



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTÉ DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

UNE ÉVALUATION CARACTÉRISTIQUE DES PRISES EN CHARGE DIAGNOSTIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES DES LOMBALGIES PAR LES MEDECINS URGENTISTES DU
CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

Présentée et soutenue publiquement le 15 Octobre 2021, à 16h, Au Pôle
Formation

Par Martin POINTURIER

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Directeur de thèse :

Madame la Docteur Laure BOUTOUTAOU

Assesseur :

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

SERMENT D'HIPPOCRATE

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je promets et je jure de conformer strictement
ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.*

*Admis(e) dans l'intérieur des maisons
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs,
ni à favoriser le crime.*

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage
de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.*

*Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.*

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

*Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e)
de mes Confrères si j'y manque.*

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
MATÉRIELS ET MÉTHODES	13
1- OBJECTIFS :	13
2- POPULATION :	14
A- CRITÈRES D'INCLUSION :	14
B- CRITÈRES DE NON INCLUSION :	14
3- DÉROULEMENT :	14
4- PROTECTION DES DONNÉES :	15
5- DONNÉES RECUEILLIES :	15
6- ANALYSE STATISTIQUE :	15
7- DÉFINITION ET RECOMMANDATIONS HAS :	16
A- DÉFINITION	16
B- RECOMMANDATIONS HAS	17
RÉSULTATS	20
1) ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION DE L'ETUDE	21
2) PRESCRIPTION D'EXAMEN COMPLÉMENTAIRE	22
3) PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE	23
a) INITIALE:	23
b) RÉÉVALUATION :	25
c) SORTIE:	26
d) REVENUE A J7	27
4) APPLICATION DES RECOMMANDATIONS	28
DISCUSSION	29
1) PRINCIPAUX RESULTATS	29
A- NOTRE OBJECTIF PRINCIPAL CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE	29
B- NOTRE OBJECTIF PRINCIPAL CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	29
2) HYPOTHÈSE	30
A- PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE :	30
B- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :	30
3) FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE ÉTUDE, COHERENCE AVEC AUTRES AUTEURS	33
A- VALIDITE INTERNE	33
B- VALIDITE EXTERNE	34
4) CHANGEMENTS À VENIR	37
ANNEXES :	40
LISTE DES ABRÉVIATIONS :	51
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	52

INTRODUCTION

Les poussées aiguës de lombalgies et de lombalgies chroniques communes sont des motifs d'entrée fréquents dans les services d'urgences. Elles ont une incidence de 5% à 30%, et une prévalence à vie de 60 à 90% de la population. Son évolution vers la chronicité est présente dans 6 à 8% des cas (1). Les données OSCOURS ont reporté de 2014 à 2017, 481 291 passages aux urgences pour lombalgie commune. Elle représente un arrêt de travail sur cinq, 20% des accidents du travail, devenant la première cause d'exclusion du travail chez les moins de 45 ans (2), et 7% des maladies professionnelles. Caractérisée par nos contemporains comme le mal du siècle, (3) cette pathologie entraîne des situations d'handicaps avec des répercussions lourdes sur la vie professionnelle et sociale. Elle présente donc un enjeu sanitaire en étant un problème de santé au travail, de santé publique, et d'ordre financier (coût de plus de 900 millions d'euros par an selon l'assurance maladie). (4)

Suite aux recommandations de l'ANAES, l'HAS (4) a sorti de nouvelles guidelines, s'appuyant sur un recueil de méta-analyses internationales. Elles permettent de définir les différents modes de lombalgies et leur prise en charge. Néanmoins, malgré la non-évolution de la pathologie et des recommandations précises, l'Histoire tient à nous rappeler qu'il persiste une différence de prise en charge entre

les praticiens de différentes spécialités, restant ancrée et dépendante de l'expérience du praticien. L'usage de la radiographie et des examens complémentaires est excessif, (5) n'est pas associé à une amélioration du pronostic du patient et participe à l'augmentation de la charge de travail du médecin (6) (7). Selon des données de la caisse nationale de l'assurance maladie, deux millions de personnes ont eu une radiographie du rachis dorsal pour une lombalgie, alors que la prévalence de lésions sévères n'est que d'environ 1% (8). Côté thérapeutique, les patients se voient prescrire des arrêts maladie de 1 à 3 mois, alors que seulement 15% des patients ont consulté en rhumatologie. Il persiste une mauvaise indication de la kinésithérapie jusqu'à 37% pour les poussées de lombalgies aiguës (8). Les lombalgies sont aussi sources de mauvaise observance. Dans une enquête de santé de 2012 (9), conduite par l'IRDES, les lombalgies se retrouvent majoritaires à 19,2%. Cette problématique entraîne une difficulté pour le médecin d'instaurer une alliance thérapeutique avec son patient et d'instaurer un programme d'éducation thérapeutique, et de favoriser le risque de chronisation de la lombalgie (10).

Selon la littérature, il persiste donc une incohérence entre les recommandations et la pratique courante, potentiellement due à une absence de mise à jour médicale ou par excès de prudence injustifiée. Nous retrouvons aussi une mauvaise observance thérapeutique des lombalgies probablement appuyée par des antalgiques non adaptés, inefficaces et des patients non inclus dans leurs soins. De plus, aucune étude française récente ne relève de la prise en charge des sujets atteints de lombalgie aux services de médecine d'urgences.

C'est pour ces raisons que notre étude a pour objet d'évaluer la prise en charge des lombalgies, par les médecins urgentistes au sein du centre hospitalier de Valenciennes, en lien avec les recommandations de 2019. Nous poursuivrons par l'analyse des caractéristiques de leurs patients, leurs prise en charge diagnostique et thérapeutique des poussées de lombalgies qu'elles soient aiguës ou chroniques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Notre étude est épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique.

1- OBJECTIFS :

L'objectif principal est de réaliser une comparaison de la prise en charge des poussées aiguës de lombalgies et des lombalgies chroniques aux urgences du CHV corrélaté au respect des recommandations HAS de 2019 en matière de prescription d'examen complémentaire et thérapeutique.

L'objectif secondaire de cette étude est de réaliser un état des lieux de la prise en charge des patients se présentant pour une lombalgie, dans le service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Valenciennes, dépendant du GHT Hainaut-Cambrésie.

2- POPULATION :

A- CRITÈRES D'INCLUSION :

Nous avons inclus les patients âgés de plus de dix huit ans dont le diagnostic de sortie aux urgences était « lombalgie ». La période de recrutement s'est étalée du 1er janvier au 31 mai 2021.

B- CRITÈRES DE NON INCLUSION :

Nous avons exclu de l'étude,

- les patients de moins de 18 ans
- les patients présentant une douleur rachidienne autre que lombaire
- les patients présentant des troubles fonctionnels urinaires
- les diagnostics autres que rhumatologiques ou neurochirurgicales.

3- DÉROULEMENT :

Le recueil de données s'est déroulé de façon rétrospective du 01 au 18 Juin 2021 sur le logiciel POWERCHART du CHV, dans le respect de la confidentialité des données médicales analysées. La recherche a été effectuée et menée à partir de données recueillies dans le cadre du suivi thérapeutique ou médical individuel des patients, par les personnels assurant ce suivi et pour leur usage exclusif.

4- PROTECTION DES DONNÉES :

Le responsable DPO de Valenciennes a inscrit notre étude dans les registres de l'hôpital. De part ses caractéristiques, notre étude a été dispensée de déclaration. Notre étude est conforme à la méthodologie de la CNIL (délibération N°2018-155 du 3 mai 2018), MR-004. Nous avons mis un point d'honneur à rencontrer les différents attachés des services de recherche clinique, départements d'informations médicales, et de protections des données du centre hospitalier de Valenciennes afin d'obtenir les accords nécessaires pour la protection du patient et ses données le concernant.

Ces données étaient colligées dans un fichier Excel, dont l'accès était protégé par un mot de passe certifié.

5- DONNÉES RECUEILLIES :

Les variables obtenues dans notre étude ont été recensées (cf annexe 1.). Les données ont été recueillies par POWER CHART, la lettre et l'ordonnance de sortie.

6- ANALYSE STATISTIQUE :

Les données ont été recueillies dans un tableur, en interne. Une analyse statistique a été effectuée par le département d'information médicale du CH Valenciennes avec l'aide du Dr A. PARENT. Toutes les données ont été anonymisées avant envoi. Une analyse descriptive des données a été réalisée en utilisant les méthodes classiques de la statistique descriptive. Les moyennes, écarts-types,

médianes et valeurs extrêmes ont été calculées. Des variables subjectives ont été utilisées pour l'EVA. Nous avons considéré un seuil de significativité de 5% pour toutes les analyses. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R (version 4.0.5).

7- DÉFINITION ET RECOMMANDATIONS HAS :

Notre étude s'appuie sur les recommandations HAS (4) concernant la lombalgie commune de 2019, découlant d'une étude d'experts avec analyses multiples d'articles internationaux.

A- DÉFINITION

La lombalgie commune, représentant 90% des étiologies, résulte d'un conflit au niveau de la charnière thoraco-lombaire (11). Elle présente un rythme mécanique, avec une douleur entre la cage thoracique et le pli fessier intérieur, ajouté à une tension musculaire ou raideur (12). Elle est à différencier des lombalgies dites non-dégénératives (antérieurement symptomatique / secondaire), nécessitant de rechercher des critères de façon combinée et non isolée et de réaliser d'avantages d'examens complémentaires de type radiographie lombaire et bilan sanguin complémentaire (13) (14).

Il est nécessaire de définir la poussée aiguë de lombalgie (remplaçant le terme lombalgie aiguë). Elle se différencie de la lombalgie chronique qui perdure plus de 3 mois. Il est important de rechercher les facteurs de risques afin de démasquer

une possible chronisation (les drapeaux jaunes (cf annexe 2.)) et s'appuyer sur des questionnaires adéquats.

B- RECOMMANDATIONS HAS

I- CONCERNANT L'ÉTUDE DIAGNOSTIQUE ET L'IMAGERIE.

L'imagerie n'est réalisée qu'en présence de drapeaux rouges (cf annexe 3.) ou de lombalgie chronique nécessitant une IRM lombaire ou TDM lombaire si contre-indication. Il est important de mentionner au patient pourquoi l'imagerie n'est pas nécessaire.

II - CONCERNANT L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE.

Il est important de rappeler que 70% des patients guérissent spontanément en 4 à 6 semaines (15) (16), et le traitement principal reste l'activité physique (quotidienne, travail).

Les recommandations accordent une place importante à la prise en charge non médicamenteuse (l'autogestion, une reprise rapide de l'activité quotidienne, des activités physiques et sportives adaptées sont des rouages nécessaires à l'évolution favorable de la pathologie). La kinésithérapie adaptée pour les lombalgies chroniques ou à risque de chronisation est recommandée. Les recommandations indiquent un repos minimaliste avec reprise progressive d'activités encadrées par kinésithérapeute (renforcement, éducation règle d'hygiène vertébrale) (17).

Pour ce qui est des thérapies médicamenteuses, le PARACETAMOL et AINS présentent des aspects positifs pour la gestion des accès douloureux, sans amélioration de la durabilité des symptômes.

Les AINS sont habituellement les médicaments les plus fréquemment prescrits pour le traitement des lombosciatiques. Les études montrent toutes une supériorité concernant son utilisation versus placebo. Elles permettent de soulager à court terme les lombalgies, mais sa plage thérapeutique doit être étroite (étude Van Tulder, (18). Seule une étude danoise, avec niveau de preuve faible, mentionne une utilisation prudente des AINS devant l'absence d'effet à court terme. (19).

Le PARACETAMOL est recommandé pour les lombalgies aiguës par le TOWARD (5) et l'ICSI (20) à visée symptomatique antalgique. Néanmoins, la méta-analyse du Dr Saragiotto et al. (21) avec un haut niveau de preuve, va à l'encontre de son utilisation, compte tenu d'une non supériorité par rapport au placebo, remettant en question son utilisation au long cours.

Les OPIOÏDES sont à utiliser seulement si échec ou contre indication des AINS. En gardant à l'esprit qu'il y a un risque important de mésusage (22).

Les lombalgies chroniques, avec radiculalgie chronique à composante neuropathique, peuvent se voir prescrire des Antidépresseurs (TRICYCLIQUE, IRSNa) et GABAPENTINOÏDE.

Les MYORELAXANTS sont faiblement recommandés pour une utilisation à court terme dans les recommandations américaines (21) ainsi que dans la méta-analyse de Abdel Shaheed et al(23). Néanmoins, ils sont non recommandés par le centre fédérale d'expertise de Belgique (19). A propos des MYORELAXANTS Les études de Van Tulder (18), montraient une supériorité des décontractants musculaires concernant le contrôle algique.

La MORPHINE n'est que peu utilisée, celle ci est réservée aux situations d'échec ainsi qu'aux mesures physiques non médicamenteuses. La posologie recommandée est de 10 à 30mg, deux fois par jour, de morphine orale à libération prolongée. Il est nécessaire d'évaluer la tolérance à une semaine et tous les 15 jours. Si absence d'amélioration, il est nécessaire d'augmenter la posologie de 50% (24).

Il est important de prévoir une réévaluation à 2-4 semaines après poussée aiguë de lombalgie, ainsi qu'une réévaluation à 6 semaines pour les lombalgies chroniques.

RÉSULTATS

Au total, 278 patients ont été éligibles pour notre étude. 20 séjours ont été exclus et sont détaillés dans le diagramme de flux.

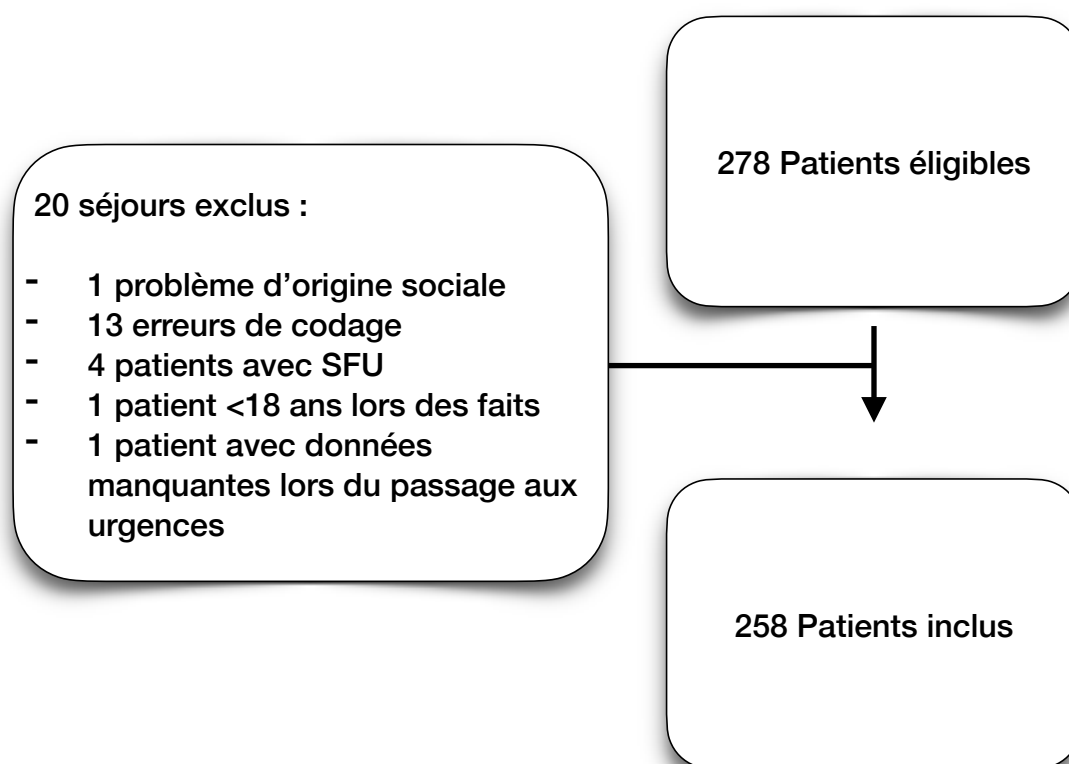


DIAGRAMME DE FLUX : Patients inclus / Exclus et analysés

1) ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION DE L'ETUDE

Tableau 1 : Population de l'étude

Variable	Type	Unité / Modalité	N = 258
Sexe	Femme Homme	N(%)	143 (55,43%) 115 (44,57%)
Agé (années)		Moyenne Médiane (Quartiles) Minimum / Maximum	45,3 43,5 (Q1 34, Q3 54,8 18 / 89
Consultation MG	Oui Non	N(%)	49 (18,99 %) 209 (81,01%)
ATCD Rhumatologique	Oui Non	N(%)	70 (27,13 %) 188 (72,87%)
ATCD Neurochirurgical	Oui Non	N(%)	14 (5,43 %) 244 (94,57%)
Pathologie	Aiguë Chronique	N(%)	249 (96,51 %) 9 (3,49%)
Red flag pathologie aiguë	Rien Suspicion Fracture Suspicion Néoplasie Suspicion Infection Signes neurologiques <20, >55 ans	N(%)	169 (67,84%) 20 (8,03%) 4 (1,61%) 1 (0,40%) 17 (6,83%) 38 (15,26%)
Red flag pathologie chronique	Rien Suspicion Fracture Suspicion Néoplasie Suspicion Infection Signes neurologiques <20, >55 ans	N(%)	5 (55,56%) 0 (0%) 0 (0%) 0 (0%) 2 (22,22%) 2 (22,22%)
EVA		Moyenne Médiane (Quartiles) Minimum / Maximum Données manquantes	6,8 7 (Q1 6, Q3 8) 1 / 10 193
Evaluation risque psycho-sociaux / questionnaires (STarT Back, FABQ, Orebro, HAD)	Oui	N(%)	0 (0%)

2) PRESCRIPTION D'EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

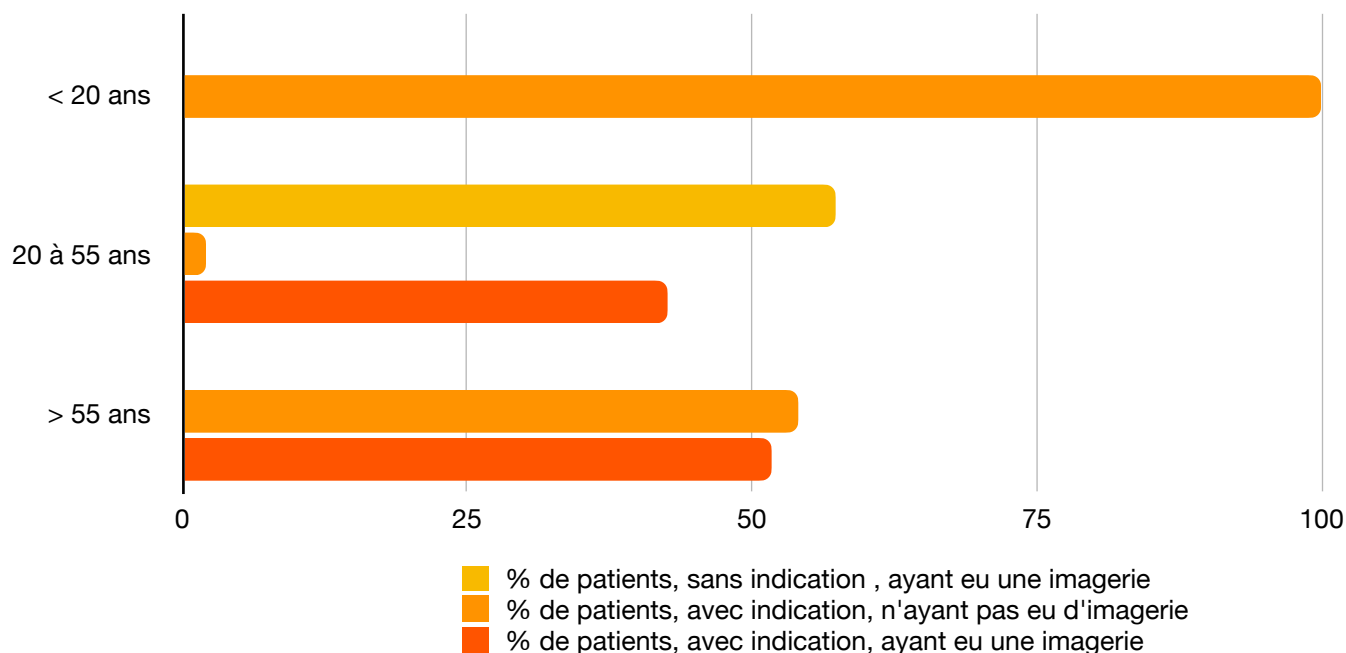
Tableau 2 : Prise en charge diagnostique poussée aigue de lombalgie

Variable	Type	Unité / Modalité	N=249
Imagerie Lombalgie aiguë	Non Radiographie Lombaire IRM/Scanner Lombaire	N(%)	165 (66,27%) 64 (25,70%) 20 (8,03%)
Resultat Imagerie Aiguë	Normal Hernie CLE Fracture Arthrose	N(%)	60 (71,43%) 6 (7,14%) 3 (3,57%) 4 (4,76%) 11 (13,10%)
Examen complémentaire Lombalgie aiguë	Non Bilan sanguin Bandelette urinaire BS + BU	N(%)	182 (74,09%) 22 (8,84%) 10 (4,02%) 35 (14,06%)
Avis spécialiste Lombalgie aiguë	Rien Rhumatologue Neurochirurgien	N(%)	228 (91,94%) 13 (5,24%) 7 (2,82%)

Tableau 3 : Prise en charge diagnostique Lombalgie Chronique

Variable	Type	Unité / Modalité	N=9
Imagerie Lombalgie Chronique	Non Radiographie Lombaire IRM/Scanner Lombaire	N(%)	4 (44,44%) 2 (22,22%) 3 (33,33%)
Résultats Imagerie Lombalgie Chronique	Normal Hernie CLE Fracture Arthrose	N(%)	2 (40%) 1 (20%) 0 (0%) 0 (0%) 2 (40%)
Examen complémentaire Lombalgie Chronique	Non Bilan sanguin Bandelette urinaire BS + BU	N(%)	5 (55,56%) 1 (11,11%) 0 (0%) 3 (33,33%)
Avis spécialiste Lombalgie Chronique	Rien Rhumatologue Neurochirurgien	N(%)	7 (77,78%) 1 (11,11%) 1 (11,11%)

Figure 1 : Etude des indications à l'imagerie pour les poussées aiguës de lombalgies, retranscrite par âge.



Au total, dans les poussées aiguës de lombalgies, 64 patients ont eu une radiographie. Sur ces 64 patients, 47 patients avaient entre 20 et 55 ans (73,4%). Sur ces 47 patients, 20 présentent des indications à réaliser une radiographie (majoritairement sur un critère traumatique avec suspicion de fracture). On observe notamment 3 patients de moins de 20 ans ne bénéficiant pas d'imagerie radiographique comme l'entend la recommandation.

3) PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

a) INITIALE:

Sur les 258 patients de notre étude, 141 ont bénéficié d'une thérapeutique médicamenteuse lors de leur passage aux urgences soit 54,65% (134 pour les lombalgies aiguës et 7 pour les lombalgies chroniques). Sur ces 141 patients, 125

(88,65%) ont bénéficié d'un PARACETAMOL, 56 (39,72%) d'un OPIOÏDE, 6 (4,26%) d'un MORPHINIQUE, 68 (48,23%) d'un AINS, et 19 (13,48%) d'un myorelaxant.

Tableau 5 : Prise en charge thérapeutique initiale, Lombalgie aiguë

Variable	Type	Unité / Modalité	N = 249
Utilisation thérapeutique	Oui	N(%)	134 (53,82%)
	Non		115 (46,18%)
PARACETAMOL	Oui	N(%)	120 (48,19%)
	Non		129 (51,81%)
OPIOÏDE	Oui	N(%)	52 (20,88%)
	Non		197 (79,12%)
MORPHINIQUE	Oui	N(%)	6 (2,41%)
	Non		243 (97,53%)
AINS	Oui	N(%)	67 (26,91%)
	Non		182 (73,09%)
Myorelaxant	Oui	N(%)	18 (7,23%)
	Non		231 (92,77%)

Tableau 6 : Prise en charge thérapeutique initiale, Lombalgie Chronique

Variable	Type	Unité / Modalité	N = 9
Utilisation thérapeutique	Oui	N(%)	7 (77,78%)
	Non		2 (22,22%)
PARACETAMOL	Oui	N(%)	5 (55,56%)
	Non		4 (44,44%)
OPIOÏDE	Oui	N(%)	4 (44,44%)
	Non		5 (55,56%)
MORPHINIQUE	Oui	N(%)	0 (0%)
	Non		9 (100%)
AINS	Oui	N(%)	1 (11,11%)
	Non		8 (88,89%)
Myorelaxant	Oui	N(%)	1 (11,11%)
	Non		8 (88,89%)

Tableau 4 : PEC initiale thérapeutique (lombalgie aiguë et chronique) chez les patients ayant reçu un traitement

Variable	Type	Unité / Modalité	N = 141
Association thérapeutique	PARACETAMOL + AINS	N(%)	28 (19,86%)
	PARACETAMOL + AINS + Myorelaxant		2 (1,42%)
	PARACETAMOL + Myorelaxant		4 (2,84%)
	PARACETAMOL + OPIOIDE		19 (13,48%)
	PARACETAMOL + OPIOIDE + AINS		20 (14,18%)
	PARACETAMOL + OPIOIDE + AINS + Myorelaxant		7 (4,96%)
	PARACETAMOL + OPIOIDE + MORPHINIQUE		1 (0,71%)
	PARACETAMOL + OPIOIDE + MORPHINIQUE + AINS + Myorelaxant		1 (0,71%)
	PARACETAMOL + MORPHINIQUE		3 (2,13%)
	PARACETAMOL + MORPHINIQUE+ AINS		1 (0,71%)
	OPIOIDE		4 (2,84%)
	OPIOIDE + AINS		1 (0,71%)
	OPIOIDE + AINS + Myorelaxant		1 (0,71%)
	OPIOIDE+ Myorelaxant		2 (1,42%)
	AINS		6 (4,26%)
	AINS + Myorelaxant		1 (0,71%)
	Myorelaxant		1 (0,71%)
Nombre thérapeutique	1	N(%)	50 (35,46%)
	2		58 (41,13%)
	3		25 (17,73%)
	4		7 (4,96%)
	5		1 (0,71%)

b) RÉÉVALUATION :

Sur les 141 patients ayant reçu une thérapeutique, 129 (91,49%) ont été réévalués, avec un amendement des douleurs pour 119 patients (92,97%). Concernant les lombalgies aiguës, 49,40% ont bénéficié d'une réévaluation, versus 66,67% des lombalgies chroniques. Les patients qui n'ont pas reçu de thérapeutique n'ont pas été réévalués. Parmi les 129 patients réévalués, on retrouve 119 dont la douleur a été soulagée et 10 dont la douleur n'a pas été soulagée.

c) SORTIE:

Les données suivantes ne concernent que les traitements de sortie pour patients RAD.

Tableau 7 : Devenir, selon le type de lombalgie

Variable	Aiguë (N=249)	Chronique (N=9)
RAD	231 (92,77%)	8 (88,89%)
UHCD	3 (1,20%)	0 (0%)
Rhumatologie	14 (5,62%)	1 (11,11%)
Neurochirurgie	1 (0,40%)	0 (0%)

Tableau 8 : Prise en charge de sortie, Lombalgie aiguë

Variable	Type	Unité / Modalité	N = 231
Thérapeutique	Oui Non	N(%)	214 (92,64%) 17 (7,36%)
PARACETAMOL	Oui Non	N(%)	199 (86,15%) 32 (13,85%)
OPIOIDE	Oui Non	N(%)	123 (53,25%) 108 (46,75%)
MORPHINIQUE	Oui Non	N(%)	1 (0,43%) 230 (99,57%)
AINS	Oui Non	N(%)	122 (52,81%) 109 (47,19%)
Myorelaxant	Oui Non	N(%)	76 (32,90%) 155 (67,1%)
IPP	Oui Non	N(%)	20 (8,66%) 211 (91,34%)
Kinésithérapie	Oui Non	N(%)	3 (1,30%) 228 (98,7)
Conseils	Oui Non	N(%)	4 (1,73%) 227 (98,27%)

Tableau 9 : Prise en charge de sortie, Lombalgie chronique

Variable	Type	Unité / Modalité	N = 8
Thérapeutique	Oui Non	N(%)	7 (87,50%) 1 (12,50%)
PARACETAMOL	Oui Non	N(%)	6 (75%) 2 (25%)
OPIOIDE	Oui Non	N(%)	7 (87,50%) 1 (12,50%)
MORPHINIQUE	Oui Non	N(%)	0 (0%) 8 (100%)
Neuroleptique	Oui Non	N(%)	0 (0%) 8 (100%)
AINS	Oui Non	N(%)	3 (37,50%) 5 (62,50%)
Myorelaxant	Oui Non	N(%)	4 (50%) 4 (50%)
IPP	Oui Non	N(%)	0 (0%) 8 (100%)
Kinésithérapie	Oui Non	N(%)	0 (0%) 8 (100%)
Conseils, orientation vers TCC	Oui Non	N(%)	0 (0%) 8 (100%)

d) REVENUE A J7

Sur les 249 patients, 10 (4,33%) sont revenues pour hyperalgie et persistance ou aggravation des symptômes. Sur les 9 se présentant pour lombalgie chronique, 1 (12,50%), est revenu à J7.

4) APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

Tableau 11 : Imagerie réalisée pour les poussées aiguës, indiquée ou non

Lombalgie aiguë	Pas d'imagerie (N=165)	Radiographie (N=64)	IRM/Scanner (N=20)
Indication à une imagerie	27 (16,36%)	37 (57,81%)	16 (80%)
Absence d'indication	138 (83,63%)	27 (42,18%)	4 (20%)

Tableau 12 : Imagerie réalisée pour les lombalgies chroniques

Lombalgie chronique	Pas d'imagerie ou Radiographie (N=6)	IRM/Scanner (N=3)
Prescription d'imagerie	6 (66,66%)	3 (33%)

Figure 2: Situation thérapeutique non médicamenteuse de sortie selon le type de lombalgie

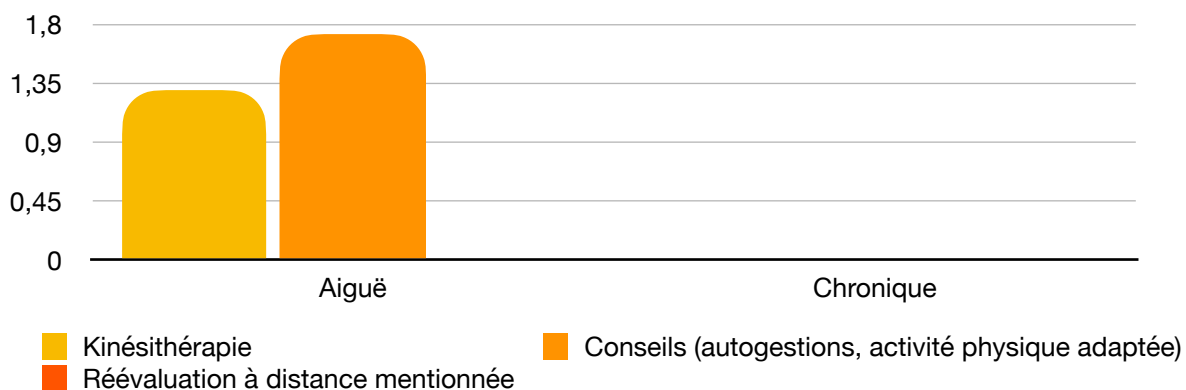
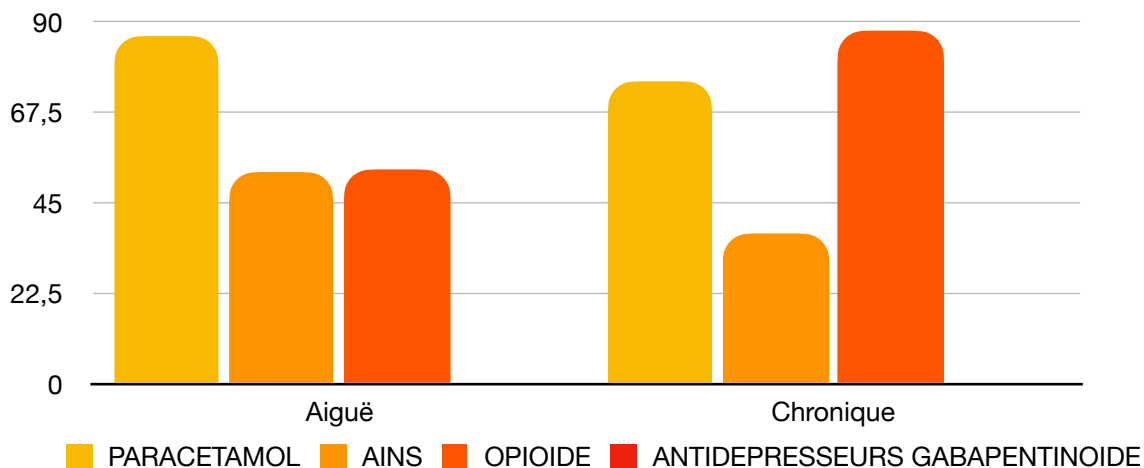


Figure 3 : Situation thérapeutique médicamenteuse de sortie, selon le type de lombalgie



DISCUSSION

1) PRINCIPAUX RESULTATS

A- NOTRE OBJECTIF PRINCIPAL CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE

Notre étude est en faveur d'une inadéquation entre la prescription d'examen complémentaire et les recommandations l'HAS 2019 pour les poussées aiguës de lombalgies avec un nombre conséquent de patients bénéficiant d'imagerie sans indication. Il persiste un nombre important de patients ne bénéficiant pas d'imagerie. Cette dette concerne surtout les poussées aiguës de lombalgie chez les patients de plus de 55 ans et moins de 20 ans. Ainsi que les lombalgies chroniques ne bénéficiant d'IRM/TDM que dans 33% des cas.

B- NOTRE OBJECTIF PRINCIPAL CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Les résultats sont mitigés. Concernant les prises en charge de sortie, nous retrouvons une majorité de PARACÉTAMOL, mais une prescription faible d'AINS. De plus, les volets non médicamenteux sont nettement moins respectés et appliqués.

2) HYPOTHÈSE

A- PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE :

Nos résultats prouvent qu'il y a une inadéquation entre la théorie et la pratique. Il est probable qu'elle soit due aux expériences du médecin et à sa volonté de complaisance. Mais aussi liée à la psyché du patient, présentant une meilleure satisfaction des soins lorsqu'il a reçu une radiographie. C'est le principe « d'imaging idolatry » probablement applicable aux services d'urgences (5) (25) (26). L'accent pourrait se placer sur une meilleure coopération patient, praticien, avec insistance et réassurance sur l'absence d'intérêt d'une imagerie si elle n'a pas lieu d'être (27).

B- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

a- NON MEDICAMENTEUSE

Néanmoins, l'information péjorative retrouvée dans notre étude concerne le traitement non médicamenteux. Nous observons une faible prescription de kinésithérapie (voire inexistante pour les lombalgies chroniques pourtant cible principale de la thérapeutique). Les conseils sont donnés dans moins de 2% des cas (non retrouvés dans l'observation médicale) alors que l'activité physique, et les exercices diminuent de 33% les risques de récurrences de lombalgies (28). Aux urgences, noyé dans le flux, il est plus difficile de se centrer sur le vécu du patient, et le retentissement de sa douleur. Il existe des auto-questionnaires permettant

d'évaluer le risque d'un passage à la chronicité, potentiellement faisable par le patient en salle d'attente. D'analyse rapide, elle permettrait d'envisager une prise en charge pluridisciplinaire dans les temps et éviter la chronicité des lombalgies (FABQ, OREBRO, STarT) (cf annexe.2-3-4-5). Une revue systématique de la littérature est en faveur du STarT Back et Orebro. (29). Pour une pathologie ayant un aspect médico-social non négligeable, il serait nécessaire de le pratiquer plus souvent, puisqu'il existe une offre de prise en charge non médicamenteuses multiple et variée (ceintures, semelles orthopédiques, TENS, acupuncture...).

b- MEDICAMENTEUSE

Dans notre étude, nous retrouvons une utilisation essentielle du PARACÉTAMOL, inscrit dans une volonté et une utilisation connue et habituelle de ce médicament aux urgences. L'utilisation d'AINS est moindre à la prescription initiale, et se voit plus généreuse sur l'ordonnance de sortie. Cet événement est potentiellement causé par les effets indésirables potentiels du médicament. L'association médicamenteuses rencontrée dans notre étude est importante. Pratiqué durablement par les médecins urgentistes, c'est la source d'effets indésirables thérapeutiques (30). Nous retrouvons une utilisation d'OPIOÏDES importante dans notre étude, avec parfois des prescriptions longues. Or, ceux ci sont fortement décriés. Ils nécessiteraient une évaluation primaire des mésusages avec adjonction de l'échelle de Opioid risk tool (*outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes*) (cf Annexe 8.) (31). Puis d'une réévaluation en villes par des médecins traitants ou des spécialistes. De plus, il aurait été intéressant de voir si

les OPIOÏDE étaient utilisés en cas de contre indication aux AINS, comme l'entendent les recommandations.

c- PLACE DES MYORELAXANTS

Avec une balance bénéfice-risque en défaveur de son utilisation en France, le MYORELAXANT n'a prouvé son efficacité qu'à l'international, avec des thérapeutiques et molécules différentes des nôtres. Pourtant, dans notre étude, nous retrouvons une utilisation non négligeable des MYORELAXANTS, basé sur des croyances infondés, et des études non applicables sur notre territoire.

d- ÉVALUATION ET RÉÉVALUATION DES DOULEURS

L'EVA initiale n'a été recherchée que dans 25% des cas. La réévaluation des effets analgésiques médicamenteux n'a été réalisée que pour 129 patients. Il convient donc d'approfondir les recherches d'EVA pour des patients se présentant pour lombalgie, et d'inclure cette donnée en tant que critère de qualité. Nous pourrions utiliser une autre échelle d'évaluation de la douleur, potentiellement applicables aux urgences, comme l'échelle de DALLAS. Elle est réalisable par le patient entre l'accueil et l'examen médical post-accueil. Il nécessite néanmoins un MAO / IAO et une compliance du patient.

e- AINS ET IPP

L'AINS est souvent associé à un IPP sans argument en faveur. Les trois indications selon l'HAS sont un âge supérieur à 65 ans, des antécédents d'ulcères gastroduodénaux, ou des traitements au domicile reprenant antiagrégant plaquettaire, anticoagulant ou corticoïde. Dans notre étude, nous les retrouvons à 1 fois sur 10 dans les prescriptions des patients. Dans la majorité des cas, il y avait une absence d'argument en faveur de la prescription. Ceci n'est pas l'objet de notre thèse, mais il pourrait être intéressant d'évaluer la prise en charge des AINS dans les poussées aiguës de lombalgies, avec une sur prescription d'IPP et ses effets indésirables (diarrhées, nausées, douleurs abdominales) et surtout.

3) FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE ÉTUDE, COHERENCE AVEC AUTRES AUTEURS

A- VALIDITE INTERNE

Notre étude possède plusieurs avantages. C'est une étude originale et première sur la commune de Valenciennes, avec une question et reproductibilité simple. Elle se déroule sur une période d'observation large de presque un semestre. Elle bénéficie d'un regard récent sur la prise en charge puisque les dernières recommandations en date sont de 2019, et que les études sont nombreuses sur le sujet. Notre échantillon est représentatif de la population cible, sans définition trop strictes des critères d'inclusion et d'exclusion. (3). Elle comprend une association d'analyses quantitatives et qualitatives retrospective permettant d'observer la

lombalgie et ses caractéristiques à un instant « T ». Les imageries ont été relues par des radiologues. Nos données ont toutes été relevées grâce à des comptes rendus informatisés, permettant un recueil des informations complet. Les résultats ont été réalisés en interne. Elle ne présente pas de biais de sélection.

Notre étude comporte aussi ses limites. Elle est monocentrique. En s'associant avec d'autres services du Nord-Pas-de-Calais, il aurait été possible d'obtenir une vision plus large de la population, et de sa prise en charge en comparant leur protocole interne. Elle est aussi rétrospective, en s'appuyant sur des interrogatoires, examens et test. La tenue des dossiers a pu être négligée avec des informations non décrites mais possiblement réalisées (compte tenue des nombreux EVA non retrouvées, ainsi que l'absence de traitement pour nombreux patients). Cela constitue donc un biais de classement inévitable dont des biais de subjectivité possible. Notre étude a subi aussi un codage large sous le terme de « lombalgie » regroupant plusieurs intitulés. La taille de l'échantillon a été choisie sans calcul préliminaire, jugé afin d'avoir un reflet sur 5 mois, permettant une meilleure faisabilité mais se privant d'une notion de puissance décelée.

B- VALIDITE EXTERNE

Nous réalisons notre comparaison avec la littérature Canadienne (32) et Américaine (33). Il n'existe à ce jour aucune étude épidémiologique concernant les lombalgies chronique aux urgences, ne nous permettant pas d'extrapoler sa validité externe.

I) SEXE ET ÂGE :

Dans notre étude, le sexe de la population était à prédominance féminine avec 55,43%, en accord avec les études canadiennes et américaines, retrouvant respectivement 55,1% et 51,2% de femmes. L'âge moyen dans notre population était de 45,3 ans, en accord avec les études canadiennes et américaines retrouvant 40 et 43ans.

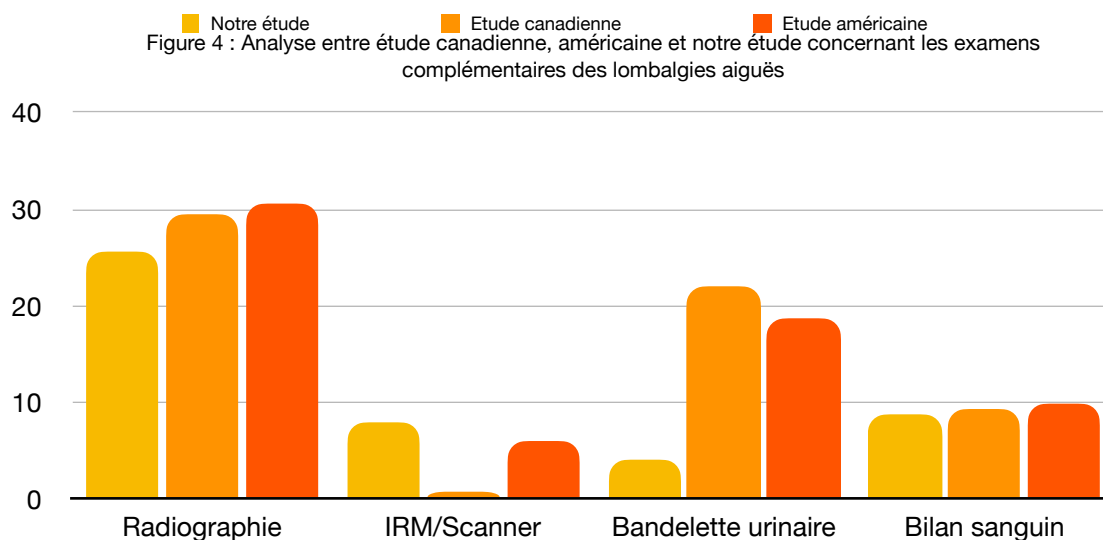
II) MÉDECIN TRAITANT :

Dans l'étude canadienne (32), nous retrouvons un passage aux urgences sans recours au médecin traitant à 93%, s'accordant avec notre étude (81%).

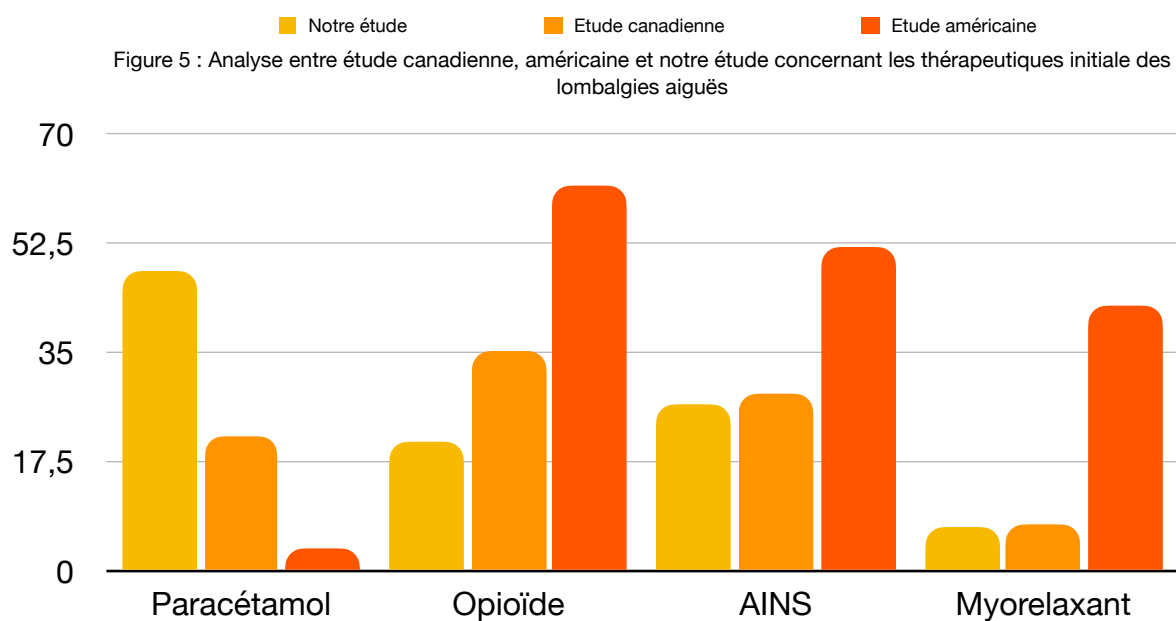
III) EVALUATION DE LA DOULEUR :

Les données de notre étude, retrouvent une EVA à supérieur de 6 pour 66,14% de notre population. Elles correspondent aux données, retrouvées dans l'étude canadienne (57% des patients présentant un EVA entre modérée et majoritaire), et l'étude américaine (57,3% des niveaux de douleurs sévères la plus représentée).

IV) PRESCRIPTIONS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.



V) THÉRAPEUTIQUE INITIALE:



VI) THÉRAPEUTIQUE DE SORTIE :

Seul l'étude canadienne mentionnait les traitements de sortie, nous empêchant de réaliser une comparaison avec l'étude du Dr FRIEDMAN.

présentant pour lombalgie commune. Ils pourraient être remplis pendant l'attente du médecin et analyser au moment de l'entretien.

- Améliorer la prise en charge antalgique des patients se présentant pour lombalgie, en utilisant l'échelle de Dallas (distribuée par les MAO et IAO) et optimiser la réévaluation des patients afin de répondre au mieux à la douleur des patients.
- Affiner les demandes d'examens complémentaires, en insistant sur l'intérêt restreint des radiographies si réalisées sans indication, et envisager un protocole interne pour réaliser les radiographies pour les patients de moins de 20 ans et de plus de 55 ans, ou présentant un drapeau rouge.
- Intensifier la prise en charge non médicamenteuse en incluant le patient dans sa pathologie, prévoir des séances de kinésithérapie pour les patients à risque de chronicisation, en réalisant des ordonnances pré-remplies, pour éviter le risque de récurrence et pour gain de temps pour le patient et le praticien.
- Améliorer la prise en charge des rares patients se présentant pour lombalgie chronique commune, en optimisant ses examens complémentaires et les différents acteurs de sa prise en charge (kinésithérapeute, rhumatologue, spécialiste de médecine physique et réadaptation, médecin du travail...).
- Devant une médecine de ville se raréfiant et des services d'urgences représentant une grosse interface ville-hôpital, il serait judicieux de prévoir des consultations intra-urgences pour se réorienter les patients sur une plage dédiée de consultation « post-urgences » et répondre à un besoin non satisfait à ce jour.

Ce travail permettra d'aboutir à une harmonisation au niveau de la prise en charge au sein de l'hôpital, ainsi qu'un meilleur parcours de soin pour les patients, avec une prise en charge consensuelle. Celui ci pourra aboutir par la suite à un protocole simplifié.

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdiens

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

AT : Accident du travail

ATCD : Antécédent

BS : Bilan sanguin

BU : Bandelette Urinaire

CHV : Centre hospitalier de Valenciennes

CLE : Canal lombaire étroit

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DPO : Délégué à la protection des données

EVA : Echelle visuelle analogique

GHT : Groupements hospitaliers de territoire

HAS : Haute autorité de Santé

IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation

ICSI : Institut pour une culture de sécurité industrielle

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MAO : Médecin d'accueil et d'orientation

MG : Médecin généraliste

RAD : Retour au domicile

SFU : Signes fonctionnels urinaires

TENS : Neuro-stimulation électrique transcutanée

TDM : Tomodensitométrie

TCC : Thérapies comportementales et cognitives

UHCD : Unité hospitalisation de courte durée

ZAO : Zone d'accueil et d'orientation

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Une revue de la littérature, préalable à ce travail de thèse, a été réalisée afin de définir la méthodologie la plus adéquate. Les moteurs de recherche utilisés étaient Pubmed, Google Scholar. Les mots-clés utilisés étaient en français : Lombalgie - Urgences - Thérapeutique - Diagnostique - Lomboradiculalgie, et en anglais : Low Back Pain - Non specific low back pain - Radiculopathy - Guidelines - Emergency

1. C E. Alexander, M. Varacallo : « *Lumbosacral Radiculopathy* » Stat, Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. PMID 28613587
2. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. « *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017* » Paris: CNAMTS; 2016. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-17_assurance-maladie.pdf
3. Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). « *Travail et lombalgie facteur de risque au facteur de soin* ». 2019
4. HAS. « *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune.* » 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf
5. D. Kendrick, K. Fielding, E. Bentley, R. Kerslake, P. Milleir, M. Pringle, « *Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial* ». doi: 10.1136/bmj.322.7283.400.

6. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pfingsten M, Schorr SG. « *Non-specific low back pain. Clinical practice guideline* ». Dtsch Arztebl Int 2017;114(51-52):883-90. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0883
7. H. Lateef, D. Patel « *What is the role of imaging in acute low back pain?* » 2009, DOI: 10.1007/s12178-008-9037-0
8. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014. Paris: CNAMTS; 2013. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2013-a-2017/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2014.php>
9. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S. *L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. IRDES. mai 2014;198.*
10. Van der Heyden J. *Enquête de santé par interview- Affections chroniques [Internet]. Belgique: Institut scientifique de santé publique; 2008. Disponible sur : <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifr/crospfr/hisfr/his08fr/4.maladies%20chroniques.pdf>*
11. Toward Optimized Practice. « *Evidence-informed primary care management of low back pain* » Clinical practice guideline. 3rd edition - minor revision 2017. Edmonton: TOP; 2015. <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/885801>
12. J. Abanco, E. Ros, J. Llorens, J. Fores, 1994. « *Epidural infiltrations in the treatment of lumbar radiculopathy.* » A propos of 200 cases] PID : 7638397

13. Tachihara H, Kikuchi S, Konno S, Sekiguchi M. Does Facet Joint Inflammation Induce Radiculopathy? An Investigation Using a Rat Model of Lumbar Facet Joint Inflammation. *Spine*. 2007, DOI: [10.1097/01.brs.0000255094.08805.2f](https://doi.org/10.1097/01.brs.0000255094.08805.2f)
14. Airaksinen O, Brox JL, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffet J. « *European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain COST B13* ». *European Spine J* 2006 ; 15 :S192- S300., DOI: [10.1007/s00586-006-1072-1](https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1)
15. Valat JP, Goupille P, Rozenberg S, et al. « *Acute low back pain predictiv index of chronicity from a cohort of 2487 subjects* » *Spine Group of the Société française de rhumatologie. Joint Bone Spine* 2000 ;67 :456-61.
16. E.Legrand, E. Hopé, B. Bouvard, C, Masson, M. Audran, 2008 « *Disk herniation-induced sciatica: medical or surgical treatment?* »
17. J. A. Hayden, M. W. Van Tulder, Antti V. Malmivaara, « *Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain* ». 2005, DOI: [10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00013](https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00013)
18. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic non specific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most comman. *Spine*. 1997 septembre. DOI: [10.1097/00007632-199709150-00012](https://doi.org/10.1097/00007632-199709150-00012)
19. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, et al. « *Centre fédéral d'expertise des soins de santé,. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires* »KCE Reports 287Bs. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: KCE; 2017. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume1.pdf

20. Institute for Clinical Systems Improvement. « Adult acute and subacute low back pain. Sixteenth edition ». Bloomington: ICSI; 2018. <https://www.icsi.org/guideline/low-back-pain/>
21. B. T. Saragiotto., G. C. Machado, M. L. Ferreira et al. « Paracetamol for low back pain », Cochrane Systematic Review. DOI: 10.1002/14651858.CD012230
22. National Institute for Health and Care Excellence. « *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management.* » NICE guideline [NG59]. London: NICE; 2016.
23. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. « Efficacy and tolerability of muscle relaxants for low back pain » systematic review and meta-analysis. Eur J. Pain 2017;21(2):228-37. DOI: 10.1002/ejp.907
24. Errot S, Bannwarth B., Bertin P. et al. : « *Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses* »: les recommandations de Limoges. La Revue du Rhumatisme, 1999.
25. F. Balaqué, J.Dudler J. « *Place de l'imagerie dans la douleur lombaire : limites et réflexions.* » Revue médicale Suisse. 2013 ; 9 : 1351-1359.
26. F. Balaqué, Cedraschi C. « *Radiological examination in low back pain patients : Anxiety of the patient ? Anxiety of the therapist ?* « Joint Bone Spine. 2006 ; 73 : 508- 513.
27. Kochen Mm et al. « *Imaging for low back pain.* » Lancet. 2009; 374 : 436-437 DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60149-5
28. Shiri R, Coggon D, Falah-Hassani K. *Exercise for the prevention of low back pain: systematic review and meta-analysis of controlled trials.* Am J. Epidemiol 2018;187(5):1093-101.

29. Karran EL, McAuley JH, Traeger AC, Hillier SL, Grabherr L, Russek LN, et al. « *Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain?* » *A systematic review and meta-analysis. BMC Med* 2017;15:13.
30. Childers MK, Borenstein D, Brown RL, Gershon S, Hale ME, Petri M, Wan GJ, Laudacio C, Harrison DD. « *Low-dose cyclobenzaprine versus combination therapy with ibuprofen for acute neck or back pain with muscle spasm : a randomized trial.* » *Curr Med Res Opin.* 2005 Sep ;21(9) :1485-93. DOI: 10.1185/030079905X61938
31. Deshpande A, Furlan A, Mailis-Gagnon A, et al. « *Opioids for chronic low-back pain.* » *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3) :CD004959. Review. Update in : *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ;8 :CD004959 DOI: 10.1002/14651858.CD004959.pub3
32. M. L, Nunn, Jill A. Hayden, K.Magee, Current management practices for patients presenting with low back pain to a large emergency department in Canada, published online 2017 Feb 23. doi: 10.1186/s12891-017-1452-1
33. B. W. Friedman, MD MS, M. Chilstrom, Diagnostic testing and treatment of low back pain in US emergency departments. A national perspective. Author manuscript; available in PMC 2011 Nov 15.doi: 10.1097/BRS.0b013e3181d952a5

AUTEUR : Nom : POINTURIER

Prénom : Martin

Date de Soutenance : 15/10/2021

Titre de la thèse : Evaluation caractéristique de prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies par les médecins urgentistes du centre hospitalier de Valenciennes

Thèse - Médecin - Lille, 2021

Cadre de classement : Médecin d'urgences

DES : Médecine d'Urgences

Mots-clés : Urgences - Lombalgie commune - Poussée aiguë de lombalgie - Lombalgie chronique

Résumé :

Contexte : La lombalgie commune est un motif fréquent de consultation aux urgences. Malgré des examens aux indications simples, il persiste des écarts de prises en charge entre les médecins et la théorie. Le but de cette étude est d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies par les médecins urgentistes du CHV, et de décrire leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

Méthode : Notre étude est monocentrique, épidémiologique, descriptive, observationnelle. Elle est réalisée sur un délai de 5 mois, chez les patients consultant aux urgences pour lombalgie. Les patients ayant moins de 18 ans, présentant des SFU, douleurs du rachis autres que lombaire ont été exclus. Le recueil des données a été réalisé en interne. L'étude réalise une comparaison de la prise en charge aux urgences du CHV corrélée au respect des recommandations HAS de 2019 en matière de prescription d'examen complémentaire et thérapeutique.

Résultats : L'étude a inclus 258 patients. La population est de 55,43% de femme et 44,57% d'homme. L'âge en moyenne est de 45 ans. Concernant les poussées aiguës de lombalgies, 16,36% ayant une indication n'en bénéficie pas. Pour les lombalgies chroniques, nous retrouvons une réalisation d'imagerie appropriée dans seulement 33% des cas. La kinésithérapie, et les conseils ne sont appliqués que dans 1,30 et 1,73% des cas pour les situations de poussées de lombalgie aiguë, et 0% pour les lombalgies chroniques. Elles sont de 0% pour les indications de réévaluations à distance. Concernant les situations thérapeutiques médicamenteuses, le PARACETAMOL est utilisé dans 86,15%, les AINS dans 52,81% des cas, et OPIOIDES dans 53,25% des cas pour les lombalgies aiguës. Les OPIOIDES représentent 87,50% des prescriptions pour les lombalgies chroniques. 0% des lombalgies chroniques ne bénéficient d'utilisation d'antidépresseurs ou de GABAPENTINOIDES.

Conclusion : Les recommandations HAS de 2019 concernant les méthodes diagnostiques et thérapeutiques des lombalgies sont sur l'ensemble général appliquées au centre hospitalier de Valenciennes. Néanmoins, il est nécessaire d'optimiser la démarche concernant la radiographie pour les poussées aiguës de lombalgies pour les plus de 55 ans, le parcours de soin des lombalgies chroniques, et la partie psychosociale de la pathologie.

Composition du JURY

Président : Monsieur le professeur Eric WIEL

Assesseur : Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de thèse : Madame la Docteur Laure BOUTOUTAOU