



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 404

**Evaluation de la prise en charge des lombalgies et
lombosciatiques par les médecins généralistes de la
région d'Agadir**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 02/11/2023

PAR

Mme Chaima LAMGHARI

Née le 09/12/1996 à Agadir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Lombalgie – Lombosciatique – Recommandations – Haute autorité de la santé – Médecins
généralistes

JURY

Mr. S.AIT BENALI
Professeur de Neurochirurgie

PRESIDENT

Mr. M.MEJJATI
Professeur de Neurochirurgie

RAPPORTEUR

Mme. M.SEBBANI
Professeure de Médecine Communautaire

} JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ }

سورة الأحقاف



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ٣٢

صَدِّقَ قَوْلِ اللَّهِ الْعَظِيمِ



Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

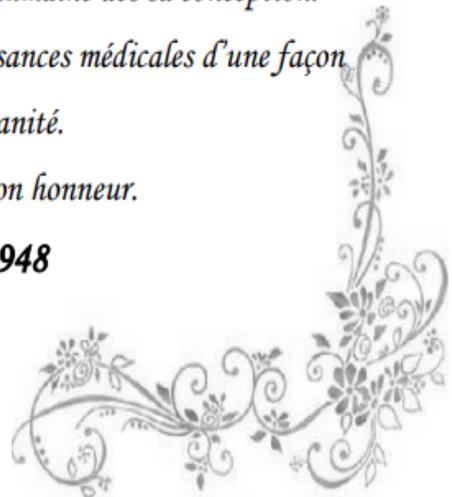
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



**UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyenne à la Recherche et la Coopération

: Pr. Hanane RAISS

Vice doyenne aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Ghizlane DRAISS

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	Pédiatrie	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique
KHATOURI Ali	Cardiologie	BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire
NIAMANE Radouane	Rhumatologie	CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie-générale
KRATI Khadija	Gastro-entérologie	AIT-SAB Imane	Pédiatrie
SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie	ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique
KISSANI Najib	Neurologie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
SARF Ismail	Urologie	DAHAMI Zakaria	Urologie
MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie	EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	ELFIKRI Abdelghani	Radiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
MOUTAJ Redouane	Parasitologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	AIT AMEUR Mustapha	Hématologie biologique
ZOUHAIR Said	Microbiologie	AMINE Mohamed	Epidémiologie clinique
CHAKOUR Mohammed	Hématologie biologique	EL ADIB Ahmed	Anesthésie-réanimation

		Rhassane	
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie
FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique	BOURROUS Monir	Pédiatrie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	ADMOU Brahim	Immunologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	LAOUAD Inass	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie
SORAA Nabila	Microbiologie-virologie	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
JALAL Hicham	Radiologie	AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie
OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie	ZYANI Mohammad	Médecine interne
ZAHLANE Mouna	Médecine interne	GHOUDALE Omar	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	QACIF Hassan	Médecine interne
NARJIS Youssef	Chirurgie générale	BEN DRISS Laila	Cardiologie
RABBANI Khalid	Chirurgie générale	MOUFID Kamal	Urologie
HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie réanimation
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métabolique	EL BARNI Rachid	Chirurgie générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie	BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie
LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie	ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	BASRAOUI Dounia	Radiologie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	RAIS Hanane	Anatomie Pathologique
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	BELKHOU Ahlam	Rhumatologie
MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	DRAISS Ghizlane	Pédiatrie
LAKMICH Mohamed Amine	Urologie	EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	RADA Nouredine	Pédiatrie
HOCAR Ouafa	Dermatologie	BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
BASSIR Ahlam	Gynécologie obstétrique	ANIBA Khalid	Neurochirurgie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie obstétrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
BENHIMA Mohamed	Traumatologie-orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie

Amine			
HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale	ADALI Imane	Psychiatrie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
ATMANE El Mehdi	Radiologie	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie cytogénétique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie mycologie
OUBAHA Sofia	Physiologie	ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
MARGAD Omar	Traumatologie-orthopédie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
KADDOURI Said	Médecine interne	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	CHRAA Mohamed	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie
FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique	ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique	BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
NADER Youssef	Traumatologie-orthopédie	BAALLAL Hassan	Neurochirurgie
SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation	BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	AKKA Rachid	Gastro-entérologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	BABA Hicham	Chirurgie générale
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MAOUJOUD Omar	Néphrologie

ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation	EL FILALI Oualid	Chirurgie Vasculaire périphérique
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire	HAJJI Fouad	Urologie
SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	JALLAL Hamid	Cardiologie
HAMMOUNE Nabil	Radiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
MESSAOUDI Redouane	Ophthalmologie	BELLASRI Salah	Radiologie
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	DAMI Abdallah	Médecine Légale
LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie	AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
RHARRASSI Issam	Anatomie-patologique	ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie	EL FAKIRI Karima	Pédiatrie
NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique	NASSIH Houda	Pédiatrie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie	BENANTAR Lamia	Neurochirurgie
FENANE Hicham	Chirurgie thoracique	EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale
GEBRATI Lhoucine	Chimie	AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie
FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique	CHETTATI Mariam	Néphrologie
LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale	BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
SAYAGH Sanae	Hématologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation	AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SBAI Asma	Informatique
BELARBI Marouane	Néphrologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	CHEGGOUR Mouna	Biochimie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
WARDA Karima	Microbiologie	ZOUIA Btissam	Radiologie

EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	AZIZI Mounia	Néphrologie
MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques	BENYASS Youssef	Traumato-orthopédie
ROUKHSI Redouane	Radiologie	BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	DOULHOUSNE Hassan	Radiologie
SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
EL-QADIRY Raby	Pédiatrie	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
HAMRI Asma	Chirurgie Générale	ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	AHBALA Tariq	Chirurgie générale
BENZALIM Meriam	Radiologie	LALAOUI Abdessamad	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSAFTI Meryem	Anesthésie-réanimation
LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie-virologie	RACHIDI Hind	Anatomie pathologique
HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie	FIKRI Oussama	Pneumo-phtisiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	EL HAMD AOUI Omar	Toxicologie
SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie	EL HAJJAMI Ayoub	Radiologie
FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale	BOUMEDIANE El Mehdi	Traumato-orthopédie
BENCHAFI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	RAFI Sana	Endocrinologie et maladies métaboliques
SLIOUI Badr	Radiologie	JEBRANE Ilham	Pharmacologie
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKHDAR Youssef	Oto-rhino-laryngologie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LGHABI Majida	Médecine du Travail
YAHYA OUI Hicham	Hématologie	AIT LHAJ El Houssaine	Ophthalmologie
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Chirurgie générale
MOUGUI Ahmed	Rhumatologie	EL MOUHAFID Faisal	Chirurgie générale

LISTE ARRETEE LE 04/10/2023



DEDICACES



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif.

C'est avec amour, respect et gratitude que



✿ Je dédie cette thèse ... ✍



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه حمد خلقك ورضى نفسك وزيادة
عرشك ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك الحمد ولك
الشكر عند الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على نعمتك

*Au bon Dieu, le Tout Puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidée sur le droit chemin.
Je vous dois ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais Inchaallah. Soumission,
louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.*

À Ma chère maman MADAME Zahra Tinirt :

Au fil des années, tu as été ma source infinie d'amour, de soutien et d'inspiration, ma lumière dans l'obscurité. Cette thèse est le reflet de ton amour inconditionnel et de ta croyance en moi. C'est avec une immense gratitude que je la dédie à toi. Chaque mot écrit ici porte la trace de ton encouragement et de ta force. Merci pour tout ce que tu as fait et continues de faire. Je t'aime plus que les mots ne peuvent le dire.

À Mon cher papa Monsieur Mohamed Lamghari :

Grâce à toi, j'ai compris le vrai sens du travail acharné et de la responsabilité. Cette thèse est le fruit des graines que tu as semé en moi. C'est avec une profonde reconnaissance que je la dédie à toi. Merci pour ton soutien constant, tes encouragements infaillibles et ton amour incommensurable. Je suis fière de pouvoir partager ce moment avec toi. Je t'aime du plus profond de mon cœur.

À la mémoire de mes Grands-parents maternels

Dans l'éclat doux de vos souvenirs, je trouve un refuge empreint de chaleur et d'amour. En ces mots, je rends hommage à vos sourires bienveillants et à l'héritage d'amour que vous avez inscrit dans nos cœurs. Que Dieu, le tout puissant, vous couvre de sa sainte miséricorde et vous accueille dans son éternel paradis. Je vous aime.

À la mémoire de mes Grands-parents paternels

Les moments passés à vos côtés ont été empreints de chaleur et d'amour, des souvenirs qui resteront gravés à jamais dans mon cœur. Votre gentillesse, votre générosité et vos conseils avisés ont enrichi mon existence d'une manière que les mots peinent à exprimer. Avec tout mon amour et ma reconnaissance éternelle.

À Mes Chères Sœurs, Sara et Hajar

Chère Sara, Ma source inépuisable de sagesse, de patience et de guidance depuis mon enfance, à travers ces mots, je veux te rendre hommage pour toutes les fois où tu as été là pour moi, pour chaque conseil sage que tu m'as donné et pour ton amour inconditionnel. Ta présence dans ma vie est un cadeau précieux que je chérirai toujours. Avec tout mon amour.

Chère Hajar, ta gentillesse et ta générosité m'ont montré la beauté de l'empathie et du dévouement envers les autres. Tu as été ma source de réconfort et de soutien moral, et je suis profondément reconnaissante de t'avoir dans ma vie. Cette thèse est également un hommage à notre lien spécial en tant que sœurs. Avec tout mon amour.

À Mon cher frère Ahmed

Au fil du temps, tu es devenu bien plus qu'un frère pour moi; tu as été mon ami le plus proche, et mon plus grand soutien, je suis profondément reconnaissante de t'avoir à mes côtés. Cette thèse symbolise bien plus qu'un accomplissement académique, elle est le fruit de nos discussions inspirantes et de ton soutien inconditionnel. Je dédie ce travail à toi, en reconnaissance de toutes les fois où tu as été ma source d'inspiration.

Merci pour ta présence constante, tes conseils avisés et ton amour inconditionnel. Ce succès est aussi le tien, car tu as contribué à chaque sourire, chaque effort et chaque moment de persévérance.

À Mes trésors précieux, mes neveux et ma nièce adorés :

À Amine, ton intelligence vive et ta curiosité sans fin m'émerveillent chaque jour. Je suis non seulement fière de l'individu intelligent et curieux que tu es devenu, mais aussi de l'homme exceptionnel que tu deviendras.

Sache que je t'aime profondément, bien au-delà des mots que je peux exprimer.

À Anas, ton intelligence et ta vivacité d'esprit sont tout aussi extraordinaires, ta joie contagieuse illumine nos vies d'une manière indescriptible. Chaque rire, chaque étincelle dans tes yeux est une source d'inspiration pour moi. Sache que je t'aime tendrement, d'un amour aussi pur que le tien.

À Farah, même si tu es encore trop petite pour comprendre ces mots, sache que tu es l'avenir, la promesse et la lumière de notre famille. Puisses-tu grandir entourée d'affection et de soutien, et que chaque page de cette thèse te rappelle à quel point tu es aimée et précieuse. Sache que je t'aime de tout mon cœur, d'un amour infini et inconditionnel.

À mes oncles et tantes, cousins et cousines, aux membres de toute la famille Lamghari et Tinirt

Avec une immense gratitude, je dédie ce travail à l'unité, à la force qui caractérisent notre famille. Merci d'avoir éclairé mon chemin avec votre soutien précieux. Cette réussite est autant la vôtre que la mienne. Merci pour votre encouragement infini et votre inspiration constante

Spécial dédicace à Professeur Laïla lahlou

Je tiens à vous adresser un remerciement tout particulier pour votre soutien tout au long de la réalisation de cette thèse. Votre gentillesse, votre disponibilité et votre expertise ont été des atouts précieux dans ce parcours.

Votre présence constante, vos conseils éclairés et votre patience infinie ont été des sources d'inspiration pour moi. Vos encouragements m'ont donné la force de persévérer, et votre expertise a illuminé chaque chapitre de ce travail.

Je suis profondément reconnaissante de vous avoir eu à mes côtés. Votre impact sur mon travail et sur moi en tant qu'individu va bien au-delà des mots que je peux exprimer. Merci pour, votre gentillesse et votre générosité. Avec une gratitude immense

À mes sœurs de cœur Oumáïma et Imane

Vous avez été bien plus que des amies, vous avez été mes confidentes les plus précieuses, mes partenaires de fous rires et mes épaules sur lesquelles pleurer. Chacun de ces huit ans a été marqué par votre présence réconfortante et votre amour inconditionnel. Merci pour chaque sourire partagé, chaque secret gardé, chaque épreuve surmontée ensemble. Votre amitié a illuminé les jours sombres et a multiplié les moments de bonheur. Puissions-nous continuer à tisser ces souvenirs et à cultiver cette amitié pour de nombreuses années encore.

À ma chère Manal et sa famille

Chaque jour en ta compagnie est une bénédiction, et je ne saurais assez te remercier pour la joie et le soutien que tu apportes à ma vie. Ta gentillesse, ta compréhension sont autant d'atouts qui ont rendu notre cohabitation des plus agréables.

Merci d'être bien plus qu'une coloc, mais une amie fidèle avec qui partager les hauts et les bas de la vie. Je suis reconnaissante de chaque instant passé en ta compagnie et j'ai hâte de créer encore plus de souvenirs ensemble.

A mes chères amies Maryam, Neïmah, Fatima Zahra et Hajar

Votre amitié a illuminé mes journées et a ajouté une dimension spéciale à cette période de ma vie. Merci d'avoir été mes complices dans toutes nos aventures, grandes et petites. Les souvenirs que nous avons créés ensemble resteront gravés dans mon cœur. Que notre amitié continue de grandir et de s'épanouir au-delà du passage du temps. Je suis profondément reconnaissante de vous avoir à mes côtés



REMERCIEMENTS



**À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE, PROFESSEUR SAÏD
AIT BENALI**

Je suis profondément honoré par votre présidence du jury de ce travail. Votre acceptation de ce rôle est pour moi un immense privilège. Je tiens à exprimer ici ma plus haute considération et ma profonde reconnaissance envers vous.

**À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE, PROFESSEUR
MOHAMED MEJJATI**

Je vous suis reconnaissante pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de superviser ce travail. Votre disponibilité et votre bienveillance ont été précieuses. J'espère avoir répondu à vos attentes dans l'accomplissement de cette tâche. Je vous adresse l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE, PROFESSEURE MAÏDA
SEBBANI**

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de faire partie de ce jury. C'est un grand honneur pour moi. Veuillez trouver ici, professeur, le témoignage de mon profond respect



LISTE DES ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANAES: L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé

HAS : Haute Autorité de la santé

EVA : Echelle visuelle analogique

IA : Intelligence artificielle

Rx : Radiographie standard

TDM : Tomodensitométrie

IRM : Imagerie par résonance magnétique

ATCDs : Antécédents

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

CTC : corticothérapie

TCC : La thérapie cognitivo-comportementale



Plan



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. Type d'étude	5
II. Lieu de l'étude	5
III. Population cible	6
IV. Echantillonnage	6
V. variables étudiées	6
VI. critere de jugement	7
VII. collecte des données	10
VIII. analyse des données	11
IX. considerations ethiques	11
RESULTATS	12
I. Descriptif de l'échantillon	13
1. Répartition selon le sexe	13
2. Répartition selon le secteur d'exercice	13
3. Répartition selon le milieu d'exercice	14
4. Répartition selon le lieu d'exercice	14
5. Répartition selon la participation régulière aux événements scientifiques	14
6. Répartition selon le suivi des recommandations scientifiques dans la pratique	15
7. Répartition selon l'âge	15
8. Répartition selon le nombre d'année d'exercice	15
II. Descriptif des réponses des cas cliniques	15
III. Descriptif de la concordance	24
IV. Statistiques comparatives	25
1. Item 1 : Évaluation clinique d'une douleur lombaire	25
2. Item 2 : Pertinence de l'imagerie	26
3. Item 3 : Prise en charge médicamenteuse	27
4. Item 4 : Prise en charge non médicamenteuse	28
5. Item 5 : Evaluation du risque vers la chronicité	29
6. Item 6 : Prévention de la désinsertion professionnelle	30
DISUCUSSION	31
I. Analyse des réponses et de la concordance	32
1. Item1 : Évaluation clinique d'une douleur lombaire / recherche des éventuels drapeaux rouges	32
1.1 Cas N° 1	33
1.2 Cas N° 2	33
1.3 Cas N° 3	38
1.4 Concordance sur l'Item 1	40

2. Item2 : Pertinence de l'imagerie	41
2.1 Cas N° 4 :	41
2.2 Concordance sur l'Item 2	42
3. Item 3 : Prise en charge médicamenteuse	43
3.1 Cas N°5: Question 1	44
3.2 Concordance sur l'Item 3	47
4. Item 4 : Prise en charge non médicamenteuse	48
4.1 Cas N°5 : Question 2	49
4.2 Concordance sur l'Item 4	51
5. Item 5: Evolution vers la chronicité	52
5.1 Cas N°5 : Question 3	53
5.2 Concordance sur l'Item 5	54
6. Item 6: Facteurs de désinsertion professionnelle :	55
6.1 Cas N°5: Question 4	56
6.2 Concordance sur l'Item 6	57
II. Analyse des statistiques comparatives	58
CONCLUSION	60
RESUME	62
ANNEXES	68
BIBLIOGRAPHIE	84



INTRODUCTION



Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

Bien qu'il existe une grande variabilité dans la définition de la lombalgie, dans le cadre de cette étude nous avons choisi d'adopter les définitions de la Haute Autorité de Santé (HAS), anciennement appelé ANAES, une entité scientifique indépendante créée en 2004 en France, qui se consacre à la promotion de la qualité dans les domaines sanitaire, social et médico-social.

La lombalgie est définie ainsi par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut également s'accompagner d'une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes. La terminologie "lombalgie commune" est préférée à celle de "lombalgie non-spécifique" pour décrire une douleur lombaire ne présentant pas de signes d'alerte spécifiques. De plus, il est recommandé d'utiliser le terme "poussée aiguë de lombalgie" plutôt que "lombalgie aiguë" afin d'englober les douleurs aiguës, qu'elles surviennent avec ou sans douleur de fond préexistante. En outre, la lombalgie chronique est définie comme une lombalgie persistant pendant plus de trois mois, selon les critères de la Haute Autorité de la Santé. (1)

Les lombalgies communes, en tant que condition clinique complexe et multifactorielle, résulte de l'interaction complexe de divers facteurs. Une étude menée par le CHU de Casablanca en 2022 a identifié des facteurs de risque significatifs associés à un risque accru de lombalgie notamment le travail de force (OR=7,81), les antécédents lombaires (OR=3,38) et l'obésité (OR=2,52) (2). Les recherches mettent en avant le rôle des facteurs génétiques, avec jusqu'à 44% de la prédisposition à la douleur dorsale attribuée à l'hérédité (3). Par ailleurs, des éléments tels que la détresse émotionnelle et le stress ont été identifiés comme des contributeurs potentiels, remettant en question le modèle traditionnel qui attribue exclusivement les lombalgies à des lésions physiques.

La pathologie lombaire constitue l'une des principales causes d'incapacité (4), elle affecte 577 millions de personnes dans le monde. (5) En Afrique, elle représente la principale cause de consultation en rhumatologie, avec une prévalence estimée à 40 %. (6) A l'échelle nationale une étude a été réalisée sur l'aspect épidémiologique des lombalgies à Rabat, et elle a montré une prévalence de lombalgie de 15,32% (7)

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

Les lombalgies engendrent des répercussions socio-économiques majeures, et constituent un problème de santé au travail qui est responsable de la désinsertion professionnelle. Aux États-Unis, elles représentent la condition médicale associée aux coûts globaux les plus élevés.(8) (9)

Face à cette problématique de santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré des recommandations de bonnes pratiques cliniques dans le but de guider les professionnels de la santé à travers les différentes phases du diagnostic et du traitement. En l'absence de référentiels nationaux au Maroc, nous avons choisi de nous appuyer sur ces recommandations.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau de concordance entre les pratiques médicales des médecins généralistes et les recommandations de l'HAS pour la prise en charge des lombalgies. Cette investigation vise à identifier les divergences entre les recommandations de l'HAS et la pratique médicale, ainsi qu'à analyser les facteurs influençant la conformité des praticiens aux recommandations. Cette évaluation permettrait d'optimiser les ressources médicales et d'améliorer la qualité des soins, offrant des perspectives cruciales pour le système de santé.



MATERIELS ET METHODES



I. Type d'étude:

Etude observationnelle descriptive qui a consisté en une enquête auprès des médecins généralistes.

II. Lieu de l'étude:

La région de Souss-Massa couvre une superficie de 53 789 km², représentant 7,6% du territoire national. Cette région compte deux préfectures, Agadir Ida Outanane et Inzegane Ait Melloul, ainsi que quatre provinces, à savoir Chtouka Ait Baha, Taroudant, Tiznit et Tata. Au total, ces divisions administratives regroupent 175 communes, dont 21 communes urbaines et 154 communes rurales.

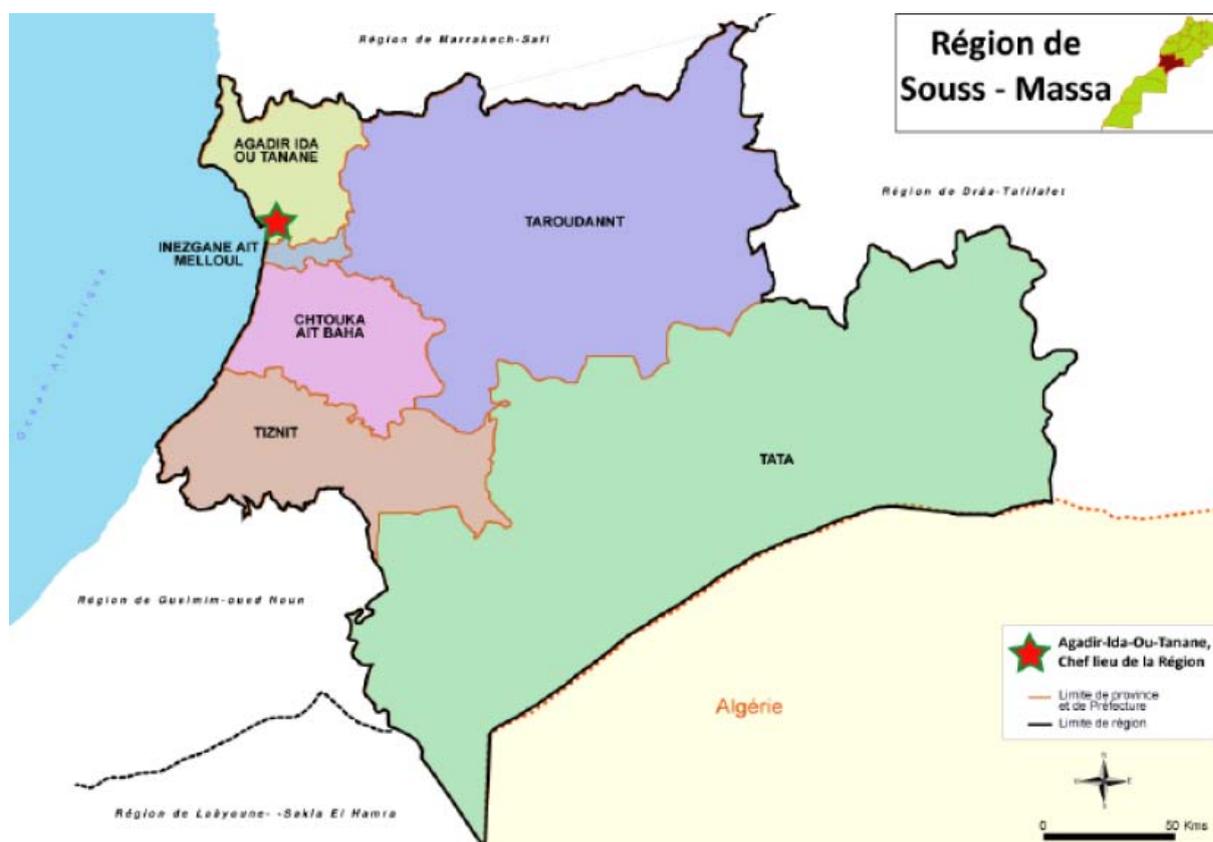


Figure 1 MONOGRAPHIE DE LA RÉGION SOUSS MASSA

III. Population cible:

Notre critère d'inclusion englobait des médecins généralistes exerçants dans la région Souss–Massa, secteurs public et privé confondus.

En 2021, la région de Souss–Massa comptait 283 médecins généralistes dans le secteur privé et 221 dans le secteur public.

IV. Echantillonnage :

1. Calcul de la taille de l'échantillon:

On suppose la variable qualitative conforme aux recommandations qui était de 25% dans l'étude (10) et en fixant un risque alpha de 5% et une précision de 0.07. La taille d'échantillon minimal a recruté était de 147 (11) (12)

2. Le choix des participants:

Le choix a été effectué au hasard sur la base d'une liste des établissements de soins préétablies.

V. VARIABLES ÉTUDIÉES:

Le questionnaire établi est structuré étroitement en parallèle avec les définitions et les recommandations de l'HAS validés le 27 mars 2019.

Nous nous sommes principalement penchés sur l'examen des éléments suivants :

- L'évaluation clinique d'une douleur lombaire.
- La pertinence de l'imagerie.
- La prise en charge médicamenteuse.
- La prise en charge non-médicamenteuse.

- L'évaluation du risque de chronicité.
- Le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle.

VI. CRITERE DE JUGEMENT :

Notre référentiel se base sur les recommandations de l'HAS, visant à améliorer et à harmoniser la prise en charge des patients atteints de lombalgie commune en fournissant des directives aux professionnels de la santé pour les différentes étapes du diagnostic et du traitement.

Ces recommandations se déclinent comme suit :

- *La haute autorité de santé (HAS) recommande que la recherche de signes "drapeaux rouges" qui pourraient signaler la présence d'une pathologie sous-jacente nécessitant un traitement spécifique et/ou immédiat doit être systématiquement effectuée en cas de lombalgie récente, d'aggravation des symptômes ou de l'apparition de nouveaux symptômes.*

Il est important que le professionnel de santé garde à l'esprit cette recherche de signes d'alerte à tous les stades de la lombalgie, y compris lorsqu'une poussée aiguë de douleur lombaire survient chez un patient souffrant déjà de douleur chronique, ou lorsque les symptômes cliniques évoluent.

La spécificité des signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges ») pris isolément est limitée, mais c'est leur combinaison qui devrait éveiller les soupçons quant à une possible pathologie sous-jacente justifiant une prise en charge spécifique. Il est également recommandé de revoir le patient deux à quatre semaines.

Les signes « Drapeaux rouges » mentionnés dans le texte des recommandations de l'HAS

- *Douleur de type non mécanique: douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit*

- *Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval)*
 - *Paresthésie au niveau du pubis*
 - *Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur)*
 - *Perte de poids inexpliquée*
 - *Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile*
 - *Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes*
 - *Déformation structurale importante de la colonne*
 - *Douleur thoracique*
 - *Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans*
 - *Fièvre*
 - *Altération de l'état général*
- *Les recommandations de l'HAS concernant l'imagerie rachidienne visent à fournir des directives précises pour une utilisation appropriée de cet outil diagnostique. Tout d'abord, elles soulignent qu'en l'absence de signaux d'alarme, symbolisés par l'absence de signes "drapeaux rouge", il n'est généralement pas nécessaire de recourir à une imagerie rachidienne lors d'une poussée aiguë de lombalgie. Cependant, il est fortement recommandé d'expliquer au patient pourquoi une imagerie n'est pas nécessaire.*
- D'autre part, dans les cas de lombalgie chronique, persistant au-delà de 3 mois, l'HAS recommande la réalisation d'une imagerie rachidienne, privilégiant l'IRM.*
- Enfin, lorsque des interventions invasives, telles que des infiltrations épidurales ou une chirurgie rachidienne, sont envisagées, une imagerie rachidienne est conseillée, sauf chez les patients présentant une douleur très intense, où il convient de ne pas retarder leur prise en charge.*

Ces recommandations visent à optimiser l'utilisation des ressources médicales tout en assurant une prise en charge efficace et adaptée aux besoins des patients atteints de lombalgies.

- *Selon les recommandations de l'HAS, l'efficacité à moyen terme sur l'évolution d'une poussée aiguë de lombalgie n'a été prouvée par aucun antalgique. Toutefois, une approche antalgique graduelle peut être envisagée, débutant par l'utilisation d'antalgiques de premier palier pour gérer les épisodes douloureux.*

En première intention, le paracétamol peut s'avérer bénéfique en tant que traitement symptomatique de la douleur. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), quant à eux, peuvent être envisagés après une évaluation minutieuse de la balance bénéfice/risque, et ce, pour la durée la plus brève et à la dose minimale efficace possible.

En deuxième intention, les opioïdes faibles peuvent être envisagés, soit en monothérapie, soit en association avec le paracétamol, à des doses faibles, en cas d'échec ou de contre-indication aux AINS, mais uniquement pour la durée la plus courte possible. Les opioïdes forts doivent être réservés aux cas de lombalgies réfractaires, et leur utilisation doit également être limitée dans le temps. Les antidépresseurs et gabapentinoïdes ne sont pas indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie, mais peuvent être envisagés en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique.

Les myorelaxants présentent une balance bénéfice/risque défavorable dans la lombalgie commune..

- *Pour la prise en charge non médicamenteuse des lombalgies, les lignes directrices de l'HAS recommandent en première intention, la reprise des activités quotidiennes, y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible. Une activités physiques adaptées et une activités sportives sont également recommandées. Ces activités doivent être progressives et fractionnées en fonction des préférences du patient. La kinésithérapie est indiquée, chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.*

En deuxième intention, l'éducation à la neurophysiologie de la douleur est recommandée pour les patients souffrant de lombalgie chronique ou à risque de chronicité. Les techniques et les interventions psychologiques de type TCC (Thérapie Cognitive et Comportementale) sont également possibles, mais elles doivent être intégrées dans un programme de traitement global, supervisé par des professionnels formés aux TCC de la douleur.

En troisième intention, un programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale, et professionnelle est envisageable. Cela s'applique aux patients souffrant de lombalgie ou de douleur radiculaire persistante, en présence de facteurs de risque psychosociaux qui entravent leur rétablissement, ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée. Ce programme doit être adapté en fonction de la situation médicale, psychosociale et professionnelle de chaque patient.

- *L'HAS recommande la recherche précoce des facteurs de risque psychosociaux, également appelés "drapeaux jaunes", dans le cadre de l'évaluation du risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité chez les patients souffrant de lombalgie.*

Cette démarche permet d'adapter la prise en charge en fonction du niveau de risque. Il est essentiel d'identifier rapidement certains éléments tels que les peurs et croyances du patient ainsi que son contexte psychologique et social.

En complément de cette évaluation, l'utilisation de questionnaires composites comme le STarT Back screening tool et la version courte du questionnaire Örebro est recommandée, car ils permettent d'évaluer le risque de chronicité et de mettre en place une prise en charge stratifiée en fonction du risque. Par ailleurs, d'autres questionnaires plus spécifiques, comme le FABQ (évaluant les peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie) ou l'HAD (évaluant le niveau d'anxiété et de dépression), peuvent également être utilisés dans l'évaluation du patient.

Cette approche globale vise à mieux comprendre les facteurs de risque psychosociaux associés à la lombalgie et à offrir un traitement adapté à chaque patient pour prévenir la chronicité.

DRAPEAUX JAUNES

- *Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales*
 - *Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active*
 - *Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.*
 - *Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).*
- *L'HAS recommande l'identification des facteurs de risque liés à une incapacité prolongée au travail et/ou à un retour au travail difficile (c'est-à-dire, les "drapeaux bleus et noirs") en cas de congés maladie répétés ou prolongés (>4 semaines).*

« Drapeaux bleus » : facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur

- *Charge physique élevée de travail*
- *Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail*
- *Manque de capacité à modifier son travail*
- *Manque de soutien social*
- *Pression temporelle ressentie*
- *Absence de satisfaction au travail*
- *Stress au travail*

- *Faible espoir de reprise du travail*
- *Peur de la rechute*

« Drapeaux noirs » : facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance

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

VII. COLLECTE DES DONNÉES:

1. Elaboration du questionnaire

La première partie du questionnaire vise à recueillir des informations concernant le sexe, Âge, Nombre d'année d'exercice, Secteur d'exercice, Milieu d'exercice, Lieu d'exercice, Assistance aux événements scientifiques et le suivi des recommandations dans la pratique quotidienne.

La seconde partie consiste en des cas cliniques, se rapportant sur les items présents dans les recommandations. Les attitudes des médecins sont évaluées à travers des réponses présentées sous forme de questions à choix multiples.

Par la suite, le questionnaire a été soumis à l'examen critique d'un comité de professeurs, dont les commentaires ont conduit à certaines modifications concernant les cas cliniques.

Dans une étape ultérieure, le questionnaire a été distribué auprès de 10 médecins généralistes, dont les observations sur la structure et la compréhension de certaines questions ont contribué à apporter quelques ajustements. (cf.annexe)

2. Distribution du questionnaire :

La collecte de données s'est déroulée de décembre 2022 à juin 2023. Elle a été réalisée en utilisant des questionnaires électroniques via Google Forms, ainsi qu'en se déplaçant aux cabinets des médecins généralistes et aux hôpitaux de la région Souss-Massa. Cette approche mixte a permis d'engager les médecins dans la collecte des données.

Les questionnaires électroniques ont été envoyés aux participants par le biais d'un lien sécurisé, offrant ainsi une flexibilité dans le temps et facilitant la participation.

En parallèle, des questionnaires en format papier ont été distribués lors des visites aux cabinets et aux hôpitaux, permettant de couvrir les professionnels de santé qui ne pouvaient pas y accéder en ligne.

VIII. ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été analysées sur logiciel JAMOVI.

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages puis comparées par test de Khi2 ou fisher exact selon les conditions d'application de chacun des tests

Les variables quantitatives de distribution gaussiennes ont été décrites en moyenne et écart type puis comparées par test T de student

Les variables quantitatives de distribution non gaussienne ont été décrites en médiane et intervalle interquartile puis comparées par test non paramétrique

Le degré de signification des tests a été fixé à 0.05

IX. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Le processus de collecte de données a été précédé d'une démarche de consentement éclairé, où chaque participant a été pleinement informé des objectifs de l'étude et ils avaient la possibilité de se retirer à tout moment sans aucune pression ni conséquence. Par ailleurs, l'anonymat des participants a été préservé tout au long de la recherche, toutes les données collectées ont été dépersonnalisées. En ce qui concerne la confidentialité, on a veillé à ce que les données recueillies ne soient accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche autorisés.



RESULTATS



I. Descriptif de l'échantillon :

Nous avons envoyé 148 questionnaires, 143 ont été recrutés soit un taux de réponse de 96,6%.

1. Répartition selon le sexe

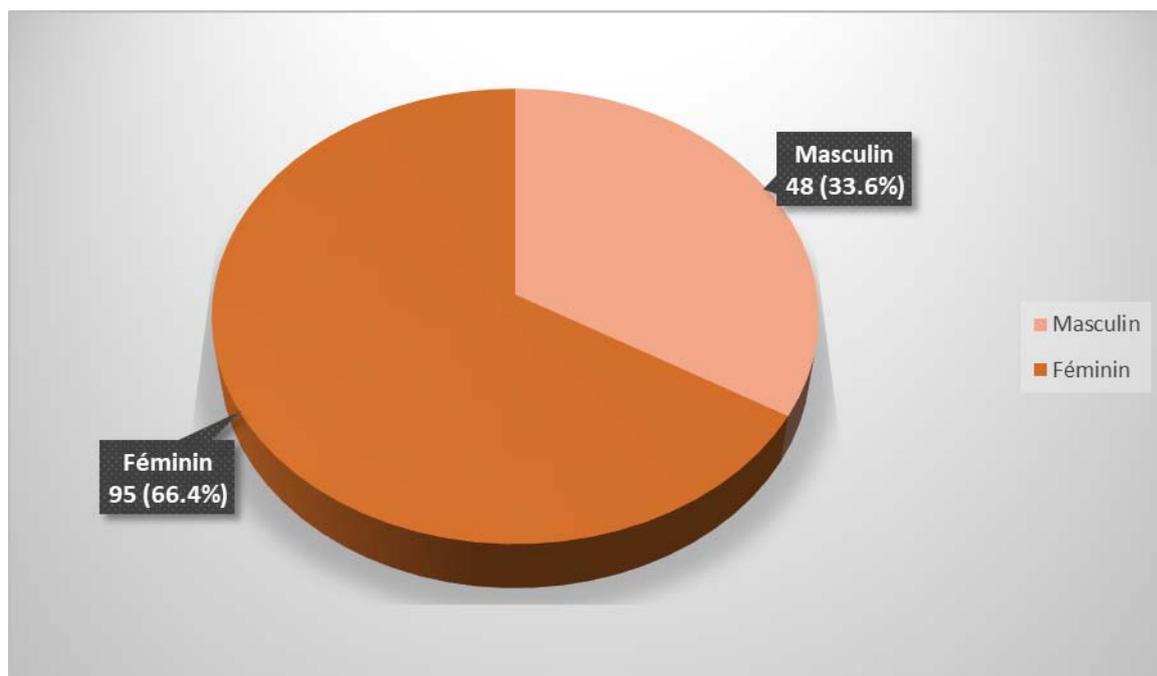


Figure 2 Répartition en nombre et pourcentage selon le sexe

2. Répartition selon le secteur d'exercice :

Tableau I Répartition en nombre et en pourcentage selon le secteur d'exercice

Secteur d'activité	Effectif	Pourcentage
Public	84	58,7%
Privé	59	41,3%

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

Ce tableau présente la répartition des effectifs selon le secteur d'exercice, avec une distinction entre le secteur public et privé :

Il y a un total de 143 médecins inclus dans l'étude. Parmi eux, 84 travaillent dans le secteur public, ce qui représente 58,7% de l'ensemble. Les 59 restantes, soit 41,3%, travaillent dans le secteur privé. Cette répartition suggère une prédominance du secteur public parmi les individus considérés.

3. Répartition selon le milieu d'exercice :

Tableau II Répartition en nombre et en pourcentage selon le milieu d'exercice

milieu d'exercice.	Effectif	Pourcentage
Urbain	115	80,4%
Rural	28	19,6%

Ce tableau indique la répartition des médecins en fonction de leur milieu d'exercice, distinguant entre les milieux urbain et rural :

Sur un total de 143 médecins considérés, la grande majorité, soit 115 médecins (ou 80,4%), exercent dans un environnement urbain. En revanche, 28 médecins (ou 19,6%) pratiquent dans des zones rurales. Cette répartition met en évidence une concentration significative des médecins dans les milieux urbains par rapport aux milieux ruraux.

4. Répartition selon le lieu d'exercice :

Tableau III Répartition en nombre et en pourcentage selon le lieu d'exercice

Lieu d'exercice	Effectif	Pourcentage
Agadir idaoutanane	78	54,5%
Inezgane Ait melloul	32	22,4%
Chtouka ait baha	7	4,9%
Tata	2	1,4%
Taroudant	10	7.0%
Tiznit	14	9,8%

Ce tableau illustre la répartition des médecins en fonction de leur lieu d'exercice, avec une ventilation entre plusieurs zones géographiques :

Agadir Idaoutanane : 78 médecins, représentant 54,5% de l'ensemble.

Inezgane Ait Melloul : 32 médecins, soit 22,4%.

Chtouka Ait Baha : 7 médecins, équivalant à 4,9%.

Tata : 2 médecins, soit 1,4%.

Taroudant : 10 médecins, représentant 7,0%.

Tiznit : 14 médecins, équivalant à 9,8%.

Cette distribution offre une vue détaillée de la répartition géographique des médecins. Agadir Idaoutanane est le lieu d'exercice prédominant, suivi par Inezgane Ait Melloul.

5. Répartition selon la participation régulière aux événements scientifiques :

Tableau IV Répartition en nombre et en pourcentage selon la participation aux événements

la participation aux événements	Effectif	Pourcentage
Oui	104	72,7%
Non	39	27,3%

Ce tableau présente la répartition des médecins en fonction de leur participation régulière aux événements scientifiques :

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

Participation Oui : 104 médecins, représentant 72,7% de l'ensemble.

Participation Non : 39 médecins, équivalant à 27,3%.

Ces chiffres indiquent que la majorité des médecins inclus dans l'étude sont régulièrement impliqués dans des événements scientifiques, ce qui suggère un fort engagement dans le domaine de la recherche ou de la participation à des activités scientifiques professionnelles

6. Répartition selon le suivi des recommandations scientifiques dans la pratique :

Tableau V Répartition en nombre et en pourcentage selon le suivi des recommandations

suivi des recommandations	Effectif	Pourcentage
Oui	129	90,2%
Non	14	9,8%

Ce tableau présente la répartition des médecins en fonction de leur suivi des recommandations scientifiques dans leur pratique :

Suivi des recommandations Oui : 129 médecins, représentant 90,2% de l'ensemble.

Suivi des recommandations Non : 14 médecins, équivalant à 9,8%.

Ces chiffres suggèrent qu'une grande majorité des médecins inclus dans l'étude sont enclins à suivre les recommandations scientifiques dans leur pratique professionnelle. Cela peut indiquer un engagement envers les pratiques basées sur des preuves et une adhésion aux normes établies dans leur domaine médical.

7. Répartition selon l'âge :

Tableau VI Répartition selon l'âge

	Âge
Moyenne [Min, Max]	42.6 [24, 73]
Ecart-type	13.6

Ce tableau donne des informations sur la répartition des médecins en fonction de leur âge:

Moyenne d'âge : La moyenne d'âge des médecins inclus dans l'étude est de 42,6 ans, avec une fourchette allant de 24 ans à 73 ans.

Écart-type : L'écart-type est de 13,6 ans, indiquant la dispersion des âges par rapport à la moyenne.

Ces statistiques permettent d'avoir une idée de la tendance d'âge générale des médecins participant à l'étude, ainsi que de la variabilité ou de la dispersion des âges autour de cette moyenne.

8. Répartition selon la répartition selon le nombre d'année d'exercice:

Tableau VII Répartition selon le nombre d'année d'exercice

	Nombre d'année d'exercice
Médiane [Q25, Q75]	14[1.50,22.5]

Ce tableau donne des informations sur la répartition des médecins en fonction du nombre d'années d'exercice :

Médiane [Q25, Q75] : La médiane du nombre d'années d'exercice est de 14 ans, avec un premier quartile (Q25) à 1,50 an et un troisième quartile (Q75) à 22,5 ans.

Ces statistiques permettent d'obtenir une idée centrale de la distribution du nombre d'années d'expérience des médecins inclus dans l'étude, ainsi que de la dispersion de ces

données autour de la médiane. La médiane étant plus représentative en présence de valeurs extrêmes, elle indique que la moitié des médecins ont moins de 14 ans d'expérience, tandis que l'autre moitié a plus de 14 ans d'expérience

II. Descriptif des réponses des cas cliniques :

Cas clinique N° 1 :

Patiente de 70 ans, sous corticothérapie depuis 15 ans, qui vous consulte pour des lombalgies apparues brutalement, il y a 8 jours peu de temps après une glissade en sortant du lit. A l'examen: Douleur à la pression des épineuses lombaires L4 et L5. Raideur rachidienne lombaire (Schober à 10 + 2 cm), le reste de l'examen est sans particularités.

- ❖ **Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?**
 - Hernie discale
 - Spondylarthrite ankylosante
 - Métastase vertébrale
 - Spondylodiscite lombaire
 - Fracture vertébrale

- ❖ **Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?**
 - NON
 - NFS/VS
 - Radiographie standard du rachis lombaire
 - TDM du rachis lombaire
 - Scintigraphie osseuse

➤ **Résultats**

Q1. Quel est le diagnostic le plus probab?

Tableau VIII Diagnostics proposés devant un tableau clinique de lombalgie sur fracture vertébrale

	Diagnostic 1		Diagnostic 2		Diagnostic 3		Diagnostic 4		Diagnostic 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecins Généralistes	49	34,3%	2	1,4%	0	0%	9	6,3%	83	58 %

Diagnostic 1 : Hernie discale

Diagnostic 2 : Spondylarthrite ankylosante

Diagnostic 3 : Métastase vertébrale

Diagnostic 4 : Spondylodiscite lombaire

Diagnostic 5 : Fracture vertébrale

Cela suggère que la majorité des médecins considèrent la fracture vertébrale comme le diagnostic le plus probable.

Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?

Tableau IX Examens complémentaires demandés lors d'une lombalgie sur fracture vertébrale

Aucun		NFS/VS		Rx rachis lombaire		TDM lombaire		Scintigraphie	
Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
7	4.9	33	23.1	112	78.3	47	32.9	7	4.9

Cela indique que la radiographie standard du rachis lombaire est l'examen paraclinique le plus fréquemment demandé, suivi de la NFS/VS et de la TDM, tandis que la scintigraphie osseuse est moins fréquemment demandée.

 **Cas clinique N° 2 :**

Patient de 30 ans, avec ATCD de diarrhée fébrile 10 jours avant l'apparition de la symptomatologie, se présente en consultation pour lombosciatique bilatérale de topographie S1, à recrudescence nocturne. L'examen clinique note une fièvre à 38°C et une raideur lombaire.

- ❖ **Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?**
 - Hernie discale
 - Spondylarthrite ankylosante
 - Métastase vertébrale
 - Spondylodiscite lombaire
 - Fracture vertébrale

- ❖ **Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?**
 - NON
 - NFS/VS
 - Radiographie standard du rachis lombaire
 - IRM du rachis lombaire
 - Scintigraphie osseuse

➤ **Résultats:**

Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?

Tableau X Diagnostics proposés devant un tableau clinique de lombosciatique sur spondylodiscite lombaire

	Diagnostic 1		Diagnostic 2		Diagnostic 3		Diagnostic 4		Diagnostic 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecins Généralistes	10	7	33	23.1	2	1.4	97	67.8	1	0.7

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

Diagnostic 1 : Hernie discale

Diagnostic 2 : Spondylarthrite ankylosante

Diagnostic 3 : Métastase vertébrale

Diagnostic 4 : Spondylodiscite lombaire

Diagnostic 5 : Fracture vertébrale

Cela suggère que la majorité des médecins considèrent la spondylodiscite lombaire comme le diagnostic le plus probable.

Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?

Tableau XI Examens complémentaires demandés lors d'une lombosciatique sur spondylodiscite lombaire

Aucun		NFS/VS		Rx rachis lombaire		IRM lombaire		Scintigraphie	
Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1	0.7	114	79.7	89	62.2	64	44.8	1	0.7

Cela indique que la majorité des médecins ont demandé des examens complémentaires, avec une préférence notable pour la NFS/VS, suivie de l'IRM du rachis lombaire et de la radiographie standard. La scintigraphie osseuse a été moins fréquemment demandée.

Cas clinique N° 3 :

Patient de 75 ans, dans ses antécédents on note une dysurie, quelques épisodes de rétention aiguë d'urine spontanément résolutive. Se présente en consultation pour lombosciatique aiguë non impulsive à la toux et à la défécation. A l'examen clinique on note une raideur rachidienne évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. Le patient a reçu un traitement par antalgique et AINS pendant 3 semaines sans amélioration notable.

❖ Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Hernie discale
- Spondylarthrite ankylosante
- Métastase vertébrale
- Spondylodiscite lombaire
- Fracture vertébrale

❖ Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?

- NON
- NFS/VS
- Radiographie standard du rachis lombaire
- IRM du rachis lombaire
- Scintigraphie osseuse

➤ Résultats

Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?

Tableau XII Diagnostics proposés devant un tableau clinique de lombosciatique sur métastase vertébrale

	Diagnostic 1		Diagnostic 2		Diagnostic 3		Diagnostic 4		Diagnostic 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecins Généralistes	10	7	3	2.1	117	81.8	6	4.2	7	4.9

Diagnostic 1 : Hernie discale

Diagnostic 2 : Spondylarthrite ankylosante

Diagnostic 3 : Métastase vertébrale

Diagnostic 4 : Spondylodiscite lombaire

Diagnostic 5 : Fracture vertébrale

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

Cela suggère que la grande majorité des médecins considèrent la métastase vertébrale comme le diagnostic le plus probable dans ce cas.

Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?

Tableau XIII Examens complémentaires demandés lors d'une lombosciatique sur métastase vertébrale

Aucun		NFS/VS		Rx rachis lombaire		IRM lombaire		Scintigraphie	
Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0	0	56	39.2	51	35.7	93	65	57	39.9

Cela indique que la plupart des médecins ont demandé des examens complémentaires, avec une préférence notable pour l'IRM du rachis lombaire, suivie de la radiographie standard et de la scintigraphie osseuse. Un pourcentage relativement élevé de médecins n'a demandé aucun examen paraclinique.

Cas clinique N° 4 :

Patient de 40 ans, serveur dans un café, sans ATCDs pathologiques particuliers, se plaint depuis 7 jours de lombosciatique du côté gauche qui apparaît après son travail, la douleur est calmée par le repos, impulsive à la toux et à la défécation. A l'examen, on note une raideur lombaire, signe de Lasègue positif à gauche, EVA à 40%, sans déficit sensitif ni moteur.

❖ Q1. Quelle serait votre attitude en première intention ?

- Prescrire un traitement médical
- Prescrire des examens complémentaires
- Résultats:

Q1. Quelle serait votre attitude en première intention ?

Tableau XIV Répartition en nombre et pourcentage

	Effectif	Pourcentage
traitement médical	67	46,9%
examens complémentaires	76	53.1%

Cela indique une répartition relativement équilibrée entre les médecins qui choisissent de prescrire un traitement médical immédiat et ceux qui optent pour des examens complémentaires en première intention.

 **Cas clinique N°5:**

Patient âgé de 42 ans, se présente en consultation pour lombosciatique de topographie S1 gauche isolée, évoluant depuis une semaine. La douleur est unilatérale, impulsive à la toux. A l'examen on note une raideur lombaire, un Lasègue positif à gauche. Le reste de l'examen est sans particularités.

- ❖ **Q1. Quel traitement médical prescriviez-vous en première intention ?**
 - Paracétamol
 - Myorelaxant
 - AINS
 - CTC systémique
 - Vitamine D
 - Antidépresseurs

- ❖ **Q2. En complément du traitement médicamenteux que conseillez-vous au patient ?**
 - Kinésithérapie
 - Activités physiques adaptées
 - Corset
 - Semelle orthopédique
 - Acupuncture
 - Aucune des réponses précédentes

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

- ❖ Q3. Recherchez-vous les facteurs de risque de passage à la chronicité dans votre pratique ?
 - Oui
 - Non

- ❖ Q4. Le patient est revenu en consultation avec une série d'arrêts de travail répétées. Recherchez-vous systématiquement les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail ?
 - Oui
 - Non

➤ Résultats:

Q1. Quel traitement médical prescriviez-vous en première intention ?

Tableau XV nombre et pourcentage des médicaments prescrits par les médecins

Paracétamol		Myorelaxants		AINS		CTC systémique		Vitamine D		Antidépresseurs	
Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
108	75.5	103	72	118	82.5	2	1.4	9	6.3	1	0.7

Il y a une prédominance des prescriptions d'AINS, de paracétamol et de myorelaxants.

Q2. En complément du traitement médicamenteux que conseillez-vous au patient ?

Tableau XVI Relais thérapeutiques proposés : répartition en nombre et pourcentage

Kinésithérapie		Activité physique		Corset		Semelle		Acupuncture		Aucun	
Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
91	63.6	109	76.2	35	24.5	23	16.1	15	10.5	7	4.9

Cela montre une variété d'approches complémentaires, avec une forte préférence pour la kinésithérapie et l'activité physique.

Q3. Recherchez-vous les facteurs de risque de passage à la chronicité dans votre pratique ?

Tableau XVII Nombre et pourcentage des médecins recherchant les facteurs de passage à la chronicité

	Recherche de facteurs de risque de passage à la chronicité	
	Effectif	%
Oui	87	60,8%
Non	56	39.2%

Cela indique une diversité d'approches parmi les médecins concernant la recherche des facteurs de risque de passage à la chronicité.

Q4. Le patient est revenu en consultation avec une série d'arrêts de travail répétées. Recherchez-vous systématiquement les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail ?

Tableau XVIII Nombre et pourcentage des médecins recherchant les facteurs de désinsertion professionnelle

	Recherchez-vous systématiquement les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail ?	
	Effectif	%
Oui	84	58.7%
Non	59	41.3%

Cela montre une répartition relativement équilibrée entre les médecins qui recherchent systématiquement et ceux qui ne recherchent pas systématiquement les facteurs de désinsertion professionnelle.

III. Descriptif de la concordance

Tableau XIX Niveau de concordance par Item

	Concordant		Discordant	
	Effectif	%	Effectif	%
Item 1 : Évaluation clinique d'une douleur lombaire	52	36.4 %	91	63.6%
Item 2 : Pertinence de l'imagerie	67	46.9%	76	53.1%
Item 3 : Prise en charge médicamenteuse	40	28.0%	103	72.0%
Item 4 : Prise en charge non médicamenteuse :	25	17.5%	118	82.5%
Item 5 : Évaluation du risque de chronicité	87	60.8%	56	39.2%
Item 6 :prévention de la désinsertion professionnelle	84	58.7%	59	41.3%

Ces résultats montrent que, dans l'ensemble, la concordance avec les recommandations de la Haute Autorité de la Santé varie d'un item à l'autre. Certains aspects, tels que l'évaluation du risque de chronicité et la prévention de la désinsertion professionnelle, montrent une concordance plus élevée, tandis que d'autres, tels que la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, ont une concordance relativement plus faible.

IV. Statistiques comparatives:

1. Item 1 : Évaluation clinique d'une douleur lombaire

Tableau XX : Comparaison des variables entre les concordants et les discordants

Variable		Discordant (%)	Concordant (%)	P value
Sexe	Homme	29 (31.9)	19 (36.5)	0.569
	Femme	62 (68.1)	33 (63.5)	
Secteur d'exercice	Public	53 (58.2)	31 (59.6)	0.872
	Privé	38 (41.8)	21 (40.4)	
Milieu d'exercice	Urbain	71 (78.0)	44 (84.6)	0.339
	Rural	20 (22.0)	8 (15.4)	
Lieu d'exercice	Agadir idaoutanane	47 (51.6)	31 (59.6)	0.767
	Inezgane Ait melloul	20 (22.0)	12 (23.1)	
	Chtouka ait baha	5 (5.5)	2 (3.8)	
	Tata	2 (2.2)	0 (0.0)	
	Taroudant	6 (6.6)	4 (7.7)	
	Tiznit	11 (12.1)	3 (5.8)	
Participation aux évènements scientifique	NON	25 (27.5)	14 (26.9)	0.943
	OUI	66 (72.5)	38 (73.1)	
Suivi des recommandations dans sa pratique	NON	8 (8.8)	6 (11.5)	0.595
	OUI	83 (91.2)	46 (88.5)	
Age	Moyenne+/- écart type	43.6+/-13.5	40.9+/-13.8	0.465
Nombre d'année d'exercice	Médiane [Q25,Q75]	16.5 [4.00,22.8]	12.0 [1.00,22.0]	0.544

Ces résultats fournissent des informations sur la comparaison de plusieurs variables entre les médecins concordants et discordants en ce qui concerne l'évaluation clinique d'une douleur lombaire. Les valeurs de P indiquent la significativité statistique de ces différences. Il n'y a pas de différences significatives entre ces groupes pour les variables examinées dans le contexte de l'évaluation clinique d'une douleur lombaire.

2. Item 2 : Pertinence de l'imagerie :

Tableau XXI : Comparaison des variables entre les concordants et les discordants

Variable		Discordant (%)	Concordant (%)	P value
Sexe	Homme	25 (32.9)	23 (34.3)	0.856
	Femme	51 (67.1)	44 (65.7)	
Secteur d'exercice	Public	45 (59.2)	39 (58.2)	0.903
	Privé	31 (40.8)	28 (41.8)	
Milieu d'exercice	Urbain	65 (85.5)	50 (74.6)	0.101
	Rural	11 (14.5)	17 (25.4)	
Lieu d'exercice	Agadir idaoutanane	41(53.9)	37 (55.2)	0.781
	Inezgane Ait melloul	15 (19.7)	17 (25.4)	
	Chtouka ait baha	4 (5.3)	3 (4.5)	
	Tata	2 (2.6)	0 (0.0)	
	Taroudant	5 (6.6)	5 (7.5)	
	Tiznit	9 (11.8)	5 (7.5)	
Participation aux évènements scientifique	NON	18 (23.7)	21 (31.3)	0.305
	OUI	58 (76.3)	46 (68.7)	
Suivi des recommandations dans sa pratique	NON	10 (13.2)	4 (6.0)	0.149
	OUI	66 (86.8)	63 (94.0)	
Age	Moyenne+/- écart type	43.1+/-14.0	41.9+/-13.1	0.733
Nombre d'année d'exercice	Médiane [Q25,Q75]	18.0 [3.00,22.0]	13.0 [1.00,23.3]	0.821

Il est important de noter que dans ce tableau, aucune des différences entre les groupes concordants et discordants n'a atteint un niveau de signification statistique, comme indiqué par les valeurs de P élevées. Ainsi, il n'y a pas de différences significatives entre ces groupes pour les variables examinées dans le contexte de la pertinence de l'imagerie.

3. Item 3 : Prise en charge médicamenteuse

Tableau XXII : Comparaison des variables entre les concordants et les discordants

Variable		Discordant (%)	Concordant (%)	P value
Sexe	Homme	32 (31.1)	16 (40.0)	0.310
	Femme	71 (68.9)	24 (60.0)	
Secteur d'exercice	Public	63 (61.2)	21 (52.5)	0.345
	Privé	40 (38.8)	19 (47.5)	
Milieu d'exercice	Urbain	86 (83.5)	29 (72.5)	0.137
	Rural	17 (16.5)	11 (27.5)	
Lieu d'exercice	Agadir idaoutanane	58 (56.3)	20 (50)	0.463
	Inezgane Ait melloul	25 (24.3)	7 (17.5)	
	Chtouka ait baha	4 (3.9)	3 (7.5)	
	Tata	2 (1.9)	0 (0.0)	
	Taroudant	6 (5.8)	4 (10.0)	
	Tiznit	8 (7.8)	6 (15.0)	
Participation aux évènements scientifique	NON	26 (25.2)	13 (32.5)	0.382
	OUI	77 (74.8)	27 (67.5)	
Suivi des recommandations dans sa pratique	NON	10 (9.7)	4 (10.0)	1.000
	OUI	93 (90.3)	36 (90.0)	
Age	Moyenne+/- écart type	42.7+/-12.7	42.4 +/- 16.2	0.936
Nombre d'année d'exercice	Médiane [Q25,75]	15.0 [3.00,22.0]	12.0 [1.00,28.5]	0.877

Comme dans les tableaux précédents, aucun des résultats de cette comparaison n'a atteint un niveau de signification statistique, ce qui suggère l'absence de différences significatives entre les groupes concordants et discordants pour les variables examinées dans le contexte de la prise en charge médicamenteuse.

4. Item 4 : Prise en charge non médicamenteuse

Tableau XXIII Comparaison des variables entre les concordants et les discordants

Variable		Discordant (%)	Concordant (%)	P value
Sexe	Homme	36 (30.5)	12 (48.0)	0.092
	Femme	82 (69.5)	13 (52.0)	
Secteur d'exercice	Public	71 (60.2)	13 (52.0)	0.451
	Privé	47 (39.8)	12 (48.0)	
Milieu d'exercice	Urbain	98 (83.1)	17 (68.0)	0.099
	Rural	20 (16.9)	8 (32.0)	
Lieu d'exercice	Agadir idaoutanane	61 (51.7)	17 (68.0)	0.310
	Inezgane Ait melloul	30 (25.4)	2 (8.0)	
	Chtouka ait baha	6 (5.1)	1 (4.0)	
	Tata	2 (1.7)	0 (0.0)	
	Taroudant	7 (5.9)	3 (12.0)	
	Tiznit	12 (10.2)	2 (8.0)	
Participation aux évènements scientifiques	NON	30 (25.4)	9 (36.0)	0.281
	OUI	88 (74.6)	16 (64.0)	
Suivi des recommandations dans sa pratique	NON	12 (10.2)	2 (8.0)	1.000
	OUI	106 (89.8)	23 (92.0)	
Age	Moyenne+/- écart type	41.8+/-13.4	45.5 +/- 14.3	0.382
Nombre d'année d'exercice	Médiane [Q25,75]	13.5 [1.25,22.0]	20.0 [8.00,23.0]	0.555

Comme dans les tableaux précédents, aucun des résultats de cette comparaison n'a atteint un niveau de signification statistique, ce qui suggère l'absence de différences significatives entre les groupes concordants et discordants pour les variables examinées dans le contexte de la prise en charge non médicamenteuse.

5. Item 5 : Evaluation du risque vers la chronicité

Tableau XXIV : Comparaison des variables entre les concordants et les discordants

Variable		Discordant (%)	Concordant (%)	P value
Sexe	Homme	22 (39.3)	26 (29.9)	0.245
	Femme	34 (60.7)	61 (70.1)	
Secteur d'exercice	Public	32 (57.1)	52 (59.8)	0.755
	Privé	24 (42.9)	35 (40.2)	
Milieu d'exercice	Urbain	41 (73.2)	74 (85.1)	0.081
	Rural	15 (26.8)	13 (14.9)	
Lieu d'exercice	Agadir idaoutanane	28 (50.0)	50 (57.5)	0.112
	Inezgane Ait melloul	9 (16.1)	23 (26.4)	
	Chtouka ait baha	3 (5.4)	4 (4.6)	
	Tata	2 (3.6)	0 (0.0)	
	Taroudant	6 (10.7)	4 (4.6)	
	Tiznit	8 (14.3)	6 (6.9)	
Participation aux évènements scientifique	NON	20 (35.7)	19 (21.8)	0.069
	OUI	36 (64.3)	68 (78.2)	
Suivi des recommandations dans sa pratique	NON	10 (17.9)	4 (4.6)	0.009
	OUI	46 (82.1)	83 (95.4)	
Age	Moyenne+/- écart type	39.1 +/-13.4	45.7 +/- 13.1	0.061
Nombre d'année d'exercice	Médiane [Q25,75]	11.5 [1.00,20.0]	21.0 [8.0,24.5]	0.029

Pour la variable "Suivi des recommandations dans sa pratique" (variable 6), le P value est inférieur à 0,05 (0,009), ce qui indique une différence significative entre les groupes concordants et discordants. Cela suggère que le suivi des recommandations dans la pratique est associé de manière significative à la concordance avec les recommandations de la Haute Autorité de la Santé.

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

Pour la variable "Nombre d'années d'exercice" (variable 8), le P value est également inférieur à 0,05 (0,029), indiquant une différence significative entre les groupes. Cela suggère que le nombre d'années d'exercice est associé de manière significative à la concordance avec les recommandations de la Haute Autorité de la Santé.

En résumé, ces deux variables semblent avoir une association significative avec la concordance des médecins aux recommandations.

6. Item 6 : Prévention de la désinsertion professionnelle

Tableau XXV : Comparaison des variables entre les concordants et les discordants

Variable		Discordant (%)	Concordant (%)	P value
Sexe	Homme	18 (30.5)	30 (35.7)	0.516
	Femme	41 (69.5)	54 (64.3)	
Secteur d'exercice	Public	32 (54.2)	52 (61.9)	0.359
	Privé	27 (45.8)	32 (38.1)	
Milieu d'exercice	Urbain	48 (81.4)	67 (79.8)	0.813
	Rural	11 (18.6)	17 (20.2)	
Lieu d'exercice	Agadir idaoutanane	27 (45.8)	51 (60.7)	0.084
	Inezgane Ait melloul	17 (28.8)	15 (17.9)	
	Chtouka ait baha	1 (1.7)	6 (7.1)	
	Tata	2 (3.4)	0 (0.0)	
	Taroudant	6 (10.2)	4 (4.8)	
	Tiznit	6 (10.2)	8 (9.5)	
Participation aux évènements scientifique	NON	19 (32.2)	20 (23.8)	0.267
	OUI	40 (67.8)	64 (76.2)	
Suivi des recommandations dans sa pratique	NON	11 (18.6)	3 (3.6)	0.003
	OUI	48 (81.4)	81 (96.4)	
Age	Moyenne+/- écart type	42.2+/-12.4	42.9 +/- 14.6	0.836
Nombre d'année d'exercice	Médiane [Q25,75]	13.5 [5.50,21.5]	18.0 [1.00,24.0]	0.628

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

Le P value inférieur à 0,05 (0,003) suggère une différence significative entre les groupes concordants et discordants en ce qui concerne le suivi des recommandations dans la pratique associé à la prévention de la désinsertion professionnelle. Cela indique une possible influence de cette variable sur la concordance des médecins avec les recommandations de la Haute Autorité de la Santé.



DISCUSSION



I. Analyse des réponses et de la concordance

1. Item1: Évaluation clinique d'une douleur lombaire / recherche des éventuels drapeaux rouges

1.5 Cas N° 1 :

Patiente de 70 ans, sous corticothérapie depuis 15 ans, qui vous consulte pour des lombalgies apparues brutalement, il y a 8 jours peu de temps après une glissade en sortant du lit. A l'examen: Douleur à la pression des épineuses lombaires L4 et L5. Raideur rachidienne lombaire (Schober à 10 + 2 cm), le reste de l'examen est sans particularités.

❖ Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Hernie discale
- Spondylarthrite ankylosante
- Métastase vertébrale
- Spondylodiscite lombaire
- Fracture vertébrale

❖ Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?

- NON
- NFS/VS
- Radiographie standard du rachis lombaire
- TDM du rachis lombaire
- Scintigraphie osseuse

➤ Réponses:

- De la totalité des médecins de l'enquête, 58% ont répondu qu'il s'agit d'une fracture vertébrale.
- Quant aux examens complémentaires prescrits :

- NFS/VS: 23,1%
- Radiographie standard du rachis lombaire: 78,3%
- TDM du rachis lombaire: 32,9%
- Scintigraphie osseuse: 4,9%
- Aucun: 4.9%

➤ **Commentaires:**

Dans notre enquête, on constate que plus de la moitié des praticiens inclus ont pu identifier de manière appropriée le caractère symptomatique des lombalgies chez notre patiente, et ont diagnostiqué une fracture vertébrale, en se basant sur les éléments d'orientation cités dans notre cas clinique.

Parmi les signes "drapeaux rouges" qui sont mentionnés dans les recommandations de l'Agence nationale de santé (HAS) et qui ont été observés dans notre cas clinique, on note :

- L'âge d'apparition supérieur à 55 ans
- L'usage prolongé de corticoïdes.
- Notion de traumatisme récent

Les fractures et les tumeurs vertébrales constituent les pathologies graves les plus fréquente de la colonne vertébrale. (13) Cependant, on estime que seulement 30 % des fractures vertébrales sont diagnostiquées. (14)

Une revue systématique publiée en mai 2019 avait pour objectif de décrire l'évolution des signes d'alerte recommandés par les directives pour l'identification des fractures chez les patients souffrant de lombalgies, 78 directives provenant de 28 pays ont été incluses. Les signes d'alerte les plus fréquemment recommandés étant l'âge avancé, l'utilisation de stéroïdes, les traumatismes et l'ostéoporose. (15)

L'analyse de la revue systématique et des recommandations de l'HAS a révélé une corrélation entre les signes cliniques préconisés par l'HAS et les autres directives. Cette

cohérence renforce la validité et la pertinence de ces indicateurs mentionnés sur le texte des recommandations de l'HAS pour identifier les patients à risque de fractures.

Quant aux examens complémentaires demandés, une plus grande confiance accordée à la tomodensitométrie par rapport à la radiographie chez les adultes. (16)

Il est compréhensible que la majorité des médecins soit 78,3 % recommandent une radiographie standard dans notre contexte, où l'accès à une tomodensitométrie (TDM) n'est pas toujours possible. Cela s'explique par le fait que les ressources médicales sont limitées, notamment dans certaines régions ou établissements. Dans de telles situations, la radiographie standard reste un outil précieux pour dépister les lésions initiales.

1.6 Cas N° 2 :

Patient de 30 ans, avec ATCD de diarrhée fébrile 10 jours avant l'apparition de la symptomatologie, se présente en consultation pour lombosciatique bilatérale de topographie S1, à recrudescence nocturne. L'examen clinique note une fièvre à 38°C et une raideur lombaire.

❖ **Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?**

- Hernie discale
- Spondylarthrite ankylosante
- Métastase vertébrale
- Spondylodiscite lombaire
- Fracture vertébrale

❖ **Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?**

- NON
- NFS/VS
- Radiographie standard du rachis lombaire
- IRM du rachis lombaire
- Scintigraphie osseuse

➤ **Réponses:**

-De la totalité des médecins de l'enquête,67,8% ont répondu qu'il s'agit de spondylodiscite lombaire.

-Quant aux examens complémentaires prescrits :

- NFS/VS: 79,7%
- Radiographie standard du rachis lombaire: 62,2%
- IRM du rachis lombaire: 44,8%
- Scintigraphie osseuse: 0,7%

➤ **Commentaire:**

Nous avons constaté que 67,8% des médecins inclus dans notre enquête ont réussi à identifier les signes drapeaux rouges et à diagnostiquer une spondylodiscite lombaire, en se basant sur les éléments d'orientation avancés dans notre cas clinique: l'antécédent de diarrhée fébrile, la fièvre et le caractère inflammatoire de la douleur.

Les signes drapeaux rouges évoqués dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), et qui se manifestent au sein de notre cas clinique, consistent en une douleur de type non-mécanique et la présence d'une fièvre.

La spondylodiscite infectieuse est une condition caractérisée par le risque de complications locales et générales, et sa prise en charge est souvent difficile, nécessitant un diagnostic précoce.

Le diagnostic peut s'avérer difficile en raison de sa présentation clinique ambiguë, et résulte d'une évaluation conjointe de la clinique, de l'imagerie et des examens biologiques.

Les lombalgies sont le symptôme clinique le plus fréquent, présent chez 66 à 86 % des cas, suivies de la fièvre. Des infections concomitantes sont présentes chez 47 % des patients avec cultures positives et seulement chez 4 % des patients avec cultures négatives. Des symptômes neurologiques ou des déficits sont observés chez 16 à 34 % des cas. (17)

Le bilan biologique doit contenir une numération formule sanguine, protéine C réactive, et au moins 2 de cultures sanguines aérobie et anaérobie. La VS est non spécifique et est

considérée comme obsolète aujourd'hui.(17). La détection des agents pathogènes réussit dans près de 60% des cas. (18) (19)

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) se positionne comme l'examen de référence pour la confirmation d'une spondylodiscite (17). Chez les patients présentant une contre-indication à l'IRM, la scintigraphie et la tomodensitométrie peuvent offrir des indications orientatrices, mais leur spécificité demeure moindre (20).

En raison de symptômes relativement non-spécifiques, le diagnostic de spondylodiscite est souvent retardé. C'est pourquoi il est crucial de savoir identifier les signes drapeaux rouges et de les prendre en compte lors de l'évaluation des patients présentant des symptômes similaires. Cela permettra une détection précoce de la spondylodiscite permettant ainsi une prise en charge adéquate pour éviter les complications.

1.7 Cas N° 3 :

Patient de 75 ans, dans ses antécédents on note une dysurie, quelques épisodes de rétention aiguë d'urine spontanément résolutive. Se présente en consultation pour lombosciatique aiguë non impulsive à la toux et à la défécation. A l'examen clinique on note une raideur rachidienne évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. Le patient a reçu un traitement par antalgique et AINS pendant 3 semaines sans amélioration notable.

❖ Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Hernie discale
- Spondylarthrite ankylosante
- Métastase vertébrale
- Spondylodiscite lombaire
- Fracture vertébrale

❖ **Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?**

- NON
- NFS/VS
- Radiographie standard du rachis lombaire
- IRM du rachis lombaire
- Scintigraphie osseuse

➤ **Réponses :**

- De la totalité des médecins de l'enquête, 81,8% ont répondu qu'il s'agit d'une métastase vertébrale.
- Quant aux examens complémentaires prescrits :
 - NFS/VS: 39.2%
 - Radiographie standard du rachis lombaire: 35.7%
 - IRM du rachis lombaire: 65%
 - Scintigraphie osseuse: 39.9%

➤ **Commentaire :**

Nous avons constaté que la majorité des médecins inclus dans notre enquête ont réussi à diagnostiquer une lombosciatique sur métastase vertébrale probable, en se basant sur les éléments d'orientation avancés dans notre cas clinique notamment : l'âge avancé, le caractère atypique non impulsif à la toux, l'altération de l'état général, la non amélioration sous traitement, et la présence de symptomatologie urinaire associée

Parmi ces éléments d'orientation on trouve 3 signes drapeaux rouges : Âge d'apparition supérieur à 55 ans, le caractère non mécanique de la douleur, l'altération de l'état générale.

Une étude a été menée dans le but d'identifier et comparer les signes d'alarmes mentionnés dans 21 recommandations publiées entre 2000 et 2015, deux indicateurs cliniques se révèlent pertinents pour évaluer la possibilité de malignité : premièrement, l'existence d'antécédents de cancer chez le patient; deuxièmement, la présence d'une perte de poids inexplicquée. (21)

On note que ces deux éléments font partie des signes d'alarme « drapeaux rouges » cités par l'HAS, ce qui renforce la pertinence de ces indicateurs cliniques et souligne également l'importance de suivre les recommandations établies par les autorités sanitaires pour garantir une approche clinique cohérente et basée sur des preuves dans la gestion des lombalgies

L'examen le plus performant pour le diagnostic de la pathologie lombaire métastatique demeure l'imagerie par résonance magnétique (IRM).(22)

1.8 Concordance sur l'Item 1

Sur cet Item, la concordance a été évaluée en se basant sur la réponse correcte aux trois cas cliniques précédents.

Ce qui a conduit aux résultats suivent : seuls 52 praticiens, ce qui équivaut à 36,4 % de l'échantillon, ont démontré une adéquation avec les recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS) concernant cet item, et ont réussi à identifier une lombalgie symptomatique en se basant sur les signes drapeaux rouges mentionnés dans nos cas cliniques.

Cependant, Une étude transversale menée auprès de 100 médecins de soins primaires de santé à Riyad, en Arabie saoudite, et qui avait pour objectif d'évaluer l'adhérence des médecins aux directives de référence pour lombalgies aiguës. Les résultats ont révélé une adhésion plus élevée que prévu (avec des taux de référence variant de 63 à 94%) aux recommandations en termes de recherche des signaux d'alarme liés aux lombalgies. (23)

Nous pouvons penser à plusieurs raisons probables qui expliquent cette non-adhérence dans notre enquête notamment :

- **Le manque de sensibilisation:** Certains médecins peuvent ne pas être suffisamment informés sur les recommandations concernant l'identification des signes drapeaux rouges.
- **La pression du temps:** Les médecins généralistes sont souvent confrontés à des contraintes de temps, ce qui peut les inciter à passer rapidement sur l'évaluation des signes drapeaux rouges.

- **Les habitudes de pratique antérieures:** Les habitudes de pratique sont souvent profondément enracinées dans la manière dont un médecin exerce sa profession, et les changements peuvent être difficiles à mettre en œuvre.
- **Le suivi insuffisant :** En l'absence de mécanismes de suivi, les médecins peuvent ne pas être conscients de leurs propres lacunes en matière d'adhésion aux recommandations.

2. Item2 : Pertinence de l'imagerie

2.3 Cas N° 4 :

Patient de 40 ans, serveur dans un café, sans ATCDs pathologiques particuliers, se plaint depuis 7 jours de lombosciatique du côté gauche qui apparaît après son travail, la douleur est calmée par le repos, impulsive à la toux et à la défécation. A l'examen, on note une raideur lombaire, signe de Lasègue positif à gauche, EVA à 40%, sans déficit sensitif ni moteur.

❖ Q1. Quelle serait votre attitude en première intention ?

- Prescrire un traitement médical
- Prescrire des examens complémentaires

➤ Réponses:

– Parmi les participants, 46,9 % ont opté pour la réponse consistant à prescrire un traitement médical, tandis que 53,1 % ont demandé des examens complémentaires.

➤ Commentaire:

Selon les recommandations de l'HAS, il est clairement établi qu'une imagerie, n'est pas indiquée en l'absence de drapeaux rouges.

Dans notre enquête, les examens d'imageries ont été prescrits en dehors de tout caractère les justifiant.

Les radiographies standards sont surexploitées, la tomodensitométrie (CT) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont de plus en plus utilisées par les médecins sans indication clinique appropriée. (24)

Cette imagerie non justifiée est coûteuse, expose inutilement le patient aux radiations et peut aggraver la situation en augmentant leur anxiété. (25) (26) (27)

2.4 Concordance sur l'Item 2

Dans notre enquête, 46,9 % des praticiens était en concordance avec les recommandations de l'HAS.

Dans le même sens que notre étude, une étude publiée en 2022 visait à examiner si les demandes d'IRM lombaire provenant des médecins généralistes étaient conformes aux recommandations des lignes directrices cliniques dans un contexte danois. Une version modifiée des Critères d'Adéquation de l'Imagerie du Collège Américain de Radiologie a été utilisée pour classer les références comme appropriées ou inappropriées. Environ un quart étaient considérées comme appropriées, et 75,5 % étaient jugées inappropriées. (10)

Une autre étude menée en Ontario pour évaluer la pertinence des demandes d'IRM lombaires par les professionnels de la santé a révélé une discordance persistante entre leurs pratiques et les recommandations établies, malgré la distribution de recommandations et les menaces de sanctions financières par le gouvernement. (28)

Une rétrospective portant sur l'examen de 3 609 dossiers médicaux de patients souffrant de lombalgies et ayant été orientés vers des TDM vertébrales par des médecins généralistes à Terre-Neuve, au Canada, avait pour but d'évaluer la pertinence de ces demandes de scanners. Les résultats de l'étude mettent en lumière une proportion significative de références inappropriées pour l'imagerie de la colonne lombaire par TDM. Cela souligne la nécessité de mener des recherches complémentaires afin de mieux comprendre les facteurs sous-jacents à ces demandes d'imagerie inappropriée et d'évaluer leur impact sur le système de santé (29).

Il est essentiel de reconnaître que les deux phénomènes, à savoir la surutilisation et la sous-utilisation, peuvent se produire. D'où l'intérêt d'aligner la pratique quotidienne du praticien avec les recommandations actuelles en matière de gestion des lombalgies (30)

L'écart entre les recommandations et l'application pratique constitue l'un des défis les plus prééminents pour la santé publique. (31) Cette non-adhérence peut être attribuée à plusieurs facteurs notamment :

- **La pression des patients:** il est fréquent que les patients sollicitent des examens d'imagerie en croyant à tort que cela permettra de poser un diagnostic plus précis.
- **La méconnaissance des recommandations.**
- **Les habitudes ancrées de prescription d'imagerie rachidienne dans la pratique clinique du médecin.**

3. Item 3 : Prise en charge médicamenteuse

3.3 Cas N°5:

Patient âgé de 42 ans, se présente en consultation pour lombosciatique de topographie S1 gauche isolée, évoluant depuis une semaine. La douleur est unilatérale, impulsive à la toux. A l'examen on note une raideur lombaire, un Lasègue positif à gauche. Le reste de l'examen est sans particularités.

❖ **Q1. Quel traitement médical prescriviez-vous en première intention ?**

- Paracétamol
- Myorelaxant
- AINS
- CTC systémique
- Vitamine D
- Antidépresseurs

➤ **Réponses :**

Dans le cadre de cette enquête, les données recueillies ont révélé les tendances suivantes en matière de prescription médicale :

- Le paracétamol a été prescrit par 75.5% des médecins interrogés.

- Les myorelaxants ont été prescrits par 72% des médecins.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont été prescrits par 82.5% médecins.
- D'autres options de traitement, telles que les corticoïdes à action systémique (CTC systémique), la vitamine D et les antidépresseurs, ont été moins couramment prescrites, avec des taux de respectivement 1.4%, 6.3% et 0.7%.

➤ **Commentaire :**

Dans le cadre de notre enquête sur la prise en charge médicamenteuse des lombalgies par les médecins, les trois classes thérapeutiques les plus fréquemment prescrites sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) les myorelaxants et paracétamol. D'autres classes thérapeutiques sont prescrites à des taux nettement moins élevés.

Malgré les recommandations défavorables quant à l'utilisation des myorelaxants dans le contexte de la lombalgie commune, notre enquête révèle qu'une proportion importante de médecins généralistes, soit 72 %, continue de les prescrire.

Dans cette section, nous examinons plus en détail les différentes classes thérapeutiques couramment utilisées pour la lombalgie, en nous appuyant sur les résultats de méta-analyses récentes, afin de déterminer dans quelle mesure ces pratiques médicales sont justifiées :

• **AINS:**

En avril 2020, une méta-analyse a été publiée, regroupant 32 essais cliniques visant à évaluer l'efficacité des AINS sur les lombalgies aiguës. Les AINS semblaient légèrement plus efficaces que le placebo pour la réduction de la douleur à court terme, l'incapacité et l'amélioration globale. Les conclusions sur les événements indésirables et la sécurité à long terme des AINS n'ont pas pu être tirées, car seuls des essais contrôlés randomisés axés principalement sur l'utilisation à court terme des AINS ont été inclus. (32)

Trois autres méta-analyses incluant des patients avec lombalgies aiguës et chroniques, radiculalgies et cervicalgies, ont retrouvé une efficacité supérieure des AINS. (33) (34) (35) Une des méta-analyse menées a retrouvé un risque accru d'effets secondaires lors de l'utilisation à

court terme des AINS. Étant donné que les AINS sont fréquemment prescrits, le rapport bénéfice-risque de la prescription de ce médicament doit être pris en considération (33)

• **Paracétamol:**

Une méta-analyse, incluant trois études (1 825 participants), deux concernaient la lombalgie aiguë et une se portait sur la lombalgie chronique. Avec un haut niveau de preuve, a constaté que le paracétamol n'entraîne pas de meilleurs résultats que le placebo chez les personnes souffrant de lombalgies aiguës. Pour la lombalgie chronique, un seul essai avec un niveau de preuve faible n'a pas retrouvé d'efficacité du paracétamol sur la douleur ou l'incapacité donc il est incertain s'il a un quelconque effet sur la lombalgie chronique. (36)

• **Myorelaxants**

Une méta-analyse a été réalisée en 2021, analysant 49 essais, parmi lesquels 31 ont été quantitativement analysés. Les résultats ont montré que les antispasmodiques non-benzodiazépines étaient associés à une légère réduction de l'intensité de la douleur à deux semaines ou moins pour la lombalgie aiguë. Cependant, les preuves suggèrent que ces myorelaxants pourraient augmenter le risque d'événements indésirables. La revue a conclu qu'il existe une grande incertitude quant à l'efficacité et à la sécurité des myorelaxants pour les lombalgies, et qu'il est urgent de réaliser des essais contrôlés par placebo à grande échelle et de haute qualité pour répondre à ces incertitudes. (37)

• **Opioides**

Une méta-analyse, évaluant les opioïdes seuls ou associés à d'autres traitements chez des patients ayant des lombalgies aiguës ou chroniques non spécifiques, révèle que chez les personnes souffrant de lombalgies chroniques, les analgésiques opioïdes procurent un soulagement de la douleur à court et/ou à moyen terme, bien que l'effet soit non cliniquement significatif, même pour des doses élevées. Pour les lombalgies aiguës, il n'existe aucune preuve concernant l'utilisation des analgésiques opioïdes. (38)

• **Corticoïdes systémiques:**

Absence de méta-analyses récentes concernant l'efficacité des corticoïdes systémiques dans la prise en charge des lombalgies.

Une revue de littérature publiée en 2022 a examiné l'efficacité des corticostéroïdes systémiques dans le traitement des lombalgies. Les résultats indiquent que ces médicaments semblent avoir une légère efficacité pour soulager la douleur à court terme et améliorer la fonction pour les lombalgies avec radiculalgies. De plus, ils pourraient également offrir une légère amélioration à long terme de la fonction. Cependant, leur efficacité dans le cas des douleurs lombaires non radiculaires est peu claire. (39)

• **Vitamine D :**

Une méta-analyse a été réalisée pour évaluer les données existantes concernant l'efficacité de la vitamine D dans le traitement de la lombalgie. Aucune amélioration significative de la douleur n'a été constatée, quel que soit le groupe de comparaison. Par conséquent, jusqu'à ce que des essais cliniques bien conçus et suffisamment puissants suggèrent le contraire, la prescription de vitamine D pour les lombalgies ne peut pas être recommandée. (40)

• **Antidépresseurs :**

Une méta-analyse a été publiée en 2021 dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité, l'acceptabilité et la sécurité des antidépresseurs pour le traitement des lombalgies. Les résultats obtenus révèlent que le traitement des symptômes de la lombalgie avec des antidépresseurs n'a pas été associé à des bénéfices cliniquement significatifs. En revanche leur utilisation a été associée à une moindre acceptabilité et une augmentation des chances d'arrêter le traitement par rapport à un placebo. (41)

• **Antiépileptiques:**

Une méta-analyse a évalué l'efficacité de la prégabaline et la gabapentine chez les patients ayant une lombalgie supérieure à 3 mois, en veillant à exclure les études qui intègrent des

patients présentant principalement une radiculalgie, les résultats de cette méta-analyse n'ont pas démontré d'efficacité. (42)

3.4 Concordance sur l'Item 3

Sur cet item, la concordance a été évaluée en se penchant sur la prescription de traitements de première intention recommandés par l'Haute Autorité de Santé, à savoir les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. (AINS).

Les résultats de l'étude de concordance ont révélé que 72% des prescriptions effectuées par les médecins participants à notre enquête étaient en désaccord avec les recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS).

Cette discordance soulève des questions essentielles sur la manière dont les médecins prennent leurs décisions de prescription et sur les facteurs qui influencent ces choix.

On note que certaines classes thérapeutiques, bien qu'elles soient recommandées par l'HAS, ont été jugées inefficaces d'après l'analyse des méta-analyses de la littérature médicale.

Les médecins se trouvent ainsi dans une situation complexe, où les recommandations semblent déconnectées des preuves scientifiques issues des méta-analyses récentes. Rendant la prise de décision en matière de prescription médicamenteuse encore plus ardue

Cette situation souligne la nécessité d'intervenir en vue d'harmoniser les pratiques cliniques, des recommandations officielles et des avancées scientifiques récentes, en procédant à une mise à jour plus fréquente des recommandations et élaboration de recommandations à la fois claires et concises.

4. Item 4 : Prise en charge non médicamenteuse :

4.3 Cas N°5:

Patient âgé de 42 ans, se présente en consultation pour lombosciatique de topographie S1 gauche isolée, évoluant depuis une semaine. La douleur est unilatérale, impulsive à la toux. A l'examen on note une raideur lombaire, un Lasègue positif à gauche. Le reste de l'examen est sans particularités.

❖ Q2. En complément du traitement médicamenteux que conseillez-vous au patient ?

- Kinésithérapie
- Activités physiques adaptées
- Corset
- Semelle orthopédique
- Acupuncture
- Aucune des réponses précédentes

➤ **Réponses :**

- Kinésithérapie : 63.6%
- Activités physiques adaptées : 76.2%
- Corset : 24.5%
- Semelle orthopédique : 16.1%
- Acupuncture : 10.5%
- Aucune des réponses précédentes : 4.9%

➤ **Commentaire:**

Parmi les médecins interrogés, une majorité significative, soit 63,6%, privilégie la kinésithérapie, de manière tout aussi prédominante, 76,2% des praticiens optent pour l'intégration de l'activité physique dans le traitement.

Selon l'HAS, l'exercice physique adapté, en fonction des préférences du patient, constituent le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie commune aiguë.

On note la forte prescription de la kinésithérapie par nos médecins même si, dans cette situation, son efficacité n'a pas été clairement établie selon les recommandations de l'HAS.

Plusieurs études systématiques comportant des méta-analyses ont été conduites pour évaluer diverses méthodes de kinésithérapie. Les programmes de contrôle moteur (43) (44) Et l'application de bandes colorées adhésives rigides (kinésiotaping) (45) (46) (46) n'ont pas montré d'efficacité supérieure par rapport à d'autres interventions.

Les programmes de contrôle du mouvement ont montré une efficacité plus marquée à court terme qu'à long terme sur une autre étude. (47)

La kinésithérapie par méthode de McKenzie ne montrait pas de supériorité par rapport à d'autres approches dans le traitement de la lombalgie aiguë, mais elle s'est révélée plus efficace dans le cas de la lombalgie chronique. (48)

Une autre revue systématique a comparé la kinésithérapie précoce à la kinésithérapie retardée, concluant à l'efficacité de la kinésithérapie précoce, bien que la qualité des preuves soit considérée comme faible. (49)

Une méta-analyse publiée en 2023 n'a pas établi de supériorité pour l'une ou l'autre forme d'exercice physique pour la gestion de la lombalgie. Par conséquent, il est recommandé aux cliniciens de collaborer étroitement avec le patient et de se baser sur ses préférences individuelles pour orienter la sélection des exercices. (50)

Pour les autres moyens de préventions de lombalgies, une méta-analyse ne soutient pas l'utilisation de ceintures ou de supports lombaires (51) Quant aux semelles, il n'existe pas de preuves cliniques cohérentes que leur utilisation prévienne les douleurs lombaires. (52)

Des études de faible qualité ont montré une amélioration limitée avec l'utilisation d'orthèses personnalisées ou de semelles vendues en vente libre (53)

Le yoga n'a été associé à aucune différence significative comparé à un comparateur actif que ce soit à court ou à long terme. (54), pour la puncture sèche l'ensemble des preuves actuelles n'est pas solide pour tirer une conclusion ferme concernant l'efficacité et la sécurité. (55)

4.4 Concordance sur l'Item 4

82.5% des médecins interrogés, soit une majorité significative de 82.5%, semblent aller à l'encontre des recommandations de l'HAS.

Dans le même sens que notre étude, une étude transversale menée en France en 2020 avait pour objectif d'examiner dans quelle mesure les interventions de physiothérapie proposées par les médecins généralistes aux patients souffrant de douleurs dorsales étaient conformes aux

recommandations. Les résultats ont révélé une non-conformité aux recommandations de la part des médecins généralistes dans la majorité des cas. (56)

La non-adhérence des médecins aux recommandations en matière de prise en charge non médicamenteuse de la lombalgie peut être attribuée à différents facteurs.

Tout d'abord, **des croyances personnelles** sur l'efficacité des thérapies non médicamenteuses, telles que la kinésithérapie, peuvent influencer les décisions de traitement des médecins.

Par ailleurs, **la pression des patients** pour recevoir ces interventions, souvent perçues comme souhaitables, peut inciter les médecins à les prescrire afin de répondre aux attentes de leurs patients.

La disparité et les contradictions des résultats des études peuvent aussi semer la confusion parmi les médecins, contribuant ainsi à la divergence dans leurs approches de traitement.

5. Item 5: Evolution vers la chronicité :

5.3 Cas N°5:

Patient âgé de 42 ans, se présente en consultation pour lombosciatique de topographie S1 gauche isolée, évoluant depuis une semaine. La douleur est unilatérale, impulsive à la toux. A l'examen on note une raideur lombaire, un Lasègue positif à gauche. Le reste de l'examen est sans particularités.

- ❖ **Q3. Recherchez-vous les facteurs de risque de passage à la chronicité dans votre pratique ?**
- Oui
 - Non

➤ **Réponses:**

60,8% des praticien ont indiqué qu'ils cherchent activement les facteurs de risque de passage à la chronicité dans leur pratique

➤ **Commentaire**

La recherche des signes drapeaux jaunes, c'est-à-dire des facteurs de risque psychosociaux associés à l'évolution vers la chronicité de la lombalgie aiguë, est une démarche importante dans la prise en charge des patients.

En plus de cette évaluation, il pourrait être envisagé d'utiliser des questionnaires combinés pour évaluer le risque de chronicité chez les patients atteints de lombalgies aiguës.

Une méta-analyse a été réalisée pour évaluer la précision de ces questionnaires dans l'identification des patients à risque de chronicité. Les performances de ces instruments varient en fonction des critères de jugement, tels que la douleur, l'incapacité et l'absentéisme. Par exemple, le questionnaire Örebro semble être plus performant pour évaluer l'absentéisme que pour évaluer la douleur. (57)

Plus récemment, une étude visait à développer des modèles prédictifs, notamment basés sur l'intelligence artificielle pour prédire avec précision l'évolution vers la chronicité d'une douleur lombaire aiguës. Les modèles d'IA ont présenté des performances acceptables pour prédire le rétablissement ou l'absence de rétablissement chez les patients atteints de lombalgies aiguës, ce qui était meilleur que les pratiques actuelles. Ces modèles se profilent comme des outils potentiellement intégrables dans un système de soutien à la décision clinique, sous réserve d'une validation externe préalable. (58)

5.4 Concordance sur l'Item 5

Dans le cadre de notre enquête 60.8 % des praticiens interrogés affirment activement rechercher les facteurs psychosociaux, conformément aux recommandations en vigueur.

Cette constatation contraste fortement avec les constatations d'une étude, dans laquelle les médecins généralistes semblaient ne pas avoir recours aux signes drapeaux jaunes psychosociaux ni au questionnaire de dépistage pour identifier les facteurs de risque psychosociaux chez leurs patients souffrant de douleurs lombaires aiguës. (59)

En résumé, la recherche de signes "drapeaux jaunes", l'utilisation de questionnaires et le développement de modèles prédictifs basés sur l'IA sont des approches complémentaires visant à mieux identifier et gérer le risque de chronicité de la douleur lombaire.

6. Item 6: Facteurs de désinsertion professionnelle :

6.3 Cas N°5:

Patient âgé de 42 ans, se présente en consultation pour lombosciatique de topographie S1 gauche isolée, évoluant depuis une semaine. La douleur est unilatérale, impulsive à la toux. A l'examen on note une raideur lombaire, un Lasègue positif à gauche. Le reste de l'examen est sans particularités.

- ❖ **Q4. Le patient est revenu en consultation avec une série d'arrêts de travail répétées. Recherchez-vous systématiquement les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail ?**

Oui

Non

➤ **Réponses:**

58.7% des praticiens interrogés ont indiqué qu'ils cherchent activement les facteurs de désinsertion professionnelle

➤ **Commentaire**

La lombalgie (LBP) est la principale cause d'exclusion du travail avant l'âge de 45 ans, et la troisième cause d'incapacité au travail en France (60), ainsi la prévention de la désinsertion

professionnelle est essentielle pour garantir une meilleure qualité de vie aux patients souffrant de lombalgies.

Les recommandations de l'HAS mettent en avant l'importance d'identifier les facteurs de risque liés à une incapacité prolongée au travail. Ces facteurs sont regroupés en "drapeaux bleus" (liés aux perceptions du travailleur) et "drapeaux noirs" (liés aux politiques de l'entreprise et au système de soins).

Nos résultats indiquent que de nombreux médecins sont conscients de l'importance de prévenir la désinsertion professionnelle et cherchent activement à identifier ces facteurs de risque chez leurs patients lombalgiques.

Une méta-analyse a révélé que les travailleurs soulevant régulièrement des charges de 25 kg ou plus présentaient un risque accru de 25 % de développer des lombalgies (61). Les facteurs liés à l'environnement du travail, principalement le levage de charges lourdes, ont représenté près de 40 % des cas de lombalgies non spécifiques dans une étude. (62)

Une revue systématique a conclu que, en plus du port de charges lourdes, le fait de se pencher et de se tordre, ainsi que les vibrations corporelles entières sont des facteurs de risque professionnels clairs pour les douleurs lombaires. (63)

Cependant, étant donné qu'il existe une littérature scientifique insuffisante, il est difficile d'établir une relation de causalité entre l'exposition au travail avec la présence de lombalgies (64).

En l'absence d'une explication spécifique des symptômes du patient, le médecin doit rassurer le patient et le guider vers un retour à la fonction, ce qui inclut souvent le maintien de l'emploi, car il a été démontré que les travailleurs ayant de faibles attentes de retour au travail sont plus exposés au risque d'incapacité au travail à long terme. (65)

Bien que la plupart des directives recommandent un retour précoce à une activité normale et au travail, les exigences particulières de certaines professions peuvent nécessiter une approche plus individualisée. (66)

6.4 Concordance sur l'Item 6

L'étude révèle que 58.7% des praticiens interrogés ont adopté des pratiques conformes aux directives de l'HAS en cherchant les facteurs de risque de désinsertion professionnelle chez les patients présentant une lombalgie.

Dans un contexte économique caractérisé par des ressources limitées, des conditions de travail souvent peu favorables et un accès limité aux médecins de travail spécialisés, les médecins généralistes deviennent les premiers intervenants pour gérer les problèmes de santé professionnelle.

Ainsi, il n'est pas surprenant de constater que plus de la moitié des médecins interrogés dans cette étude connaissent et évaluent les signes "drapeaux noirs et bleus" conformément aux directives de l'HAS

II. Analyse des statistiques comparatives

Les résultats de cette étude révèlent des associations statistiquement significatives dans trois situations clés, mettant en lumière des éléments pouvant influencer la prise en charge des lombalgies par les généralistes en comparaison avec les recommandations de l'HAS.

Tout d'abord, il apparaît une signification statistique dans le suivi des recommandations dans la pratique quotidienne du médecin, en lien avec l'évaluation du risque de chronicité « Item5 » ($P= 0.009$). Ceci suggère que les médecins qui intègrent activement les directives basées sur preuves dans leur pratique clinique sont plus enclins à prendre en considération les facteurs de risque d'évolution vers la chronicité "Drapeaux jaunes" chez les patients souffrant de lombalgies.

Une autre variable significative est l'expérience professionnelle, mesurée en années d'exercice. Les praticiens ayant plus d'années d'expérience semblent avoir une meilleure compréhension à prévenir l'évolution vers la chronicité de cette lombalgie et à rechercher activement les signes drapeaux jaunes. ($P=0.029$)

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

Pour « l'item 6 », concernant la prévention de la désinsertion professionnelle, les médecins généralistes qui suivent les recommandations dans leurs pratiques quotidiennes sont davantage susceptibles de porter une attention particulière à l'impact de la douleur lombaire sur la vie professionnelle de leurs patients et de rechercher activement les signes de désinsertion "drapeaux bleus et noirs" ($P=0.003$).

Une étude a révélé que la probabilité que les médecins généralistes aient des attitudes non conformes aux lignes directrices était plus élevée chez ceux âgés de plus de 50 ans ($P < 0,05$). Les médecins de famille étaient plus susceptibles d'avoir un niveau élevé de connaissance des lignes directrices par rapport aux médecins généralistes ($P < 0,001$) (67). Cela suggère que les deux facteurs : L'âge et la spécialité du médecin impacte son adhérence aux lignes directrices

Une autre étude comparant les connaissances des chirurgiens orthopédiques et des médecins de famille dans la gestion des douleurs lombaires simples par rapport aux recommandations actuellement publiées, les médecins ont été invités à répondre à un questionnaire sur la prise en charge des douleurs lombaires simples. Le score moyen des médecins de famille était significativement plus élevé que le score des orthopédistes (44,3) ($P < 0,0001$). (68)

Pour influencer de manière significative la gestion des lombalgies, il est impératif de mettre en œuvre une série d'interventions complexes (69) et réaliser des études à grande échelle pour identifier les facteurs qui impactent l'adhérence aux recommandations, afin de pouvoir intervenir de manière efficace sur ces facteurs. Dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients et réduire les charges économiques qui découlent souvent des traitements prolongés, des réadmissions fréquentes et des complications à long terme, contribuant ainsi à alléger l'impact financier de la lombalgie sur les systèmes de soins de santé.



CONCLUSION



L'évaluation de la prise en charge des lombalgies par les médecins inclus dans notre enquête a révélé des écarts variables par rapport aux recommandations de l'HAS, en fonction de l'item étudié. Ces disparités étaient particulièrement prononcées dans l'évaluation clinique d'une douleur lombaire, où 63,6% des médecins n'ont pas pu reconnaître le caractère symptomatique de la lombalgie. De plus, dans la prise en charge médicamenteuse, la majorité des médecins ont prescrit des myorelaxants, même si leur rapport bénéfice/risque est défavorable selon les recommandations. Un autre écart significatif a été observé dans la prescription de la kinésithérapie, où 63.6 % des praticiens ont opté pour cette approche malgré son efficacité non démontrée.

La pertinence d'imagerie, tout comme, l'évaluation du risque de chronicité et la prévention de la désinsertion professionnelle était globalement satisfaisante.

Les écarts identifiés sur certains items, en plus de conduire à une prise en charge inappropriée du patient, peuvent également entraîner une augmentation des coûts des prestations médicales.

Le nombre d'années d'exercice et le suivi des recommandations dans sa pratique semblent être deux facteurs influençant l'adhérence des médecins aux recommandations de l'HAS sur certains items.

Dans le cadre de ce travail, nous préconisons une démarche de sensibilisation ciblée auprès des médecins impliqués dans la prise en charge des lombalgies. Cette initiative vise à harmoniser les pratiques médicales avec les recommandations de bonne pratique émises par l'HAS. En instaurant cette démarche d'amélioration continue, nous pouvons espérer une prise en charge plus efficace et économiquement viable de cette pathologie fréquente.



RESUMES



RESUME

Introduction :

La lombalgie, définie comme une douleur située entre la charnière entre la thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur, constitue un problème de santé publique par sa prévalence et ses répercussions sociaux-économiques. La présente étude avait pour objectif d'évaluer le niveau de concordance entre les pratiques médicales des médecins généralistes et les recommandations de l'HAS pour la prise en charge des lombalgies, ainsi qu'analyser les facteurs influençant l'adhérence à ces recommandations.

Participants et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive qui a consisté en une enquête auprès des médecins généralistes de la région Souss-Massa, menée du décembre 2022 à juin 2023, par le biais d'un questionnaire, qui a été établi et structuré étroitement en parallèle avec les recommandations de l'HAS, sous forme de 5 cas cliniques. La saisie et l'analyse statistique ont été faites sur le logiciel Jamovi.

Résultats :

Les résultats de l'étude révèlent des écarts significatifs entre les pratiques des médecins généralistes et les recommandations de l'HAS concernant la prise en charge des lombalgies. Pour l'item 1 portant sur l'évaluation clinique d'une douleur lombaire, seulement 36.4% des médecins étaient en concordance avec les directives de l'HAS. De même, en ce qui concerne l'imagerie (Item 2), seuls 46.9% des médecins ont suivi les recommandations. En matière de prise en charge médicamenteuse (Item 3), 28% des médecins étaient conformes aux recommandations de l'HAS, tandis que pour les approches non médicamenteuses (Item 4), ce chiffre était encore plus bas à 17.5%. L'évaluation du risque de chronicité (Item 5) a montré un taux de conformité de 60.8%, tandis que la prévention de la désinsertion professionnelle (Item 6) a été suivie par 58.7% des médecins. Ces résultats soulignent la nécessité d'une intervention éducative et de sensibilisation continue pour aligner les pratiques des médecins généralistes sur les normes établies par l'HAS dans la prise en charge des lombalgies.

Notre analyse nous a permis de déterminer des facteurs influençant la concordance de prise en charge avec les recommandations de l'HAS sur chaque ITEM. Pour l'Item 5, portant sur l'évaluation du risque de chronicité des lombalgies, les médecins qui suivent les recommandations dans leurs pratiques ont démontré une meilleure évaluation du risque de chronicité pour leurs patients ($P=0.009$). De plus, l'expérience professionnelle, mesurée en

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

années d'exercice, est un facteur significatif, soulignant l'importance de l'expérience clinique dans cette évaluation ($P=0.029$). Pour l'Item 6, concernant la prévention de la désinsertion professionnelle, les médecins généralistes qui adhèrent aux recommandations dans leur pratique ont montré une meilleure compréhension des mesures préventives nécessaires ($P=0.003$)

Conclusion

Notre étude révèle des disparités significatives entre les pratiques des médecins généralistes et les recommandations de l'HAS pour la prise en charge des lombalgies. Les facteurs clés influençant cette concordance incluent le strict respect des recommandations dans la pratique et l'expérience professionnelle des médecins, soulignant ainsi l'importance de l'éducation continue et de l'expérience clinique pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients souffrant de lombalgies.

Abstract:

Introduction:

Low back pain, defined as pain located between the thoracolumbar hinge and the lower gluteal fold, is a public health problem due to its prevalence and social and economic repercussions. The aim of this study was to assess the degree of concordance between GPs' medical practices and the HAS recommendations for the management of low back pain, and to analyse the factors influencing this concordance.

Participants and Methods:

This is a descriptive observational study which consisted of a survey of general practitioners in the Souss–Massa region, conducted from December 2022 to June 2023 by a questionnaire which was drawn up and structured closely in parallel with the HAS recommendations in the form of 5 clinical cases. Data entry and statistical analysis were carried out using Jamovi software.

Results:

The results of the study reveal significant discrepancies between GPs' practices and the HAS recommendations concerning the management of low back pain. For item 1 on the clinical assessment of low back pain, only 36.4% of doctors agreed with the HAS guidelines. Similarly, with regard to imaging, only 46.9% of doctors followed the recommendations (Item 2). In terms of drug management (Item 3), only 28% of doctors complied with HAS recommendations, while for non–drug approaches (Item 4), the figure was even lower at 17.5%. Assessment of the risk of chronicity (Item 5) showed a compliance rate of 60.8%, while prevention of occupational exclusion (Item 6) was followed by 58.7% of doctors. These results highlight the need for ongoing education and awareness–raising to bring GP practices into line with the standards established by the HAS for the management of low back pain.

Our analysis enabled us to determine the factors influencing the concordance of management with the HAS recommendations for each ITEM. For Item 5, concerning assessment of the risk of chronicity of low back pain, doctors who follow the recommendations in their practices demonstrated a better assessment of the risk of chronicity for their patients ($P=0.009$). In addition, professional experience, measured in years of practice, was a significant factor, underlining the importance of clinical experience in this assessment ($P=0.029$). For Item 6, concerning the prevention of occupational deintegration, GPs who adhere to the recommendations in their practice showed a better understanding of the necessary preventive measures ($P=0.003$).

Conclusion:

Our study reveals significant disparities between GP practices and the HAS recommendations for the management of low back pain. The key factors influencing this concordance include strict compliance with the recommendations in practice and doctors'

professional experience, highlighting the importance of continuing education and clinical experience in improving the quality of care provided to patients suffering from low back pain.

ملخص

مقدمة

الألم في الظهر السفلي، الذي يُعرّف كالألم الموجود بين مفصل الحوض وطفية الأرداف السفلية، يشكل مشكلة صحية عامة نظرًا لانتشاره ولانعكاساته الاجتماعية والاقتصادية. هدف هذه الدراسة تقييم درجة التوافق بين ممارسات الأطباء العاميين وتوصيات الهيئة العليا للصحة بخصوص إدارة آلام الظهر السفلي، وتحليل العوامل التي تؤثر في هذا التوافق.

المشاركون والأساليب

هذه دراسة وصفية ، للأطباء العاميين في منطقة سوس-ماسة، تم إجراؤها من ديسمبر 2022 إلى يونيو 2023 باستخدام استبيان تم إعداده وتنظيمه بشكل وثيق بالتوازي مع تعريفات وتوصيات الهيئة العليا للصحة في صورة 5 حالات سريرية. تم إدخال البيانات وتحليلها إحصائيًا باستخدام برنامج JAMOV

النتائج

تكشف نتائج الدراسة عن اختلافات كبيرة بين ممارسات الأطباء العاميين وتوصيات الهيئة العليا للصحة فيما يتعلق بإدارة آلام الظهر السفلي. بالنسبة للبند الأول الخاص بالتقييم السريري لآلام الظهر السفلي، فقط 36.4% من الأطباء وافقوا على توجيهات المركز الوطني للصحة. وبالمثل، فيما يتعلق بالفحص الإشعاعي، اتبع 46.9% فقط من الأطباء التوصيات. فيما يتعلق بالدواء (البند الثالث) ، اتبع فقط 28% من الأطباء توصيات المركز الوطني للصحة، بينما كانت النسبة حوالي 17.5% بالنسبة للنهج غير الدوائي (البند الرابع). أظهر تقييم خطر استمرارية الألم (البند الخامس) نسبة الامتثال 60.8%، بينما اتبع 58.7% من الأطباء الوقاية من استبعاد العمل (البند السادس). تبرز هذه النتائج الحاجة إلى التعليم المستمر ورفع الوعي لمحاكاة ممارسات الأطباء العاميين وفقًا للمعايير المتبعة من قبل الهيئة العليا للصحة في إدارة آلام الظهر السفلي

سمح تحليلنا بتحديد العوامل التي تؤثر في اتفاق ممارسات الأطباء العاميين مع توصيات الهيئة العليا للصحة لكل بند. بالنسبة للبند الخامس الخاص بتقييم خطر استمرارية الألم بشكل مستمر ظهر الأطباء الذين يلتزمون بالتوجيهات في ممارساتهم تقديراً أفضل ($P=0.009$) بالإضافة إلى ذلك، كانت الخبرة المهنية، المقاسة بعدد سنوات الممارسة، عاملاً مهماً مما يبرز أهمية التجربة السريرية في هذا التقدير ($P=0.029$) أما بالنسبة للبند السادس الخاص بمنع الاستبعاد المهني، أظهر الأطباء العاميون الذين يتبعون التوصيات في ممارساتهم فهماً أفضل للتدابير الوقائية الضرورية. ($P=0.003$)

الخلاصة

تكشف دراستنا عن اختلافات كبيرة بين ممارسات الأطباء العاميين وتوصيات المركز الوطني للصحة في إدارة آلام الظهر السفلي. العوامل الرئيسية التي تؤثر في هذا التوافق تشمل الامتثال الصارم للتوصيات في الممارسة العملية وخبرة الأطباء المهنية، مما يبرز أهمية التعليم المستمر والتجربة السريرية في تحسين جودة الرعاية المقدمة للمرضى الذين يعانون من آلام الظهر السفلي.



ANNEXES



ANNEXE 1

Questionnaire

Evaluation de la prise en charge des lombalgies par les médecins généralistes

Cette étude a été entreprise dans le but d'évaluer de manière approfondie la prise en charge des lombalgies par les médecins généralistes. L'objectif principal était d'analyser le niveau de concordance entre les pratiques médicales courantes des médecins généralistes et les directives précises établies par l'HAS pour la gestion des lombalgies. Il est essentiel de noter que toutes les données collectées dans le cadre de cette recherche sont traitées de manière confidentielle et anonyme. La participation à cette étude est entièrement volontaire, et nous tenons à exprimer notre gratitude à tous les médecins généralistes qui ont généreusement consacré leur temps pour contribuer à cette recherche.

PREMIERE PARTIE

✚ Sexe

- Masculin
- Féminin

✚ Age :

✚ Nombre d'année d'exercice :

✚ Secteur d'exercice

- Public
- Privé

✚ Milieu d'exercice

- Urbain
- Rural

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

✚ Lieu d'exercice

- Agadir idaoutanane
- Inezgane Ait melloul
- Chtouka ait baha
- Tata
- Taroudant
- Tiznit

✚ Assistez-vous régulièrement à des événements scientifiques ?

- Oui
- Non

✚ Suivez-vous les recommandations dans votre pratique ?

- Oui
- Non

DEUXIEME PARTIE

Cas N° 1 :

Patiente de 70 ans, sous corticothérapie depuis 15 ans, qui vous consulte pour des lombalgies apparues brutalement, il y a 8 jours peu de temps après une glissade en sortant du lit. A l'examen: Douleur à la pression des épineuses lombaires L4 et L5. Raideur rachidienne lombaire (Schober à 10 + 2 cm), le reste de l'examen est sans particularités.

- ❖ Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?
 - Hernie discale
 - Spondylarthrite ankylosante
 - Métastase vertébrale
 - Spondylodiscite lombaire
 - Fracture vertébrale

- ❖ Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?
 - NON
 - NFS/VS
 - Radiographie standard du rachis lombaire
 - TDM du rachis lombaire
 - Scintigraphie osseuse

 Cas N° 2 :

Patient de 30 ans, avec ATCD de diarrhée fébrile 10 jours avant l'apparition de la symptomatologie, se présente en consultation pour lombosciatique bilatérale de topographie S1, à recrudescence nocturne. L'examen clinique note une fièvre à 38°C et une raideur lombaire.

- ❖ Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?
 - Hernie discale
 - Spondylarthrite ankylosante
 - Métastase vertébrale
 - Spondylodiscite lombaire
 - Fracture vertébrale

- ❖ Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?
 - NON
 - NFS/VS
 - Radiographie standard du rachis lombaire
 - IRM du rachis lombaire
 - Scintigraphie osseuse

 Cas N° 3 :

Patient de 75 ans, dans ses antécédents on note une dysurie, quelques épisodes de rétention aiguë d'urine spontanément résolutive. Se présente en consultation pour lombosciatique aiguë non impulsive à la toux et à la défécation. A l'examen clinique on note une raideur rachidienne évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. Le patient a reçu un traitement par antalgique et AINS pendant 3 semaines sans amélioration notable.

❖ Q1. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Hernie discale
- Spondylarthrite ankylosante
- Métastase vertébrale
- Spondylodiscite lombaire
- Fracture vertébrale

❖ Q2. Demanderiez-vous un examen paraclinique ? Si oui le(s)quel(s) ?

- NON
- NFS/VS
- Radiographie standard du rachis lombaire
- IRM du rachis lombaire
- Scintigraphie osseuse

 Cas N° 4 :

Patient de 40 ans, serveur dans un café, sans ATCDs pathologiques particuliers, se plaint depuis 7 jours de lombosciatique du côté gauche qui apparaît après son travail, la douleur est calmée par le repos, impulsive à la toux et à la défécation. A l'examen, on note une raideur lombaire, signe de Lasègue positif à gauche, EVA à 40%, sans déficit sensitif ni moteur.

❖ Q1. Quelle serait votre attitude en première intention ?

- Prescrire un traitement médical
- Prescrire des examens complémentaires

 Cas N°5:

Patient âgé de 42 ans, se présente en consultation pour lombosciatique de topographie S1 gauche isolée, évoluant depuis une semaine. La douleur est unilatérale, impulsive à la toux. A l'examen on note une raideur lombaire, un Lasègue positif à gauche. Le reste de l'examen est sans particularités.

- ❖ Q1. Quel traitement médical prescriviez-vous en première intention ?
 - Paracétamol
 - Myorelaxant
 - AINS
 - CTC systémique
 - Vitamine D
 - Antidépresseurs

- ❖ Q2. En complément du traitement médicamenteux que conseillez-vous au patient ?
 - Kinésithérapie
 - Activités physiques adaptées
 - Corset
 - Semelle orthopédique
 - Acupuncture
 - Aucune des réponses précédentes

- ❖ Q3. Recherchez-vous les facteurs de risque de passage à la chronicité dans votre pratique ?

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

- Oui
- Non

❖ Q4. Le patient est revenu en consultation avec une série d'arrêts de travail répétées. Recherchez-vous systématiquement les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail ?

- Oui
- Non



Texte des recommandations

Fiche mémo

Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune

Mars 2019

Ces recommandations visent à améliorer et harmoniser la prise en charge du patient présentant une lombalgie commune en guidant les professionnels de santé dans les différentes étapes du diagnostic et du traitement, afin de réduire le risque de chronicité de la lombalgie et de désinsertion professionnelle.

La lombalgie est définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur (AE). 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 (AE).

La **lombalgie commune** désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges »). Le terme lombalgie « commune » est préféré à celui de lombalgie « non spécifique » en pratique courante (AE).

La **lombalgie chronique** est définie par une lombalgie de plus de 3 mois.

Il est proposé (AE) d'utiliser les termes de :

- « **poussée aiguë de lombalgie** » plutôt que lombalgie aiguë afin d'englober les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles ;
- « **lombalgie à risque de chronicité** » pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes) ;
- « **lombalgie récidivante** » en cas de récurrence de lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité.

Un **arbre décisionnel de prise en charge du patient présentant une lombalgie** est proposé ci-joint : les recommandations relatives à certaines étapes sont détaillées ci-dessous.

Évaluation clinique d'une douleur lombaire

La recherche des **signes d'alerte** (cf. « drapeaux rouges ») orientant vers une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente doit être réalisée pour toute douleur lombaire récente, ou aggravation des symptômes ou apparition de nouveaux symptômes (AE).

La recherche de ces signes d'alerte doit rester à l'esprit du praticien à tous les stades de la lombalgie, notamment en cas de poussée aiguë de lombalgie survenant dans le cadre d'une douleur chronique, ou en cas de modifications des symptômes cliniques (AE). La spécificité des signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges ») pris isolément est limitée ; c'est leur combinaison qui doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie sous-jacente à la douleur lombaire justifiant une prise en charge spécifique.

Il est recommandé de réévaluer le patient 2 à 4 semaines après une poussée aiguë de lombalgie (AE).

Évaluation du risque de chronicité

La recherche précoce des **facteurs de risque psychosociaux** (cf. « drapeaux jaunes ») est recommandée afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité, et d'établir une prise en charge adaptée au risque (grade B).

Certains éléments (peurs et croyances, contextes psychologique et social) doivent être identifiés précocement.

En complément de cette évaluation, un questionnaire composite comme le **StarT Back screening tool**¹ (qui propose une prise en charge stratifiée sur le risque), et la version courte du **questionnaire Örebro**¹ (qui est prédictif de l'absentéisme) peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chronicité (grade B). D'autres questionnaires plus spécifiques tels que le **FABQ**¹ (évaluant le niveau de peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie) ou l'**HAD**² (évaluant le niveau d'anxiété et de dépression) peuvent aussi être utilisés (AE).

Pertinence de l'imagerie

En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie rachidienne dans le cas d'une poussée aiguë de lombalgie (grade C).

Il est recommandé d'expliquer au patient pourquoi une imagerie n'est pas nécessaire (AE).

En l'absence de drapeau rouge, il est recommandé de réaliser une imagerie rachidienne en cas de lombalgie chronique (au-delà de 3 mois) (AE) : la réalisation d'une IRM est recommandée (ou un scanner en cas de contre-indication à l'IRM) (AE).

Si un geste invasif (infiltration épidurale voire chirurgie rachidienne) est envisagé, une imagerie rachidienne (IRM ou scanner si contre-indication) est conseillée (sauf chez les patients hyperalgiques afin de ne pas retarder leur prise en charge) (AE).

En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser des radiographies isolées en dehors de la recherche d'une instabilité ou d'un trouble statique rachidiens (AE).

Il n'y a pas d'indication à renouveler l'imagerie en l'absence de modification des symptômes (AE).

Il est important d'expliquer au patient l'absence de corrélation systématique entre les symptômes et les signes radiologiques. Il est recommandé d'expliquer et de dédramatiser les termes médicaux et techniques des comptes rendus d'imagerie (AE).

DRAPEAUX ROUGES

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

DRAPEAUX JAUNES

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

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

DRAPEAUX BLEUS

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

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

DRAPEAUX NOIRS

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

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

D'après la Société française de médecine du travail (SFMT). Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de bonne pratique. Rouen: SFMT; 2013.

Prise en charge globale du patient lombalgique

La prise en charge doit être **centrée sur le patient** : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique, et socioprofessionnelle) (AE). Cette prise en charge globale est habituellement nommée « bio-psycho-sociale » et s'appuie sur une **décision médicale partagée**.

Il est recommandé d'expliquer au patient les termes du diagnostic et de **délivrer une information rassurante quant au pronostic de la lombalgie commune** (généralement favorable en quelques semaines) (AE).

En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité, il est utile d'envisager une prise en charge pluri-disciplinaire (AE) pouvant impliquer : kinésithérapeute, rhumatologue, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, médecin du travail, puis si indiqué spécialiste de la douleur, ou chirurgien du rachis. Le type de professionnels impliqués dépend à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge initialement le patient, de la situation individuelle, des préférences du patient, et des ressources du système de soins disponibles localement (AE).

Il est important de veiller à la cohérence des propositions thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, en raison du caractère délétère des discours discordants (AE).

Maintien en emploi et prévention de la désinsertion professionnelle³

Les **facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail** (cf. « drapeaux bleus et noirs ») doivent être recherchés en cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés au-delà de 4 semaines (AE). Dans ce cas, l'expertise du médecin du travail doit être sollicitée, notamment pour connaître les contraintes et les possibilités d'adaptation du poste de travail (AE).

Prise en charge non médicamenteuse

Avant d'envisager une prise en charge non médicamenteuse, le **diagnostic médical de lombalgie commune** doit avoir été posé (AE).

L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie commune (grade B).

Tableau 1. Prises en charge non médicamenteuses indiquées ou possibles en cas de lombalgie commune. Différentes prises en charge peuvent être associées.

Modalités			
Première intention	Autogestion et reprise des activités quotidiennes (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible)	Indiquées (grade B)	
	Activités physiques adaptées et activités sportives	Indiquées (grade B)	Activité progressive et fractionnée selon la préférence du patient.
	Kinésithérapie	Indiquée (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.
Deuxième intention	Éducation à la neurophysiologie de la douleur (a)	Indiquée (AE)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.
	Techniques manuelles (manipulations, mobilisations)	Possibles (grade B)	Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.
	Interventions psychologiques type TCC	Possibles (grade B)	Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés ; par un professionnel ou une équipe formés aux TCC de la douleur.
Troisième intention	Programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale (b) et professionnelle	Possible (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistante, en présence de facteurs de risque psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée. À moduler en fonction de la situation médicale, psychosociale et professionnelle du patient.

TCC : techniques cognitivo-comportementales ; (a) sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/neurophysiologie-douleur/ ; (b) il est recommandé que les programmes comportent des exercices actifs supervisés, une approche multidisciplinaire, des TCC et des mesures d'ordre social.

Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité : prise en charge par kinésithérapie

La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignée par un kinésithérapeute, puis poursuivie à domicile, est recommandée (grade B).

Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale (AE).

La réalisation de la kinésithérapie doit faire appel à la **participation active du patient** (grade B).

Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie (AE).

Evaluation de la prise en charge des lombalgies et lombosciatique par les médecins généralistes de la région d'Agadir

Prise en charge médicamenteuse

Aucun médicament antalgique n'a prouvé d'efficacité à moyen terme sur l'évolution d'une poussée aiguë de lombalgie. Néanmoins la prise en charge antalgique graduée, débutant par des antalgiques de palier I, peut être mise en place pour la gestion des accès douloureux (AE).

Il est recommandé de rappeler le bon usage des antalgiques et leur utilité à visée symptomatique et non curative (AE).

Le choix du traitement doit prendre en compte les antécédents médicaux, les expériences antérieures de prise antalgique, les préférences du patient et le risque de mésusage.

Tableau 2. Traitements médicamenteux indiqués en cas de lombalgie commune.

		Modalités	Grade
Première intention	Paracétamol	Peut être utile à visée symptomatique pour traiter la douleur.	AE
	AINS	Peuvent être proposés après évaluation de la balance bénéfique/risque en fonction des antécédents, pour la plus courte durée possible, à la dose efficace la plus faible.	A
Seconde intention	Opioïdes (a)	Le risque de mésusage doit être pris en compte (b).	B
		Les opioïdes faibles peuvent être proposés avec ou sans association au paracétamol, à faible dose, en cas d'échec ou de contre-indication aux AINS, pour la plus courte durée possible.	B
		Les opioïdes forts sont réservées aux lombalgies réfractaires aux prises en charge bien conduites (y compris programme de réadaptation pluridisciplinaire) pour la plus courte durée possible.	B
	Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie. Peuvent être envisagés soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), soit en cas de troubles anxio-dépressifs associés, en tenant compte de la balance bénéfique/risque.	A B
Gabapentinoïdes (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie.	A	
	Peuvent être envisagés en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), en tenant compte de la balance bénéfique/risque.	B	

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; IRSNa : antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

(a) Il est recommandé d'informer le patient du risque d'effets secondaires des opioïdes. Le maintien d'un traitement par opioïdes faibles ou forts doit être très régulièrement réévalué en fonction des bénéfices qui auront été préalablement établis avec le patient (AE).

(b) Il existe des outils pour détecter un risque de mésusage avant la première prescription (*Opioid Risk-Tool*) et avant un renouvellement (échelle POMI). En cas de risque de mésusage, une surveillance étroite du patient est conseillée (AE). En cas de mésusage avéré, une prise en charge conjointe avec un centre de la douleur ou d'addictologie est recommandée (AE).

(c) Il est recommandé d'informer le patient de leur mode d'action (effet différé) et des effets indésirables (AE).

(d) Score DN4 ou *pain detect*.

Prises en charge envisageables sous conditions/non recommandées

► Prises en charge non médicamenteuses

Les **ultrasons** et les **tractions lombaires** ne sont pas recommandés (grade B). Les

semelles orthopédiques ne sont pas indiquées (grade B).

L'**acupuncture**, l'**acupression** et le **dry needling** (puncture sèche) n'ont pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie.

En l'absence d'étude de bonne qualité, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité de la **sophrologie**, de la **relaxation**, de la « **méditation pleine conscience** » ou de l'**hypnose**. Elles peuvent cependant être envisagées dans le cadre d'une combinaison multimodale associée à une prise en charge active du patient (AE).

Il est possible d'envisager le port d'une **ceinture lombaire** ou d'un **corset** sur une courte durée pour aider à la reprise d'activités (AE) bien qu'ils n'aient pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie.

En cas de douleurs avec une composante neuropathique, après échec des autres alternatives thérapeutiques (y compris une prise en charge multidisciplinaire), une **stimulation médullaire** peut se discuter en centre d'évaluation et traitement de la douleur (AE).

► Prises en charge médicamenteuses

En l'absence d'étude, il n'est pas possible de statuer sur l'intérêt du traitement par **Néfopam (AE)**, ni par **corticoïdes (AE)**. Les **myorelaxants** ont une balance bénéfice/risque défavorable dans la lombalgie commune (AE).

Il n'y a pas d'indication à un traitement par **antibiotiques (grade B)**, ni par **vitamine D (grade B)**, ni par **patch de lidocaïne (AE)**, ni par **anti-TNF alpha (AE)**.

Infiltrations rachidiennes

Il n'y a généralement pas d'indication à réaliser des infiltrations épidurales dans les lombalgies sans radiculalgie (grade C).

Une infiltration épidurale peut être envisagée pour une douleur radiculaire persistante et sévère malgré un traitement médical bien conduit (grade C), si possible après réalisation d'une imagerie en coupes, et dans le cadre d'une décision partagée avec le patient compte tenu des risques et de l'efficacité limitée des infiltrations.

En cas d'antécédent chirurgical, la voie d'abord doit se situer à distance de l'étage opéré ou par la voie du hiatus sacro-coccygien (AE).

En l'état actuel des produits disponibles en France, la voie foraminale est contre-indiquée (AE). Il n'est pas possible de formuler de recommandation claire sur l'usage des infiltrations facettaires intra-articulaires.

Prise en charge chirurgicale

En cas d'échec de la prise en charge multidisciplinaire, un avis chirurgical peut être envisagé au cas par cas⁴ (AE).

Aspects de prévention secondaire

Il est recommandé aux personnes ayant présenté une lombalgie de pratiquer régulièrement une activité physique et/ou des exercices d'auto rééducation afin de diminuer le risque de récurrence (grade B). Le choix de l'activité physique doit prendre en compte la préférence du patient (AE).

Messages clés

- Il est essentiel de délivrer une **information rassurante** quant au pronostic : dans 90 % des cas, la lombalgie commune évolue favorablement en moins de 4 à 6 semaines.
- En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie rachidienne dans le cas d'une poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie, compte-tenu de l'absence de corrélation systématique radio-clinique.
- **L'activité physique** est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie et d'éviter une récurrence.
- **Les patients à risque de chronicité doivent être identifiés précocement**, afin de réaliser de la kinésithérapie avec participation active du patient. En l'absence d'amélioration, **la prise en charge multidisciplinaire** inclut un médecin spécialiste du rachis et si nécessaire un médecin du travail.
- La prise en charge globale du patient, dite « **bio-psycho-sociale** », doit être **centrée sur le patient** : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique et socio-professionnelle). Elle s'appuie sur **une décision médicale partagée**.





BIBLIOGRAPHIE



1. **Karine P.**
Haute Autorité de santé. 2019;
2. **Traore B, Hajar S, Tsoumbou-Bakana G, Nani S, Lmidmani F.**
Prévalence et facteurs associés à la lombalgie au CHU Ibn Rochd de Casablanca – Étude transversale. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. août 2022;70:S246.
3. **Vlaeyen JWS, Maher CG, Wiech K, Van Zundert J, Meloto CB, Diatchenko L, et al.**
Low back pain. *Nat Rev Dis Primers*. 13 déc 2018;4(1):52.
4. **Kamali A, Ziadlou R, Lang G, Pfannkuche J, Cui S, Li Z, et al.**
Small molecule-based treatment approaches for intervertebral disc degeneration: Current options and future directions. *Theranostics*. 2021;11(1):27-47.
5. **Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, et al.**
Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Transl Med*. mars 2020;8(6):299-299.
6. **Traore Aissata Doucoure.** Lombalgies et/ou lomboradiculalgies : profil epidemio-clinique et etiologies à Bouake (Cote d'ivoire). Low back pain and lumbar radicular pain: epidemio-clinical profile and etiology at Bouake (Cote d'ivoire). 2022 [cité 16 sept 2023]; Disponible sur: <http://rmr.smr.ma/441-lombalgies-et-ou-lomboradiculalgies-profil-epidemio-clinique-et-etologies-a-bouake-cote-d-ivoire>
7. **BAHIRI R.**
Aspect épidémiologique de la lombalgie à rabat [Mémoire de fin de résidanat,]. 2000.
8. **Dieleman JL, Cao J, Chapin A, Chen C, Li Z, Liu A, et al.**
US Health Care Spending by Payer and Health Condition, 1996–2016. *JAMA*. 3 mars 2020;323(9):863-84.
9. **Finley CR, Chan DS, Garrison S, Korownyk C, Kolber MR, Campbell S, et al.**
What are the most common conditions in primary care? Systematic review. *Can Fam Physician*. nov 2018;64(11):832-40.
10. **Krog SB, Jensen TS, Rolving N, Thomsen JNL, Hansen CB, Werenberg CH, et al.**
Appropriateness of referrals from primary care for lumbar MRI. *Chiropr Man Therap*. déc 2022;30(1):9.
11. **Cochran_1977_Sampling Techniques.pdf** [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: https://fsapps.nwgc.gov/gtac/CourseDownloads/IP/Cambodia/FlashDrive/Supporting_Documentation/Cochran_1977_Sampling%20Techniques.pdf
12. **Bartlett JE, Kotrlik JW, Higgins CC.**
Organizational Research: Determining Appropriate Sample Size in Survey Research.
13. **Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RWJG, De Vet HCW, et al.**
Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ*. 11 déc 2013;347(dec11 1):f7095-f7095.
14. **Ehsanbakhsh AR, Akhbari H, Iraee MB, Toosi FS, Khorashadizadeh N, Rezvani MR, et al.**
The Prevalence of Undetected Vertebral Fracture in Patients with Back Pain by Dual-Energy X-ray Absorptiometry (DXA) of the Lateral Thoracic and Lumbar Spine. *Asian Spine J*. 2011;5(3):139.

- 15. Parreira PCS, Maher CG, Traeger AC, Hancock MJ, Downie A, Koes BW, et al.**
Evaluation of guideline–endorsed red flags to screen for fracture in patients presenting with low back pain. *Br J Sports Med.* mai 2019;53(10):648-54.
- 16. Van Den Hauwe L, Sundgren PC, Flanders AE.**
Spinal Trauma and Spinal Cord Injury (SCI). In: Hodler J, Kubik–Huch RA, Von Schulthess GK, éditeurs. *Diseases of the Brain, Head and Neck, Spine 2020–2023* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cité 20 sept 2023]. p. 23-40. (IDKD Springer Series). Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-38490-6_19
- 17. Ryang YM, Akbar M.**
Die eitrige Spondylodiszitis: Symptome, Diagnostik und Behandlungsstrategien. *Orthopäde.* août 2020;49(8):691-701.
- 18. Sobottke R, Seifert H, Fätkenheuer G, Schmidt M, Goßmann A, Eysel P.**
Current Diagnosis and Treatment of Spondylodiscitis. *Deutsches Ärzteblatt international* [Internet]. 7 mars 2008 [cité 20 sept 2023]; Disponible sur: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2008.0181>
- 19. Mylona E, Samarkos M, Kakalou E, Fanourgiakis P, Skoutelis A.**
Pyogenic Vertebral Osteomyelitis: A Systematic Review of Clinical Characteristics. *Seminars in Arthritis and Rheumatism.* août 2009;39(1):10-7.
- 20. Bierry G, Dietemann JL.**
Imagerie des spondylodiscites infectieuses. *EMC – Radiologie et imagerie médicale – Musculosquelettique – Neurologique – Maxillofaciale.* déc 2012;7(4):1-16.
- 21. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW.**
Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *Eur Spine J.* sept 2016;25(9):2788-802.
- 22. Eleraky M, Papanastassiou I, Vrionis FD.**
Management of metastatic spine disease. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care.* sept 2010;4(3):182-8.
- 23. Albahlal JM, Alhandi AA, Aldihan KA, Alsultan OH, Alhusain FA, Alqahtani HM, et al.**
Primary healthcare physicians' adherence to acute lower back pain referral guidelines in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Med J.* août 2018;39(8):838-41.
- 24. French SD, Green ME, Bhatia RS, Peng Y, Hayden JA, Hartvigsen J, et al.**
Imaging use for low back pain by Ontario primary care clinicians: protocol for a mixed methods study – the Back ON study. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2019;20(1):50.
- 25. Chou R, Deyo RA, Jarvik JG.**
Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. *Radiol Clin North Am.* juill 2012;50(4):569-85.
- 26. Lin IB, O'Sullivan PB, Coffin JA, Mak DB, Toussaint S, Straker LM.**
Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open.* 2013;3(4):e002654.

27. **Deyo RA.** Real help and red herrings in spinal imaging. *N Engl J Med.* 14 mars 2013;368(11):1056-8.
28. **Kennedy SA, Fung W, Malik A, Farrokhyar F, Midia M.** Effect of Governmental Intervention on Appropriateness of Lumbar MRI Referrals: A Canadian Experience. *Journal of the American College of Radiology.* août 2014;11(8):802-7.
29. **Logan GS, Dawe RE, Aubrey-Bassler K, Coombs D, Parfrey P, Maher C, et al.** Are general practitioners referring patients with low back pain for CTs appropriately according to the guidelines: a retrospective review of 3609 medical records in Newfoundland using routinely collected data. *BMC Fam Pract.* déc 2020;21(1):236.
30. **Jenkins HJ, Downie AS, Maher CG, Moloney NA, Magnussen JS, Hancock MJ.** Imaging for low back pain: is clinical use consistent with guidelines? A systematic review and meta-analysis. *The Spine Journal.* déc 2018;18(12):2266-77.
31. **bridging-the-know-do-gap.pdf** [Internet]. [cité 2 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources/high-impact-research-training-curricula/bridging-the-know-do-gap.pdf>
32. **Van Der Gaag WH, Roelofs PD, Enthoven WT, Van Tulder MW, Koes BW.** Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. *Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 16 avr 2020 [cité 14 sept 2023];2020(4). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013581>
33. **Rasmussen-Barr E, Held U, Grooten WJ, Roelofs PD, Koes BW, Van Tulder MW, et al.** Non-steroidal anti-inflammatory drugs for sciatica. *Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 15 oct 2016 [cité 14 sept 2023];2017(2). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012382>
34. **Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, Van Tulder MW, Koes BW.** Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 10 févr 2016 [cité 14 sept 2023];2016(8). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012087>
35. **Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Day RO, Pinheiro MB, Ferreira ML.** Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* juill 2017;76(7):1269-78.
36. **Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG.** Paracetamol for low back pain. *Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 6 juin 2016 [cité 14 sept 2023];2019(1). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012230>
37. **Cashin AG, Folly T, Bagg MK, Wewege MA, Jones MD, Ferraro MC, et al.** Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 7 juill 2021;n1446.
38. **Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ.** Efficacy, Tolerability, and Dose-Dependent Effects of Opioid Analgesics for Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 1 juill 2016;176(7):958.

- 39. Chou R, Pinto RZ, Fu R, Lowe RA, Henschke N, McAuley JH, et al.**
Systemic corticosteroids for radicular and non-radicular low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 21 oct 2022;10(10):CD012450.
- 40. Zadro JR, Shirley D, Ferreira M, Carvalho Silva AP, Lamb SE, Cooper C, et al.**
Is Vitamin D Supplementation Effective for Low Back Pain? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Physician.* mars 2018;21(2):121-45.
- 41. Efficacy, acceptability, and safety of antidepressants for low back pain: a systematic review and meta-analysis | Systematic Reviews | Full Text [Internet].** [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-021-01599-4>
- 42. Shanthanna H, Gilron I, Rajarathinam M, AlAmri R, Kamath S, Thabane L, et al.**
Benefits and safety of gabapentinoids in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med.* août 2017;14(8):e1002369.
- 43. Macedo LG, Saragiotto BT, Yamato TP, Costa LOP, Menezes Costa LC, Ostelo RWJG, et al.**
Motor control exercise for acute non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 10 févr 2016;2(2):CD012085.
- 44. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LOP, Menezes Costa LC, Ostelo RWJG, et al.**
Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 janv 2016;2016(1):CD012004.
- 45. Nelson NL.**
Kinesio taping for chronic low back pain: A systematic review. *J Bodyw Mov Ther.* juill 2016;20(3):672-81.
- 46. Luz Júnior MAD, Almeida MOD, Santos RS, Civile VT, Costa LOP.**
Effectiveness of Kinesio Taping in Patients With Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review With Meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976).* 1 janv 2019;44(1):68-78.
- 47. Luomajoki HA, Bonet Beltran MB, Careddu S, Bauer CM.**
Effectiveness of movement control exercise on patients with non-specific low back pain and movement control impairment: A systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract.* août 2018;36:1-11.
- 48. Lam OT, Strenger DM, Chan-Fee M, Pham PT, Preuss RA, Robbins SM.**
Effectiveness of the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy for Treating Low Back Pain: Literature Review With Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* juin 2018;48(6):476-90.
- 49. Fernandez M, Ferreira ML, Refshauge KM, Hartvigsen J, Silva IRC, Maher CG, et al.**
Surgery or physical activity in the management of sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Eur Spine J.* nov 2016;25(11):3495-512.
- 50. Wong CM, Rugg B, Geere JA.**
The effects of Pilates exercise in comparison to other forms of exercise on pain and disability in individuals with chronic non-specific low back pain: A systematic review with meta-analysis. *Musculoskeletal Care.* mars 2023;21(1):78-96.

- 51. Steffens D, Maher CG, Pereira LSM, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al.**
Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* févr 2016;176(2):199-208.
- 52. Sahar T, Cohen MJ, Uval-Ne'eman V, Kandel L, Odebiyi DO, Lev I, et al.**
Insoles for prevention and treatment of back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine (Phila Pa 1976).* 20 avr 2009;34(9):92433.
- 53. Chuter V, Spink M, Searle A, Ho A.**
The effectiveness of shoe insoles for the prevention and treatment of low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord.* 29 avr 2014;15:140.
- 54. Anheyer D, Haller H, Lauche R, Dobos G, Cramer H.**
Yoga for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain.* 1 avr 2022;163(4):e504-17.
- 55. Hu HT, Gao H, Ma RJ, Zhao XF, Tian HF, Li L.**
Is dry needling effective for low back pain?: A systematic review and PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* juin 2018;97(26):e11225.
- 56. Demont A, Benaïssa L, Recoque V, Desmeules F, Bourmaud A.** Spinal pain patients seeking care in primary care and referred to physiotherapy: A cross-sectional study on patients characteristics, referral information and physiotherapy care offered by general practitioners and physiotherapists in France. *PLoS One.* 2022;17(9):e0274021.
- 57. Karran EL, McAuley JH, Traeger AC, Hillier SL, Grabherr L, Russek LN, et al.**
Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 19 janv 2017;15:13.
- 58. Knoop J, van Lankveld W, Beijer L, Geerdink FJB, Heymans MW, Hoogeboom TJ, et al.**
Development and internal validation of a machine learning prediction model for low back pain non-recovery in patients with an acute episode consulting a physiotherapist in primary care. *BMC Musculoskelet Disord.* 3 sept 2022;23(1):834.
- 59. Crawford C, Ryan K, Shipton E.**
Exploring general practitioner identification and management of psychosocial Yellow Flags in acute low back pain. *N Z Med J.* 18 mai 2007;120(1254):U2536.
- 60. rapport-activite-charges-produits-17_assurance-maladie.pdf** [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-17_assurance-maladie.pdf
- 61. Coenen P, Gouttebarga V, van der Burght ASAM, van Dieën JH, Frings-Dresen MHW, van der Beek AJ, et al.** The effect of lifting during work on low back pain: a health impact assessment based on a meta-analysis. *Occup Environ Med.* déc 2014;71(12):871-7.
- 62. Punnett L, Prüss-Utün A, Nelson DI, Fingerhut MA, Leigh J, Tak S, et al.**
Estimating the global burden of low back pain attributable to combined occupational exposures. *Am J Ind Med.* déc 2005;48(6):459-69.

- 63. Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM.**
Physical load during work and leisure time as risk factors for back pain. *Scand J Work Environ Health*. oct 1999;25(5):387-403.
- 64. Kwon BK, Roffey DM, Bishop PB, Dagenais S, Wai EK.**
Systematic review: occupational physical activity and low back pain. *Occup Med (Lond)*. déc 2011;61(8):541-8.
- 65. Sullivan V, Wilson MN, Gross DP, Jensen OK, Shaw WS, Steenstra IA, et al.**
Expectations for Return to Work Predict Return to Work in Workers with Low Back Pain: An Individual Participant Data (IPD) Meta-Analysis. *J Occup Rehabil*. déc 2022;32(4):575-90.
- 66. O'Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SP.**
Clinical guidelines for low back pain: A critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. déc 2016;30(6):968-80.
- 67. Epstein-Sher S, Jaffe DH, Lahad A.**
Are They Complying? Physicians' Knowledge, Attitudes, and Readiness to Change Regarding Low Back Pain Treatment Guideline Adherence. *Spine*. 15 févr 2017;42(4):247-52.
- 68. Finestone AS, Raveh A, Mirovsky Y, Lahad A, Milgrom C.**
Orthopaedists' and Family Practitioners' Knowledge of Simple Low Back Pain Management: *Spine*. juill 2009;34(15):1600-3.
- 69. Mesner SA, Foster NE, French SD.**
Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. déc 2016;17(1):258.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخت لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

الاطروحة رقم 404

السنة 2023

تقييم إدارة آلام الظهر السفلي من قبل الأطباء العاميين في منطقة أكادير

الاطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 02/11/2023
من طرف

السيدة شيماء الأمغاري

المزداة في 1996/12/09 بمدينة أكادير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

آلام أسفل الظهر – ألم الظهر – التوصيات – الهيئة الصحية العليا –
الأطباء العاميين

الجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

س. ايت بن علي

أستاذ في جراحة الأعصاب.

م. المجاطي

أستاذ في جراحة الأعصاب.

م. صباني

أستاذة في الطب المجتمعي.

السيد

السيد

السيدة

