of non-steroidal anti-inflammatory drugs: a review. *Antiinflamm Antiallergy Agents Med Chem.* 2012;11(1):52-64.

Bandura, A., & National Inst of Mental Health. Prentice-Hall series in social learning theory. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc. 1986

Berquin.A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Medical Suisse.* 2010;6(258):1511-1513.

Bidat.E, Boutry.L, Matheron.I. Quand les prescriptions ne sont pas suivies... Penser aux croyances et représentations de santé. L'exemple du patient asthmatique. Communication présentée aux Journées nationales de la Société française d'allergologie et d'immunologie clinique en avril 2000. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique.* 2001;41(5):470-476.

Bruyère O, Demoulin M, Brereton C. et al. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Arch Public Health.* 2012;70:12.

Bruyère O, Demoulin M, Beudart C, Hill JC, Maquet D, Genevay S, Mahieu G, Reginster JY, Crielaard JM, Demoulin C. Validity and reliability of the French version of the STarT Back screening tool for patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2014;39(2):123-128.

BVA. Enquête BVA réalisée par Internet entre le 23 juin et le 21 juillet 2017 auprès du grand public et des médecins généralistes. > Pour le grand public, échantillon national

représentatif de 2000 Français âgés de 18 ans et plus. La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas, appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, CSP de l'interviewé, région et catégorie d'agglomération. > Pour les médecins généralistes, échantillon national représentatif de 400 médecins généralistes. La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas, appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, région et secteurs conventionnels, 2017 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf

Chaory K, Fayad F, Rannou F, Lefèvre-Colau MM, Fermanian J, Revel M, Poiraud S. Validation of the French version of the fear avoidance belief questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004;29(8):908-913.

Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Rôle du pharmacien, 2020 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>

D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique (nouvelle édition), 4 ed. Paris: Maloine; 2011.

Davoust S, Ghaleb V, Guillon S, Amirat-Combralier V, Bartoli C, Hache G. The impact of medication-focused workshops in a diabetes educational program in jail: a pilot study. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(2):203-207.

Fisher.G-N. La psychologie sociale. Paris: Edition Points 1997

Foltz V, Laroche F, Dupeyron A. Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme Monographies*.2013;80(3):174-178.

Furlan AD, van Tulder M, Cherkin D, Tsukayama H, Lao L, Koes B, Berman B. Acupuncture and dry-needling for low back pain: an updated systematic review within the framework of the cochrane collaboration. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005;30(8):944-963.

Fritz JM, Magel JS, McFadden M, Asche C, Thackeray A, Meier W, Brennan G. Early Physical Therapy vs Usual Care in Patients With Recent-Onset Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015;314(14):1459-1467.

Gerard.F-M. L'évaluation de l'efficacité d'une formation. *Gestion 2000*. 2003 ;20(3):13-33

Harris Interactive. Etude Harris Interactive pour Santéclair : Observatoire des parcours de soins des Français Thème 3 : Les Français et les médecines douces. Enquête réalisée en ligne du 16 au 25 octobre 2019, par l'institut Harris Interactive pour Santéclair, auprès d'un échantillon de 1500 personnes représentatif des Français âgés de 18 ans et plus. Méthode des quotas et redressement appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et région de l'interviewé(e), 2019 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://harris-interactive.fr/opinion_polls/observatoire-des-parcours-de-soins-des-francais-theme-3-les-francais-et-les-medecines-douces/

Harris Interactive. Etude Harris Interactive pour Santéclair : Les Français et leurs attentes vis-à-vis des pharmaciens - Enquête réalisée en ligne du 22 au 25 mars 2019. Échantillon de 1022 personnes représentatif des Français âgés de 18 ans et plus. Méthode des quotas et redressement appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et région de l'interviewé(e). Enquête réalisée en ligne du 22 au 25 mars 2019. Échantillon de 1022 personnes représentatif des Français âgés de 18 ans et plus. Méthode des quotas et redressement appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et région de l'interviewé(e), 2019 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://harris-interactive.fr/opinion_polls/les-francais-et-leurs-attentes-vis-a-vis-des-pharmaciens/

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles. Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale, 2014 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf

HAS. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. Saint-Denis La plaine, 2015 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie

HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune, 2019 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

HAS. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Saint Denis la plaine, 2019 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs

Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med.* 2005;142(9):765-775.

Henrotin Y, Mathy C. Au stade aigu : traiter efficacement pour éviter le passage à la chronicité. *Le concours médical.* 2014;139(9):693-695.

Husky M, Ferdous Farin F, Compagnone P, Fermanian C, Kovess-Masfety V. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2018;16(1):195.

INRS. Statistique, 2018 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>

INRS. Travail et lombalgie : Du facteur de risque au facteur de soin, 2019[en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206087>

INRS. Santé et sécurité au travail: Lombalgie, 2020 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/ce-qu-il-faut-retenir.html>

Jaeger C, Cherin P. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine & Longévité.* 2011;3(3):137-149.

Kerry S, Hilton S, Dundas D, Rink E, Oakeshott P. Radiography for low back pain: a randomised controlled trial and observational study in primary care. *Br J Gen Pract.* 2002;52(479):469-474.

Kheder A, Jammeli I, Khalfallah T, Mahfoudh A . Lombalgies et présentisme : impact sur la productivité au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.* 2020;81(5) :475-476.

Linton S, Boersma K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin J Pain.* 2003;19(2):80-86.

Linton S, Halldén K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain.* 1998;14(3):209-215.

Marshall P, Schabrun S, Knox MF. Physical activity and the mediating effect of fear, depression, anxiety, and catastrophizing on pain related disability in people with chronic low back pain. *PLoS One.* 2017;12(7):e0180788.

Mytkowicz P, Goss D, Steinberg B . Assessing Metacognition as a Learning Outcome in a Postsecondary Strategic Learning Course. *Journal of Postsecondary Education and Disability.* 2014;27(1):51-62.

Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2002;27(5):109-120.

Poiraudeau S, Lefevre Colau M, Fayad F, Rannou F, Revel, M . Lombalgies. *EMC - Rhumatologie-Orthopédie.* 2004;1(4) :295-319

Rapport de la Direction des Risques Professionnels de la Cnamts. «Les lombalgies liées au travail : quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique?», *Santé travail : enjeux & actions*, 2017 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021],

disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/enjeux-actions_lombalgie-travail-2017_assurance-maladie.pdf

Regime General. Régime général strict, hors SLM, pour lombalgie commune sans acte de chirurgie, [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2018-11-06-dp-campagne-mal-de-dos>

Robertson I, Sadri G . Self-efficacy and Work-related Behaviour: A Review and Meta-analysis. Applied psychology. 1993;42(2);139-152.

Section Rachis. Questionnaires utiles à la prise en charge des patients lombalgiques selon la recommandation HAS sur la lombalgie commune, 2017 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : <http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/questionnaires/>

Schneider J, Patterson M, Jimenez XF. Beyond depression: Other uses for tricyclic antidepressants. Cleve Clin J Med. 2019;86(12):807-814.

Sniiram. Etude composée de personne de 18 à 60 ans affiliées au regime general hors SLM (soit environ 75% de la populaiton francaise).Femmes enceintes exclues, 2014 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf

Taylor.C . Pharmacologie et mécanisme d'action de la prégabaline. La Lettre du Pharmacologue. 2005;19(4):104-110

Trescot A, Datta S, Lee M, Hansen H . Opioid pharmacology. Pain Physician. 2008;11(2):133-153

Valata J-P, Rozenberg S . Local corticosteroid injections for low back pain and sciatica. Joint Bone Spine. 2008;75(4):403-407.

Valata J-P, Rozenberg S, Bellaïche L . Lombalgie : Critères cliniques et d'imagerie. Revue du Rhumatisme Monographies. 2010;77(2):158-166.

VIDAL. Paracetamol, 2013 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : <https://www.vidal.fr/substances/2649/paracetamol/>

VIDAL. Les médicaments antidépresseurs, 2020 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : <https:// Vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte.html?pb=medicaments>

VIDAL. traitement par AINS, 2020 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : https://www.vidal.fr/recommandations/4022/ains_traitement_par/objectifs_de_la_prise_en_charge/

VIDAL. Les médicaments des douleurs modérées à sévères, 2020 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : <https:// Vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/prise-charge-douleur.html?pb=douleur-moderee-severe>

VIDAL. Gabapentinoïdes, 2020 [en ligne]. [Consulté le 01/04/2021], disponible sur : <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/gabapentine-arrow-26556.html#36317>

Wellington J . Noninvasive and alternative management of chronic low back pain (efficacy and outcomes). Neuromodulation. 2014;17(2):24-30.

Zimmerman B . Becoming a Self-Regulated Learner: An Overview.Theory into practice. 2010;41(2):64-70.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.