

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 17 Juin 2025
Par M. GUERRERO CHARLES**

PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE À L'OFFICINE

Membres du jury :

Président : Monsieur Nicolas SIMON, Professeur des universités – Praticien Hospitalier – Faculté de Pharmacie de Lille

Assesseur(s) : Monsieur Benjamin BERTIN, Professeur des universités – Faculté de Pharmacie de Lille

Membre(s) extérieur(s) :

Monsieur Simon Royez, pharmacien d'officine à Dainville
Monsieur Benjamin Benezit, kinésithérapeute à Liévin

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87

Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86

M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87

M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26

Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86

Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitolo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale

M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

UFR3S-Pharmacie

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

1. Liste des abréviations et acronymes.....	15
2. Liste des figures	15
3. INTRODUCTION	17
4. PARTIE 1 : ANATOMIE DU DOS.....	20
4.1 Définition	20
4.2 Schéma.....	21
5. PARTIE 2 : PHYSIOPATHOLOGIE.....	23
5.1 Types de lombalgies	23
5.1.2 Origine non spécifique.....	24
5.1.3 Nature aiguë	24
5.1.4 Symptômes	24
5.1.5 Facteurs de risque.....	24
5.2 Pertinence de l'imagerie.....	24
5.3 Comprendre la douleur.....	25
5.3.1 Origine multifactorielle	25
5.3.2 Composante inflammatoire.....	26
5.3.3 Sensibilisation centrale.....	26
5.3.4 Impact psychosocial	26
5.3.5 Changements neuroplastiques.....	26
5.3.6 Activation musculaire	26
5.3.7 Interaction entre les facteurs	26
6. PARTIE 3 : TRAITEMENTS	27
6.1 NON MEDICAMENTEUX :	27
6.1.1 Première intention.....	27
6.1.1.1 Autogestion.....	27
6.1.1.2 Activités physiques.....	28
6.1.1.3 Kinésithérapie	29
6.1.2 Deuxième intention	31
6.1.2.1 Éducation à la neurophysiologie	31
6.1.2.2 Interventions psychologiques type TCC.....	34
6.2 MEDICAMENTEUX :	35
6.2.1 Première intention.....	35
6.2.1.1 Paracétamol	35
6.2.1.2 AINS.....	36
6.2.1.2.1 Aspirine :	36
6.2.1.2.2 Ibuprofène :.....	37
6.2.2 Deuxième intention	37
6.2.2.1 Opioides	37

6.2.2.1.1 Tramadol	37
6.2.2.1.2 Oxycodone	38
6.2.2.2 Antidépresseurs tricycliques	39
6.2.2.3 Gabapentinoïdes	39
6.3 AUTRES :.....	39
6.3.1 Infiltration rachidienne	39
6.3.2 Prises en charges envisageables sous conditions / non recommandées :.....	42
6.3.2.1 Prises en charge non médicamenteuses.....	42
6.3.2.2 Prises en charge médicamenteuses.....	43
6.3.2.3 Aspects de prévention secondaire.....	43
7. PARTIE 4 : PRISE EN CHARGE A L'OFFICINE :	47
7.1 Questionnaire Start Back Screening Tool	47
7.2 Arbres décisionnel : recherche de signes d'alertes	48
7.3 Règles hygiéno-diététiques.....	51
7.4 Aromathérapie	51
7.5 Application : Activ' dos	52
8. CONCLUSION	52
9. Bibliographie	54

1. Liste des abréviations et acronymes

- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
- CI : Contre indiqué
- CV : Colonne vertébrale
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- END : Éducation à la neurophysiologie de la douleur
- GC : Groupe contrôle
- GE : Groupe expérimental
- HAS : Haute autorité de santé
- HE : Huiles essentielles
- IDM : Infarctus du myocarde
- IH : Insuffisance hépatique
- IMAO : Inhibiteur mono-amine oxydase
- INRS : Institut national de recherche et de sécurité
- IRM : Imagerie par résonance magnétique
- MSP : Maison de santé pluriprofessionnelles
- NPD : Neurophysiologie de la douleur
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- SNC : Système nerveux central
- SBT : Start back screening tool
- TAG : Trouble anxieux généralisé
- TCC : Thérapies comportementales et cognitives
- TMS : Troubles musculo squelettiques
- TrA : Muscle transverse de l'abdomen

2. Liste des figures

- Figure 1 : Présentation des drapeaux d'alertes - HAS
- Figure 2 : Vue antérieur, postérieur et latéral de la colonne vertébrale
- Figure 3 : Vue antérieur et sagittale de la colonne vertébrale
- Figure 4 : Vue postérieur de la colonne vertébrale et de l'insertion de ses différents muscles
- Figure 5 : Tableau comparatif des méthodes de Cyriax et de McKenzie
- Figure 6 : Questionnaire de Dallas à J0 et J21 – Groupe contrôle (GC) et expérimental (GE)
- Figure 7 : Questionnaire de Dallas de j0 et J90 - groupes contrôle (GC) et expérimental (GE)
- Figure 8 : Infiltration épidurale en L4-L5. Espace francilien du rachis Paris-Versailles

- Figure 9 : Infiltration foraminale L5-S1. Espace francilien du rachis Paris-Versailles
- Figure 10 : Infiltration articulaire postérieur. Espace francilien du rachis Paris-Versailles
- Figure 11 : Exercice de relaxation – CPAM Loire-Atlantique
- Figure 12 : Exercice d'assouplissement – CPAM Loire-Atlantique
- Figure 13 : Exercice d'étirement – CPAM Loire-Atlantique
- Figure 14 : Exercice d'étirement et de renforcement musculaire – CPAM Loire-Atlantique
- Figure 15 : Exercice de tonification – CPAM Loire-Atlantique
- Figure 16 : Questionnaire SBT - Adapted from Bruyere et al. Archives of Public Health 2012
- Figure 17 : Arbre décisionnel poussée aigue de lombalgie - HAS
- Figure 18 : Arbre décisionnel lombalgie à risque de chronicité - HAS

3. INTRODUCTION

Selon l'HAS : « La lombalgie est définie par une douleur située entre la charnière thoracolombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes (1) ».

« Dans une population en âge de travailler, plus de 2 salariés sur 3 ont eu, ont ou auront une lombalgie (2) ».

Selon l'OMS (3) :

- En 2020 : 619 millions de personnes souffraient de lombalgie dans le monde, on estime que ce chiffre pourrait passer à 843 millions d'ici à 2050.
- La lombalgie est la principale cause d'invalidité dans le monde
- La prévalence augmente avec l'âge et le plus grand nombre de cas survient entre 50 et 55 ans
- 90% des cas correspondent à une lombalgie commune

Tous les secteurs professionnels sont touchés, le mal de dos n'en épargne aucun : c'est un véritable enjeu de santé publique, ainsi qu'un enjeu socio-économique pour le monde du travail :

La durée moyenne des arrêts causés par les accidents du travail liés aux lombalgies est de deux mois, ce chiffre a presque triplé en 40 ans. Pour les lombalgies reconnues en maladies professionnelles, la durée moyenne d'arrêt est d'un an, avec un coût moyen de 44 000 euros par arrêt de travail. Chaque année, environ 11,5 millions de journées de travail sont perdues à cause des accidents du travail et des maladies professionnelles liés aux lombalgies, ce qui représente 30 % des arrêts de plus de six mois et constitue la troisième cause d'invalidité.

Dans l'ensemble, les lombalgies liées au travail représentent un coût de plus d'un milliard d'euros par an pour la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (4).

Quelques chiffres provenant de la CNAM (5):

- 1 lombalgie sur 5 entraîne un arrêt de travail
- 20% des accidents de travail sont liés à la lombalgie
- 2 mois d'arrêt en moyenne pour un accident de travail lié à une lombalgie

Cette pathologie touche particulièrement plusieurs secteurs de travail :

- Bâtiment
- Transport / Logistique
- Aide et soins à la personne
- Gestion des déchets

- Commerce

Tous ces domaines ont un point commun : l'exigence sur le plan physique.

Devant le nombre croissant de personnes souffrant de lombalgie, le pharmacien est un acteur majeur de la prise en charge de cette pathologie du fait de sa proximité avec les patients, on parle ici de plus de 4 millions de français qui se rendent dans une officine chaque jour (6). Son rôle sera de simplifier le parcours de soins et de répondre à la demande d'information.

Cette thèse d'exercice a pour objectif de faire état des connaissances actuelles sur la lombalgie, sa prise en charge, ainsi que la place et le rôle du pharmacien dans ce processus pluridisciplinaire. Dans un premier temps, ce travail retracera le processus qui permet d'identifier les facteurs de risques et les signes d'alertes qui passent par le biais de l'identification de différents drapeaux.

La **lombalgie commune** désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges »).

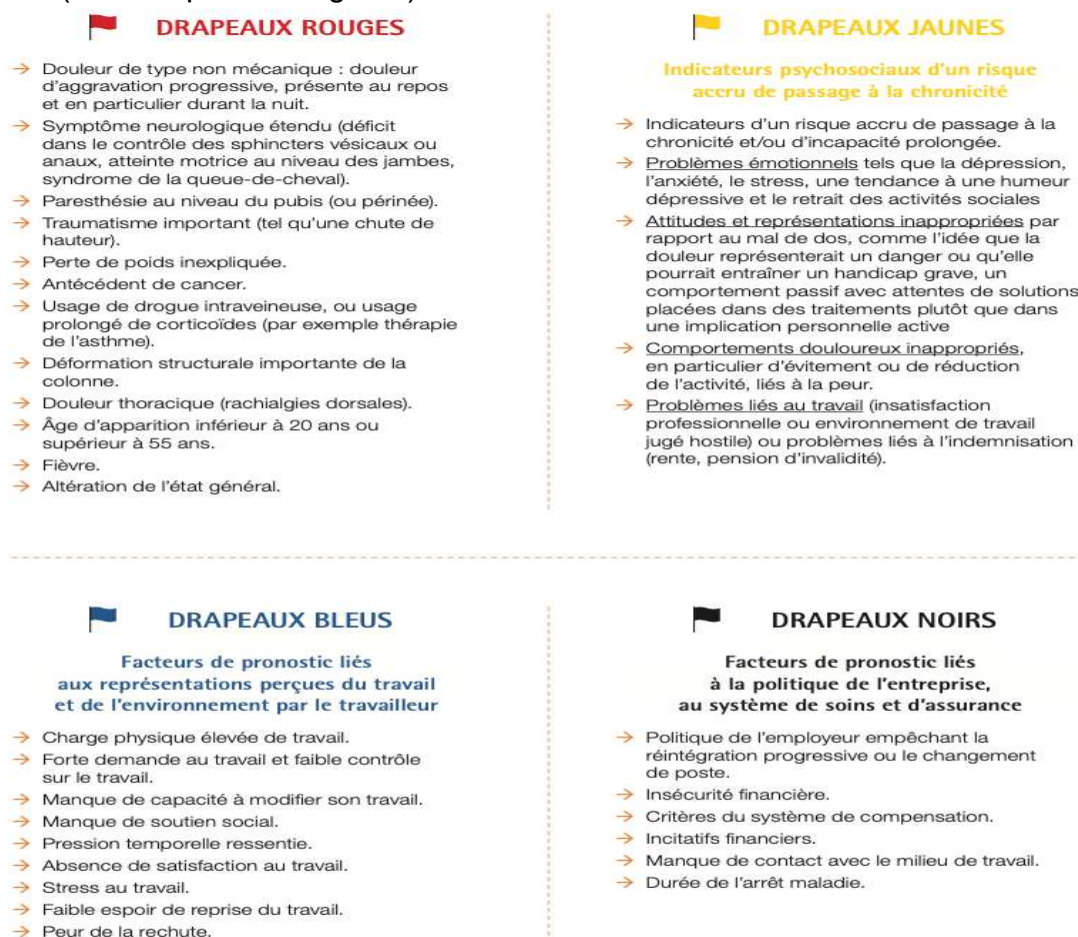


Figure 1 : prise en charge du patient présentant une lombalgie commune HAS (7)

Les drapeaux d'alerte dans le cadre de la lombalgie sont des signes ou des symptômes qui indiquent la possibilité de complications ou de problèmes plus graves associés à la douleur lombaire. Ces drapeaux d'alerte sont utilisés par les professionnels de santé pour identifier les patients qui pourraient nécessiter une évaluation approfondie ou un traitement spécifique. Voici quelques exemples de drapeaux d'alerte courants associés à la lombalgie :

- **Drapeaux rouges** : Ces drapeaux indiquent la présence de symptômes graves nécessitant une attention médicale immédiate. Ils comprennent des symptômes tels que la perte de contrôle de la vessie ou des intestins, une faiblesse soudaine ou un engourdissement dans les jambes, une perte de poids inexplicée, une fièvre persistante, ou une histoire de cancer.
- **Drapeaux jaunes** : Ces drapeaux sont des indicateurs de risque de chronicité ou de complications. Ils incluent des facteurs psychosociaux tels que la détresse émotionnelle, le stress au travail, les problèmes financiers, ou des antécédents de dépression ou d'anxiété.
- **Drapeaux bleus** : Ils signalent des obstacles au rétablissement tels que des croyances négatives sur la douleur, la peur de bouger, l'évitement des activités physiques, ou une mauvaise adhésion au traitement.
- **Drapeaux noirs** : Ces drapeaux indiquent une aggravation de la douleur ou une incapacité à fonctionner normalement malgré le traitement. Ils peuvent inclure des signes de dépression sévère, de troubles du sommeil persistants, ou de consommation excessive de médicaments analgésiques.

En identifiant et en évaluant ces drapeaux d'alerte, les professionnels de santé peuvent élaborer un plan de traitement personnalisé pour chaque patient, en tenant compte de leurs besoins spécifiques et des facteurs de risque associés à leur douleur lombaire.

La lombalgie chronique est définie par une lombalgie de plus de 3 mois (8). Il est proposé d'utiliser les termes de :

- 1. Poussée aiguë de lombalgie** : Ce terme est utilisé pour décrire une exacerbation soudaine de la douleur lombaire. Il peut concerner des patients qui souffrent déjà de lombalgie chronique ou des personnes ayant une douleur lombaire aiguë temporaire qui nécessite une intensification temporaire des traitements.

- 2. Lombalgie à risque de chronicité** : Cette catégorie concerne les patients dont la douleur lombaire dure depuis moins de 3 mois et qui présentent des facteurs de risque élevé de voir leur douleur devenir chronique. Les "drapeaux jaunes" font référence à ces facteurs de risque, qui peuvent inclure des aspects psychosociaux ou comportementaux.
- 3. Lombalgie récidivante** : Ce terme est utilisé lorsque la douleur lombaire réapparaît chez un patient dans les 12 mois suivant une période de rémission ou de soulagement. Il est important de prendre en compte ces récurrences, car elles peuvent également indiquer un risque de chronicité.

En utilisant ces termes, les professionnels de santé peuvent mieux évaluer et gérer la lombalgie en fonction de son évolution et des facteurs de risque associés. Cela permet de personnaliser les approches de traitement pour chaque patient et d'améliorer la gestion des douleurs lombaires.

L'objectif est d'accompagner le patient souffrant de lombalgie, en essayant d'expliquer et de trouver sa cause, d'orienter vers un spécialiste si nécessaire en identifiant les facteurs de risques qu'on nomme « drapeaux rouges », et de proposer des traitements médicamenteux ou non.

Le pharmacien a toute sa place ici dans la prise en charge et l'accompagnement du patient tout au long du processus, notamment en fournissant des conseils appropriés, en répondant à un questionnaire simple et rapide, en recherchant les signaux d'alertes, en proposant des règles hygiéno-diététiques adaptées, des dispositifs ou des médicaments conseils pour soulager ses symptômes et en l'incitant à suivre l'évolution de sa douleur.

4. PARTIE 1 : ANATOMIE DU DOS

4.1 Définition

Pour comprendre la lombalgie, il est essentiel d'avoir une idée de l'anatomie de la région lombaire. La lombalgie se réfère à la douleur ressentie dans le bas du dos au niveau des vertèbres lombaires et des structures environnantes.

D'un point de vue anatomique, la lombalgie se définit par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur (9)

4.2 Schéma

La colonne vertébrale est en effet une structure complexe et cruciale du corps humain qui est composée de cinq groupes de vertèbres distincts :

1. **Vertèbres cervicales** : Il y a 7 vertèbres cervicales, situées dans la région du cou. Elles offrent une grande mobilité à la tête et au cou.
2. **Vertèbres thoraciques** : Il y a 12 vertèbres thoraciques qui se trouvent dans la région du thorax, à laquelle sont attachées les côtes. Elles contribuent à la stabilité du thorax et de la cage thoracique.
3. **Vertèbres lombaires** : Les vertèbres lombaires sont au nombre de 5, et elles se situent dans la partie inférieure du dos. Elles sont les plus grandes et les plus solides des vertèbres et supportent une grande partie du poids du corps.
4. **Sacrum** : Le sacrum est un os triangulaire situé à la base de la colonne vertébrale. Il est composé de cinq vertèbres fusionnées. Il forme la partie postérieure du bassin et est important pour la stabilité de la région pelvienne.
5. **Coccyx** : Le coccyx est également connu sous le nom d'os du coccyx. Il se compose de trois à cinq petites vertèbres fusionnées et se trouve à la base de la colonne vertébrale. Il s'agit d'une structure vestigiale qui correspond à ce qui reste de la queue que nos ancêtres avaient.

La colonne vertébrale joue un rôle essentiel dans le soutien du corps, la protection de la moelle épinière, et la possibilité de mouvement. Les disques intervertébraux, les muscles et les ligaments qui l'entourent contribuent à sa stabilité, sa mobilité et sa flexibilité. Elle est sujette à divers problèmes, tels que la lombalgie mentionnée précédemment, et nécessite des soins appropriés pour rester en bonne santé (10).

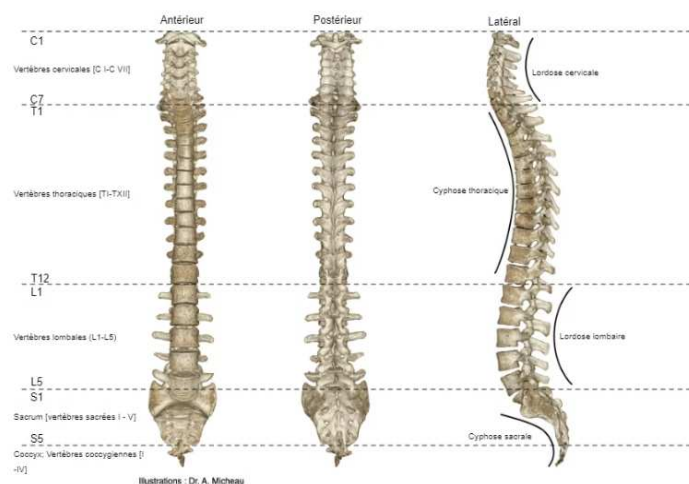


Figure 2 – Vues antérieure, postérieure et latérale de la colonne vertébrale dans son ensemble : reconstruction 3D (11)

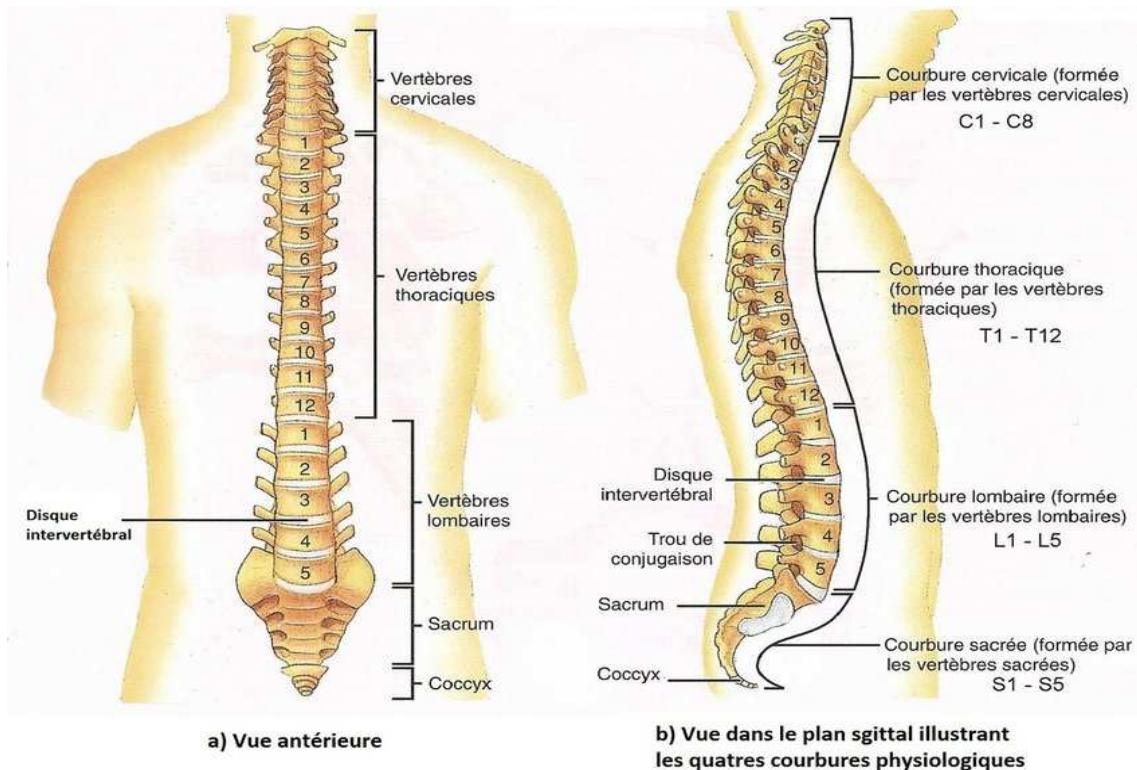


Figure 3 – Vue antérieure et sagittale de la colonne vertébrale dans son ensemble (12)

Dans le cas de la lombalgie, plusieurs muscles peuvent être touchés ou impliqués, selon la cause spécifique et la gravité de la douleur. Voici quelques-uns des principaux muscles qui peuvent être affectés :

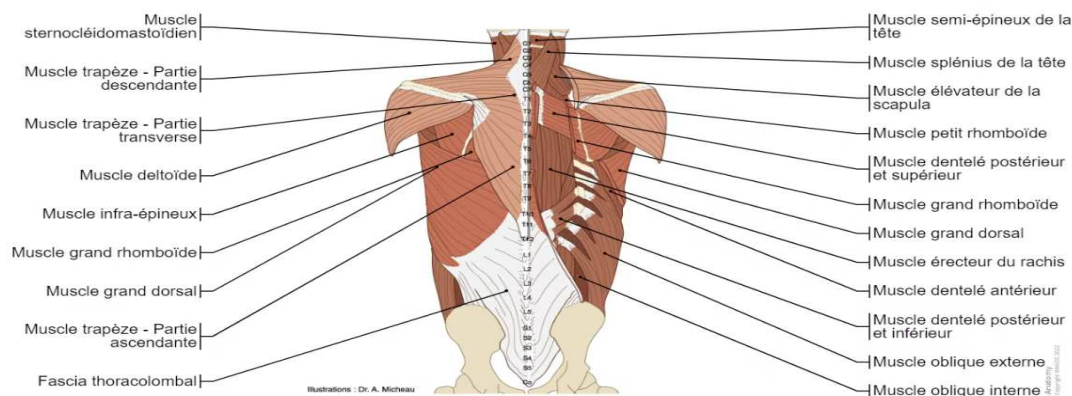


Figure 4 – Vue postérieure de la colonne vertébrale et de l'insertion de ses différents muscles (13)

- Muscles paravertébraux : Ces muscles longent la colonne vertébrale et sont responsables du maintien de la posture et du soutien de la colonne. Ils peuvent être tendus ou contractés en cas de lombalgie.
- Muscles lombaires profonds : Il s'agit notamment des muscles multifides et des muscles transversaires de l'abdomen. Ils sont impliqués dans la stabilisation de la colonne vertébrale et peuvent être affectés dans les cas de lombalgie chronique.
- Muscles abdominaux : Les muscles abdominaux, tels que les obliques externes et internes, ainsi que les muscles grands droits de l'abdomen, sont importants pour la stabilité de la colonne lombaire. Des déséquilibres dans ces muscles peuvent contribuer à la lombalgie (14).
- Muscles fessiers : Les muscles fessiers, notamment le muscle grand fessier, peuvent également être impliqués dans la lombalgie, en particulier dans les cas où des déséquilibres musculaires ou des tensions se propagent le long de la chaîne musculaire postérieure.
- Muscles des membres inférieurs : Bien que moins directement liés à la lombalgie, des déséquilibres musculaires ou des problèmes de posture dans les membres inférieurs peuvent également contribuer à la douleur lombaire (15).

Il est important de noter que la lombalgie peut être causée par une variété de facteurs, notamment des blessures, des troubles dégénératifs, des déséquilibres musculaires, des tensions ou des spasmes musculaires, ainsi que des problèmes articulaires ou des troubles nerveux. Le traitement de la lombalgie peut souvent impliquer des exercices de renforcement et d'étirement ciblant ces muscles.

5. **PARTIE 2 : PHYSIOPATHOLOGIE**

5.1 Types de lombalgies

La lombalgie commune, également connue sous le nom de lombalgie non spécifique, est une douleur dans la région lombaire, c'est-à-dire dans la partie inférieure de la colonne vertébrale, au niveau des vertèbres lombaires.

Nous allons ici présenter les caractéristiques de la lombalgie commune :

5.1.2 Origine non spécifique

La lombalgie commune n'a pas de cause précise identifiée. Elle est souvent associée à des tensions musculaires, à des microtraumatismes répétés ou à des problèmes posturaux.

5.1.3 Nature aiguë

La lombalgie commune peut être aiguë, avec une douleur soudaine et intense, ou chronique, persistant sur une période prolongée. Dans la plupart des cas, la lombalgie aiguë résulte souvent d'une blessure ou d'une surutilisation.

5.1.4 Symptômes

Les symptômes de la lombalgie commune incluent une douleur localisée dans la région lombaire, parfois associée à une raideur musculaire. La douleur peut irradier vers les fesses ou les cuisses, mais elle n'est généralement pas associée à des symptômes neurologiques graves.

5.1.5 Facteurs de risque

Certains facteurs de risque peuvent contribuer au développement de la lombalgie commune, tels que le manque d'activité physique, une mauvaise posture, le surpoids, le tabagisme et le stress.

La lombalgie chronique définie par une douleur de plus de 3 mois

5.2 Pertinence de l'imagerie

L'imagerie médicale joue un rôle essentiel dans la prise en charge de la lombalgie, mais il est important de souligner que son utilisation doit être judicieuse et basée sur une évaluation clinique approfondie (16).

La HAS en France a émis des recommandations concernant l'utilisation de l'imagerie médicale dans la prise en charge de la lombalgie. Ces recommandations visent à optimiser l'utilisation des ressources médicales tout en assurant des soins de qualité.

- **Imagerie non systématique** : La HAS souligne que l'imagerie médicale n'est pas nécessaire de manière systématique pour les patients souffrant de lombalgie aiguë (douleur lombaire de moins de trois mois) en l'absence de drapeau rouge.

- **Indications spécifiques** : L'imagerie est recommandée dans des cas spécifiques, tels que la présence de signes de gravité, de suspicion de pathologies particulières (comme une hernie discale, une sténose spinale) ou en cas de lombalgie persistante et invalidante.
- **Imagerie réservée aux situations particulières** : La radiographie est souvent la première modalité d'imagerie recommandée, et l'IRM peut être réservée pour des situations particulières lorsque la radiographie n'est pas concluante ou lorsque des pathologies spécifiques sont suspectées.
- **Évaluation clinique préalable** : La HAS insiste sur l'importance d'une évaluation clinique approfondie avant de recourir à l'imagerie. L'examen physique et l'anamnèse du patient devraient guider la décision d'effectuer une imagerie.
- **Éducation des professionnels de santé et des patients** : Les professionnels de santé sont encouragés à informer les patients sur la nature souvent bénigne de la lombalgie aiguë et sur le fait que des examens d'imagerie ne sont pas systématiquement nécessaires.

En résumé, selon les recommandations de la HAS, l'imagerie médicale, en particulier la radiographie et l'IRM, doit être utilisée de manière sélective dans la prise en charge de la lombalgie. Une évaluation clinique approfondie est primordiale, et l'imagerie est réservée aux cas où elle peut apporter une contribution significative au diagnostic et à la prise en charge du patient.

L'imagerie, mis à part son coût, peut provoquer un risque non négligeable de découvertes fortuites, d'apparition de chronicité au niveau de la douleur et peut potentiellement augmenter les gestes chirurgicaux inutiles, voire iatrogènes.

5.3 Comprendre la douleur

La douleur dans la lombalgie, qu'elle soit aiguë ou chronique, peut être complexe et influencée par divers facteurs, comprendre ces éléments peut aider à mieux appréhender la nature de la douleur lombaire. Voici quelques points à considérer :

5.3.1 Origine multifactorielle

La lombalgie peut avoir plusieurs causes, allant des blessures musculaires et des tensions aux problèmes discaux, articulaires ou ligamentaires. Elle peut également être influencée par des facteurs psychosociaux tels que le stress, l'anxiété et la dépression.

5.3.2 Composante inflammatoire

Dans certains cas, la lombalgie peut avoir une composante inflammatoire, où des processus inflammatoires locaux contribuent à la douleur. Cela peut être observé, par exemple, dans les cas de lombalgie associée à une inflammation des articulations sacro-iliaques ou à une hernie discale.

5.3.3 Sensibilisation centrale

Certains individus présentent une sensibilisation centrale, où le système nerveux devient plus réactif aux stimuli douloureux. Cela peut entraîner une amplification de la douleur et une réponse douloureuse disproportionnée par rapport à la lésion tissulaire réelle.

5.3.4 Impact psychosocial

Les facteurs psychosociaux, tels que le stress, l'anxiété, la dépression, les problèmes liés au travail et les interactions sociales, peuvent jouer un rôle significatif dans la perception de la douleur lombaire. La manière dont une personne gère le stress et les émotions peut influencer l'intensité de la douleur ressentie.

5.3.5 Changements neuroplastiques

La douleur persistante peut entraîner des changements neuroplastiques, modifiant la façon dont le système nerveux central traite et interprète les signaux de douleur. Cela peut contribuer à la chronicité de la douleur dans certains cas.

5.3.6 Activation musculaire

La lombalgie peut entraîner des changements dans l'activation des muscles de la région lombaire. Certains muscles peuvent se contracter de manière protectrice, entraînant des déséquilibres musculaires et contribuant à la douleur.

5.3.7 Interaction entre les facteurs

La douleur lombaire résulte souvent de l'interaction complexe de ces différents facteurs. Par exemple, une blessure initiale peut déclencher des changements neuroplastiques, affecter la manière dont les muscles fonctionnent, et être influencée par des facteurs psychosociaux.

La prise en charge efficace de la lombalgie nécessite souvent une approche globale qui tient compte de ces différents aspects. Cela peut inclure des interventions physiques, telles que la physiothérapie et les exercices, ainsi que des approches

psychologiques pour traiter les facteurs psychosociaux. La personnalisation du traitement en fonction des facteurs spécifiques à chaque individu est souvent essentielle pour une gestion réussie de la lombalgie.

Pour conclure, les recommandations actuelles restent basées sur plusieurs principes : L'évaluation clinique basé sur la présence de drapeau rouge, une imagerie non systématique, l'éducation des patients ou les professionnels de santé sont encouragés à fournir des informations éducatives aux patients sur la nature souvent bénigne de la lombalgie commune, sur un suivi régulier concernant l'évolution de la douleur, et enfin sur un travail en équipe pluridisciplinaire (médecin, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien) pour une prise en charge complète du patient.

6. PARTIE 3 : TRAITEMENTS

6.1 NON MEDICAMENTEUX :

6.1.1 Première intention

6.1.1.1 Autogestion

Après le début de la lombalgie, une courte période de repos peut être nécessaire. Cela ne signifie pas rester au lit pendant des jours, mais plutôt éviter les activités qui aggravent la douleur.

Une fois que la douleur commence à diminuer, il est important de commencer à introduire des mouvements doux. Des exercices tels que des étirements légers et des rotations du tronc peuvent aider à améliorer la flexibilité.

Un programme d'exercices visant à renforcer les muscles du dos, des abdominaux et du tronc peut aider à stabiliser la colonne vertébrale. Ces exercices doivent être adaptés, et réalisés de manière progressive.

Une bonne posture est cruciale pour prévenir les douleurs lombaires, si le travail implique de rester assis pendant de longues périodes, il faut s'assurer que la chaise ainsi que le bureau sont ergonomiques. Il est recommandé d'adopter des pauses régulières pour se lever, s'étirer et changer de position

Le stress peut aggraver les douleurs lombaires. Des techniques de gestion du stress, telles que la méditation, la respiration profonde ou le yoga, peuvent être utiles.

Il faut revenir progressivement à des activités quotidiennes normales. Écoutez son corps et ne pas hésiter à ajuster son niveau d'activité en fonction de son confort.

Cependant attention si la douleur persiste ou s'aggrave, dans ce cas une consultation du médecin ou d'un autre professionnel de santé s'impose. Ils peuvent recommander des traitements supplémentaires ou des ajustements à ce plan de gestion.

6.1.1.2 Activités physiques

Toutes les personnes ne relèvent pas d'un avis médical. Il serait intéressant pour les personnes voulant débuter ou continuer une activité physique de remplir un auto-questionnaire d'aptitude.

Pour les personnes dont la pratique d'une activité physique régulière est recommandée, notamment pour la prévention et l'amélioration de certaines affections chroniques, apprendre à être actif pour prévenir et atténuer la lombalgie est un objectif thérapeutique crucial ayant motivé le lancement d'une campagne d'information grand public par la CNAM en 2017.

Le slogan "Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement" souligne l'importance de maintenir une vie normale, y compris une activité physique renforcée, en cas de lombalgie. Il met en avant l'idée que poursuivre ses activités quotidiennes, y compris le travail, fait partie intégrante du traitement. Un an après le lancement de la campagne, il semble y avoir eu un impact positif, car le pourcentage de Français en accord avec l'idée que "le repos est le meilleur remède contre la lombalgie" a diminué de 68 % à 45 %.

La littérature scientifique abonde en preuves démontrant les effets positifs de l'activité physique sur la santé (17), incluant une réduction du risque de mortalité toutes causes confondues. Elle est également liée à une meilleure qualité de vie et contribue à la prévention primaire et secondaire de nombreuses maladies chroniques. Une récente revue du groupe Cochrane a conclu que l'activité physique présente peu d'effets indésirables et peut améliorer l'intensité de la douleur, la condition physique, et la santé mentale, entraînant ainsi une amélioration de la qualité de vie chez les adultes souffrant de douleurs chroniques (18). L'impact sur la santé semble être directement lié à l'intensité et au volume d'activité physique, avec une possible relation curviligne, suggérant qu'un niveau d'activité physique inférieur aux recommandations actuelles de l'OMS peut néanmoins avoir des bienfaits pour la santé.

Il a été démontré que l'activité physique favorise l'augmentation du flux sanguin vers la colonne vertébrale, améliorant ainsi l'architecture du lit capillaire à l'interface disque-os et ayant un effet bénéfique sur la diffusion des éléments nutritifs vers le disque. Plusieurs études indiquent également que le mouvement favorise la réparation des tissus de la colonne vertébrale (muscles, ligaments, tendons, cartilages, disques). Il a été établi que maintenir des activités quotidiennes favorise la récupération de la lombalgie, tant au stade aigu que chronique des symptômes.

En conclusion, la poursuite de la pratique d'une activité physique régulière en cas de lombalgie contribue à limiter le risque de déconditionnement physique, psychologique et social. Il est donc recommandé de rester actif (dans la limite de la tolérance de la douleur) pour accélérer le délai de guérison et prévenir les risques de récurrences ainsi que de chronicité de lombalgie.

6.1.1.3 Kinésithérapie

Les kinésithérapeutes jouent un rôle crucial dans la vérification de l'absence de signaux d'alerte spécifiques de la lombalgie, appelés "drapeaux rouges". La connaissance des kinésithérapeutes concernant les drapeaux rouges et le parcours diagnostique standardisé des lombalgies non spécifiques est essentielle. Elle garantit une vigilance accrue en cas de "fausse évaluation" pendant la phase aiguë, et assure une prise en charge appropriée du patient (19)

Les kinésithérapeutes participent notamment à la délivrance de messages clés (20) :

« La lombalgie aiguë est une affection fréquente, et la plupart des patients se rétablissent sans difficulté »

« La situation devrait s'améliorer dans quelques semaines, sans aucun signe de gravité. »

« La présence de douleurs résiduelles est normale et ne traduit aucune complication sérieuse. »

« Le repos au lit est possible (mais non obligatoire) et ne devrait pas dépasser deux jours, car l'inactivité peut aggraver la situation. »

« Ajustez vos activités en fonction de la douleur, mais maintenez une certaine activité, telle que la marche et les activités quotidiennes, pour favoriser la récupération. »

« Le mouvement et l'activité sont bénéfiques, et il est recommandé de maintenir le niveau d'activité tolérable. »

« Revenir rapidement à votre activité professionnelle, même en présence de douleurs résiduelles, favorisera l'efficacité et la guérison. »

Et au contraire, cesser les idées préconçues :

« *L'activité physique et professionnelle augmente les douleurs* ».

« *Le traitement passif (massage, physiothérapie...) est plus efficace que l'activité* ».

« Avoir mal au dos signifie souffrir par périodes pour le reste de sa vie ».

Le kinésithérapeute, par le biais de l'anamnèse et de l'évaluation physique, peut déterminer ce que l'on appelle un indice de suspicion (21), il permettra de décider si le traitement peut commencer ou si le patient doit être redirigé vers son médecin ou encore un service d'urgence (plus l'indice est élevé, plus la réorientation doit être immédiate)

Une étude de Décembre 2024 paru dans la revue de Kinésithérapie (15) détaille le processus clinique qui permet d'identifier les principales pathologies spécifiques du rachis :

- Fractures vertébrales
- Métastases
- Infection
- Spondylarthropathies
- Syndrome queue de cheval

A la suite de cette démarche, associée à la présence ou non de drapeaux rouges, il peut déterminer son propre diagnostic.

Le kinésithérapeute met en place des programmes d'exercices adaptés à l'état clinique du patient, sous supervision. Réalisés en groupe ou en individuel, ces exercices sollicitent l'engagement actif du patient, qui pourra les reproduire chez lui. En plus de rassurer le patient, le kinésithérapeute joue un rôle essentiel dans l'éducation du patient.

Nous allons détailler ici quelques programmes de rééducation couramment utilisés pour les douleurs lombaires et les troubles musculosquelettiques.

On peut citer les programmes de rééducation en lordose (Cyriax et McKenzie(22)) ; Les approches de Cyriax et McKenzie sont deux approches différentes. Concernant la méthode Cyriax, le principe est de diagnostiquer et de traiter les lésions des tissus mous par des techniques manuelles spécifiques :

- Manipulations vertébrales pour restaurer la mobilité articulaire
- Massage transverse profond pour briser les adhérences et favoriser la cicatrisation
- Infiltration et étirement spécifique selon l'évaluation du kinésithérapeute

La méthode McKenzie quant à elle est basée sur l'auto-traitement, elle permet de classer les douleurs selon la réponse au mouvement, elle vise à « centraliser » la douleur pour la réorienter progressivement. Cette méthode utilise principalement 3 techniques :

- Mouvements répétés et postures spécifiques
- Autonomie du patient qui doit apprendre des exercices adaptés pour soulager sa douleur
- Et enfin une évaluation dynamique qui consiste à réaliser des tests pour identifier les positions qui améliorent ou aggravent les symptômes.

Méthode	Approche	Traitement	Implication du patient
Cyriax	Thérapie manuelle	Mobilisation, manipulations, massage	Faible (plutôt passif)
McKenzie	Auto-traitement	Exercices personnalisés	Forte (patient acteur de sa rééducation)

Figure 5 – Tableau comparatif des méthodes de Cyriax et de McKenzie

On peut citer également le programme de rééducation en cyphose (Williams (23)), en position intermédiaire (verrouillage lombaire de Troisier(24)), ou encore l'école du dos.

Les autres techniques n'ont pas fait preuve de leur efficacité (massage, balnéothérapie, électrothérapie, traction, ultra-son, laser, infra rouge, cryothérapie, port d'un corset) (25)

L'apprentissage d'exercices d'auto-rééducation doit s'intégrer aux séances, afin que le patient se responsabilise et qu'il s'approprie son devenir. Les exercices d'auto-rééducation doivent être simples et facilement reproductibles au domicile. Ils sont un outil essentiel pour l'efficacité du traitement et la prévention des récives.

Depuis le 8 mars 2020 deux arrêtés autorisent l'accès direct au kinésithérapeute exerçant dans une structure pluridisciplinaire (centre de santé, MSP), dans le cadre d'une lombalgie aigue. De nombreux articles sont en faveurs de déployer cet accès à l'ensemble des kinésithérapeutes cependant les kinésithérapeutes ont identifié plusieurs barrières à la mise en place de ces protocoles malgré leur niveau de confiance élevé en leur capacité à recevoir les patients en accès direct. Sur une étude portant sur plus de 70 participants, seuls 3,8% avaient mis en œuvre ces protocoles, dénonçant une difficulté d'accès à ces derniers ainsi qu'un manque de campagne d'informations aux patients (26).

6.1.2 Deuxième intention

6.1.2.1 Éducation à la neurophysiologie

La neurophysiologie est l'étude du fonctionnement du système nerveux, cela équivaut à répondre à la question : comment les nerfs et le cerveau traitent les signaux responsables de la douleur ?

Dans le cadre de la lombalgie, celle-ci aide à expliquer et à comprendre pourquoi la douleur se manifeste et persiste.

L'éducation à la neurophysiologie de la douleur vise à aider les patients à comprendre les mécanismes biologiques et neurologiques de la douleur, cela peut inclure :

- L'explication de la douleur : comment est-elle générée, provoqué par le cerveau, et pourquoi elle persiste malgré la guérison ou non des lésions physiques.
- Le concept de la douleur nociceptive et neuropathique : on distingue donc la douleur causée par des lésions nerveuses (neuropathique) et celle causée par une lésion tissulaire (nociceptive).
- Le concept de la douleur centrale : comment le système nerveux central peut amplifier ou maintenir cette douleur.

L'END (=éducation à la neurophysiologie de la douleur) est souvent bien intégré dans le programme global de réhabilitation de la lombalgie, notamment pour personnaliser les interventions et pour évaluer les progrès. Moseley, dans un essai contrôlé randomisé indique que l'éducation apporte des bénéfices plus importants quand elle est effectuée en association avec la thérapie fonctionnelle cognitive plutôt que seule.

La transmission au patient des connaissances sur la NPD (=neurophysiologie de la douleur) doit être adaptée à sa compréhension, elle doit être complète, simple, ludique, sans contraindre le patient en termes de temps et de complexité comme par exemple lorsqu'il lit une brochure.

Ces interventions éducatives sont souvent dispensées par un kinésithérapeute entraîné et expérimenté.

Pour exemple, nous avons ici les résultats d'une étude datant de 2018 sur l'éducation à la neurophysiologie de la douleur chez le patient chronique parue dans la revue de kinésithérapie (27).

L'objectif ici était d'observer les réponses concernant la pertinence d'une éducation à la neurophysiologie de la douleur sur l'intensité de la douleur et le retentissement des douleurs lombaires dans les activités de la vie quotidiennes dans le cadre d'une population ayant une lombalgie chronique.

Les patients ont répondu à un questionnaire dit de Dallas, il est conçu pour mesurer la qualité de vie et les limitations fonctionnelles des patients lombalgiques, il permet d'évaluer leurs réactions émotionnelles et leur comportement en réaction à la douleur. Cet outil permet de mieux comprendre comment la douleur affecte les capacités physiques mais aussi son état psychologique et social.

Ce questionnaire inclue des questions sur la fréquence et l'intensité de la douleur, sur les limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes en prenant en compte l'aspect émotionnel, il essaie aussi de déterminer la perception du patient sur son fonctionnement physique global et sa qualité de vie.

En observant les différentes réponses, avec une approche statistique, on peut obtenir une évaluation globale de l'impact de la lombalgie sur la vie du patient et ainsi orienter les interventions et le traitement

On distingue ici deux groupes : le groupe contrôle qui bénéficie d'une session d'école du dos avec éducation habituelle et le groupe expérimentale qui bénéficie d'une END en plus de la session d'école du dos.

Patients	Dallas 1 (%)		Dallas 2 (%)		Dallas 3 (%)		Dallas 4 (%)	
	Initial	Final	Initial	Final	Initial	Final	Initial	Final
GC								
1	60	57	70	75	55	15	50	20
2	54	30	70	65	5	10	25	25
3	69	69	40	55	85	80	75	75
4	78	78	95	100	80	80	95	60
Moyennes	65,25	58,5	68,75	73,75	56,25	46,25	61,25	45,0
GE								
5	72	39	85	50	35	15	50	65
6	51	54	75	60	10	10	40	20
7	78	51	75	70	50	35	60	20
8	84	33	65	70	45	10	25	20
Moyennes	71,25	44,25	75,0	62,5	35,0	17,5	43,75	31,25

Dallas 1 : répercussions de la douleur sur les activités quotidiennes ; Dallas 2 : répercussions de la douleur sur le rapport activités professionnelles/loisirs ; Dallas 3 : répercussions de la douleur sur le rapport anxiété/dépression ; Dallas 4 : répercussions de la douleur sur la sociabilité.

Figure 6 – Questionnaire de Dallas à J0 et J21 – Groupe contrôle (GC) et expérimental (GE)

Patients	Dallas 1 (%)		Dallas 2 (%)		Dallas 3 (%)		Dallas 4 (%)	
	Initial	Final	Initial	Final	Initial	Final	Initial	Final
GC								
1	60	60	70	75	55	15	50	50
2	54	58	70	72	5	15	25	32
3	69	75	40	40	85	88	75	80
4	78	80	95	90	80	83	95	90
Moyennes	65,25	68,25	68,75	69,25	56,25	50,25	61,25	63,0
GE								
5	72	70	85	80	35	15	50	45
6	51	50	75	75	10	10	40	35
7	78	75	75	70	50	40	60	40
8	84	80	65	65	45	45	25	20
Moyennes	71,25	68,75	75,0	72,5	35,0	27,5	43,75	35,0

Dallas 1 : répercussions de la douleur sur les activités quotidiennes ; Dallas 2 : répercussions de la douleur sur le rapport activités professionnelles/loisirs ; Dallas 3 : répercussions de la douleur sur le rapport anxiété/dépression ; Dallas 4 : répercussions de la douleur sur la sociabilité.

Figure 7 – Questionnaire de Dallas de j0 et J90 - groupes contrôle (GC) et expérimental (GE)

Dans ce questionnaire, plus le score est élevé, plus l'impact et les répercussions sont majeurs pour les patients.

On observe ici une diminution moyenne du score de Dallas de 6,75% dans le GC comparé à une diminution plus importante de l'ordre de 27% dans le GE concernant les répercussions de la douleur sur les activités quotidiennes.

Les résultats des Dallas 2,3 et 4 tendent vers les mêmes interprétations, dans les résultats des deux tableaux, que ce soit à court ou long terme, nous avons une diminution de la douleur ressentie plus importante après les séances d'éducatons.

Leurs conclusions aboutissent à une relative efficacité de l'éducation à la NPD, il serait cependant nécessaire de réaliser cette étude à plus grande échelle afin de démontrer une véritable efficacité applicable dans la pratique clinique.

Selon la revue Cochrane, aucune intervention éducative n'est supérieure à une autre dans le management des patients lombalgiques chroniques (28), cependant l'END peut offrir aux patients une meilleure compréhension de la douleur et permet de développer des stratégies efficaces pour la gérer, cela contribue à une approche plus holistique et informée de la gestion de la lombalgie.

6.1.2.2 Interventions psychologiques type TCC

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont recommandées par la HAS, uniquement si je cite : « dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés par un professionnel ou une équipe formée aux TCC de la douleur ».

Selon une étude publiée en 2016 (29), réalisée au CHU d'Angers sur l'évaluation de l'efficacité d'une thérapie comportementale et cognitive portant sur des patients souffrant de lombalgies chroniques ; L'amélioration de l'efficacité des TCC supposerait de mieux prendre en compte les facteurs psychologiques impliqués dans la lombalgie chronique afin de proposer un programme de soins dont l'objectif sera à la fois de modifier les différentes facettes de la souffrance et le traitement de la douleur.

Le sujet de cette étude consistait donc à élaborer et évaluer un programme de TCC de groupe en cinq séances auprès de patients souffrant de douleurs chroniques. Lors de chaque séance, l'accent était mis sur un facteur ou un processus psychologique de maintien de la douleur chronique (dépression, anxiété, croyances).

Il y avait deux temps d'évaluation : T0 et T1. Les résultats obtenus avant la prise en charge (T0) et après la prise en charge (T1) pour les patients ont été comparé aux résultats d'un groupe témoin (T0xT1). Les résultats concluent en la production d'effets significatifs sur le retentissement fonctionnel de la douleur et les facteurs psychologiques en comparaison au groupe témoin.

Cette étude ouvre des pistes de réflexion concernant l'intérêt d'un soin de psychothérapie spécifique au bénéfice des patients lombalgiques, aux mécanismes qui expliquent le lien entre douleur et facteurs de risque de chronicité.

6.2 MEDICAMENTEUX :

Concernant les traitements médicamenteux, une étude Cochrane (30) réalisée en 2023, indique qu'il n'existe aucune preuve avec une certitude de niveau élevée ou modérée indiquant qu'une intervention pharmacologique produisait un effet important ou moyen sur l'intensité de la douleur dans le cadre de la lombalgie aiguë ou chronique par rapport au placebo.

Pour la lombalgie aiguë, un léger effet est trouvé chez les AINS et les myorelaxants contrairement au paracétamol où il y a une absence de preuve de différence avec le placebo, cependant si on prend en compte les effets indésirables, les AINS et les opioïdes augmentent la survenue d'effets indésirables.

Cette étude conclue sur le fait qu'aucun analgésique n'a démontré son efficacité à moyen ou long terme dans l'évolution d'une poussée aiguë de lombalgie. Cependant, une approche graduelle de la prise en charge antalgique, en débutant par l'utilisation d'antalgiques de palier I peut être mise en place pour gérer les épisodes douloureux.

Nous ne parlerons pas ici volontairement des myorelaxants comme le Miorel (thiocolchicoside) ou le Lumirelax (methocarbamol) qui sont encore largement prescrits de nos jours, même l'ANSM, sur une décision du 17/05/2022 nous informe d'une restriction d'utilisation du Lumirelax dans le cadre où je cite « la réponse aux traitements non médicamenteux et médicamenteux de première intention s'avère insuffisante » (31).

Les données selon la même étude Cochrane démontrent l'absence de différences entre les myorelaxants et le placebo : la balance bénéfice-risque étant même défavorable du côté des décontractants musculaires en raison des nombreux effets indésirables (diarrhées, somnolence, réactions cutanées, fièvre etc.) (32).

Nous allons donc ici rappeler le bon usage des antalgiques prescrits :

6.2.1 Première intention

6.2.1.1 Paracétamol (33) :

- Classe pharmacothérapeutique : autres analgésiques et antipyrétiques anilides
- Indications : Traitement symptomatique des douleurs légères à modérées et/ou de la fièvre.

- Mécanisme d'action : le paracétamol a une action centrale et périphérique
- Contre-indications : hypersensibilité au paracétamol ou à l'un des excipients, insuffisance hépatique sévère
- Posologie : 60mg/kg/jour soit pour un adulte > 50 kg : 1g toutes les 4 à 6h, par précaution ne pas dépasser 3g/jour.
(Notamment chez les adultes de moins de 50kg, en cas de réserves basses ou déficit en glutathion hépatique ou encore en cas de déshydratation)
- Effets indésirables : réactions anaphylactiques, insuffisance hépatique en cas de surdosage,

6.2.1.2 AINS

6.2.1.2.1 Aspirine (34) :

- Classe pharmacothérapeutique : autres analgésiques et antipyrétiques anilides
- Indications : Traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles, traitement symptomatique des rhumatismes inflammatoires.
- Mécanisme d'action : inhibition irréversible des enzymes cyclo-oxygénase impliquées dans la synthèse des prostaglandines, mais aussi inhibition de l'agrégation plaquettaire en bloquant la synthèse plaquettaire du thromboxane A2.
- Contre-indications : Hypersensibilité PA ou à l'un des excipients, grossesse (>6 mois), problèmes gastriques (ulcères, perforation digestive), antécédent d'asthme provoqués par l'administration de salicylés, maladie hémorragique constitutionnelle ou acquise, IH sévère, IR sévère, IC sévère, en association avec le méthotrexate ou avec les anticoagulants oraux.
- Posologie : 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 à 6 prises, soit environ 15mg/kg toutes les 6 heures ou 10mg/kg toutes les 4 heures.
- Effets indésirables : syndromes hémorragiques, réactions anaphylactiques, dyspepsie, hémorragies digestives

6.2.1.2.2 Ibuprofène (35) :

- Classe pharmacothérapeutique : Antiinflammatoire et antirhumatismaux, non stéroïdiens
- Indications : Traitement symptomatique des affections douloureuses d'intensité légère à modérée, dysménorrhées, crise de migraine légère à modérée, avec ou sans aura, traitement des douleurs modérées dans l'arthrose.
- Mécanisme d'action : inhibition de la synthèse des prostaglandines qui lui confèrent des propriétés antalgiques, antipyrétique, anti-inflammatoire, d'inhibition de courte durée des fonctions plaquettaires.
- Contre-indications : Hypersensibilité à la substance active ou un des excipients, grossesse à partir du 6ème mois (=24 semaines d'aménorrhée), antécédents d'asthmes déclenchés par la prise d'AINS ou proches, perforation digestive, ulcère, insuffisance hépatique ou rénale sévère, insuffisance cardiaque sévère, lupus érythémateux disséminé.
- Posologie : chez l'adulte de plus de 15 ans, 1200mg/jour, soit 400mg toutes les 6 à 8 heures de préférence pendant les repas.
- Effets indésirables : les effets indésirables les plus fréquents sont de nature gastro-intestinale comme des ulcères, des perforations ou des hémorragies gastro-intestinales, nausées, vomissements, diarrhées.

6.2.2 Deuxième intention

6.2.2.1 Opioïdes

Ici, nous avons un risque de mésusage considérable du fait de la présence de dérivés morphiniques pouvant avoir un impact négatif sur la santé. Une étude randomisée publiée récemment dans Le Lancet comparant médicaments opioïdes et placebo démontre même l'absence de bénéfice dans la lombalgie ou les douleurs cervicales aiguës (36). Selon une étude de Décembre 2022 (37) concernant le repérage du mésusage des antalgiques opioïdes, le tramadol, la morphine et l'oxycodone sont les principaux médicaments prescrits. Nous allons donc nous intéresser à ces 3 principales molécules.

6.2.2.1.1 Tramadol (38) :

- Classe Pharmacothérapeutique : analgésiques opioïdes

- Indications : traitement des douleurs modérées à intenses
- Mécanisme d'action : analgésique opioïde d'action centrale, agoniste pur des récepteurs morphiniques (principalement μ), inhibition de la recapture de noradrénaline et augmentation de la libération de sérotonine, le tramadol a aussi un effet antitussif contrairement à la morphine.

L'avantage ici étant que le tramadol ne possède pas d'effets dépresseurs respiratoires, la motricité gastro-intestinale est aussi moins impactée comparé à la morphine.

- Contre-indications : hypersensibilité à la substance active, intoxications aiguës par l'alcool ou hypnotiques/analgésiques, chez des patients qui sont ou ont été traités dans les 14 jours par des MAO (, d'épilepsie non contrôlée, et enfin dans le sevrage des toxicomanes.
- Posologie : la dose initiale est généralement de 100mg dans les douleurs aiguës, on pourra renouveler la prise de 50 à 100mg toutes les 4 à 6h.
- Effets indésirables : nausées, asthénie, céphalées, somnolence, vertiges, hyperhidrose, syndromes sérotoninergiques.

6.2.2.1.2 Oxycodone (39)

- Classe Pharmacothérapeutique : analgésiques opioïdes alcaloïdes naturels de l'opium
- Indications : traitement des douleurs sévères qui ne sont pas soulagées par les autres analgésiques.
- Mécanisme d'action : agoniste opioïde pur, similaire qualitativement à celle de la morphine avec un effet analgésique, anxiolytique, antitussif et sédatif.
- Contre-indications : hypersensibilité, BPCO, asthme bronchique sévère, dépression respiratoire sévère, taux élevé de CO₂ dans le sang, cœur pulmonaire chronique, association avec les antagonistes morphiniques, allaitement.
- Posologie : 5mg toutes les 4 à 6h, si la douleur n'est pas contrôlée, on peut augmenter les doses de 25 à 50%.
- Effets indésirables : anxiété, état confusionnel, dépression, diminution de l'appétit, nervosité, cauchemars, somnolence, vertiges, céphalées, dyspnée, prurit, asthénie, pharmacodépendance.

6.2.2.2 Antidépresseurs tricycliques (40)

- Classe Pharmacothérapeutique : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline
- Indications : traitement des états dépressifs majeurs, douleurs neuropathiques de l'adulte
- Mécanisme d'action : inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline qui entraînent une accumulation de neurotransmetteur dans la fente synaptique. Les recherches suggèrent que la douleur est atténuée grâce à l'inhibition des signaux de transmissions descendant dans la moelle épinière.
- Contre-indications : association avec des IMAO, IDM, arythmies, IH sévère
- Effets indésirables : prise de poids, hypotension orthostatique et troubles de la conduction cardiaque, effets anticholinergiques, sédation

6.2.2.3 Gabapentinoïdes (41)

- Classe Pharmacothérapeutique : Antiépileptiques
- Indications : Douleurs neuropathiques, épilepsie, TAG
- Mécanisme d'action : les gabapentinoïdes se lie à la sous unité auxiliaire (protéine $\alpha 2-\delta$) des canaux calciques voltage-dépendants dans le système nerveux central, ce qui réduit la libération calcium dépendante de certains neurotransmetteurs comme le glutamate et la substance P qui entraînent l'inhibition de la transmission nociceptive.
- Contre-indications : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- Posologie : 150 à 600mg par jour pour la pregabaline par exemple répartie en 2 ou 3 prises
- Effets indésirables : augmentation de l'appétit, confusion, irritabilité, insomnie, diminution de la libido, étourdissement, somnolence, vertiges.

6.3 AUTRES :

6.3.1 Infiltration rachidienne

Une infiltration du rachis consiste en l'injection d'un médicament au niveau de la colonne vertébrale, contrairement à la chirurgie, celle-ci est peu invasive et peut aider à soulager directement la douleur.

Elles peuvent aussi bien soulager les douleurs osseuses ou articulaires que musculaires tendineuses, ligamentaires ou même neurologiques.

Dans les années 90, les infiltrations consistaient en l'injection d'une enzyme protéolytique : la chymopapaïne. Elle était directement injectée dans le nucleus pulposus afin de dissoudre les protéoglycanes discaux, cela rendait le nucleus pulposus opaque et permettait d'éviter l'intervention chirurgicale dans près de deux tiers des cas des patients en échec thérapeutiques médicamenteux (42).

L'arrêt de sa commercialisation par le laboratoire Abbott en 1999 causera la fin de cette intervention malgré l'efficacité démontrée et la bonne tolérance de la substance. Cet arrêt fait suite à une mauvaise rentabilité de l'exploitation de la chymopapaïne (43)

Concernant les produits injectés durant ces infiltrations, nous avons les corticoïdes comme la triamcinolone, la méthylprednisolone, la dexaméthasone, la bétaméthasone. Les anesthésiques locaux comme la lidocaïne et enfin les produits de contraste comme le iopamidol (iode) qui sont utilisées de nos jours. L'efficacité des infiltrations par corticoïdes est prouvée (44) mais reste cependant de courte durée, de l'ordre de quelques mois dans le meilleur des cas (45).

Il existe plusieurs types d'infiltrations :

- Épidurales : lorsque la douleur est provoquée par une compression d'un nerf par une structure molle (hernie discale) ou dure (ostéophytes). Cela consiste à injecter un médicament anti-inflammatoire à proximité du nerf comprimé, l'aiguille est alors placée dans l'espace épidural.

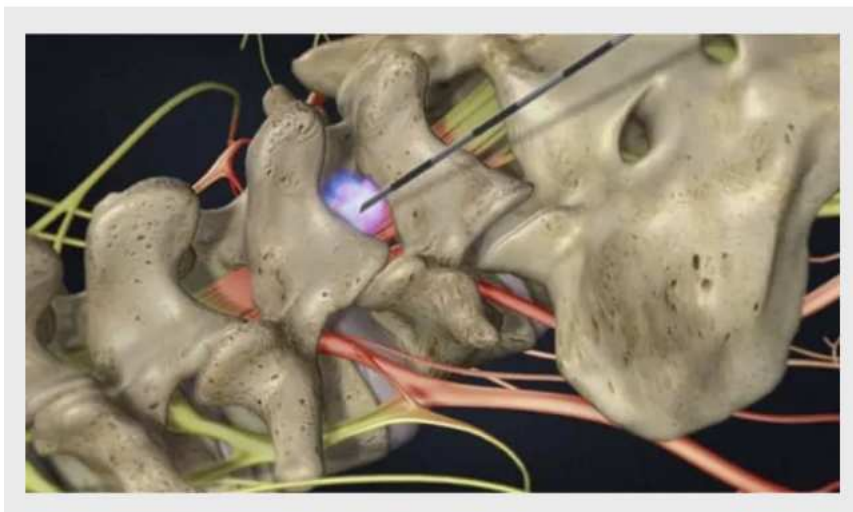


Figure 8 - Infiltration épidurale en L4-L5. Espace francilien du rachis Paris-Versailles (46)

L'infiltration peut être répétée deux à trois fois par an, au-delà la dose totale de produit injecté cumulé sera trop importante pour l'organisme.

Cette infiltration possède un double intérêt, on l'utilise aussi parfois dans un but de diagnostic, si la douleur est soulagée même partiellement, cela prouve que celle-ci vient de la zone infiltrée.

- Foraminales : le foramen correspond à un trou entre deux vertèbres qui permet aux nerfs rachidiens de passer dans le reste de la colonne vertébrale. Ce passage est à la fois composé d'os, d'articulation et de disques, ce qui en fait une zone très sensible et exposée aux douleurs dut à un rétrécissement (arthrose ou hernie).



Figure 9 - Infiltration foraminale L5-S1. Espace francilien du rachis Paris-Versailles (47)

L'infiltration du foramen peut permettre de diminuer la douleur liée à l'inflammation de la racine, cela de manière temporaire. Cette infiltration se fait toujours sous contrôle (scanner ou radio), elle est cependant très controversée du fait de la survenue d'accidents neurologiques plus ou moins graves.

- Articulaire postérieur : les infiltrations sur les massifs articulaires postérieurs sont effectuées dans l'articulation mais aussi autour afin de calmer l'inflammation. Elles sont réalisées de manière très courante

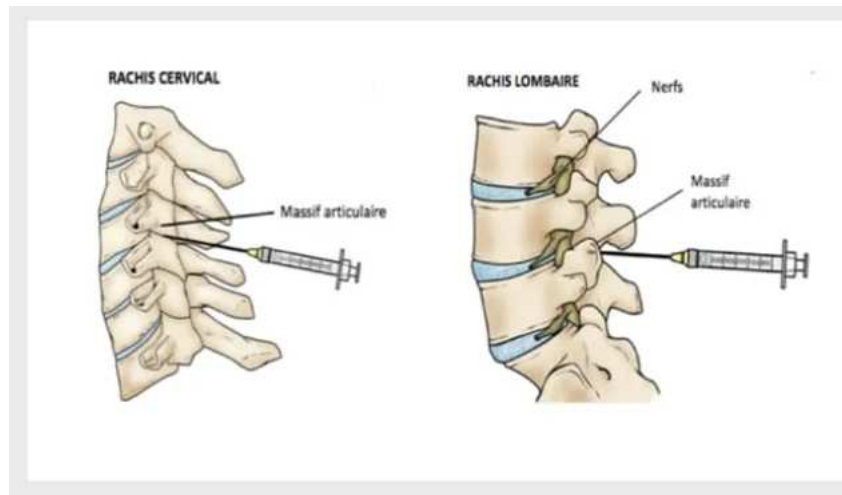


Figure 10 – Infiltration articulaire postérieure. Espace francilien du rachis Paris-Versailles (48)

L'arthrose peut être une cause d'infiltration par l'usure du cartilage qui provoque des frottements entre les vertèbres et donc une cause de lombalgie.

- Intra discale : L'infiltration consiste à injecter le médicament dans le disque intervertébral, toujours sous contrôle (radio ou scanner).

Ces infiltrations sont moins courantes car il faut vérifier l'intégrité du disque, tout en sachant que le risque d'infection même faible, n'est pas négligé, le disque est une zone très peu vascularisée, le système immunitaire aura du mal à combattre l'infection.

6.3.2 Prises en charges envisageables sous conditions / non recommandées :

6.3.2.1 Prises en charge non médicamenteuses

Selon la HAS, les ultrasons et les tractions lombaires ne sont pas recommandées, tout comme les semelles orthopédiques qui ne sont pas indiquées (stade grade B)

Nous ne parlerons pas ici de l'acupuncture, l'acupression et le « dry needling » qui n'ont pas démontré d'efficacité prouvée scientifiquement sur l'évolution de la lombalgie. Tout comme la sophrologie, la relaxation ou encore l'hypnose, même si leurs utilisations peuvent être envisagées dans cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire associée à une prise en charge active du patient (49)

Il est possible d'envisager le port d'une ceinture lombaire ou d'un corset sur une courte période de temps pour aider à la reprise d'activité. Selon une étude réalisée en 2019

(50), sur une quinzaine d'adultes lors de 2 tâches d'équilibre postural (unipodal et semi tandem) sur une plateforme, les patients étaient soit :

- Sans stabilisation
- Avec ceinture lombaire
- Avec contraction du TrA (muscle transverse de l'abdomen) : ceci impliquait l'utilisation d'une ceinture lombaire avec contraction active de ce muscle.

Les résultats de cette étude ont indiqué qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les 3 conditions expérimentales, cependant ils ont trouvé une amélioration clinique de 13% observée avec le port d'une ceinture lombaire.

Les ceintures sont souvent efficaces si elles sont associées à d'autres prises en charge sur la douleur, l'équilibre, les récides et favorisent la récupération fonctionnelle.

On rappelle cependant que le port d'une ceinture lombaire peut affaiblir les structures, diminuer la masse musculaire et augmenter le délai de guérison, on réserve donc son usage aux formes aiguës ou alors dans le cadre d'un travail contraignant (déménagement, conducteur de poids lourds) (51)

6.3.2.2 Prises en charge médicamenteuses

La HAS nous rappelle qu'il n'y a pour l'instant aucune étude qui permet de statuer sur l'intérêt d'un traitement en utilisant des corticoïdes ou le Nefopam (Acupan), de même pour l'utilisation des myorelaxants comme cité précédemment qui ont une balance bénéfice/risque défavorable dans le cadre de la lombalgie.

On rappelle aussi qu'il n'y a aucune indication de traitement par antibiotiques, vitamine D, ni par patch de lidocaïne (VERSATIS) ou encore par anti-TNF alpha.

6.3.2.3 Aspects de prévention secondaire

On recommande aux patients concernés par une lombalgie de pratiquer dans la mesure du possible une activités physique ainsi que des exercices d'auto rééducation afin de diminuer le risque de récide. Ces activités physiques doivent prendre en compte la préférence du patient, elles doivent être adaptées à chacun.

Voici quelques exercices et positions présentées par la CPAM et le CHU de Nantes (52) dans le livret lombalgie qui permettent de mobiliser le dos afin de prévenir et d'empêcher la récide de lombalgie.

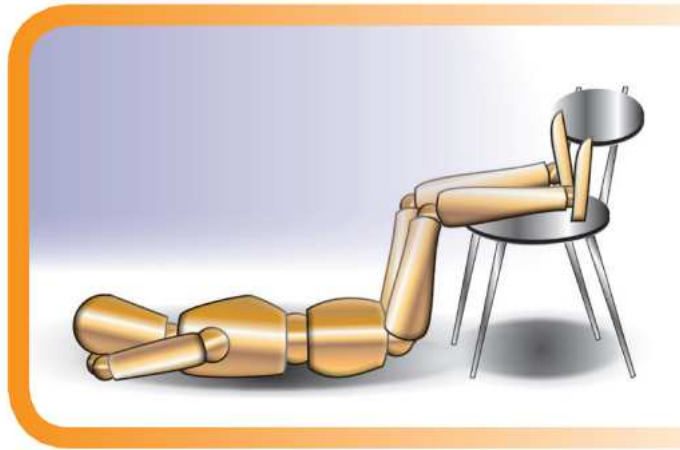


Figure 11 – Exercice de relaxation – CPAM Loire-Atlantique

Le patient doit être étendu sur le sol, les jambes fléchies sur une chaise, les bras croisées derrière la tête

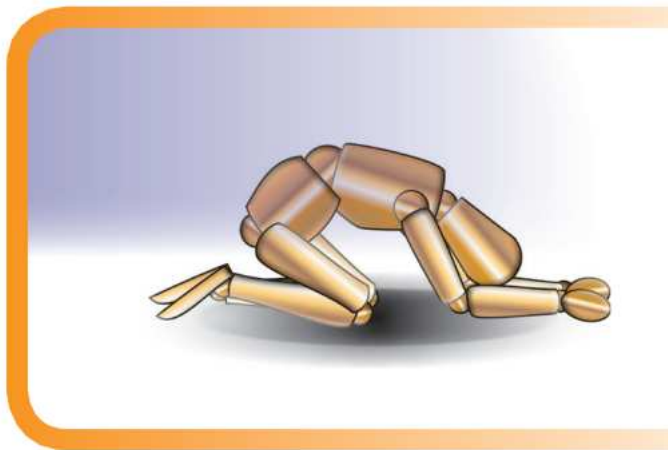


Figure 12 - Exercice d'assouplissement – CPAM Loire-Atlantique

Le patient doit être à genou, le dos rond, front contre le sol et la tête au niveau des coudes

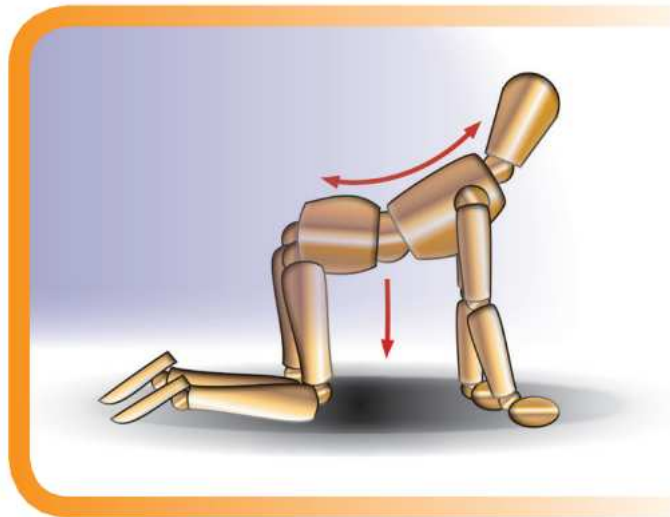


Figure 13 – Exercice d'étirement – CPAM Loire-Atlantique

A quatre pattes, le dos doit être légèrement creusé, la tête relevée afin d'établir un mouvement pour arrondir le dos



Figure 14 - Exercice d'étirement et de renforcement musculaire – CPAM Loire-Atlantique

Sur le sol allongé sur le dos, l'exercice consiste à ramener les genoux vers l'épaule tout en gardant le dos bien au sol, la position doit être tenue 6 secondes en alternant exercice-repos

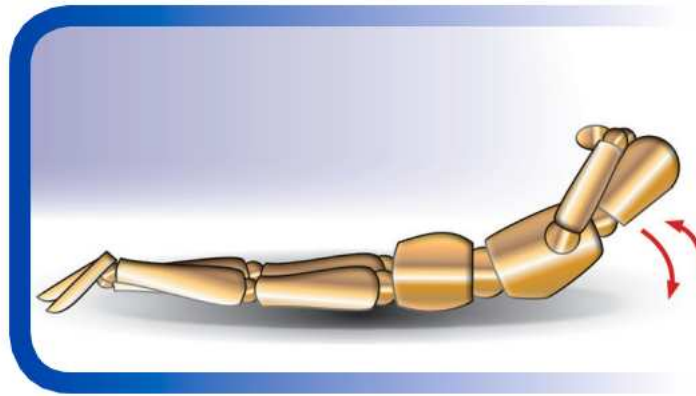


Figure 15 – Exercice de tonification – CPAM Loire-Atlantique

Au sol sur le ventre, le patient doit essayer de décoller au maximum les jambes du sol ainsi que la tête, en essayant de maintenir cette position 6 secondes, toujours en alternant exercice-repos

Par le biais de ces exercices relativement simple, sans matériel et réalisable quotidiennement à son domicile, le patient peut ainsi prévenir la récurrence et favoriser la récupération.

7. PARTIE 4 : PRISE EN CHARGE A L'OFFICINE :

Le pharmacien en tant que professionnel de santé à toute sa place dans la prise en charge d'un patient lombalgique, l'approche doit être à la fois éducative et thérapeutique tout en gardant à l'esprit qu'il faut s'adapter au patient.

Pour cela nous disposons d'outils comme le questionnaire « Start Back Screening Tool » (SBT)

7.1 Questionnaire Start Back Screening Tool

Ce questionnaire a été créé pour aider à identifier les facteurs de risques de chronicité auprès de patients lombalgiques pour mieux leur proposer un traitement adapté à leur niveau de risque (53). Il a été établi sur la base des principaux facteurs pronostiques modifiables connues dans la littérature scientifique (54).

Questions	Pas d'accord (= 0)	D'accord (= 1)
À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s).		
À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l'épaule ou au cou.		
Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos.		
Au cours des 2 dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.		
Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.		
J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.		
Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.		
De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos.		
Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) au cours des 2 dernières semaines ?		
Pas du tout 0	Un peu 0	Modérément 0
		Beaucoup 1
		Extrêmement 1

Figure 16– Questionnaire SBT - Adapted from Bruyere et al. Archives of Public Health 2012 (55)

Il répartit les patients en 3 groupes : ceux ayant un risque faible, moyen ou élevé après avoir répondu aux 9 questions ci-dessus : chaque question recevant 0 ou 1 point selon la réponse.

Nous avons deux possibilités, si le score est inférieur ou égal à 3 : le risque est faible, si le score est supérieur ou égal à 4 nous sommes dans un risque moyen ou élevé. La différence entre ces deux derniers sera calculée par les réponses aux questions 5 à 9 : si le score est inférieur ou égal à 3 : risque modérée, si supérieur ou égal à 4 : risque élevé.

L'utilisation de ce questionnaire comme outil de classification du risque de chronicité pour les patients lombalgiques est préconisée par plusieurs recommandations de bonne pratique (56 57), cependant il a une certaine limite : la capacité prédictive du SBT est moins bonne pour l'intensité de la douleur que pour l'incapacité.

Ce test serait facile à mettre en place à l'officine sur un échange d'une dizaine de minutes avec le patient dans un espace confidentiel, cependant nous pouvons aussi utiliser d'autres outils comme celui donné par la HAS.

7.2 Arbres décisionnel : recherche de signes d'alertes

Comme vu précédemment dans l'introduction, la HAS nous encourage à détecter la présence de drapeaux rouges afin d'évaluer un potentiel risque. Il convient donc de poser plusieurs questions au comptoir en suivant leur arbre décisionnel (58)(Figure 17 et Figure 18)

→ Tout d'abord essayer d'évaluer la situation clinique du patient : question sur la survenue de la douleur, la durée, la nature (localisée, irradiée), sur la possibilité de signes neurologiques, écarter les drapeaux rouges : si suspicion ou doute : urgences

Dans le cas contraire, on suppose une lombalgie commune, on peut donc informer le patient sur la nature bénigne de la lombalgie en l'encourageant à poursuivre normalement ses activités et en l'informant sur la pertinence de l'imagerie dans son cas.

→ Prise en charge en respectant les posologies d'usages selon le patient par médicaments de 1ère intention.

Dans un second temps, évaluation des facteurs de risques de passage à la chronicité si présence de drapeaux jaunes : si oui, l'informer de la possibilité d'aller voir un kinésithérapeute directement.

L'idéal dans ce cas, est que le patient se représente à l'officine afin de faire une réévaluation de ses symptômes d'ici quelques semaines. En attendant, le pharmacien peut fournir quelques règles hygiéno-diététiques simples.

Partie 1. Poussée aiguë de lombalgie

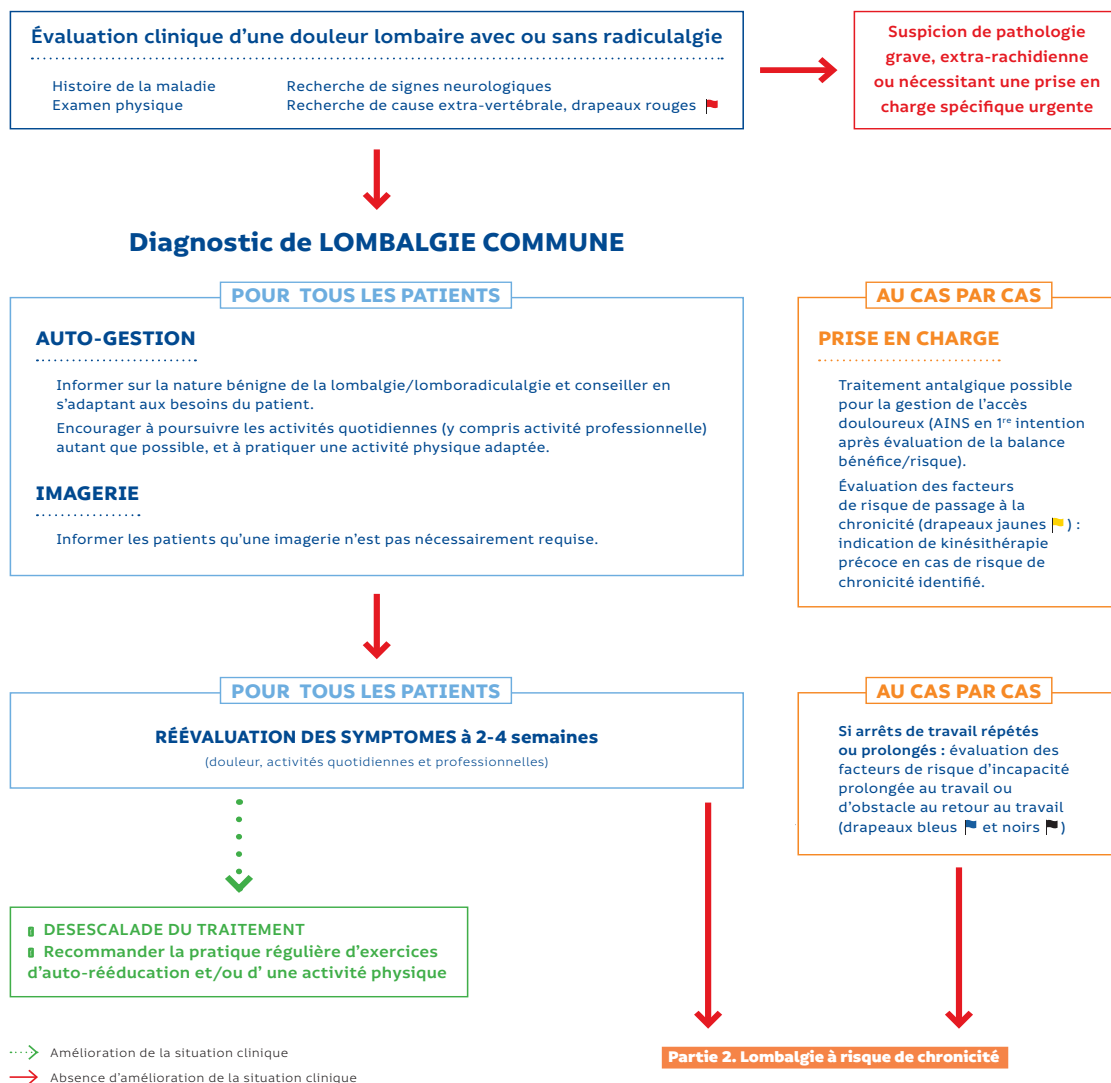
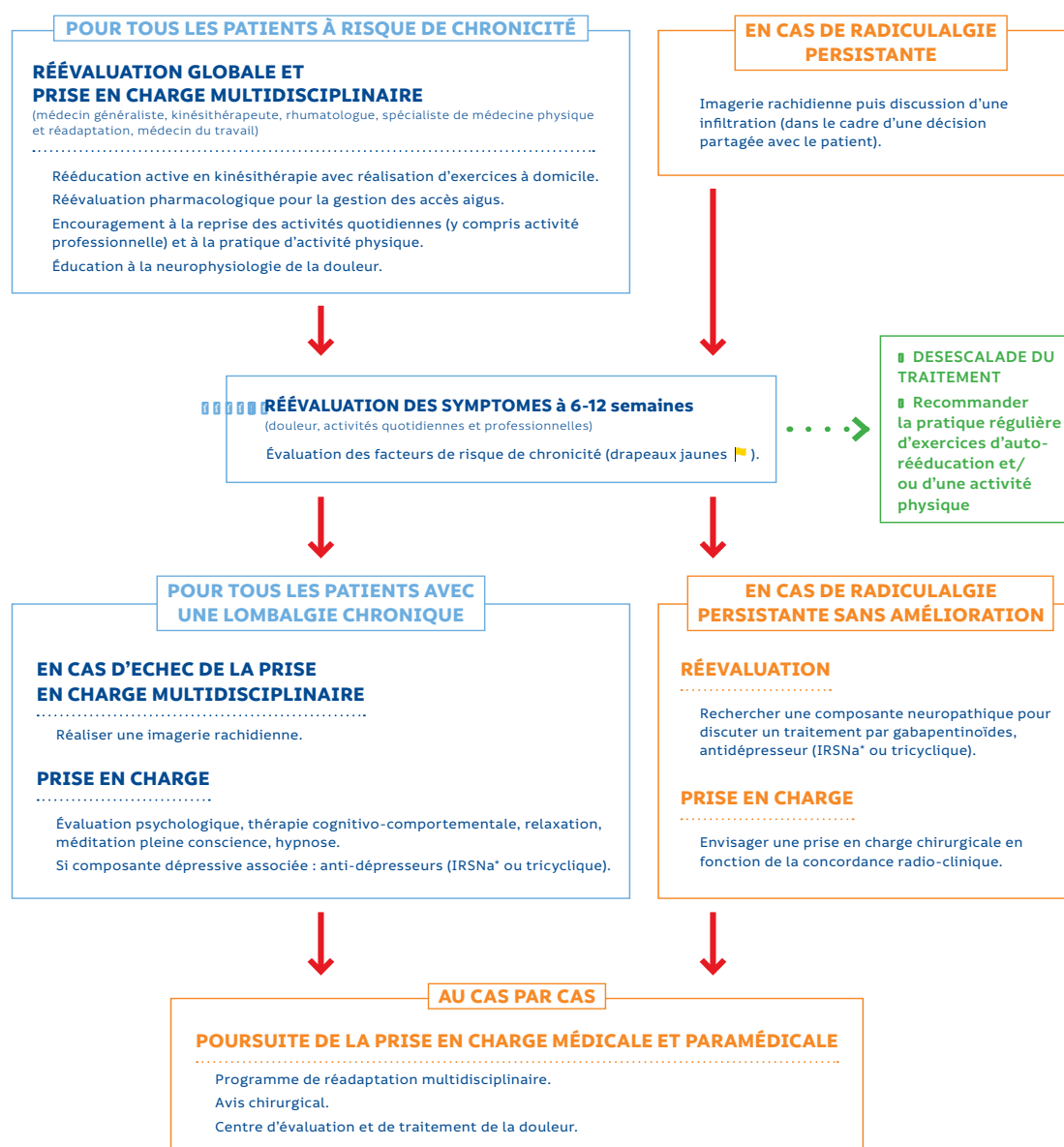


Figure 17 – Arbre décisionnel poussée aiguë de lombalgie – HAS

Partie 2. Lombalgie à risque de chronicité/chronique



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

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



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Figure 18 – Arbre décisionnel lombalgie à risque de chronicité – HAS

7.3 Règles hygiéno-diététiques

Selon la CPAM (59), afin de prévenir les douleurs, il serait donc idéalement nécessaire de faire régulièrement de l'activité physique si possible

L'objectif est de muscler le dos et d'aider à développer des muscles abdominaux solides pour soulager la colonne vertébrale, des exercices simples sans matériel sont faisables à la maison comme vu précédemment.

Rappeler que la plupart des sports sont bénéfiques si on les pratique dans de bonnes conditions, c'est-à-dire : avec un bon échauffement, s'il est adapté aux capacités physiques du patient.

Lors de la pratique de cette activité physique ou dans le cadre du quotidien, évitez de reproduire les mouvements qui ont déclenché la douleur.

→ Alimentation saine et équilibrée, surtout si surpoids

→ Se chausser convenablement

→ Importance de la literie et du sommeil

→ Bonnes positions au quotidien pour éviter le mal de dos : réapprendre à s'asseoir, à ramasser un objet ou porter une charge lourde, bien se positionner devant les écrans etc.

7.4 Aromathérapie

Selon une étude de 2023 (60), les huiles essentielles topiques sont bénéfiques en tant que traitement complémentaire pour réduire la douleur et la raideur dans les TMS. Les huiles essentielles peuvent compléter un traitement pour soulager la lombalgie grâce à leurs vertus antalgiques, anti-inflammatoires et décontractantes. Attention cependant car les huiles ne doivent pas toutes être utilisées pures sur la peau, on peut les mélanger à des huiles végétales par exemple avant de les étaler sur la zone à traiter.

Exemples d'huiles essentielles applicables dans le cadre de la lombalgie (61) :

- Gaulthérie couchée ou odorante : Possède des propriétés anti-inflammatoires et antalgiques puissants. CI en cas de traitements anti coagulants ou maladie liée à une hypocoagulation à cause de sa concentration en salicylate de méthyle.
- Eucalyptus citronné : Anti-inflammatoire apaisant pour les douleurs articulaires et musculaires
- Menthe poivrée : effet froid grâce au menthol, pour soulager la douleur
- HE décontractantes ou chauffantes : gingembre, romarin camphré, lavandin super, copaïba (62).

Ce mélange d'huiles essentielles peut être proposé : 5 gouttes d'HE d'eucalyptus citronné, de lavande vraie, et de gaulthérie dans 10 mL d'huiles végétales comme de

l'arnica par exemple : possibilité de masser la zone lombaire pendant 5 minutes jusqu'à 3 fois par jour.

L'aromathérapie peut contribuer au soulagement naturel des lombalgies, attention cependant à respecter son bon usage afin d'éviter les effets indésirables comme le cite le Dr Françoise Couic-Marinier dans son étude (48).

7.5 Application : Activ' dos

L'assurance maladie a développé une application disponible gratuitement sur smartphone, dédié à prévenir et à soulager les lombalgies (63). Celle-ci dispose de quatre fonctionnalités :

- L'accueil : qui nous permet d'interagir directement avec « l'entraîneur » et qui oriente la personne vers les autres fonctionnalités en répondant préalablement à six questions.
- Exercices : une section préparée par des experts (kinésithérapeutes et médecins) ou des exercices sont proposés selon le niveau de difficulté, en ayant la possibilité d'inclure des notifications et des rappels pour le patient.
- Bibliothèque : une partie pédagogique qui propose d'améliorer ses connaissances sur le dos avec des vidéos et des questionnaires.
- Suivi : cette dernière fonctionnalité permet de suivre la régularité aux exercices et de faire le point sur la situation.

Comme un véritable entraîneur personnalisé, Activ'Dos propose de suivre l'activité physique des patients tout en encourageant à la maintenir et à la développer de manière ludique et interactive. Parler de cette application aux patients qui peut être un outil idéal en prévention mais aussi pour soulager la douleur liée à la lombalgie.

8. **CONCLUSION**

La prise en charge de la lombalgie à l'officine représente un réel enjeu pour les professionnels de santé, en particulier pour les pharmaciens, face au nombre important de patients atteints de cette maladie et à ses conséquences sociales et économiques pour la société en général. Le pharmacien, point d'accès de proximité et privilégié de par son accessibilité, au système de santé, a un rôle clé à jouer dans la prévention, dépistage, le conseil et l'orientation des patients souffrant de lombalgie.

La prise en charge de la lombalgie implique une prise en charge pharmacologique appropriée (antalgiques et anti-inflammatoires) ainsi que des conseils non médicamenteux en expliquant l'importance de l'activité physique, la posture, la relaxation, les exercices d'auto mobilisation ; notamment d'amener le patient à être proactif dans l'autogestion de sa douleur, ainsi que dans la prévention des récives.

Le pharmacien, en tant que professionnel formé et porteur de la relation d'accompagnement, se positionne au cœur de cette prise en charge pour qu'elle soit efficace et personnalisée. Mais aussi pour contribuer à la détection des signes d'alertes présentés au niveau des drapeaux qui doivent inciter à orienter vers une prise en charge médicale spécialisée, solidifiant ainsi son rôle fondamental dans le parcours de soins.

Dans une perspective d'optimisation de la prise en charge, la formation continue des pharmaciens sur les sujets cliniques et éducatifs liés à la lombalgie doit être renforcée ainsi que la coopération interprofessionnelle avec médecins, kinésithérapeutes et autres acteurs de santé.

La prise en charge des douleurs lombaires à l'officine ne peut se limiter à la seule délivrance de médicaments, mais doit prendre place dans un contexte général de soins, d'éducation et de prévention, pour améliorer durablement la qualité de vie du patient et d'accéder à une prise en charge globale.

9. **Bibliographie**

- 1 « Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune », Haute Autorité de Santé, consulté le 17 octobre 2024, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune.
- 2 « Lombalgie. Statistique - Risques - INRS », consulté le 17 décembre 2024, <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>.
- 3 « Lombalgie », World Health Organisation, consulté le 5 octobre 2024, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>.
- 4 « Lombalgie. Statistique - Risques - INRS ». consulté le 20 Décembre 2024 <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
- 5 « Campagne de prévention du mal de dos au travail », consulté le 1 janvier 2025, <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/mal-de-dos-au-travail>.
- 6 « Les missions du pharmacien d'officine », consulté le 14 avril 2025, <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>.
- 7 « Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
- 8 « fm_lombalgie_v2_2.pdf », consulté le 1 mars 2023, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf.
- 9 « Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
- 10 T. Matthew, « Chapitre 16 - Imagerie du rachis lombaire », in Guide d'imagerie médicale pour l'ostéopathe, éd. par T. Matthew (Paris: Elsevier Masson, 2015), 189-201, <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-71587-7.00016-4>.
- 11 « Rachis Schémas : anatomie normale | e-Anatomy », IMAIOS, consulté le 14 avril 2025, <https://www.imaios.com/fr/e-anatomy/rachis-et-moelle/rachis>.
- 12 « Rachis Schémas ». anatomie normale | e-Anatomy », IMAIOS, consulté le 14 avril 2025, <https://www.imaios.com/fr/e-anatomy/rachis-et-moelle/rachis>.

13 « Rachis Schémas ». anatomie normale | e-Anatomy », IMAIOS, consulté le 14 avril 2025, <https://www.imaios.com/fr/e-anatomy/rachis-et-moelle/rachis>.

14 « Dans la lombalgie chronique, huit semaines d'entraînement de stabilisation ont peu d'effet sur la rétro-activation positive des muscles abdominaux », *Kinésithérapie, la Revue* 16, no 180 (1 décembre 2016): 72-73, <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.001>.

15 Lech Dobija et al., « Effet immédiat de l'étirement des muscles ischiojambiers chez les patients présentant une lombalgie chronique », *Kinésithérapie, la Revue, Journées francophones de Kinésithérapie* 2023, 23, no 255 (1 mars 2023): 35-36, <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.12.061>.

16 Matthew, « Chapitre 16 - Imagerie du rachis lombaire ». 2015-01-01 Guide d'imagerie médicale pour l'ostéopathe <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294715877000164>

17 Audrey Petit et Romain Champagne, « Activité physique et réentraînement à l'effort chez les patients lombalgiques », *Revue du Rhumatisme Monographies, Activités physiques en rhumatologie*, 88, no 3 (1 juin 2021): 225-30, <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2020.11.009>.

18 Aidan G Cashin et al., « Pharmacological Treatments for Low Back Pain in Adults: An Overview of Cochrane Reviews », éd. par Cochrane Back and Neck Group et Cochrane Musculoskeletal Group, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, no 4 (4 avril 2023), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013815.pub2>.

19 Nicolas Fournier, « Red flags, yellow flags, questionnaires d'évaluation et place de la kinésithérapie au sein du processus de diagnostic standardisé de la lombalgie non spécifique », *Kinésithérapie, la Revue* 15, no 161 (1 mai 2015): 37-44, <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.084>.

20 E. Coudeyre et al., « TO43 - Peurs et croyances de patients souffrant de lombalgie commune aiguë vis-à-vis de l'activité physique », *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* 5 (1 novembre 2004): 29-30, [https://doi.org/10.1016/S1624-5687\(04\)94587-8](https://doi.org/10.1016/S1624-5687(04)94587-8).

21 Guillaume Christe, « Screening et drapeaux rouges en cas de lombalgie », *Kinésithérapie, la Revue* 25, no 278 (1 février 2025): 37-38, <https://doi.org/10.1016/j.kine.2024.11.007>.

22 Bernard Fouquet, Anaïs Jacquot, et Julien Nardoux, « Rééducation de la lombalgie commune », *Revue du Rhumatisme Monographies, Traitements physiques en rhumatologie*, 84, no 1 (1 février 2017): 29-38, <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2016.11.006>.

23 Fouquet, Jacquot, Nardoux. 2017-02-01 Revue du Rhumatisme Monographies <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878622716300844>

24 C. Hamonet, « Olivier Troisier, un pionnier de la médecine physique », Journal de Réadaptation Médicale: Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation 29, no 1 (1 mars 2009): 35-36, <https://doi.org/10.1016/j.jmr.2009.01.017>.

25 « Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

26 Olivier Daudier et Anthony Demont, « Déploiement en France de l'accès direct à un masseur-kinésithérapeute et barrières et facilitateurs à sa mise en place : résultats préliminaires à partir d'une étude transversale », Kinésithérapie, la Revue, Journées francophones de Kinésithérapie 2023, 23, no 255 (1 mars 2023): 22-23, <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.12.039>.

27 Elodie Mansouri et Laurent Kostur, « Étude préliminaire descriptive sur l'éducation à la neurophysiologie de la douleur chez le patient lombalgique chronique : illustration par une brochure », Kinésithérapie, la Revue 18, no 193 (1 janvier 2018): 10-18, <https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.11.003>.

28 Arno J. Engers et al., « Individual Patient Education for Low Back Pain - Engers, AJ - 2008 | Cochrane Library », consulté le 9 janvier 2025, <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004057.pub3/abstract>.

29 Margaux Le Borgne et al., « Évaluation de l'efficacité d'une thérapie comportementale et cognitive (TCC) de groupe auprès de patients souffrant de lombalgies chroniques liées au travail », Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, Les TCC et le travail, le milieu professionnel, l'entreprise, 26, no 3 (1 septembre 2016): 131-38, <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2016.06.007>.

30 Cashin et al., « Pharmacological Treatments for Low Back Pain in Adults ». Cochrane Database of Systematic Reviews 2023-04-04 Cashin AG, Wand BM, O'Connell NE, Lee H, Rizzo RRN, Bagg MK, O'Hagan E, Maher CG, Furlan AD, van Tulder MW, McAuley JH. Pharmacological treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 4. Art. No.: CD013815. DOI: 10.1002/14651858.CD013815.pub2.

31 « Actualité - Décision du 17/05/2022 modifiant les exonérations à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine », ANSM, consulté le 15 avril 2024, <https://ansm.sante.fr/actualites/decision-du-17-05-2022-modifiant-les->

exonerations-a-la-reglementation-des-substances-veneneuses-destinees-a-la-medecine-humaine.

32 Isis Charpentier, Bénédicte Jullian, et Nicolas Franchitto, « Le repérage du mésusage des antalgiques opioïdes prescrits par les médecins généralistes », *Thérapies* 77, no 6 (1 novembre 2022): 783, <https://doi.org/10.1016/j.therap.2022.10.055>.

33 « DOLIPRANE 1000 mg cp - VIDAL eVIDAL », consulté le 19 janvier 2024, https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/doliprane_1000_mg_cp-19649.html.

34 « ASPEGIC 1000 mg pdre p sol buv en sachet-dose adulte - VIDAL eVIDAL », consulté le 30 avril 2024, https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/aspegic_1000_mg_pdre_p_sol_buv_en_sachet_dose_adulte-1526.html#posologie_et_mode_d_administration.

35 « ADVIL 400 mg cp enr - VIDAL eVIDAL », consulté le 7 mai 2024, https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/advil_400_mg_cp_enr-133746.html#indications.

36 Caitlin M P Jones et al., « Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial », *The Lancet* 402, no 10398 (22 juillet 2023): 304-12, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00404-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00404-X).

37 Charpentier, Jullian, et Franchitto, « Le repérage du mésusage des antalgiques opioïdes prescrits par les médecins généralistes ». *Journal ?*

38 « TRAMADOL ALMUS 50 mg gél - VIDAL eVIDAL », consulté le 21 mai 2024, https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/tramadol_almus_50_mg_gel-202264.html#effets_indesirables.

39 « OXYCODONE ARROW 5 mg gél - VIDAL eVIDAL », consulté le 21 mai 2024, https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/oxycodone_arrow_5_mg_gel-176681.html#indications.

40 « AMITRIPTYLINE SUBSTIPHARM 40 mg/ml sol buv en gte - VIDAL eVIDAL », consulté le 7 janvier 2025, https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/amitriptyline_substipharm_40_mg_ml_sol_buv_en_gte-245781.html#indications.

41 « LYRICA 100 mg gél - VIDAL eVIDAL », consulté le 17 décembre 2024, https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/lyrica_100_mg_gel-69629.html.

42 James W. Simmons et Robert D. Fraser, « The Rise and Fall of Chemonucleolysis », in *Arthroscopic and Endoscopic Spinal Surgery: Text and Atlas*, éd. par Parviz Kambin (Totowa, NJ: Humana Press, 2005), 351-58, <https://doi.org/10.1385/1-59259-904-4:351>.

43 Paul Le Goff et Pierre Bourgeois, « Doit-on accepter de mettre un terme à la pratique de la nucléolyse discale à la chymopapaïne ? », *Revue du Rhumatisme* 69, no 5 (1 mai 2002): 461-63, [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(02\)00321-6](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(02)00321-6).

44 Rafael Zambelli Pinto et al., « Epidural Corticosteroid Injections in the Management of Sciatica », *Annals of Internal Medicine* 157, no 12 (18 décembre 2012): 865-77, <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-12-201212180-00564>.

45 Crystian B. Oliveira et al., « Epidural Corticosteroid Injections for Lumbosacral Radicular Pain - Oliveira, CB - 2020 | Cochrane Library », consulté le 7 janvier 2025, <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013577/full>.

46 « Infiltrations rachidiennes », *Espace Francilien du Rachis*, consulté le 14 avril 2025, <https://rachis.paris/chirurgie-du-rachis/infiltration-dos/>.

47 « Infiltrations rachidiennes ». « Infiltrations rachidiennes », *Espace Francilien du Rachis*, consulté le 14 avril 2025, <https://rachis.paris/chirurgie-du-rachis/infiltration-dos/>.

48 « Infiltrations rachidiennes ». « Infiltrations rachidiennes », *Espace Francilien du Rachis*, consulté le 14 avril 2025, <https://rachis.paris/chirurgie-du-rachis/infiltration-dos/>.

49 « Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

50 Maud Hermans et Jeanne Bertuit, « Les effets des ceintures lombo-pelviennes chez les lombalgiques – Revue systématique », *Kinésithérapie, la Revue* 18, no 196 (1 avril 2018): 11-20, <https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.12.027>.

51 Damien Chevaucher, « Principales pathologies traumatiques, musculosquelettiques et dégénératives rencontrées à l'officine », *Actualités Pharmaceutiques* 62, no 628, Supplément (1 septembre 2023): 8-12, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2023.06.020>.

52 « livret "J'agis sur ma lombalgie!" », CHU de Nantes, consulté le 10 janvier 2025, <https://www.chu-nantes.fr/livret-j-agis-sur-ma-lombalgie>.

53 Guillaume Christe et Stéphane Genevay, « STarT Back Screening Tool (SBT) », *Kinésithérapie, la Revue* 23, no 256 (1 avril 2023): 54-56, <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.12.184>.

54 « A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment », consulté le 9 janvier 2025, <https://doi.org/10.1002/art.23563>.

55 Olivier Bruyère et al., « Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French », *Archives of public health = Archives belges de santé publique* 70 (7 juin 2012): 12, <https://doi.org/10.1186/0778-7367-70-12>.

56 P. Van Wambeke et al., « Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires – Résumé. Good Clinical Practice (GCP) », 2017, <https://orbi.uliege.be/handle/2268/257392>.

57 « NICE: Low back pain and sciatica in over 16s: assessment... - Google Scholar », consulté le 9 janvier 2025, https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Low%20back%20pain%20and%20sciatica%20in%20over%2016s%3A%20assessment%20and%20management&publication_year=2016&author=NICE.

58 « reco315_arbre_decisionnel_cd_2019_03_28vd.pdf », consulté le 10 janvier 2025, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_arbre_decisionnel_cd_2019_03_28vd.pdf.

59 « Prévenir la sciatique », consulté le 10 janvier 2025, <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/sciatique/prevention>.

60 Eszter Bakó et al., « Efficacy of Topical Essential Oils in Musculoskeletal Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials », *Pharmaceuticals (Basel, Switzerland)* 16, no 2 (19 janvier 2023): 144, <https://doi.org/10.3390/ph16020144>.

61 Françoise Couic-Marinier et Annelise Lobstein, « Les huiles essentielles en pratique à l'officine », *Actualités Pharmaceutiques* 52, no 525 (1 avril 2013): 31-33, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2013.02.008>.

62 Béatrice Dosseur-Hauteville, « Soulager les douleurs articulaires avec l'aromathérapie », *Revue du Podologue* 17, no 98 (1 mars 2021): 29-32, <https://doi.org/10.1016/j.revpod.2021.02.009>.

63 « Appli Activ'Dos », consulté le 1 mars 2023, <https://www.ameli.fr/artois/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/application-activ-dos>.

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2024/2025

Nom : GUERRERO

Prénom : Charles

Titre de la thèse : Prise en charge de la lombalgie à l'officine

Mots-clés : lombalgie, médicament, pharmacien, officine

Résumé : La lombalgie est un véritable enjeu de santé publique, ainsi qu'un enjeu socio-économique pour le monde du travail. Cette pathologie que l'on qualifie aussi de maladie du siècle constitue un motif courant de visite à l'officine. Cette thèse s'intéresse à la prise en charge de la lombalgie selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, en mettant l'accent sur le rôle essentiel du pharmacien d'officine dans l'orientation, le conseil et l'éducation du patient en privilégiant une approche non médicamenteuse, la prévention de la chronicité et l'accompagnement personnalisé. On souligne également l'importance d'une communication fluide et structurée entre les différents professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes et pharmaciens notamment) afin d'assurer une prise en charge adaptée et sécurisée du patient lombalgique.

Membres du jury :

Président : Monsieur Nicolas SIMON, Professeur des universités – Praticien Hospitalier – Faculté de Pharmacie de Lille

Assesseur(s) : Monsieur Benjamin BERTIN, Professeur des universités – Faculté de Pharmacie de Lille

Membre(s) extérieur(s) :

Monsieur Simon Royez, pharmacien d'officine à Dainville
Monsieur Benjamin Benezit, kinésithérapeute à Liévin