



Céline Bouton¹, Cyril Bègue²,
Audrey Petit^{3,4}, Natacha Fouquet^{3,5},
Thibaut Py², Jean-François Huez²,
Aline Ramond-Roquin^{2,3,6}

1. Département de médecine générale,
université de Nantes.

2. Département de médecine générale,
université d'Angers.

3. INSERM, U1085, IRSET, équipe ESTER,
Université d'Angers, Angers.

4. Centre de consultation de pathologie
professionnelle du CHU d'Angers, Angers.

5. Santé publique France, Saint-Maurice.

6. Département de médecine de famille
et de médecine d'urgence, Université
de Sherbrooke, Québec, Canada.

celinebouton@yahoo.fr

exercer 2018;139:28-37.

Prendre en charge un patient ayant une lombalgie commune en médecine générale

Managing a patient with low back pain in general practice

INTRODUCTION

Définition et prévalence

La prévalence de la lombalgie commune (**encadré 1**) est très élevée, dans les pays industrialisés comme ailleurs dans le monde^{1,2}. Plus de la moitié des Français âgés de 30 à 54 ans souffrent de lombalgie chaque année³, et près d'une personne sur quatre souffre de lombalgie chaque mois dans le monde⁴.

La lombalgie dans une perspective biopsychosociale

La lombalgie entraîne souvent une incapacité fonctionnelle et peut s'accompagner de difficultés psychosociales (détresse psychologique, détérioration des relations familiales, limitation des activités sociales, incapacité à travailler, diminution de la qualité de vie...).

Ces difficultés s'expriment volontiers lorsque la lombalgie devient chronique, et sont plus fréquentes chez les sujets plus âgés¹. La lombalgie a aussi un impact considérable sur les milieux de travail, et entraîne des coûts majeurs pour la société, directs (consommation de soins) mais surtout indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de productivité...)⁶.

Facteurs de risque et histoire naturelle

La lombalgie commune n'est pas une maladie, mais un symptôme pouvant trouver son origine dans les structures rachidiennes ou périrachidiennes⁶. Son origine est multifactorielle, et le modèle biopsychosocial de la lombalgie reconnaît en particulier le rôle des facteurs sociodémographiques, biomé-

Lombalgie : douleur ou inconfort localisé sous la 12^e vertèbre dorsale et au-dessus du pli interfessier, avec irradiation possible au membre inférieur, mais ne dépassant pas le genou.

Lombalgie commune : lombalgie qui n'est pas secondaire à une pathologie spécifique (infection, tumeur, ostéoporose, fracture, spondylarthrite ankylosante, processus inflammatoire) et qui ne s'accompagne pas de signes de compression nerveuse (syndrome radiculaire ou syndrome de la queue de cheval).

Lombalgie aiguë : lombalgie évoluant depuis moins de 6 semaines.

Lombalgie subaiguë : lombalgie évoluant depuis 6 à 12 semaines.

Lombalgie chronique : lombalgie évoluant depuis plus de 12 semaines.

Le terme de **lombalgie récurrente** pour des épisodes aigus ou subaigus répétés peut être utilisé, mais il n'existe pas de consensus pour définir cette notion en termes de fréquence ou de nombre d'épisodes ; de plus, cette notion ne modifie pas la prise en charge proposée pour les définitions ci-dessus.

Liens d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec le contenu de cet article.

Encadré 1 - Définitions relatives à la lombalgie

D'après Van Tulder, et al.⁵ et Balague, et al.¹

caniques, médicaux, professionnels et psychosociaux dans son évolution⁷. Le pronostic de la lombalgie commune a longtemps été considéré comme très favorable. Cependant, les probabilités d'amélioration se réduisent considérablement lorsque la lombalgie persiste au-delà de 6 semaines⁸, et surtout les récurrences sont très fréquentes¹. Ainsi, après une lombalgie aiguë, une personne sur trois présente encore des symptômes un an plus tard⁹. Il est important de recueillir et de repérer pour chaque patient les problématiques qui lui sont propres, même s'il est parfois difficile de distinguer les facteurs étiologiques des facteurs pronostiques. Les facteurs biomécaniques ont un impact majeur sur la survenue de lombalgie, tandis que les facteurs psychosociaux (en particulier : difficultés psychologiques, croyances et comportements d'évitement, contexte professionnel difficile et faible soutien familial et social) pourraient surtout favoriser leur persistance ou majorer leur impact^{1,10-13}.

La lombalgie commune et le médecin généraliste

Les médecins généralistes (MG) sont, avec les kinésithérapeutes, les professionnels de santé les plus fréquemment consultés par ces patients¹⁴. En France, 7 % des consultations des 18-65 ans auprès du MG concernent une plainte lombalgique¹⁵. Par ailleurs, le MG est susceptible de bien connaître l'environnement familial, social et professionnel de ses patients, et la prise en charge globale et l'approche centrée sur le patient sont deux compétences clés du MG¹⁶. Celui-ci occupe donc une position privilégiée pour prendre en charge les patients lombalgiques dans une perspective biopsychosociale. Pourtant, les MG éprouvent souvent de la frustration, en particulier en cas de lombalgie chronique. Certains rapportent cette frustration aux incertitudes diagnostiques ou à leurs doutes concernant l'efficacité de la prise en charge¹⁷. D'autres évoquent aussi des recommandations parfois inadéquates à la situation individuelle de leurs patients¹⁸.

<ul style="list-style-type: none"> • Premier épisode survenant après l'âge de 50 ans • Traumatisme récent violent • Douleur permanente, d'horaire inflammatoire • Douleur thoracique • Antécédent de tumeur maligne • Corticothérapie prolongée • Toxicomanie intraveineuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Immunosuppression, VIH • Altération de l'état général, perte de poids inexplicable • Ostéoporose • Syndrome neurologique étendu (incluant syndrome de la queue de cheval) • Fièvre inexplicable > 38° C • Persistance sous traitement > 4-6 semaines
--	---

Encadré 2 - Drapeaux rouges : signes d'alerte devant faire suspecter une lombalgie spécifique^{5,21,23,24}

Cet article vise à présenter un état des lieux des données probantes concernant la prise en charge du patient lombalgique en médecine générale, et des propositions complémentaires issues de l'expertise clinique et de travaux de recherche d'un groupe pluridisciplinaire de cliniciens chercheurs essentiellement issus des soins primaires. La littérature concernant la lombalgie commune est extrêmement abondante. Les références utilisées seront préférentiellement issues de travaux conduits en soins primaires, qui sont de plus en plus nombreux. Deux articles de synthèse des recommandations en soins primaires des patients avec lombalgie commune sont particulièrement intéressants pour la prise en charge^{19,20}.

ÉVALUATION MÉDICALE DU PATIENT LOMBALGIQUE

L'évaluation poursuit deux objectifs principaux : confirmer le diagnostic de lombalgie commune et identifier les obstacles potentiels à une évolution favorable.

Confirmer le diagnostic de lombalgie commune

Le diagnostic de lombalgie commune repose principalement sur un interrogatoire et un examen clinique ciblés, retrouvant à des degrés divers douleur lombaire d'horaire mécanique, reproduite à la palpation, contracture

musculaire et raideur à la mobilisation du rachis^{20,21}. Ce diagnostic requiert surtout d'écartier dès que possible les diagnostics suivants :

- **une douleur extrarachidienne** : pathologies rénales, rétropéritonéales, vasculaires, sacrées ou sacro-iliaques, dont la description dépasse l'objet de cet article ;

- **une lombalgie spécifique (ou secondaire ou non dégénérative)** : d'origine infectieuse, tumorale, fracturaire ou inflammatoire. Certains signes cliniques, dits drapeaux rouges (encadré 2), peuvent orienter vers une lombalgie spécifique et devraient être recherchés précocement chez tout patient consultant pour lombalgie.

Toutefois, cette liste de drapeaux rouges ne fait pas consensus, et leur capacité réelle à prédire l'existence d'une lombalgie spécifique est inconnue²⁴. En fait, les lombalgies spécifiques représentent moins de 2 % des lombalgies vues en soins primaires, alors que plus de 80 % des patients dans ce contexte présentent au moins un drapeau rouge²⁵. Des travaux doivent encore être menés, en soins primaires, pour déterminer quels signes cliniques (et combinaisons de signes) devraient être considérés en priorité^{26,27}. Dans l'attente, considérant la gravité potentielle des lombalgies spécifiques, il semble licite de rechercher ces drapeaux rouges (recommandation forte, niveau de preuve modéré), et d'envisager la réalisation d'examen complémentaires et/ou de demander un avis spécialisé en fonction du(es)



diagnostic(s) suspecté(s) (recommandation forte, niveau de preuve faible) ;

- **une lombalgie associée à un syndrome radiculaire** : lombosciatique, lombocruralgie, ou syndrome de la queue de cheval. La présence d'une irradiation douloureuse au membre inférieur, surtout si elle dépasse le genou, ou de troubles sensitivomoteurs sont des signes d'appel devant conduire sans délai à un examen neurologique. Un tableau hyperalgique (douleur résistante aux antalgiques majeurs > 24h) ou paralysant (déficit moteur empêchant de lutter contre la pesanteur) sont une indication à une prise en charge spécifique et urgente²¹. Le rare syndrome de la queue de cheval associe un syndrome rachidien et une atteinte pluriradiculaire. Il doit être suspecté devant tout tableau associant à des degrés divers douleurs radiculaires, troubles sensitivo-moteurs (le plus caractéristique étant l'anesthésie en selle), diminution des réflexes et troubles génito-sphinctériens. Il doit conduire à un avis neurochirurgical en urgence²¹. Dans les autres cas, bien que la présence d'un syndrome radiculaire soit associée à une résolution plus lente de la lombalgie, la prise en charge devrait être similaire à celle d'une lombalgie commune, si ce n'est la surveillance de l'évolution des symptômes et signes neurologiques²⁸. La persistance d'un syndrome radiculaire au-delà de 4 à 6 semaines peut justifier la réalisation d'une IRM et/ou d'un avis chirurgical (recommandation forte, niveau de preuve modéré).

Cette évaluation, parfois qualifiée de « triage », doit être mise en œuvre dès la première consultation, quelle que soit l'ancienneté de la lombalgie. Elle doit se répéter afin de ne pas méconnaître l'apparition secondaire de troubles neurologiques, ou encore une lombalgie spécifique de diagnostic initialement difficile. C'est en particulier le cas des lombalgies inflammatoires telles que la spondylarthrite ankylosante, pour lesquelles la persistance des symptômes constitue un argument diagnostique²².

Le diagnostic de lombalgie commune ne requiert habituellement pas d'investigation complémentaire à la phase aiguë^{5,21,23,28} (recommandation forte, niveau de preuve modéré). La réalisation de radiographies standard et d'une IRM est recommandée en l'absence d'amélioration clinique après 4 à 8 semaines, en cas de retentissement majeur et/ou lorsqu'un traitement invasif (infiltration, chirurgie) est envisagé^{21,23,29} (recommandation forte, niveau de preuve modéré). Elle vise alors à éliminer plus formellement une lombalgie spécifique et/ou guider la réalisation d'un traitement invasif. La corrélation entre le tableau clinique et la présence d'anomalies à l'imagerie étant très faible, les résultats de l'imagerie ne sont pas contributifs pour guider la prise en charge des patients avec lombalgie commune³⁰. Il est donc essentiel d'expliquer au patient le but poursuivi, avant même la réalisation des examens, car des anomalies radiologiques à type de discarthrose notamment sont fréquemment retrouvées, sans effet sur la prise en charge³¹. Enfin, il n'y a pas d'intérêt à répéter ces examens d'imagerie en l'absence d'évolution particulière ou de traitement invasif envisagé²⁹.

IDENTIFICATION DES OBSTACLES POTENTIELS À UNE ÉVOLUTION FAVORABLE

Les facteurs de risque d'évolution défavorable

Un très grand nombre de facteurs cliniques, biomécaniques et psychosociaux a été associé à l'évolution défavorable d'un épisode de lombalgie (**encadré 3**), que ce soit en termes de durée (évolution chronique) ou, surtout, de retentissement fonctionnel et psychosocial. Les facteurs psychosociaux semblent jouer un rôle prépondérant^{7,10-12,20,21,28,32-36}. En fait, le niveau de douleur et le retentissement physique objectivable à l'examen semblent moins déterminants pour l'évolution de l'épisode que la façon dont le patient vit, interprète et s'adapte à sa situation.

Dans une perspective cognitivo-comportementale, certains auteurs ont par exemple décrit le passage vers la lombalgie chronique invalidante comme un cercle vicieux dans lequel la douleur provoque peur, évitement et catastrophisme, conduisant au déconditionnement physique, lui-même favorisant la persistance des douleurs et de l'incapacité^{37,38}. À l'instar des drapeaux rouges décrits précédemment, les facteurs de risque psychosociaux sont parfois regroupés en drapeaux jaunes (facteurs individuels), bleus (facteurs professionnels) et noirs (facteurs contextuels)³⁹.

Évaluer le risque d'évolution défavorable

De nombreux outils ont été proposés pour évaluer le pronostic d'un patient présentant une lombalgie aiguë^{31,40}. Il est difficile de modéliser à un stade précoce le pronostic pour un individu donné en prenant en compte un nombre limité de facteurs³². Le plus souvent, de multiples facteurs interagissent entre eux et avec l'évolution de la lombalgie, selon une configuration extrêmement variable d'un individu à un autre²⁸. Les questionnaires multidimensionnels, tels l'*Acute Low Back Pain Questionnaire* ou l'*Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire*, qui prennent en compte une grande variété de facteurs de risque, semblent les plus performants pour prédire le pronostic^{20,28,40}. Toutefois, leurs modalités d'utilisation et leur utilité en dehors de protocoles de recherche ne font pas consensus. De plus, il a été montré que l'estimation subjective du pronostic par un professionnel de santé connaissant bien le patient, ou par le patient lui-même, était fortement associée au pronostic, et ce de façon aussi fiable que l'utilisation de questionnaires multidimensionnels^{32,41}. Un pronostic estimé défavorable doit alors agir comme une sonnette d'alarme incitant le praticien à explorer les obstacles potentiels à l'amélioration clinique du patient et intervenir de façon appropriée le cas échéant.

Facteurs cliniques : âge élevé, antécédents de lombalgie, ancienneté de l'épisode, intensité de la douleur, douleur étendue en l'absence de signe neurologique, incapacité élevée, mauvais état de santé général, faible estimation de la qualité de vie.

Facteurs biomécaniques : travail physique (notamment : se pencher régulièrement, conduire des engins, porter des charges lourdes).

Facteurs psychosociaux :

• **individuels :**

– cognitivo-comportementaux : stratégies d'adaptation passives (comportements d'évitement, catastrophisme*...), attribution causale externe**, croyances erronées sur la cause ou les facteurs d'aggravation de la lombalgie, pessimisme quant au pronostic, perception négative de la stratégie thérapeutique proposée ;

– psychologiques ou psychiatriques : détresse psychologique, trouble somatoforme, dépression, trouble de la personnalité (paranoïaque, état limite...);

• **professionnels :** manque de soutien des collègues ou de la hiérarchie, absence de projection de retour au travail, faible satisfaction liée au travail, travail jugé monotone ou hyperexigeant, stress au travail, horaires de travail décalés ;

• **liés à l'entourage :** faible soutien ou isolement social, famille hyperprotectrice ou manque de soutien de la famille ;

• **contextuels :**

– obstacle lié au contexte professionnel : obstacle réglementaire au retour au travail, absence de possibilité d'adaptation du poste de travail, litige avec l'employeur et/ou lié à l'indemnisation de la lombalgie, antécédent d'expérience négative de retour au travail ;

– obstacle lié au système de santé : prise en charge ne favorisant pas le maintien des activités, discours ou modalités de prise en charge discordants entre les professionnels de santé.

* réaction mentale exagérément négative survenant durant un épisode douloureux à l'origine de pensées erronées, de peurs et d'interprétations inadaptées, pouvant majorer les douleurs.

** fait d'attribuer la responsabilité de sa douleur à des facteurs indépendants de sa personne (par ex : le travail, le système de santé...).

Encadré 3 - Facteurs de risque d'évolution défavorable d'un épisode de lombalgie commune

Identifier les potentiels obstacles à une évolution favorable

Cette identification est un élément clé de l'évaluation qui peut orienter la prise en charge²⁸. À cet égard, la période subaiguë semble constituer une étape déterminante pour l'évolution d'un épisode de lombalgie commune et donc un moment pertinent pour l'exploration des obstacles potentiels à l'amélioration clinique^{28,31}. Il s'agit ici essentiellement d'explorer les différents facteurs de risque décrits précédemment, et en particulier les facteurs psychosociaux individuels, professionnels, liés à l'entourage et contextuels (recommandation forte, niveau de preuve modéré). En cohérence avec la compétence de suivi du MG¹⁶, cette exploration doit

être progressive et peut s'appuyer le cas échéant sur la connaissance antérieure du patient par le professionnel, tout en veillant à (ré)interroger l'ensemble des sphères pertinentes. Elle est facilitée par une relation de qualité, une approche globale et centrée sur le patient, respectant notamment l'ouverture du patient à questionner certaines sphères personnelles, voire intimes, de sa vie. Si cette exploration peut être sommaire au début de l'épisode, elle doit s'approfondir à mesure que la lombalgie persiste²⁸. Ceci implique de s'entretenir avec le patient à intervalles réguliers (par ex. toutes les 1 à 2 semaines) lorsque les symptômes persistent, notamment durant les phases aiguë et subaiguë.

PRISE EN CHARGE DU PATIENT PRÉSENTANT UNE LOMBALGIE COMMUNE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Principes généraux de prise en charge à tous les stades

La majorité des épisodes de lombalgie commune récupère spontanément en quelques semaines. Ainsi, 12 semaines après le début d'une lombalgie, 58 % des patients ne présentent plus de douleur et 73 % ont totalement récupéré de leur incapacité⁹. Devant cette évolution naturelle, une grande part de la prise en charge consiste à rassurer le patient et l'informer sur la probable amélioration progressive, mais parfois longue, quelle que soit la prise en charge thérapeutique proposée. Les ressources médicamenteuses sont pauvres, et peu de preuves de leur efficacité existent. Une éducation brève insistant sur l'importance de rester actif est indispensable, le repos au lit est à proscrire (fort niveau de preuve)^{1,20}. Le modèle biomécanique, selon lequel les douleurs résulteraient principalement d'anomalies anatomiques et de contraintes mécaniques, est à éviter au profit d'une approche plus fonctionnelle, moins source de craintes et d'anxiété. Ainsi les activités habituelles, dans les limites autorisées par la douleur, doivent être maintenues, et le patient doit être encouragé à faire des exercices d'intensité progressive : marche, activité physique de tout type (pas de preuve d'une activité plus intéressante qu'une autre). Un retour le plus précoce possible au travail doit être recherché, dès que la douleur et la gêne fonctionnelle du patient le permettent. Les traitements à proposer et à proscrire sont résumés dans les tableaux 1 et 2.

Au-delà du repérage à visée pronostique des facteurs psychosociaux (encadré 3), il est recommandé de prendre en charge ceux qui sont modifiables, et ce dès la phase aiguë/subaiguë en anticipation d'une éventuelle chronicisation²⁰. Il est donc important, au-delà de la prise en compte des symptômes du patient, de lui permettre de s'ex-



Lombalgie aiguë	Lombalgie subaiguë	Lombalgie chronique
<ul style="list-style-type: none"> • Réassurance • Conseil de rester actif • Retour précoce au travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Réassurance • Conseil de rester actif • Retour précoce au travail • Prise en charge des facteurs psychosociaux • Kinésithérapie active • Programmes de rééducation multidisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Réassurance • Conseil de rester actif • Retour précoce au travail • Prise en charge des facteurs psychosociaux • Programmes de rééducation multidisciplinaire • Thérapie cognitivo-comportementale

Tableau 1 - Traitements à proposer (recommandations fortes, niveau de preuve important)

Lombalgie aiguë	Lombalgie subaiguë	Lombalgie chronique
<ul style="list-style-type: none"> • Repos au lit strict • Tractions • Infiltrations de corticoïdes en absence de radiculaire • Corticoïdes oraux ou IM 	<ul style="list-style-type: none"> • Repos au lit strict • Tractions • Infiltrations de corticoïdes en absence de radiculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Repos au lit strict

Tableau 2 - Traitements à proscrire (recommandations fortes, niveau de preuve important)

primer sur les difficultés qu'il pourrait rencontrer dans le cadre familial, relationnel, social, professionnel ou encore psychoaffectif. Les modalités optimales de prise en charge des facteurs psychosociaux restent à déterminer⁴⁴.

Prise en charge non médicamenteuse

Les recommandations actuelles insistent pour que les prises en charge non médicamenteuses soient proposées en première ligne, du fait de leur innocuité, et ce malgré des niveaux de preuve parfois faibles. En France, ces recommandations se confrontent au non-remboursement de certaines d'entre elles.

La kinésithérapie active

Elle est recommandée après quelques semaines d'évolution, dès que la réduction de la douleur initiale le permet. Elle est recommandée en cas de lombalgie chronique, mais son intérêt au très long court est incertain. Il n'y a pas de preuves de la supériorité d'une technique de réadaptation par rapport à une autre, mais dans tous

les cas le kinésithérapeute doit proposer des séquences de mobilisation, du renforcement musculaire ciblé, des assouplissements et des exercices de proprioception^{1,20,42,43}.

Les massages, balnéothérapie, applications de chaleur et ultrasons

Ils peuvent être proposés, mais n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, et ce à aucun stade de la lombalgie^{1,20,42,43}.

Les manipulations vertébrales et les méthodes manuelles

Pratiquées par un praticien formé et en absence de déficit neurologique, elles ont une efficacité antalgique à court terme et peuvent être proposées au stade aigu/subaigu. Elles n'ont pas fait la preuve d'une efficacité dans les douleurs chroniques, mais certains les proposent du fait de leur relative innocuité (accord professionnel)^{1,20,42,43}.

L'acupuncture

Elle n'a fait la preuve que d'une faible efficacité en aigu ou subaigu, mais elle peut être recommandée en phase chronique avec un bon niveau de preuve^{1,20,43}.

Les ceintures lombaires, semelles orthopédiques et la neurostimulation transcutanée

Elles n'ont pas d'intérêt en phase aiguë. Après 4 semaines d'évolution, elles peuvent être utilisées, mais les données actuelles ne permettent pas d'affirmer leur efficacité^{20,42,43}.

Les techniques cognitivo-comportementales

Elles sont recommandées en phase chronique pour aider le patient à reprendre confiance dans la fonction de son dos, et pour lui permettre de se motiver à gérer sa lombalgie et à devenir acteur de sa santé. Elles doivent être accompagnées d'une prise en charge globale adaptée^{1,20,42,43}.

Les traitements multidisciplinaires

En phase subaiguë et chronique, ils incluent une rééducation intensive, souvent en groupe de pairs, ainsi qu'une prise en charge globale. C'est une option, même si les preuves sont faibles et que ces programmes sont peu accessibles en pratique²³. Plus le patient est déconditionné à l'effort plus ces traitements seraient efficaces. Certaines écoles du dos intégrées à l'environnement professionnel ont montré une efficacité modérée, à court et moyen terme sur les patients chroniques^{1,20,42,43}.

Les cures thermales

Elles peuvent être proposées en phase chronique, mais n'ont pas fait la preuve de leur efficacité²⁰.

La chirurgie

Il n'y a pas d'indication chirurgicale en cas de lombalgie commune ; les indications chirurgicales ne concernent que les rares cas de lomboradiculalgies déficitaires ou hyperalgiques et certains cas de lomboradiculalgie invalidante et persistant au-delà de 4 à 6 semaines^{1,20,42}.

Les tractions

Elles sont à proscrire surtout en phases aiguë et subaiguë (fort niveau de preuve)^{20,42,43}.

Prise en charge médicamenteuse Les antalgiques

La prescription d'antalgiques est recommandée même si les preuves de leur efficacité sur la lombalgie sont faibles. En phase aiguë, les antalgiques doivent

avoir pour but de récupérer le plus rapidement possible la fonction. La stratégie de prescription doit tenir compte de leurs effets secondaires, plaçant le paracétamol en première ligne, les AINS en deuxième ligne et les antalgiques de palier 2 et 3 en troisième ligne^{1,20,42,43}. Les données relatives à l'efficacité du paracétamol sont contradictoires⁴⁵, mais sa balance bénéfices/risques reste favorable à sa prescription. Récemment, les recommandations américaines ont proscrit les morphiniques (palier 3) dans la lombalgie du fait des risques d'addiction⁴². Si les morphiniques sont proposés, ils doivent être réservés aux situations ne répondant pas aux traitements de première ligne, être prescrits pour une durée limitée, en privilégiant les spécialités à longue durée d'action et en surveillant précisément leur efficacité antalgique^{20,43}.

Les antidépresseurs

En phase chronique, l'amitriptyline peut avoir un effet positif modéré, mais les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et sont à éviter^{20,42}. Certaines recommandations proposent la duloxétine sur les douleurs chroniques⁴³, mais ce médicament n'a pas l'AMM en France dans cette indication et peut donner de nombreux effets indésirables⁴².

Autres traitements médicamenteux

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité des AINS topiques²⁰.

Les myorelaxants sont parfois proposés dans certaines recommandations malgré le manque de preuve de leur efficacité et les effets secondaires, notamment pour ceux disponibles en France^{1,20,42,43}.

Les corticoïdes oraux et les injections épidurales sont une option lorsque les symptômes persistent, surtout en présence d'une radiculalgie. Ils sont à proscrire en phase aiguë (fort niveau de preuve)²⁰.

Confrontation des recommandations à la pratique clinique

La preuve de l'efficacité des thérapeutiques chez les patients lombalgiques est souvent difficile à établir. De

nombreuses études se fondent sur des critères peu pertinents en regard des objectifs du patient, ou pour lesquels il est difficile de quantifier le niveau d'amélioration cliniquement pertinent. De plus, une prise en charge du patient, incluant une écoute active et la prise en compte de sa souffrance, quelle que soit la thérapeutique proposée par ailleurs, peut contribuer à améliorer son pronostic. Le praticien peut alors privilégier une prise en charge centrée sur le patient^{46,47}, et choisir parmi les différentes options thérapeutiques en fonction de ses représentations, préférences et attentes, dans le cadre d'une décision partagée. Certains traitements, ayant une efficacité non prouvée mais peu d'effets indésirables, peuvent ainsi être proposés : le paracétamol, les AINS topiques, l'application de chaleur, les massages... Pour d'autres traitements à l'efficacité non démontrée, la balance bénéfices/risques est plus défavorable, et leur prescription doit être envisagée uniquement en seconde intention et après une information claire du patient sur les effets secondaires⁴⁸ : myorelaxants (thiocolchicoside avec ses restrictions de prescription, méthocarbamol, méphénésine) ; infiltrations épidurales en subaigu en présence de radiculalgies ; antalgiques de type antidépresseurs ou anticonvulsivants en phase aiguë ou subaiguë.

Réévaluation et coopération

Les patients présentant une évolution défavorable avec persistance des symptômes dans le temps doivent bénéficier d'une réévaluation clinique régulière, éventuellement complétée d'examens radiologiques (voir ci-dessus), pour adapter la prise en charge, explorer les facteurs psychosociaux et ne pas méconnaître une lésion passée inaperçue¹. Il peut être également légitime, en cas de plaintes lombalgiques persistantes, d'adresser les patients à un confrère rhumatologue, chirurgien, rééducateur fonctionnel ou algologue. Ces derniers pourront contribuer à l'évaluation du patient et, parfois, proposer des thérapeutiques complémentaires (par ex. infiltrations,

TENS, chirurgie)²⁰. Il peut aussi s'avérer utile de réitérer les conseils de mobilité, qui peuvent être difficiles à entendre dans une relation médecin généraliste-patient mise à mal par l'échec relatif de la prise en charge proposée jusqu'alors. Le recours au kinésithérapeute peut aussi contribuer à cet objectif. Le psychologue ou le psychiatre et le médecin du travail peuvent également faire partie des professionnels à impliquer dans la prise en charge, en fonction des difficultés rencontrées. Il est alors crucial que les discours des différents acteurs soient convergents⁴⁹.

Prévention des récurrences

La prévention des récurrences de lombalgie passe essentiellement par l'éducation du patient et l'activité physique. Les autres options, telles que l'ostéopathie, sont peu validées. Les ceintures lombaires et les semelles orthopédiques ne sont pas recommandées en prévention des récurrences (fort niveau de preuve).

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES LOMBORADICULALGIES

La prise en charge des patients présentant une lomboradiculalgie (en l'absence de signes de gravité) repose en grande partie sur les mêmes principes que ceux de la lombalgie commune. Elle comporte néanmoins quelques spécificités :

- les douleurs radiculaires peuvent être traitées par des antalgiques à visée neuropathique en privilégiant : amitriptyline, duloxétine, gabapentine et prégabaline⁵⁰ ;

- à partir de la phase subaiguë et après échec d'un traitement médical bien conduit, les infiltrations épidurales de corticoïdes peuvent être proposées chez certains patients. Les effets secondaires de ce geste sont rares^{20,42} ;

- la chirurgie peut être proposée en dernier recours, notamment pour les patients déficitaires ou hyperalgiques non soulagés par les traitements précédents et après avis spécialisé^{1,20,42}.



L'histoire de Gérard (1)

Gérard est âgé de 35 ans ; il vit avec sa compagne et leurs deux filles dans une maison qu'ils rénovent. Il est chauffeur de bus depuis quelques années.

Il présente un nouvel épisode de lombalgie à la suite d'efforts de soulèvement ; depuis 10 ans, c'est le cinquième.

Le médecin lui prescrit des antalgiques et un arrêt de travail de 14 jours.

La lombalgie se réinstalle 2 jours après la reprise. Nouvel arrêt pendant lequel Gérard évite les efforts physiques même peu intenses, et n'accepte que les massages de la part du kinésithérapeute.

La posture du médecin (1)

La récurrence de la lombalgie pour un effort très peu intense amène le praticien à déconseiller les efforts, et comme c'est une récurrence proche, Gérard respecte très (trop) scrupuleusement cette consigne. La plainte persiste, le médecin essaie d'interroger sa vie, mais Gérard n'a pas envie de lui livrer ses difficultés.

Le blocage diminue, mais la douleur est tout le temps présente.

L'histoire de Gérard (2)

Son travail lui plaît. Il aime traverser les quartiers périphériques qu'il connaît, puisqu'il y est né. Les horaires de soirée-nuit lui permettent d'être présent auprès de ses filles dans la journée. Ses relations avec la hiérarchie et ses collègues ne lui posent pas de problème. Son poste de chauffeur est un peu exposé malgré la bonne ergonomie de son siège.

Les relations de Gérard et sa compagne sont tendues depuis longtemps. L'ambiance est devenue telle qu'il dort depuis plusieurs mois sur le canapé usé du salon.

Tout son temps libre est occupé par le chantier de la maison, qui n'avance pas autant qu'il le voudrait à cause de ses douleurs. Il faudrait pourtant lui donner le plus de valeur possible avant de la vendre.

Il sait que la séparation avec sa compagne est inéluctable. Gérard est fatigué, déprimé. Il ne voit pas d'issue à sa situation. Au moins, en arrêt de travail, il peut justifier devant sa compagne son incapacité à remettre en état leur maison.

La posture du médecin (2)

Après quatre semaines d'arrêt de travail, son médecin, toujours attentif à sa douleur et à sa gêne fonctionnelle, lui propose à nouveau de parler de sa situation familiale qu'il sait difficile. Le médecin n'y reconnaît pas d'éléments dépressifs caractérisés, mais lui trouve une humeur triste. Il lui parle de déconditionnement physique, écoute Gérard analyser sa situation, en particulier psychoaffective. Gérard se sent reconnu dans sa souffrance psychique. Il voit son glissement. Il se plaint toujours autant, mais accepte d'aller à la piscine et s'engage dans une kinésithérapie active.

Dix semaines ont passé : Gérard ressent toujours des douleurs, mais son rachis est redevenu souple. Il est d'accord pour reprendre son travail, et en sortant du cabinet de consultation, demande l'adresse d'un « psy », au cas où...

L'histoire de Gérard (3)

Six mois plus tard, Gérard consulte pour un certificat de sport. Il habite maintenant un appartement ; ses deux filles vivent avec lui une semaine sur deux. Il travaille sur des horaires de jour pour être plus disponible pour elles. L'épisode de lombalgie semble oublié.

La posture du médecin (3)

Son médecin ne lui trouve pas de contre-indication à la pratique de la gymnastique. Il s'enquiert de la vie avec ses filles. Il note que la plainte lombalgique a disparu.

LE TRAVAILLEUR LOMBALGIQUE

La lombalgie est particulièrement fréquente dans les populations de travailleurs, touchant près de 30 % des salariés européens⁵¹⁻⁵³. Source d'altérations des capacités de travail et de ruptures des parcours professionnels, elle est devenue la deuxième cause d'invalider avant 45 ans, après les maladies cardiovasculaires^{3,54}. Chez les salariés français, la lombalgie touche particulièrement les hommes employés et agents de service de la fonction publique et les ouvriers des 2 sexes⁵².

En France, les équipes pluridisciplinaires de santé au travail contribuent réglementairement à la prévention du risque rachidien *via* le suivi médical individuel des salariés et *via* des actions collectives sur le milieu de travail. Les recommandations de bonnes pratiques⁵⁶ soulignent l'intérêt d'une information individuelle et collective sur le risque rachidien en milieu de travail, à tous les stades de la prévention. La prévention primaire vise à éviter la survenue de lombalgie, en réduisant les contraintes de la situation de travail *via* des actions sur les conditions de travail et de promotion de la santé. La prévention secondaire vise à limiter le risque de passage à la chronicité, en recherchant chez les travailleurs lombalgiques des facteurs de risque psychosociaux, notamment individuels, de passage à la chronicité. Enfin, la prévention tertiaire vise à favoriser le maintien en emploi des travailleurs lombalgiques chroniques sévères et repose sur le dépistage des facteurs de risque psychosociaux professionnels et contextuels. Par ailleurs, il existe une voie de reconnaissance en maladies professionnelles pour les « affections chroniques du rachis lombaire » liées à l'exposition professionnelle, soit à des vibrations, soit à la manutention de charges lourdes (tableaux 97 et 98 des maladies professionnelles). L'articulation de ces actions autour de l'ensemble des acteurs médico-sociaux concernés et l'implication du travailleur lui-même, notamment *via* la visite de préreprise, constituent des enjeux essentiels⁴⁹.

Encadré 4 - Accompagner le patient lombalgique : changer de posture

La majorité des travailleurs lombalgiques sont pris en charge par le MG, et près de 3 sur 4 patients lombalgiques de moins de 65 ans consultant le MG sont des travailleurs⁵⁷. Pour le MG, l'intérêt de communiquer avec le MT est (au moins) triple : l'informer précocement d'un arrêt de travail (le MT n'est systématiquement informé d'un arrêt qu'après 3 mois), s'informer sur les conditions de travail, et échanger sur la prise en charge : durée de l'arrêt, temps partiel thérapeutique, adaptation de poste, réorientation professionnelle⁵⁸. De tels échanges semblent particulièrement utiles lors d'épisodes récidivants, lorsqu'une lombalgie devient subaiguë et ils devraient se poursuivre lorsque la lombalgie devient chronique. Ces échanges doivent respecter la législation relative au secret médical. Ils peuvent se faire suivant plusieurs modalités, par

exemple *via* un courrier porté au MT par le patient ou *via* un appel téléphonique, de préférence en présence du patient et après s'être mis d'accord sur les éléments pouvant être communiqués. Le MG doit également informer le patient de son droit à demander une visite au MT à tout moment, qu'il soit en arrêt (visite de préreprise) ou non (visite occasionnelle).

La littérature montre que les contacts entre le MG et le MT sont peu fréquents et leur coopération insuffisante⁵⁹. Des problèmes logistiques et d'identification du MT, la méconnaissance des rôles et compétences de chacun ainsi que des représentations négatives – manque d'indépendance des MT notamment – figurent parmi les principaux freins évoqués⁶⁰. Même s'il n'existe actuellement pas de preuve solide de l'efficacité d'un contact systématique avec le MT, ces

échanges sont une condition nécessaire à une bonne coordination des actions et une harmonisation des discours au travailleur.

CONCLUSION

La prise en charge d'un patient présentant une lombalgie commune est illustrative de la prise en charge globale en médecine générale. La place des examens complémentaires est limitée et les preuves de l'efficacité des différentes interventions médicamenteuses et non médicamenteuses sont faibles. Il est donc nécessaire de gérer l'incertitude, d'utiliser le modèle biopsychosocial ainsi que le suivi sur la durée afin de comprendre les déterminants d'une lombalgie persistante et de mieux accompagner le patient. ◆

Résumé

La lombalgie est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Elle entraîne souvent une incapacité fonctionnelle et peut s'accompagner de difficultés psychosociales. Son origine est multifactorielle, et le modèle biopsychosocial de la lombalgie reconnaît en particulier le rôle des facteurs sociodémographiques, biomécaniques, médicaux, professionnels et psychosociaux dans son évolution. Si le pronostic de la lombalgie commune est globalement favorable, les probabilités d'amélioration se réduisent considérablement lorsque la lombalgie persiste au-delà de 6 semaines. L'évaluation médicale poursuit deux objectifs principaux : confirmer le diagnostic de lombalgie commune et identifier les obstacles potentiels à une évolution favorable (facteurs cliniques, biomécaniques et psychosociaux). Le diagnostic de lombalgie commune ne requiert habituellement pas d'investigation complémentaire à la phase aiguë, mais uniquement en l'absence d'amélioration clinique, en cas de retentissement majeur et/ou lorsqu'un traitement invasif est envisagé. Une grande part de la prise en charge consiste à rassurer le patient et l'informer sur la probable amélioration progressive, mais parfois longue. Les ressources médicamenteuses sont pauvres, et peu de preuves de leur efficacité existent. Une éducation brève insistant sur l'importance de rester actif est indispensable, le repos au lit est à proscrire. Un retour le plus précoce possible au travail doit être recherché et peut nécessiter de contacter le médecin du travail. La kinésithérapie active est recommandée après quelques semaines d'évolution, dès que la réduction de la douleur initiale le permet. Les patients présentant une évolution défavorable avec persistance des symptômes dans le temps doivent bénéficier d'une réévaluation clinique régulière incluant l'exploration des facteurs psychosociaux, éventuellement complétée d'examens radiologiques, pour ne pas méconnaître une (rare) lésion passée inaperçue, adapter la prise en charge et accompagner le patient.

→ **Mots-clés** : lombalgie ; risques psychosociaux ; soins de santé primaires.

Summary

Low back pain is a common reason for consultation in general practice. It often leads to functional disability and is sometimes associated with psychosocial difficulties. Its origin is multifactorial and the biopsychosocial model explains how socio-demographic, biomechanical, medical, occupational and psychosocial factors have an important role in its evolution. While the prognosis for low back pain is generally favorable, the likelihood of improvement is considerably reduced when low back pain persists for more than 6 weeks. The medical evaluation has two main objectives: first to confirm the diagnosis of common low back pain and second to identify potential obstacles to favorable evolution (clinical, biomechanical and psychosocial factors). The diagnosis of common low back pain usually does not require further investigation in the acute phase. Diagnostic tests are recommended in the absence of clinical improvement after several weeks, in the case of major repercussions and / or when invasive treatment is considered. A large part of the care consists in reassuring the patient and informing him that spontaneous improvement is likely but may be long. Drug resources are poor and evidence of their effectiveness is scarce. Brief education emphasizing the importance of staying active is essential, bed rest is to be avoided. An early return to work should be sought and may require contact with the occupational physician. Active physiotherapy is recommended after a few weeks of evolution, as soon as reduction of the initial pain allows it. Patients with an unfavorable evolution (persistence of symptoms over time) should benefit from regular clinical reassessment, including the exploration of psychosocial factors, and possibly radiological examinations, in order to diagnose a (rare) specific pathology, to adapt care and to accompany the patient over time.

→ **Keywords**: low back pain; psychosocial risk; primary health care.



Références

1. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet* 2012;379:482-91.
2. Louw QA, Morris LD, Grimmer-Somers K. The prevalence of low back pain in Africa: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* 2007;8:105.
3. Goumelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Ann Readapt Med Phys* 2007;50:640-4.
4. Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012;64:2028-37.
5. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15 (Suppl 2):S169-91.
6. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Lombalgies en milieu professionnel : Quels facteurs de risque et quelle prévention ? Paris : Les éditions Inserm, 2000.
7. Truchon M. Determinants of chronic disability related to low back pain: towards an integrative biopsychosocial model. *Disabil Rehabil* 2001;23:758-67.
8. da C Menezes Costa L, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Herbert RD, Costa LOP. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ* 2012;184:E613-624.
9. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ* 2008;337:a171.
10. Ramond-Roquin A, Bodin J, Serazin C, et al. Biomechanical constraints remain major risk factors for low back pain. Results from a prospective cohort study in French male employees. *Spine J* 2015;15:559-69.
11. Kent PM, Keating JL. Can we predict poor recovery from recent-onset nonspecific low back pain? A systematic review. *Man Ther* 2008;13:12-28.
12. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA* 2010;303:1295-302.
13. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, et al. Symptoms of depression as a prognostic factor for low back pain: a systematic review. *Spine J* 2016;16:105-16.
14. Plénet A, Goumelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Leclerc A. Seeking care for lower back pain in the French population aged from 30 to 69: the results of the 2002-2003 Décennale Santé survey. *Ann Phys Rehabil Med* 2010;53:224-31, 231-8.
15. Pernollet E, Ramond-Roquin A, Fouquet N, Räber C, Huez J-F, Bouton C. La lombalgie chez les adultes consultant en médecine générale : fréquence, caractéristiques sociodémographiques et résultats de consultation associés. *exercer* 2014;25:170-2.
16. Compagnon L, Bail P, Huez J, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;148-55.
17. Chew-Graham C, May C. Chronic low back pain in general practice: the challenge of the consultation. *Fam Pract* 1999;16:46-9.
18. Corbett M, Foster N, Ong BN. GP attitudes and self-reported behaviour in primary care consultations with low back pain. *Fam Pract* 2009;26:359-64.
19. Pillastrini P, Gardenghi I, Bonetti F, et al. Recommandations cliniques pour la prise en charge des lombalgies chroniques communes en médecine de premier recours. *Rev Rhum* 2011;78:557-67.
20. Institute of Health Economics. Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical practice guideline. Alberta : IHE, 2015.
21. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Paris : Anaes, 2000.
22. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chroniques. Paris : Anaes, 2000.
23. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478-91.
24. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *Eur Spine J* 2016;25:2788-802.
25. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum* 2009;60:3072-80.
26. Henschke N, Maher CG, Ostelo RWJG, de Vet HCW, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD008686.
27. Williams CM, Henschke N, Maher CG, et al. Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;1:CD008643.
28. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. CLIP : Clinique des Lombalgies Interdisciplinaire en Première ligne. Guide de pratique. Montréal : ASSSM, 2006.
29. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'imagerie dans la lombalgie commune de l'adulte. Paris : Anaes, 1998.
30. Foltz V. Lombalgie commune. Informer et former pour une prise en charge active. *Concours Médical* 2014;136:686.
31. Valat JP, Rozenberg S, Bellaïche L. Lombalgie. Critères cliniques et d'imagerie. *Revue du Rhumatisme monographies* 2010;77:158-66.
32. Ramond A, Bouton C, Richard I, et al. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Fam Pract* 2011;28:12-21.
33. Kendall NA, Linton SJ, Main CJ. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss. Wellington : Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, 1997.
34. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15: s192-300.
35. Koes BW, van Tulder M, Lin C-WC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010;19:2075-94.
36. Polatin PB, Kennedy RK, Gatchel RJ, Lillo E, Mayer TG. Psychiatric illness and chronic low-back pain: the mind and the spine-which goes first? *Spine* 1993;18:66-71.
37. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001;17:52-64.
38. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317-32.
39. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, Group the "Decade of the FW. Early identification and management of psychological risk factors (« Yellow Flags ») in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther* 2011;91:737-53.
40. Cambou M, Bouton C. Les outils d'évaluation du risque de passage à la chronicité chez le patient lombalgique. Utilisation en soins primaires. Thèse de médecine : Université d'Angers, 2010.
41. Jellema P, van der Windt DAWM, van der Horst HE, Stalman WAB, Bouter LM. Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. *Br J Gen Pract* 2007;57:15-22.
42. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. London: NICE, 2016.
43. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017;166:514-30.
44. Ramond-Roquin A, Bouton C, Gobin-Tempereau A-S, et al. Interventions focusing on psychosocial risk factors for patients with non-chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Fam Pract* 2014;31:379-88.
45. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;6:CD012230.
46. Laporte C, Wilmart F. L'approche centrée autour du patient dans la prise en charge du diabète de type 2 en médecine générale. *exercer* 2009;14-5.
47. Stewart A. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-5.
48. Prescrire rédaction. Bilan 2016 des médicaments à écarter : douleur - rhumatologie. *La Revue Prescrire* 2016;36:143.
49. Petit A, Rozenberg S, Fassier JB, Rousseau S, Mairiaux P, Roquelaure Y. Pre-return-to-work medical consultation for low back pain workers. Good practice recommendations based on systematic review and expert consensus. *Ann Phys Rehabil Med* 2015;58:298-304.
50. National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain: the pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. London : NICE, 2013.
51. Burton AK, Balagué F, Cardon G, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain : November 2004. *Eur Spine J* 2006;15 (Suppl 2): S136-168.
52. Punnett L, Prüss-Utün A, Nelson DI, et al. Estimating the global burden of low back pain attributable to combined occupational exposures. *Am J Ind Med* 2005;48:459-69.

53. **European Agency for Safety and Health at Work.** Research on work-related low back disorders. Luxembourg : EASHW 2000.
54. **Dagenais S, Caro J, Haldeman S.** A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J* 2008;8:8-20.
55. **Fouquet N, Ha C, Bodin J, et al.** Surveillance des lombalgies et de leurs facteurs de risque professionnels dans les entreprises des Pays de la Loire. *Bull Epidemiol Hebd* 2010;48-50.
56. **Petit A, Roquelaure Y.** Recommandations de bonnes pratiques pour la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. *Arch Mal Prof Environ* 2014;75:6-33.
57. **Räber C, Ramond A.** Les procédures diagnostiques, thérapeutiques, préventives et administratives réalisées ou prescrites par le médecin généraliste pour les patients de 18 à 65 ans consultant pour lombalgie Résultats originaux issus de l'étude Ecogen. Thèse de médecine : Université d'Angers, 2014.
58. **Verger P, Ménard C, Richard J-B, Demortière G, Beck F.** Collaboration between general practitioners and occupational physicians: a comparison of the results of two national surveys in France. *J Occup Environ Med* 2014;56:209-13.
59. **Anema J, van der Giezen AM, Buijs P, van Mechelen W.** Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occup Environ Med* 2002;59:729-33.
60. **Quélin A, Bègue C.** Relations entre médecins généralistes et médecins du travail; revue systématique de littérature. Thèse de médecine : Université d'Angers, 2016.