



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Enquête sur la prise en charge de la lombalgie aiguë commune en médecine
générale dans le département du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 12 Mars 2014 à 18H00
au Pôle Formation
Par Julien Neys

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs :

Monsieur le Professeur René-Marc Flipo

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Agnès Peltier

Avertissement

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

Table des matières

Table des matières	8
1 Introduction	11
1.1 Définitions	11
1.1.1 La lombalgie	11
1.1.2 La lombalgie aiguë.....	12
1.1.3 La lombalgie aiguë commune (LAC).....	12
1.2 Facteurs associés à la chronicisation	13
1.2.1 Facteurs psychosociaux	14
1.2.2 Facteurs associés à la prise en charge initiale	16
1.3 Facteurs influençant la prise en charge du patient lombalgique	18
1.3.1 Un rappel : Les « peurs et croyances » des patients lombalgiques.....	18
1.3.2 Les « peurs et croyances » des praticiens.....	21
1.3.3 Les demandes des patients	22
1.4 Prise en charge de la lombalgie aiguë et coûts.....	24
1.5 Questions de recherche	26
1.6 Hypothèses et objectifs.....	27
2 Matériel et Méthode	28
2.1 Choix de la méthode	28
2.2 Questionnaires.....	28
2.2.1 Premier questionnaire : Le <i>Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire</i> (FABQ).....	28
2.2.2 Deuxième questionnaire : Recueil des demandes des patients et des prescriptions.....	30
2.2.2.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	30
2.2.2.2 Prescriptions médicales.....	30

2.2.2.3	Demandes des patients lombalgiques.....	32
2.3	Critères d'inclusion et d'exclusion des patients.....	33
2.4	Echantillonnage	36
2.5	Déroulement de l'étude.....	37
2.6	Recueil des données	38
2.6.1	Recueil des prescriptions médicales.....	39
2.6.2	Recueil des demandes des patients lombalgiques	41
2.6.3	Scores FABQ.....	42
2.6.4	Données sociodémographiques	42
2.7	Analyse statistique	43
3	Résultats	45
3.1	Analyse descriptive	45
3.1.1	Caractéristiques sociodémographiques des médecins.....	45
3.1.2	Caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients.....	46
3.1.3	Prescriptions médicales	46
3.1.3.1	Prescriptions médicales associées au risque de chronicisation.....	49
3.1.3.2	Analyse descriptive des prescriptions médicales non recommandées autres.....	50
3.1.4	« Peurs et croyances » des médecins	51
3.1.5	Les demandes des patients	52
3.2	Analyse comparative.....	55
3.2.1	Analyse univariée des variables prescriptions médicales non recommandées en fonction des variables demandes de patients.....	57
3.2.2	Analyse univariée des variables prescriptions médicales non recommandées en fonction des variables « peurs et croyances » des médecins.....	59
3.2.3	Analyse univariée de la question de l'abord des activités habituelles en fonction des scores FABQ des médecins	61

3.2.4	Analyse univariée de la question de l'abord des activités habituelles en fonction des demandes des patients.....	61
4	Discussion.....	65
4.1	Résultats principaux.....	65
4.2	Validité de l'étude.....	66
4.2.1	Forces de l'étude	66
4.2.2	Limites de l'étude.....	68
4.3	Commentaire des résultats et confrontation à la littérature.....	71
4.3.1	Les associations entre des demandes des patients et des prescriptions étudiées	71
4.3.1.1	Patient explicitement réticent à poursuivre les activités habituelles et durée de l'arrêt de travail initial.....	71
4.3.1.2	Nombre de motifs de consultation et nombre de professionnels de santé rencontrés d'emblée.....	74
4.3.1.3	Demande d'antalgiques et prescriptions non recommandées.....	75
4.3.2	Les associations entre les « peurs et croyances » des médecins et des prescriptions étudiées	76
4.3.2.1	« peurs et croyances » des médecins et prescription précoce d'une imagerie.....	77
4.3.2.2	« peurs et croyances » des médecins et prescription à visée antalgique non recommandée.....	78
4.3.3	Evolution de l'adhésion à la recommandation concernant la prescription de repos strict au lit.....	79
5	Conclusion	80
7	Références bibliographiques :.....	81
6	Annexes :.....	87

1 Introduction

La lombalgie est un symptôme fréquemment rencontré en médecine générale. En France en 2004, 2 à 4,5% des patients qui ont consulté leur médecin généraliste, se plaignaient de lombalgie. (1)

1.1 Définitions

1.1.1 La lombalgie

La prise en charge des lombalgies et lombosciatiques aiguës a fait l'objet de recommandations. La dernière version a été rédigée sur l'initiative de l'ANAES en 2000 (2). La lombalgie y est définie comme une douleur se situant sous le douzième arc costal. Elle peut être médiane, en barre ou latéralisée. Elle n'irradie pas en dessous du pli fessier, ce qui la différencie d'une cruralgie voire d'une sciatalgie, pouvant renvoyer à la compression d'une racine nerveuse.

1.1.2 La lombalgie aiguë

La lombalgie est dite aiguë lorsque sa durée est strictement inférieure à six semaines dans sa définition la plus récente (3). Elle est dite subaiguë lorsque sa durée est comprise entre six semaines et trois mois (3). Elle est dite chronique au-delà de trois mois (3).

La lombalgie aiguë est la forme de lombalgie la plus fréquente (4).

La lombalgie récurrente est définie par la survenue de plus d'un épisode par an (2).

La prise en charge doit tenir compte de ce caractère récidivant (5).

1.1.3 La lombalgie aiguë commune (LAC)

La lombalgie est qualifiée de commune quand la cause exclut les causes de lombalgies dites spécifiques (1).

Les lombalgies aiguës symptomatiques sont définies par la présence d'une lésion spécifique à l'origine de cette douleur (1). Cette lésion peut être fracturaire, néoplasique, infectieuse ou inflammatoire, et nécessite un traitement spécifique (1).

La prévalence en soins primaires des lombalgies dites symptomatiques « n'est que de 0,9% au sein des patients consultant pour lombalgie aiguë en France » (6)

Les lombalgies aiguës communes ont pour causes des étiologies non spécifiques (1). Elles peuvent être caractérisées par des processus mécaniques et

inflammatoires affectant les structures musculosquelettiques (1). Cependant la corrélation anatomoclinique n'est pas bonne entre les anomalies structurales observées, par exemple à la radiographie standard, et le retentissement clinique de la lombalgie commune (7). Par opposition aux lombalgies aiguës symptomatiques, elles ne nécessitent pas de traitement spécifique (1).

Afin d'écarter l'hypothèse d'une cause spécifique chez un patient qui présente une lombalgie, des critères relatifs à l'anamnèse et à l'examen clinique doivent être recherchés (4). Des situations d'urgence doivent également être éliminées à l'aide de critères (4). L'ensemble de ces critères est regroupé sous le terme de « drapeaux rouges » (en anglais *red flags*) (4). Ils doivent être recherchés après chaque consultation.

Une grille de lecture permet de rechercher les drapeaux rouges de la lombalgie (4).

La lombalgie secondaire concerne moins de 5% des lombalgies (4).

1.2 Facteurs associés à la chronicisation

Seuls 8% des patients présentant une lombalgie aiguë commune garderont ce symptôme durant plus de trois mois (1). Cette chronicisation représente 85% des coûts induits par la prise en charge des lombalgies communes (1).

La prévention de la chronicisation de la lombalgie aiguë commune en médecine générale est un enjeu important. On estime que 50% à 85% de la population française en a souffert ou en souffrira (4). La plainte lombalgique est un motif

fréquent de consultation en médecine générale (4). Les coûts induits lors de son passage à la chronicité étaient également un argument (1).

De nombreuses études ont cherché à mettre en évidence des facteurs de risque de chronicisation. C. Nguyen et son équipe en font état dans une revue de la littérature (8).

1.2.1 Facteurs psychosociaux

Les facteurs de risque ayant le plus de poids dans le passage à la chronicité sont essentiellement d'ordre psychosocial et environnemental (8).

L'Organisation mondiale de la santé définit un facteur de risque psychosocial comme tout facteur influençant « la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne [...], à maintenir un état de bien être mental et de démontrer cela dans le comportement adaptatif et positif tout en interagissant avec les autres, son/sa culture et l'environnement » (9).

Ces facteurs de risque psychosociaux et environnementaux sont regroupés sous le terme d'alerte jaune (en anglais *yellow flags*) (4). L'Institut National de Recherche Scientifique les a listés (10).

Ils sont regroupés en trois catégories (10):

- Psychologiques et comportementaux : état dépressif, anxiété, stress, tendance à s'isoler, absence de soutien familial... fausses croyances concernant le mal de dos dont découlent la peur de bouger, la peur de se faire mal, des attentes excessives concernant les traitements, une attitude passive d'entrée dans la maladie.
- Professionnels : insatisfaction au travail, tâches physiques lourdes, pas de possibilité de modifier le travail, faible soutien social dans l'environnement du travail, stress, difficultés au travail, faible confiance en ses propres capacités à revenir au travail, conflits pour l'indemnisation d'une pathologie vécue comme professionnelle.
- Cliniques : antécédents de lombalgie, intensité de la douleur, impact fonctionnel important de la douleur, longue période d'absence pour maladie (lombalgie ou autre), irradiation radiculaire de la douleur.

Il est indispensable de rechercher les drapeaux jaunes à la phase subaiguë (10). C'est à la phase subaiguë que la lombalgie bascule ou non vers la chronicité (10).

Les recommandations européennes (recommandations COST B13) vont plus loin (11) en recommandant de les dépister dès la phase aiguë. La présence d'un de ces facteurs dès la phase aiguë permet d'identifier les sous groupes à haut risque de chronicisation. Les stratégies interventionnelles recommandées à la phase aiguë

pour un patient à risque de chronicisation, sont uniquement la réassurance et l'éducation adéquate (11). Les recommandations européennes concluent sur le manque de données concernant les modes d'interventions sur les facteurs psychosociaux (11).

Une revue de la littérature de 2011 (6), a identifié et décrit les études traitant des interventions sur les facteurs psychosociaux dans la lombalgie (sub)aiguë en soins primaires. Toutes les interventions comprenaient une part éducationnelle, surtout basée sur une brochure (le "*Back Book*"). Certaines reposaient, en plus, sur une thérapie à orientation cognitivo-comportementale en groupe ou individuelle.

Une autre était centrée sur le milieu de travail. Ces interventions ont montré un « impact modeste » sur le devenir des patients.

1.2.2 Facteurs associés à la prise en charge initiale

D'autres facteurs associés à la chronicisation de la lombalgie aiguë commune sont relatifs à la prise en charge initiale (8). Ces facteurs correspondent à une offre de soin « fortement médicalisée » lors de la prise en charge initiale (8).

Certaines prescriptions médicales caractérisent cette prise en charge surmédicalisée (8). La durée de l'invalidité est corrélée au nombre de visites chez les professionnels de santé. Il peut être supposé que plus le patient lombalgique rencontre les professionnels de santé sur son parcours de soin, et plus la durée d'invalidité est longue. La durée d'invalidité était évaluée via les indemnités journalières sur arrêt maladie. La durée de l'invalidité était aussi corrélée au recours

au spécialiste rhumatologue dans la lombalgie aiguë commune, au recours à l'imagerie précoce et à la « positivité » de l'imagerie.

Une imagerie prescrite précocement correspondait en France à la prescription d'une imagerie avant 7 semaines de persistance de la lombalgie (2). Dans le présent travail, la « positivité » de l'imagerie a été comprise comme la mise en évidence des lésions structurales qualifiées de non spécifiques (arthrose interapophysaire postérieure, discopathies dégénératives ...).

Ces attitudes des médecins vis-à-vis du patient lombalgique étaient définies comme des « facteurs favorisant le passage à la chronicité » (8).

La prescription d'un arrêt de travail d'une durée supérieure à 8 jours était définie comme un « facteur de risque de chronicisation » de la lombalgie (8).

La prescription de repos au lit strict était aussi associée au risque de chronicisation de la lombalgie aiguë (12).

Au contraire, une information ciblée sur l'intérêt de rester actif en cas de lombalgie et de faire avec, pourrait diminuer le passage à la chronicité (13).

De plus, les tentatives d'actions précoces sur les facteurs psychosociaux ont donné des résultats modestes (6). La présente étude a donc ciblé les facteurs associés à la chronicisation de la lombalgie aiguë commune en rapport avec la prise en charge initiale en médecine générale. Limiter les prescriptions pourrait permettre de diminuer le risque de chronicisation de la lombalgie aiguë commune.

Il était donc intéressant d'étudier des facteurs associés aux prescriptions correspondant à une prise en charge « fortement médicalisée ».

1.3 Facteurs influençant la prise en charge du patient lombalgique

1.3.1 Un rappel : Les « peurs et croyances » des patients lombalgiques

Les notions d'appréhension-évitement et croyances (en anglais *Fear-Avoidance and Beliefs*) font partie des facteurs psychosociaux dont la présence majore le risque de chronicisation de la lombalgie aiguë commune (8, 10).

Ces notions ont été décrites sous la forme d'un modèle théorique. Il s'agit du modèle théorique des peurs et comportements d'évitement d'après Vlaeyen et Linton (14). Les patients porteurs de fortes peurs liées à la douleur développent une interprétation « catastrophiste » selon laquelle l'activité physique générerait des lésions et exacerberait la douleur (13). Ces « peurs et croyances » engendrent la peur de la douleur qui sous tend les comportements d'évitement (kinésiophobie) et d'hypervigilance. Cette hypervigilance pourrait être définie comme un comportement par lequel le patient guette d'éventuels signes de douleur avec une attention exacerbée. La kinésiophobie persiste, entraîne une diminution progressive des activités et augmente le risque d'une atrophie musculaire (14). Cela amène au déconditionnement du patient, c'est-à-dire à la désadaptation à l'effort, voire à l'incapacité et à la dépression (14). S'en suit une majoration du ressenti négatif du vécu douloureux qui alimente les « peurs et croyances » du patient et pérennise la lombalgie (14).

Ce modèle théorique forme ainsi une boucle qui s'auto entretient (14).

L'évaluation des « peurs et croyances » des patients est réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire, la *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ) dont la version française a été validée en 2004. (15) Ce test psychométrique contient deux questionnaires. La première partie du FABQ évalue les « peurs et croyances » par rapport à l'activité physique. La deuxième partie du FABQ évalue les « peurs et croyances » par rapport au travail en cas de lombalgie. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,88 et de 0,72 respectivement pour FABQ travail et pour le FABQ physique. Ce score évalue la cohérence interne d'un test psychométrique. Le score de Cronbach était « acceptable » (16) car d'une valeur $> 0,7$ pour la version française du FABQ. Plus le score FABQ est élevé et plus les « peurs et croyances » concernant la lombalgie sont importantes et inversement.

Un groupe d'expert européen a élaboré des recommandations vis-à-vis de l'information à délivrer pour rassurer le patient présentant une lombalgie aiguë commune (11).

Les messages principaux qui peuvent être délivrés au patient lombalgique (17) à partir des recommandations européennes (11) pourraient être traduits ainsi:

- un interrogatoire minutieux et un examen physique sont suffisants pour exclure des maladies graves du rachis.
- actuellement, les douleurs du bas du dos ne sont pas l'expression d'une maladie grave.
- des douleurs du bas du dos importantes ne signifient pas que des lésions sévères du rachis sont présentes.
- la plupart des douleurs du bas du dos aiguës ne durent pas et n'ont pas de conséquence importante.
- les radiographies ne sont pas essentielles pour le diagnostic et la prise en charge de la lombalgie.
- une anomalie à l'imagerie n'a pas de signification pathologique.
- le repos au lit n'est pas recommandé dans la prise en charge de la lombalgie.
- lorsqu'il est prescrit, le repos au lit ne doit pas durer plus de deux jours.
- rester actif est une bonne façon de guérir des douleurs du bas du dos.
- le rachis est fait pour bouger. Reprendre tôt son activité aide le patient lombalgique à se sentir bien.
- prescrire des médicaments pour soulager la douleur aide le patient à retrouver une activité journalière normale.

Ces messages ont un effet positif sur l'évolution (18) de la lombalgie aiguë commune. L'information délivrée aux patients lombalgiques chroniques pouvait diminuer leurs « peurs et croyances » (13).

Les recommandations n'étaient pas toujours suivies en médecine générale (13, 17) en terme de prescriptions et/ou d'information délivrée.

1.3.2 Les « peurs et croyances » des praticiens

Des études ont montré que les propres « peurs et croyances » des médecins généralistes les influencent dans l'adhésion pas toujours totale aux recommandations dans la lombalgie commune (13, 17).

A l'échelle nationale, des rhumatologues français (13) ont étudié la relation entre les « peurs et croyances » des médecins généralistes et le respect des recommandations. Les recommandations concernaient les prescriptions de repos au lit, d'activité physique, d'arrêt de travail en cas de lombalgie aiguë ou chronique. Les croyances des médecins généralistes étaient évaluées par les scores du FABQ. Ils ont démontré que les « peurs et croyances » sur l'activité physique des médecins influençaient leur attitude thérapeutique en terme de prescription. Les médecins qui avaient un niveau de « peurs et croyances » défini comme élevé en ce qui concerne l'activité physique respectaient moins certaines des recommandations de la lombalgie.

Ils n'ont pas trouvé de variable démographique, personnelle ni professionnelle permettant de montrer une association avec les « peurs et croyances ». Notamment,

il n'y avait pas d'association entre le score obtenu au FABQ des médecins et la formation médicale continue reçue (sous réserve que cette dernière est hétérogène en France et non évaluée précisément dans leur étude). Les auteurs émettaient l'hypothèse d'un héritage populaire de ces croyances davantage que de la médecine des faits.

Une seconde étude d'envergure nationale (17) a été réalisée sur des populations de médecins généralistes et de rhumatologues. Il s'agissait d'étudier la relation entre les « peurs et croyances » des praticiens et l'adhésion aux recommandations européennes COSTB13 sur l'information délivrée. Un score de conformité de l'information aux recommandations COSTB13 a été élaboré. Plus les médecins avaient un score FABQ élevé et moins bon était leur score de conformité aux recommandations. L'envoi d'un document rappelant les recommandations en terme d'information aux médecins généralistes permettait d'améliorer les scores FABQ et l'adhésion aux recommandations.

1.3.3 Les demandes des patients

Un résultat contradictoire a été retrouvé dans la littérature concernant l'association entre les « croyances » des médecins et leur moindre adhésion aux recommandations.

Ce résultat était présent dans une revue de la littérature (19) dans laquelle l'étude de E.Coudeyre et de ses collaborateurs (13) a été incluse. Cette revue étudiait les associations entre les « croyances » des médecins concernant la lombalgie et leur

prise en charge du patient lombalgique. Elle considérait les lombalgies sans limite de durée. Les résultats allaient globalement dans le même sens que les études françaises précédemment décrites dans lesquelles les praticiens qui avaient le moins de « peurs et croyances » (score FABQ bas) concernant la lombalgie respectaient plus les recommandations. Cependant un résultat tiré d'une étude à niveau de preuve modéré était discordant. Ainsi, le nombre d'arrêts de travail prescrit pouvait ne pas être associé aux « croyances » des médecins (20).

L'hypothèse a été émise, parmi d'autres, que les préférences des patients pourraient jouer un rôle dans l'obtention de ce résultat discordant. C'est-à-dire que les demandes des patients concernant les prescriptions pourraient influencer ces dernières.

En effet, les attentes des patients pouvaient entrer en conflit avec les recommandations (21) en termes de prescriptions. Ces attentes étaient décrites comme la conséquence d'une approche « biomécanique » de la lombalgie par les patients. C'est-à-dire que pour les patients, une anomalie structurale était à l'origine de leur douleur.

Le nombre moyen de motifs différents lors de la consultation en médecine générale est de 2,24 (22). Aussi, les demandes des patients sont identifiées comme source de stress par le médecin généraliste (23). Dans la présente étude, il a été supposé que plus le nombre de motifs de consultation en dehors de la lombalgie serait élevé, et moins les médecins généralistes adhèreraient à certaines des recommandations.

Aucune étude quantitative de terrain n'a évalué les possibles associations entre les demandes des patients et des prescriptions non recommandées.

Un deuxième point était que les études précédentes (13, 17, 24) ne s'intéressaient pas aux associations possibles entre les « peurs et croyances » des médecins d'une part, les demandes des patients d'autre part, et le respect des recommandations en vigueur en France et en Europe dans leur intégralité.

1.4 Prise en charge de la lombalgie aiguë et coûts

Selon la littérature, les recommandations internationales qui traitent notamment de la prise en charge des patients souffrant de lombalgies aiguës, ne sont globalement pas suivies dans les pays occidentaux (25, 26, 27, 28). Les recommandations internationales occidentales sont globalement similaires (29) aux recommandations de l'ANAES.

En France, une adhésion stricte aux recommandations permettrait d'une part d'éviter les prescriptions associées à la chronicisation, et d'autre part de diminuer les dépenses de santé qui seraient jugées inutiles par ces recommandations (30 ; 31).

La présente étude a donc été axée sur les prescriptions non recommandées en médecine générale lors de la prise en charge de la lombalgie aiguë commune.

Les documents utilisés pour repérer les prescriptions non recommandées étaient les recommandations européennes COST B13 (32), celles de l'ANAES (2) et celles de la HAS (33).

Les recommandations de l'ANAES ne sont pas aussi précises sur certains points que les autres recommandations (32, 33) publiées en France et en Europe:

- en cas de lombalgie elles préconisent, sans entrer dans le détail, la poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur.
- l'efficacité de la prescription d'antalgiques, d'Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) et de décontractants musculaires dans la lombalgie aiguë y est reconnue. Mais les modalités de ces prescriptions ne sont pas détaillées.
- en matière de kinésithérapie des études complémentaires sont déclarées nécessaires.

Les recommandations européennes (32) parues ultérieurement précisent l'attitude à avoir vis-à-vis des activités habituelles et de la prescription antalgique :

- il y est recommandé de poursuivre les activités journalières, y compris le travail.
- le traitement antalgique de premier recours est le paracétamol. En cas d'échec de cette thérapeutique antalgique, les AINS et/ou les myorelaxants peuvent être prescrits. Les myorelaxants peuvent être associés au paracétamol ou aux AINS.

Les recommandations de la HAS pour la prise en charge massokinésithérapique dans la lombalgie aiguë sont parues en 2005 (33). Elles préconisent d'éviter la médicalisation excessive. La kinésithérapie n'est pas recommandée à la phase

aiguë de la lombalgie (< 4 semaines) sauf exception. Il y est noté que la kinésithérapie ne doit pas être prescrite trop précocement.

Des prescriptions non recommandées sont associées à un risque de chronicisation de la lombalgie aiguë commune (8,12).

Dans le présent travail, une hypothèse de départ est que les prescriptions non recommandées majoreraient le risque de chronicisation de la lombalgie aiguë commune.

1.5 Question de recherche :

Parmi les prescriptions faites par les médecins généralistes du département du Nord, lors d'une première consultation pour lombalgie aiguë commune, quelles sont celles qui ne s'inscrivent pas dans le cadre des recommandations françaises et européennes ?

Existe-t-il une association entre ces prescriptions non recommandées et :

- **les demandes des patients rapportées par les médecins généralistes?**
- **les « peurs et croyances » des médecins ?**

1.6 Hypothèses et objectifs

Les hypothèses étaient les suivantes:

- Des demandes des patients en termes de prescription seraient associées à certaines des prescriptions majorant le risque de chronicisation de la lombalgie aiguë commune.
- Des demandes seraient également associées à des prescriptions non recommandées ne majorant pas le risque de chronicisation mais qui entraîneraient une augmentation des coûts.

L'objectif principal de l'étude était :

- évaluer si les demandes des patients sont associées à des prescriptions médicales à risque de chronicisation ou à des prescriptions qui pourraient augmenter les coûts de la prise en charge.

L'objectif secondaire était :

- compléter l'étude des associations possibles entre les « peurs et croyances » des médecins généralistes dans le Nord et certaines prescriptions non recommandées.

2 Matériel et Méthode

2.1 Choix de la méthode

L'étude était transversale, descriptive et analytique, réalisée à l'aide de deux questionnaires auto-administrés.

2.2 Questionnaires

2.2.1 Premier questionnaire : Le *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ)

Le questionnaire FABQ évalue les « peurs et croyances » des médecins (cf. Annexe 1a pages 88) en cas d'épisode lombalgique.

Le FABQ (34) a été initialement développé pour évaluer les « peurs et croyances » des patients lombalgiques. Sa traduction française a déjà été utilisée à l'échelle nationale en France ,à deux reprises, afin d'évaluer les « peurs et croyances » des médecins généralistes (13, 17). Il n'a pas été rapporté dans ces deux études que les médecins généralistes aient rencontré des difficultés pour remplir ce questionnaire.

Il a néanmoins été adapté afin qu'il soit applicable aux médecins (34).

Le FABQ a été utilisé selon cette méthode pour évaluer les « peurs et croyances » des médecins généralistes.

Le FABQ est un auto-questionnaire (8). Il se décompose en deux échelles. Le FABQ physique et le FABQ travail (cf. Annexe 1b page 89).

Le FABQ physique évalue les peurs, croyances et attitudes d'évitement des sujets interrogés vis-à-vis de l'activité physique dans le cadre de la lombalgie (4 items).

Le FABQ travail mesure les peurs, croyances et attitudes d'évitement des sujets vis-à-vis de leur travail (7 items).

Pour chaque item, les médecins qui remplissent le FABQ doivent entourer un des chiffres d'une échelle de Lickert (ordre croissant entre 0 et 6). Ce chiffre reflète leur degré d'adhésion à l'affirmation présentée, pour un item donné.

0 est associé à la réponse « je ne suis pas du tout d'accord avec cette proposition » et 6 à « je suis tout à fait d'accord ».

Le score total du FABQ physique s'étend de 0 à 24 points et le score du FABQ travail s'étend de 0 à 42 points.

Le FABQ total est coté sur 96. Le score est corrélé de manière positive au niveau des « peurs et croyances » : plus le score obtenu est élevé et plus le niveau des peurs et croyances est élevé.

Remplir ce questionnaire requiert une dizaine de minutes (8).

Le FABQ physique et FABQ travail peuvent être analysés séparément. (8,13).

Plus le score au FABQ physique ou au FABQ travail est élevé, et plus les « peurs et croyances » des médecins relatives au mouvement et au travail sont importantes en cas de lombalgie.

Dans une étude, un seuil à 14 points a été fixé pour le score du FABQ physique afin de définir le niveau de croyance (35) : **un score supérieur à 14 points définit un niveau de croyance élevé vis-à-vis du mouvement en cas de lombalgie**. Un tel seuil n'a pas été défini pour le FABQ travail.

2.2.2 Deuxième questionnaire : Recueil des demandes des patients et des prescriptions

Le deuxième questionnaire était rempli par les médecins après la consultation initiale. (cf. Annexe 2 pages 90 et 91).

2.2.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Une première partie a permis de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes et des patients.

2.2.2.2 Prescriptions médicales

Une deuxième partie collectait les prescriptions médicales.

Les prescriptions d'examen complémentaires et les prescriptions à visée thérapeutique étaient recherchées à l'aide de questions à réponses libres.

En ce qui concerne les prescriptions thérapeutiques :

- Les noms des médicaments utilisés étaient demandés. Les posologies et durée de traitement médicamenteuses n'étaient pas demandées.
- La ceinture de contention lombaire était considérée comme une prescription à visée antalgique.

Les conseils vis-à-vis des activités habituelles étaient demandés sous forme de série de questions à choix de réponses limité. Une graduation progressive à trois propositions à été choisie pour les réponses possibles à cocher pour la question des activités habituelles. Le médecin devait donc faire un choix et cocher entre : repos strict au lit, activités diminuées, activités maintenues au maximum. Le médecin avait également la possibilité de cocher « sujet non abordé » pour cette question. Il n'a pas été retrouvé de donnée dans la littérature qui informait sur la majoration du risque de chronicisation de la lombalgie aiguë commune que cette question soit abordée ou pas. La notion d'activités habituelles renvoyait à l'activité physique et/ou à l'activité professionnelle habituelles pour le patient.

Il était demandé de préciser le nombre de jours d'arrêt de travail prescrit d'emblée. S'il y avait une prescription de repos strict au lit, le nombre de jours de repos strict au lit devait être précisé.

Les médecins généralistes devaient préciser à quels professionnels de santé médicaux et paramédicaux ils adressaient le patient après la première consultation, si tel était le cas.

2.2.2.3 Demandes des patients lombalgiques

Une troisième partie étudiait les demandes des patients (cf. Annexe 2 pages 90 et 91).

Elles étaient étudiées en qualité d'attente vis-à-vis des prescriptions et vis-à-vis des activités habituelles par rapport à la lombalgie.

Les demandes de prescriptions des patients étaient recherchées à l'aide de deux questions à réponses libres posées au médecin. Les propositions de prescription demandées ont été évaluées, qu'elles soient ou non confirmées par une prescription du médecin. Les propositions de prescription contestées par le patient concernant sa lombalgie ont été évaluées, qu'elles donnent ou non lieu à une prescription.

Les demandes du patient lombalgique vis-à-vis des activités habituelles étaient évaluées par deux questions à choix de réponses limité posées au médecin. Ces questions étaient : « le patient s'est-il montré opposé à la poursuite des activités habituelles ? » et « le patient a-t-il demandé la poursuite des activités habituelles ? ». L'hypothèse était posée que les demandes des patients visant à réduire leur activité durant la lombalgie pourraient être en association avec l'augmentation des prescriptions non recommandées.

Il était demandé le nombre de motifs de consultation des patients au cours de la consultation initiale pour lombalgie aiguë commune dans une question dédiée.

Les effectifs des patientèles étaient demandés car ils étaient considérés également comme une contrainte potentielle dans l'adhésion des prescriptions non recommandées.

La durée moyenne de la consultation était aussi demandée. Cette durée estimée de consultation pouvait donner une information supplémentaire en cas d'association entre l'effectif d'une patientèle et une des prescriptions non recommandées. L'hypothèse était que plus une patientèle était importante et moins les prescriptions adhèreraient aux recommandations faute de temps du médecin.

Les questionnaires ne contenaient pas de données nominatives ce qui garantissait l'anonymat des résultats.

Les questionnaires ont été testés par des sujets volontaires, médecins et non médecins, pour s'assurer de la bonne compréhension des questions, et de la faisabilité du remplissage.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion des patients

Les patients éligibles à l'étude devaient présenter une douleur dont les caractéristiques répondaient à la définition de la lombalgie aiguë commune (cf. Annexe 3 pages 92 et 93)

La douleur du bas du dos ne devait pas irradier sous le pli fessier. Si la douleur répondait à la définition d'une lombocruralgie, d'une lombosciatalgie ou d'une lombosciatique, elle risquait d'être la traduction de la compression d'une racine nerveuse lombaire (2).

La douleur devait évoluer depuis moins de 6 semaines. Les lombalgies subaiguës et chroniques étaient exclues car leur prise en charge était spécifique (27).

Le patient ne devait pas présenter plus d'un épisode de lombalgie aiguë par an. Ainsi les lombalgies récurrentes étaient écartées car leur prise en charge pouvait être différente (5).

Le risque de sélectionner des patients souffrant de lombalgie symptomatique (secondaire) était diminué en recherchant les signes cliniques correspondant aux drapeaux rouges (4, 36).

Les drapeaux rouges pouvaient être relatifs aux antécédents qui étaient (4, 36):

- un âge supérieur (strictement) à 50 ans ou inférieur (strictement) à 20 ans
- un antécédent de néoplasie
- une perte de poids inexpliquée
- une immunosuppression
- une corticothérapie prolongée
- une toxicomanie intraveineuse
- une infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine
- une infection urinaire ou une infection récente
- une douleur non calmée par le repos et/ou avec recrudescence douloureuse nocturne (horaire inflammatoire)

- une fièvre (température > 38 degré Celsius)
- un traumatisme significatif : récent important, ou modéré si personne ≥ 50 ans
- une ostéoporose
- une atteinte articulaire périphérique, un iritis, des signes d'appel cutanés et/ou digestifs, un antécédent familial de spondylarthropathie
- une douleur thoracique associée.

Les drapeaux rouges pouvaient aussi correspondre à des signes cliniques qui renvoyaient à des situations d'urgence. Ces signes cliniques étaient (4):

- une anesthésie en selle
- la perte du tonus anal
- une parésie sévère (< 3/5) des muscles du membre inférieur.

Le médecin généraliste devait exclure de l'étude les patients pour lesquels au moins un des items correspondant aux drapeaux rouges était présent.

Parmi les patients dont la symptomatologie correspondait à la définition de la lombalgie aiguë commune, seuls ceux ayant déclaré le médecin investigateur en tant que médecin traitant, pouvaient participer à l'étude.

Il était supposé que les médecins traitants connaissaient mieux les antécédents d'un patient donné qu'un médecin de substitution ou vu dans un contexte d'urgence. Le but était d'optimiser l'exclusion des patients dont la lombalgie ne correspondait *stricto sensu* à la définition de la lombalgie aiguë commune.

2.4 Echantillonnage

L'étude a été réalisée exclusivement dans le département du Nord pour des raisons de faisabilité en termes de moyens logistiques et financiers.

L'échantillon a été réfléchi pour être représentatif des médecins généralistes du Nord qui travaillaient en libéral.

Des prises de contacts ont donc été effectuées avec le Conseil départemental de l'ordre des médecins (téléphonie, message électronique). Il était impossible pour le conseil de l'ordre de nous fournir les registres des médecins généralistes.

Chaque médecin généraliste a donc été répertorié manuellement par commune afin de n'en oublier aucun. La population des médecins généralistes du Nord a été reconstituée à l'aide de l'annuaire électronique accessible tout public trouvé sur le site internet du Conseil national de l'ordre des médecins. Les changements d'adresse ont été corrigés. Cela a également permis d'éliminer les doublons. L'annuaire du Conseil national de l'ordre des médecins a aussi permis de vérifier les diplômes complémentaires acquis par les médecins généralistes. Les médecins généralistes pratiquant l'homéopathie, l'ostéopathie et la mésothérapie ont été exclus. Il a été considéré que ces formations complémentaires influenceraient la prise en charge thérapeutique de la lombalgie aiguë commune.

Les médecins ont ensuite été classés par ordre alphabétique grâce au logiciel Excel. Il a été attribué un numéro par ordre croissant pour chaque médecin répertorié par ordre alphabétique.

Le tirage au sort a été réalisé à l'aide d'un logiciel informatique prévu à cet effet au format Excel sur la liste des médecins généralistes du Nord obtenue. Ce tirage au sort était aléatoire et sans doublon.

Avoir un retour minimum de soixante courriers de médecins généralistes afin de pouvoir utiliser des tests paramétriques lors de l'analyse statistique était espéré. Il a donc été décidé d'envoyer les questionnaires à un minimum de cent vingt médecins généralistes (soit le double). Chaque médecin avait la possibilité d'inclure jusque trois patients.

2.5 Déroulement de l'étude

Un premier contact téléphonique a été réalisé avec chacun des médecins tirés au sort sur la période du 03 au 07/06/2013. Le contenu et les modalités de l'étude leur a été présenté durant cet appel. Au décours de la conversation, il leur a été demandé leur accord oral pour participer à l'étude.

En cas de refus de participation, le médecin était exclu de l'étude. L'absence de réponse après trois appels téléphoniques était également considérée comme un refus. La sélection des médecins s'est achevée lorsque 160 médecins ont donné une réponse téléphonique positive à l'envoi du courrier.

Les questionnaires ont été envoyés via La Poste le 13/06/2013. Chaque enveloppe contenait une lettre explicative, le contenu de l'étude ainsi qu'une enveloppe affranchie pour le retour.

Trois médecins ont souhaité répondre par courrier électronique.

Un deuxième contact téléphonique a été pris avec chacun des participants au milieu de la période d'investigation du 01 au 04 juillet 2013. Le but était de répondre aux éventuelles questions et problèmes soulevés quant à la réalisation de l'étude.

Quelques médecins généralistes ont signalé un problème de compréhension quant au remplissage de l'auto-questionnaire FABQ. Ces médecins généralistes ne comprenaient pas comment ils pouvaient remplir ce questionnaire alors qu'ils n'avaient jamais eux-mêmes présenté une lombalgie. Il a été conseillé à ces médecins d'imaginer les réponses qu'ils auraient données au FABQ s'ils avaient eux-mêmes fait l'expérience d'une lombalgie, ce qui était précisé dans l'énoncé du FABQ de l'étude.

L'étude a pris fin le 13/07/2013.

2.6 Recueil des données

Le logiciel Microsoft Excel a servi à rassembler les réponses sur tableur.

2.6.1 Recueil des prescriptions médicales

Les prescriptions qui étaient associées au risque de chronicisation de la lombalgie aiguë commune dans la littérature (8, 12) ont été relevées.

Ces prescriptions étaient :

- le recours précoce à l'imagerie
- le recours au spécialiste rhumatologue
- la prescription de repos au lit strict
- la prescription d'un arrêt de travail supérieur à huit jours
- le nombre de visites chez les professionnels de santé a été remplacé dans notre étude par le nombre de professionnels rencontrés d'emblée. La présente étude se limitait à la consultation initiale, il était donc impossible d'évaluer le nombre de visites chez les professionnels de santé sur une période donnée. La rencontre d'un radiologue par l'intermédiaire d'une prescription d'imagerie comptait pour 1 professionnel de santé rencontré d'emblée. Leur nombre était calculé en additionnant la rencontre du médecin traitant avec la prescription d'imagerie et avec le nombre de professionnels de santé déduit à partir de la question : « A quel(s) professionnel(s) de santé autre(s) (médical ou paramédical) avez-vous adressé votre patient ? ».

Les recommandations françaises et européennes ont été utilisées pour relever les autres prescriptions non recommandées qui majoraient les coûts de la prise en charge.

Les recommandations de l'ANAES (2), COST B13 (32) et de la HAS(33) se complétaient et étaient applicables à la population lombalgique française. Leurs grilles de lecture ont donc été utilisées pour relever les prescriptions non recommandées.

Les prescriptions non reprises par ces recommandations, qui s'ajoutent à la liste précédente pouvaient donc être :

- une école du dos
- une mésothérapie
- l'acupuncture
- la balnéothérapie
- une corticothérapie systémique
- la kinésithérapie
- l'homéopathie
- un ElectroMyoGramme (EMG)
- l'existence d'un arrêt de travail et sa durée.
- la prescription d'examens biologiques

Les données relatives aux arrêts maladie n'ont été considérées que pour la partie active de l'échantillon des patients.

Pour étudier les prescriptions antalgiques non recommandées, deux variables ont été utilisées.

1) Une prescription antalgique qui entrerait dans le cadre des recommandations était notée 0. C'est-à-dire les prescriptions d'antalgiques et/ou d'AINS et/ou de

décontractant musculaire. La note s'élevait de un point pour chaque prescription additionnelle antalgique non recommandée.

2) La deuxième variable correspondait à la recherche de la prescription systématique de trithérapie antalgique (antalgique + AINS + décontractant musculaire). Les recommandations COST B13 (32) préconisant une majoration progressive de la prescription antalgique.

L'abord ou non de la question des activités habituelles du patient était relevé.

2.6.2 Recueil des demandes des patients lombalgiques

Les demandes des patients ont été relevées puis ont été classées en fonction de leurs réponses.

Les demandes des patients ont également été classées en fonction de leur concordance ou de leur non concordance par rapport aux recommandations en :

- « nombre de demandes de prescriptions recommandées »
- « nombre de demandes de prescriptions non recommandées »

Ont aussi été relevés :

- le « nombre de motifs de consultation »
- la « réticence explicite à poursuivre les activités habituelles »
- la « demande explicite de poursuivre les activités habituelles »
- les effectifs de chaque patientèle
- les durées estimées de consultation.

2.6.3 Scores FABQ

Les scores des FABQ physique et FABQ travail ont été calculés.

2.6.4 Données sociodémographiques

Les activités professionnelles des patients étaient répertoriées en quatre classes. Ce découpage a été choisi en fonction de la charge physique estimée pour un emploi donné.

Ainsi étaient distingués :

- les patients sans emploi
- ceux ayant un emploi de bureau (lorsque cet emploi maintenait le patient assis)
- ceux qui étaient des travailleurs de force (lorsque le patient était debout et lorsqu'une de ses fonctions premières était le port de charges)
- enfin les patients pour lesquels la charge physique de travail était considérée comme intermédiaire au travail de bureau et au travail de force (emploi qui maintenait le patient debout mais dont le rôle premier ne pouvait pas être associé au port de charges).

Le reste des données sociodémographiques des patients et des médecins était relevé à l'aide de questions à choix de réponses limité.

2.7 Analyse statistique

Le logiciel « PASW statistics » a permis l'analyse statistique des résultats.

Pour les variables qualitatives, les pourcentages et les écarts-types ont été calculés en analyse descriptive.

Les analyses comparatives des variables qualitatives étaient envisagées à l'aide d'un test du khi-deux ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher. Un test non paramétrique devait être choisi si l'échantillon de médecins généralistes était inférieur à 60 pour une variable qualitative donnée.

Les moyennes et les écarts types ont été calculés pour décrire les variables quantitatives. Les associations entre variables quantitatives ont été étudiées grâce aux tests de corrélation de Pearson.

Les analyses comparatives entre variables qualitatives et quantitatives ont été effectuées soit à l'aide du test du t de Student soit à l'aide du U de Mann-Whitney en fonction de la taille de notre échantillon.

Les analyses comparatives étaient appréhendées de manière bilatérale. Le risque alpha choisi était $\leq 5\%$.

Le premier temps de l'analyse comparative était une analyse univariée.

L'analyse univariée a permis de tester la présence d'associations entre des variables relatives à des prescriptions non recommandées et des variables relatives à des demandes de patients. Cette analyse a également permis de tester de telles associations entre des variables relatives à des prescriptions non recommandées et les variables FABQ physique et FABQ travail des médecins.

Le sens des associations était précisé.

L'analyse univariée de la question de l'abord des activités habituelles en fonction des scores FABQ des médecins et des demandes des patients a été considérée de manière séparée à celles des prescriptions. En effet, l'abord de la question des activités habituelles ne répondait pas à la définition d'une prescription.

3 Résultats

Les médecins qui ont répondu aux questionnaires dans le temps imparti étaient au nombre de 46.

Les réponses aux questionnaires étaient incomplètes pour 3 enveloppes et n'ont pu être analysées.

12 enveloppes contenaient 1 seul questionnaire relatif à la consultation initiale médecin-patient ; 7 enveloppes en contenaient 2 et 22 enveloppes en contenaient 3.

Le taux de réponse total était de 25%.

3.1 Analyse descriptive

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des médecins

L'échantillon de médecins avait une moyenne d'âge de 51 ans [minimum = 33 ans – maximum = 64 ans]. Il contenait 63% d'hommes et 37% de femmes. Les médecins généralistes avaient une pratique citadine pour 42% de l'échantillon, semi-rurale pour 46% et rurale pour 12%. Leur patientèle s'étendait de 202 à 3000 patients, pour une moyenne de 996 patients.

Les effectifs des patientèles n'étaient pas indiqués pour 8 médecins.

La durée moyenne déclarée de la consultation était de 15,5 minutes (écart type 4,3 minutes).

3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients

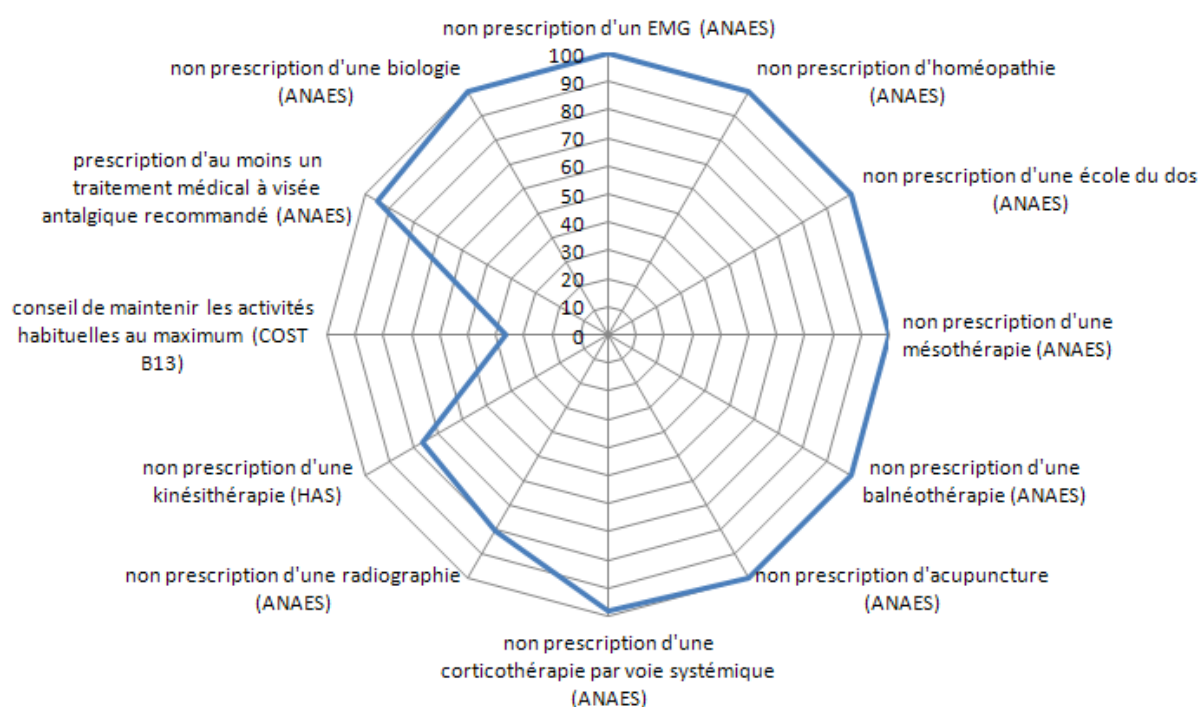
L'échantillon de patients contenait 92 personnes, d'une moyenne d'âge de 40 ans [Intervalle de confiance 95%: 38,61- 42,30]. 58% de l'échantillon patient était de sexe masculin et 42% était de sexe féminin. En ce qui concerne leur activité professionnelle : 22% des patients étaient sans profession ; 23% exerçaient un emploi de bureau ; 18% étaient des travailleurs de force. 37% des patients pratiquaient une profession dont la charge physique était ici définie comme intermédiaire.

3.1.3 Prescriptions médicales

La figure 1 (cf. page 47) permet d'imager le degré d'adhésion des prescriptions médicales aux recommandations de l'ANAES, de la HAS et COST B13.

Le tableau 1 (cf. page 48) présente les effectifs des prescriptions non recommandées associées à la chronicisation ou augmentant les coûts financiers de la lombalgie aiguë commune.

Figure 1 : Degré d'adhésion des prescriptions aux recommandations



Les résultats présentés sont exprimés en pourcentage

La recommandation à partir de laquelle est extrait chaque item est précisée entre parenthèses.

Tableau 1: Analyse descriptive des prescriptions médicales

	Valeurs qualitatives		Valeurs quantitatives	
	Oui	Non	Moyenne	Ecart type
Prescriptions non recommandées associées à la chronicisation de la LAC				
Conseil vis-à-vis des activités habituelles:				
Repos strict au lit	2 (2,4%)	90 (97,6%)		
Diminuées	51 (61,4%)	32 (38,5%)		
Maintenues au maximum	30 (36,1%)	53 (63,9%)		
Imagerie précoce	18 (19,6%)	74 (80,4%)		
Arrêt de travail initial supérieur à 8 jours	6 (8,2%)	67 (91,8%)		
Nombre de professionnels de santé rencontrés d'emblée			1,58	+ - 0,86
Recours au spécialiste rhumatologue	7 (7,6%)	85 (92,4%)		
Prescriptions non recommandées autres, majorant les coûts de la prise en charge de la LAC	Oui	Non	Moyenne	Ecart type
Prescription d'un arrêt de travail	44 (60,3%)	29 (39,7%)		
Durée, en jours, de la prescription d'un arrêt de travail initial			3,77	+ - 4,047
Prescription d'emblée d'une trithérapie antalgique per os (antalgique + AINS + décontracturant)	20 (21,7%)	72 (78,3%)		
Prescriptions antalgiques hors recommandations			0,17	+ - 0,38
Recours précoce au kinésithérapeute	22 (23,9%)	70 (76,1%)		
Prescription d'une corticothérapie systémique	1 (1%)	0 (99%)		

Les résultats sont des valeurs absolues, des pourcentages, des moyennes et des écarts-types.

Pour la compréhension de la lecture du tableau 1, deux exemples peuvent être pris:

- 1) Le repos au lit strict était prescrit pour 2 patients, et n'était pas prescrit pour 90 patients.
- 2) La durée moyenne de prescription d'un arrêt de travail était de 3,77 jours (écart type = 4,047 jours)

3.1.3.1 Prescriptions médicales associées au risque de chronicisation

La question des activités habituelles était abordée dans 90,2% des cas.

Lorsque la question des activités habituelles était abordée, le repos strict au lit était prescrit pour 2 patients et pour des durées de 3 et 4 jours. Le repos strict au lit n'était pas accompagné de la prescription d'une anticoagulation préventive.

Il y a eu prescription d'un arrêt de travail pour 60,3% de la partie active de l'échantillon de patients.

Le nombre de professionnels de santé rencontrés en dehors du médecin traitant, s'étendait de 0 à 4. Sur la totalité de l'échantillon de patients, 25% allaient être amenés à rencontrer un autre professionnel de santé en dehors de leur médecin traitant. 11% allaient rencontrer 2 professionnels de santé autres, 2,2% (2 patients) allaient en rencontrer 3 et 1,1% (1 patient) allait en rencontrer 4. Les autres professionnels de santé vers lesquels le médecin généraliste adressait le patient étaient par ordre décroissant : le kinésithérapeute, le radiologue, le spécialiste rhumatologue et l'ostéopathe. Un médecin avait prescrit le recours à l'ostéopathe.

Les prescriptions de la consultation initiale avec le médecin traitant n'allaient pas entraîner le recours à d'autres professionnels de santé pour 60,9% de l'échantillon patient.

3.1.3.2 Analyse descriptive des prescriptions médicales non recommandées autres

Le nombre de jours d'arrêt de travail prescrit s'étendait de 0 à 21 jours après la consultation initiale.

Les prescriptions antalgiques hors recommandation correspondaient pour la moitié à des topiques AINS ; pour 12% à une ceinture de contention lombaire ; pour 12% à l'association de deux myorelaxants ; pour 6% (1 cas) à de la dexaméthasone en application locale ; pour 6% à un AINS en intra musculaire (IM) et pour 6% à une infiltration de corticoïdes. Pour l'infiltration de corticoïdes le site d'injection n'était pas précisé.

Une prescription antalgique hors recommandation correspondait à des consignes de posture spécifique pour une patiente. Chez cette même patiente aucune autre antalgie n'était prescrite. La raison avancée par le praticien pour expliquer la non-prescription d'antalgie chez cette patiente était la grossesse en cours.

Une corticothérapie per os a été prescrite pour un seul patient. Le motif de cette prescription était précisé et correspondait à une « intolérance aux AINS ».

Il n'y avait pas d'autre prescription qui ne correspondait pas aux recommandations étudiées et qui entraînait une majoration des coûts.

3.1.4 « Peurs et croyances » des médecins

Les moyennes des scores FABQ physique et FABQ travail s'élevaient respectivement à 12,73 (+- 7,26 points) et à 17,05 points (+- 15,49 points).

Pour rappel : Le score du FABQ physique est quoté de 0 à 24 points et celui du FABQ travail est quoté de 0 à 42 points. Plus un des deux scores FABQ est élevé et plus les « peurs et croyances » des médecins sont importantes.

Un niveau de « peurs et croyances associées au mouvement » défini comme élevé (FABQ physique > 14 points) a été retrouvé pour 32% des médecins généralistes.

La note minimale obtenue au score FABQ physique était de 1 point et la note maximale de 30 points. Les notes au score FABQ travail s'étendaient de 0 à 53 points.

3.1.5 Les demandes des patients

Les résultats des demandes des patients sont présentés dans les tableaux 2a et 2b (cf. pages 53 et 54).

En ce qui concerne la description qualitative des demandes des patients, certaines demandes étaient émises sous forme de demandes de prescription et d'autres sous forme de refus de prescription (demande de ne pas prescrire).

Parmi les objets des demandes des patients, les demandes de thérapeutiques parentérales correspondaient à des demandes de prescription d'AINS en IM ou à des infiltrations de corticoïdes.

Les demandes concordantes aux recommandations étaient relatives à une demande d'antalgiques dans 100% des cas.

Tableau 2a: Analyse descriptive des demandes des patients lombalgiques aigus dans le département du Nord

	Non	Oui
Objets des demandes de prescription		
Antalgie	78 (84,8%)	14 (15,2%)
Kinésithérapie	84 (91,3%)	8 (8,7%)
Ostéopathie	91 (98,9%)	1 (1,1%)
Imagerie	82 (89,1%)	10 (10,9%)
Prescription parentérale	88 (95,7%)	4 (4,3%)
Arrêt de travail	70 (95,9%)	3 (4,1%)
Objets des demandes de non prescription (refus)		
Kinésithérapie	91 (98,9%)	1 (1,1%)
Arrêt de travail	71 (97,3%)	2 (2,7%)
Patient explicitement réticent à la poursuite des activités habituelles	80 (87%)	12 (13%)
Patient explicitement demandeur de poursuivre les activités habituelles	89 (96,7%)	3 (3,3%)
Nombre de demandes de prescriptions recommandées => cf. demande d'antalgiques	78 (84,8%)	14 (15,2%)
Demande de prescription non recommandée	68 (73,9%)	24 (26,1%)

Les résultats présentés sont des valeurs absolues et des pourcentages.

Tableaux 2b : Analyse descriptive des demandes des patients lombalgiques aigus dans le département du Nord

	0	1	2	3	Moyenne	Ecart type
Nombre de demandes en dehors de la prise en charge de l'épisode lombalgique en cours	62 (67,4%)	23 (25%)	6 (6,5%)	1 (1,1%)	0,41	+ - 0,66

Les résultats présentés sont des valeurs absolues, des pourcentages, une moyenne et un écart-type.

3.2 Analyse comparative

Une analyse multivariée n'a pas pu être effectuée. La taille de l'échantillon de médecins généralistes ($n < 60$) ne le permettait pas.

Une analyse univariée a été effectuée.

Les réponses aux variables des prescriptions non recommandées et des demandes de patients devaient être en nombre suffisant ($n > 5$) pour être considérées en analyse univariée.

Les variables à réponses dichotomiques suivantes n'ont pas pu être retenues en analyse univariée pour cause d'effectif insuffisant :

- la prescription d'une corticothérapie per os (effectif $n = 1$ pour la réponse « oui »)
- la demande de prescription d'une thérapeutique parentérale ($n = 4$)
- la demande de prescription de soins ostéopathiques ($n = 1$)
- la demande de prescription d'un arrêt de travail ($n = 3$)
- la demande de non prescription de soins de masso-kinésithérapie ($n = 1$)
- la demande de non prescription d'un arrêt de travail ($n = 2$)
- la demande de poursuite des activités habituelles ($n = 3$).

Pour d'autres variables qui contenaient au moins 3 types de réponses possibles, une autre stratégie a été adoptée. Quand au moins une des réponses avait un effectif insuffisant, la ou les réponses insuffisante(s) en effectif a/ont été(s) fusionnée(s) avec une ou plusieurs réponses de la même catégorie « recommandé / non recommandé ». Le nouvel effectif ainsi obtenu ($n > 5$) permettait de retenir la variable en analyse comparative univariée.

Par exemple la réponse « repos au lit strict » ($n = 2$) pour la variable « conseil vis-à-vis des activités habituelles » était en nombre insuffisant. La réponse « repos au lit strict » était une des trois réponses se rapportant à la variable « conseil vis-à-vis des activités habituelles ». Les deux autres réponses possibles pour cette variable étaient « activités habituelles diminuées » ($n = 51$) et « activités maintenues au maximum » (cf. tableau 1 page 48). La réponse « repos au lit strict » a été fusionnée avec la réponse « activités diminuées ». Cette stratégie était possible car les variables « repos au lit strict » et « activités habituelles diminuées » allaient toutes deux à l'encontre des recommandations. La nouvelle réponse ainsi formée où les activités étaient diminuées contenait 53 patients et a été renommée « non respect des recommandations pour les conseils vis-à-vis des activités habituelles ». Il a ensuite été étudié si une association existait entre le type de conseil donné vis-à-vis des activités habituelles et les autres variables relatives aux scores FABQ des médecins et relatives aux demandes de patients.

La variable « Nombre de demandes de prescriptions non recommandées » est devenue « demande de prescription non recommandée » (notée présence ou absence) (cf. Tableau 2a page 53). L'effectif obtenu pour la réponse « demande de prescription non recommandée » présente était alors de 24.

Pour la variable « Nombre de demandes en dehors de l'épisode lombalgique en cours », la réponse « 3 » (n = 1) a été fusionnée avec la réponse « 2 » (n = 6). La nouvelle réponse formée par cette fusion était « 2 et 3 » (n = 7).

La présence ou non d'une association n'a pas pu être étudiée entre la taille des patientèles et les prescriptions non recommandées pour cause de données manquantes concernant les effectifs.

3.2.1 Analyse univariée des variables prescriptions médicales non recommandées en fonction des variables demandes de patients

Les demandes des patients qui étaient en nombre suffisant pour une analyse univariée ont été croisées avec les prescriptions médicales non recommandées.

Les variables pour lesquelles une recherche d'association ne semblait pas pertinente à exploiter pour la pratique clinique n'ont pas été croisées (cf. cases gris foncé Tableau 3 page 62).

Plusieurs résultats significatifs sont ressortis de l'analyse comparative pour un risque $\alpha \leq 0,05$ (cf. Tableau 3 page 62).

Le nombre de motifs de consultation en dehors de la lombalgie aiguë commune était associé au nombre de professionnels de santé rencontrés d'emblée ($p = 0,025$) au test de Pearson. Le coefficient de corrélation de Pearson était positif et d'une valeur de 0,234. Il y avait donc une corrélation positive entre le nombre de professionnels

de santé rencontrés d'emblée et le nombre de demandes n'ayant rien à voir avec la lombalgie aiguë commune.

La réticence du patient à la poursuite des activités habituelles était associée à la durée de la prescription d'un arrêt de travail initial ($p = 0,048$). Le sens de l'association a été testé. Le rang moyen pour la durée de prescription d'un arrêt de travail était de 35,11 au test du U de Mann-Whitney pour la réponse «patient non réticent à la poursuite des activités habituelles ». Ce rang moyen était de 48,9 pour la réponse « patient réticent à la poursuite des activités habituelles ». Il y avait donc une association dans un sens positif entre la réticence du patient à poursuivre les activités habituelles et la durée des arrêts de travail initiaux. La durée moyenne des arrêts de travail initiaux prescrite était plus longue lorsque les patients étaient opposés à la poursuite des activités habituelles.

La réticence du patient était aussi associée au nombre de prescriptions à visée antalgique non recommandées ($p = 0,018$) dans un sens positif (selon la même démonstration).

Une demande d'antalgiques par le patient était associée au nombre de professionnels de santé rencontrés d'emblée ($p = 0,009$) également dans un sens positif (selon la même démonstration).

La réticence du patient à la poursuite des activités habituelles était associée à la prescription d'un arrêt de travail ($p = 0,005$) au test du F de Fisher. Le sens de l'association a été testé. Une augmentation de 5 était enregistrée entre les effectifs des groupes non prescription/prescription d'un arrêt de travail lorsque les patients n'étaient pas réticents à la poursuite des activités habituelles. Cette augmentation

d'effectifs était de 10 lorsque les patients étaient réticents à la poursuite des activités habituelles. Donc le sens de cette association était positif. Lorsque les patients étaient opposés à la poursuite des activités habituelles, le médecin généraliste prescrivait plus souvent un arrêt de travail.

Une demande d'antalgiques par le patient était associée à la prescription d'une imagerie précoce ($p = 0,027$), et à une prescription antalgique hors recommandations ($p = 0,014$) au test de Fisher. Le sens de ces associations était positif (selon la même démonstration).

Au total,

L'analyse comparative a mis en évidence des associations entre des demandes de patients et des prescriptions non recommandées.

3.2.2 Analyse univariée des variables prescriptions médicales non recommandées en fonction des variables « peurs et croyances » des médecins

a) Une analyse linéaire a été obtenue en croisant les résultats des scores au FABQ avec les prescriptions médicales non recommandées dont les effectifs étaient suffisants.

La variable « prescription à visée antalgique non recommandée » était associée au score FABQ travail ($p = 0,011$). Le sens de l'association a été testé. Le rang moyen pour le FABQ travail au test du U de Mann-Whitney pour la réponse « absence de

prescription à visée antalgique non recommandée » était de 49,74. Ce rang moyen était de 31,13 pour la réponse « 1 prescription à visée antalgique non recommandée ». Donc le sens de l'association entre le FABQ travail et une prescription à visée antalgique non recommandée était négatif. Cela signifiait que plus le score au FABQ travail était bas et plus les médecins généralistes prescrivait une antalgie hors recommandation.

Il y avait une association entre le FABQ physique et la prescription d'une imagerie précoce ($p = 0,019$). Le sens de l'association était positif (selon la même démonstration). Plus le FABQ physique était élevé et plus les médecins généralistes prescrivait une imagerie précocement.

b) Une analyse en fonction du seuil à 14 du score du FABQ physique a été réalisée. Il n'y avait pas d'association entre les prescriptions non recommandées et le niveau du FABQ physique, que celui-ci soit faible ou élevé (cf. Tableaux 4a et 4b pages 63 et 64).

Au total,

L'analyse comparative a mis en exergue des associations entre « les peurs et croyances » des médecins et des prescriptions non recommandées.

3.2.3 Analyse univariée de la question de l'abord des activités habituelles en fonction des scores FABQ des médecins

Le FABQ travail était associé à la variable « Question des activités habituelles abordées » ($p = 0,037$). Le sens de l'association a été testé. Le rang moyen du FABQ travail était de 64,11 au test du U de Mann-Whitney pour le groupe n'abordant pas les activités. Ce rang moyen était à 44,59 pour le groupe abordant la question des activités habituelles. L'association entre le FABQ travail et le respect de cette recommandation l'était dans un sens négatif. Plus le FABQ travail était bas et plus les médecins généralistes abordaient la question des activités habituelles avec le patient.

3.2.4 Analyse univariée de la question de l'abord des activités habituelles en fonction en fonction des demandes des patients

Il n'y avait pas d'association entre ces variables.

Tableau 3: Analyse univariée des prescriptions médicales en fonction des croyances des médecins et des demandes des patients

	FABQ physique	FABQ travail	Demande d'antalgiques	Demande de prescription non recommandée	Demande de soins de kinésithérapie	Demande d'imagerie	Nombre de motifs de consultation en dehors de la prise en charge de l'épisode lombalgique en cours	Patient explicitement réticent à la poursuite des activités habituelles
Prescriptions non recommandées associées au risque de chronicisation								
Imagerie précoce	0,019	0,531	0,027	1		0,68	0,733	1
Arrêt de travail initial supérieur à 8 jours	0,559	0,687	0,587	0,053			0,726	0,188
Nombre de professionnels de santé rencontrés d'emblée	0,088	0,397	0,009	0,08			0,025	0,506
Recours au spécialiste rhumatologue	0,082	0,57	1	1			0,508	1
Conseil vis à vis de l'activité habituelle	0,546	0,54	0,766	0,315			0,445	0,518
Prescriptions non recommandées autres, majorant les coûts de la prise en charge								
Prescription d'un arrêt de travail initial	0,817	0,515	0,505	0,434			0,5	0,005
Durée, en jours, de la prescription de l'arrêt de travail initial	0,430	0,519	0,195	0,890			0,660	0,048
Prescription d'emblée d'une trithérapie antalgique per os (antalgique + AINS +décontracturant)	0,122	0,382	1	0,388			0,605	0,719
Recours précoce au kinésithérapeute	0,731	0,3	0,091	0,095	0,391		0,168	2,196
Prescriptions à visée antalgique non recommandées	0,215	0,011	0,014	0,548			0,712	0,018
Autre recommandation non suivie								
Question des activités habituelles abordée	0,527	0,037	0,622	0,437			0,571	

Les résultats sont les significativités de p au test de Fisher, au U de MannWhitney et au P de Pearson

Les résultats significatifs apparaissent en gras, pour un risque α choisi $\leq 5\%$.

Tableau 4 a: Analyse univariée des prescriptions médicales en fonction du niveau du FABQ physique des médecins

Prescriptions non recommandées associées au risque de chronicisation de la LAC	FABQ physique ≤ 14	FABQ physique > 14	p
Imagerie précoce			0,403
oui	11 (12%)	7 (8%)	
non	53 (58%)	21 (22%)	
Arrêt de travail initial supérieur à 8 jours			0,357
oui	3 (4%)	3(4%)	
non	48 (66%)	19 (26%)	
Nombre de professionnels de santé rencontrés d'emblée	1,47	2,04	0,115
écart type	0,73	0,82	
Recours au spécialiste rhumatologue			0,431
oui	4 (4%)	3 (4%)	
non	60 (65%)	25 (27%)	
Conseil vis à vis des activités habituelles			0,343
repos strict au lit + activités diminuées	41 (45%)	2 (2%)	
activités maintenues au maximum	23 (25%)	7 (8%)	
Prescriptions non recommandées autres, majorant les coûts de la prise en charge	FABQ physique ≤ 14	FABQ physique > 14	p
Prescription d'un arrêt de travail initial			0,3
oui	33 (45%)	11 (15%)	
non	18 (25%)	11 (15%)	
Durée, en jours, de la prescription de l'arrêt de travail initial	3,78	3,72	0,466
Ecart type	3,45	5,10	
Prescription d'emblée d'une trithérapie antalgique per os (antalgique + AINS +décontracturant)			0,168
oui	11 (12%)	9 (10%)	
non	53 (58%)	19 (20%)	
Prescriptions à visée antalgique non recommandées			0,077
oui	8 (9%)	8 (9%)	
non	56 (60%)	20 (22%)	
Recours précoce au kinésithérapeute			0,289
oui	13 (14%)	9 (10%)	
non	51 (55%)	19 (21%)	

Les résultats sont des valeurs absolues et des pourcentages.

Tableau 4b : Analyse univariée des prescriptions médicales en fonction du niveau du FABQ physique des médecins

Autre recommandation non suivie	FABQ physique ≤ 14	FABQ physique > 14	p
Question des activités habituelles abordée			1
oui	58 (63%)	25 (27%)	
non	6 (7%)	3 (3%)	

Les résultats sont des valeurs absolues et des pourcentages.

4 Discussion

4.1 Résultats principaux

L'étude a permis de confirmer que des prescriptions médicales associées dans la littérature à un risque de chronicisation de la lombalgie aiguë commune et/ou à la majoration du coût de la prise en charge, pouvaient être associées à certaines demandes des patients en médecine générale dans le département du Nord.

Les « peurs et croyances » des médecins généralistes étaient associées à un degré d'adhésion moindre aux recommandations face à un patient présentant une lombalgie aiguë commune. Plus les scores FABQ physique et travail étaient élevés et plus ils étaient respectivement associés à la prescription d'une imagerie précoce ($p = 0,019$) et à l'abord de la question de l'activité physique ($p = 0,037$).

En revanche, plus le FABQ travail était élevé et moins les médecins généralistes faisaient des prescriptions antalgiques non recommandées ($p = 0,011$) contrairement à ce qui était attendu.

4.2 Validité de l'étude

4.2.1 Forces de l'étude

Plusieurs choix de stratégie dans la méthodologie ont certainement été bénéfiques pour augmenter le nombre de réponses par les médecins généralistes.

Certains choix stratégiques devaient permettre à l'investigation d'être la moins contraignante et la plus claire possible. Le but recherché était également d'éviter l'oubli de retour de courriers.

Ces choix stratégiques étaient :

- réaliser une étude transversale sur la consultation initiale.
- confier le remplissage des questionnaires en intégralité au médecin investigateur.
- ne pas demander la posologie des thérapeutiques.
- réaliser des questionnaires dont le remplissage ne prenait pas plus de cinq à dix minutes.
- opter pour l'hétéro évaluation afin de recueillir les demandes des patients.
- limiter la période d'investigation à quatre semaines.
- envoyer au médecin investigateur une lettre affranchie pour le retour de courrier.
- garantir l'anonymat des résultats.
- envoyer aux médecins investigateurs une lettre explicative sur le déroulement de l'étude.

- appeler les médecins qui ont accepté de participer à l'étude au milieu de la période d'investigation pour répondre à leurs interrogations quant au remplissage des questionnaires.

Les biais, qui ont été limités, étaient:

- le biais de sélection :

- 1) tout d'abord le biais de sélection a été limité par le tirage au sort aléatoire sur la population de médecins généralistes dans le Nord. Le tirage au sort a permis de sélectionner un échantillon représentatif de cette population. Le tirage au sort randomisé a donc permis d'extrapoler les résultats de l'échantillon à la population des médecins généralistes du Nord.
- 2) ensuite les critères d'inclusion définissaient la lombalgie aiguë commune de façon précise et rappelaient au médecin la définition de celle-ci.
- 3) parmi les patients qui répondaient à la définition de la lombalgie aiguë commune, n'inclure que ceux dont le médecin investigateur était le médecin traitant était voulu pour permettre une connaissance probable du dossier patient par le médecin investigateur.
- 4) l'hypothèse pouvait être faite que la possession de certains diplômes complémentaires pourrait avoir une répercussion sur les prescriptions des médecins généralistes. Par exemple un médecin généraliste possédant un diplôme universitaire relatif à la pratique de l'homéopathie serait plus enclin à prescrire de l'homéopathie alors que cela n'est pas recommandé par l'ANAES. Dans l'hypothèse que le nombre de prescriptions non recommandées auraient pu être augmenté en incluant les médecins à exercice particulier, ceux-ci ont été écartés.

- le biais de mémorisation du médecin au sujet de la consultation :
 - 1) il était limité en choisissant de réaliser une étude transversale.
 - 2) les médecins étaient encouragés à remplir le questionnaire relatif à la consultation initiale juste après la consultation.

- Le biais de réponse la majorité des prescriptions des médecins et des demandes des patients était recherchée par des questions à réponses libres.

4.2.2 Limites de l'étude

Pour les comparaisons réalisées en analyse univariée, un biais de confusion a pu être présent. En effet, l'analyse multivariée n'a pas pu être effectuée en raison de la petite taille de l'échantillon des médecins généralistes.

Les critères stricts d'inclusion d'un patient présentant une lombalgie aiguë commune pouvait expliquer l'échantillon de petite taille. La difficile inclusion de patients a pu augmenter le taux de non-réponse.

Utiliser des auto-questionnaires exposait à un biais déclaratif : les médecins remplissaient seuls les questionnaires et pouvaient être tentés d'aller chercher des réponses dans la littérature pour répondre au mieux.

De plus, les médecins les mieux formés et/ou les plus intéressés par le sujet de la lombalgie aiguë commune pouvaient être sur-représentés dans l'échantillon.

Il aurait été possible de réaliser des entretiens exploratoires pour valider les questionnaires. Ils n'ont pas été testés en réalisant, par exemple, un focus groupe.

Pour évaluer les « peurs et croyances » des médecins, la méthodologie des études précédentes (13, 17) a été reprise. De la même manière, le FABQ a été utilisé comme dans les études antérieures (13, 17). Il n'avait pas été prévu que certains médecins auraient des problèmes de compréhension quant à l'énoncé du FABQ. Le FABQ n'a pas initialement été créé pour évaluer les « peurs et croyances » des médecins, mais celles des patients. Se mettre à la place d'un patient lombalgique pour répondre au questionnaire ne devait pas être chose aisée pour un médecin n'ayant pas expérimenté lui-même une lombalgie. Les études précédentes avaient déjà utilisé une méthode similaire à la présente étude (13, 17).

Biais d'interprétation :

Trouver des explications à certaines des associations retrouvées, comme cela a été fait (cf. Paragraphe 4.3 page 71) peut avoir fait l'objet de biais d'interprétation. La présente étude, dont l'analyse statistique était quantitative ne prenait pas en compte le caractère et/ou l'impact subjectif que pouvaient avoir certaines demandes des patients. Par exemple il n'était pas possible de savoir si une demande d'antalgie à été interprétée par le médecin *stricto sensu*. Peut être que cette demande d'antalgie était également pour le médecin généraliste l'expression de la souffrance du patient.

Limiter le relevé des prescriptions médicales et des préférences des patients à la consultation initiale pouvait entraîner un biais d'observation. Il a déjà été décrit dans la littérature (37, 38) que le degré d'adhésion aux recommandations par les médecins généralistes pouvait diminuer au fil des consultations pour un même épisode lombalgique.

Une hypothèse de départ peu avoir été posée en de mauvais termes. Cela pourrait avoir une influence sur toute l'étude. En particulier pour l'hypothèse selon laquelle les prescriptions non recommandées qui étaient associées à la chronicisation, étaient à risque de chroniciser la lombalgie aiguë commune. L'hypothèse contraire peut être émise. Il est légitime de se demander si ce n'est pas justement parce qu'une lombalgie est à risque de se chroniciser qu'une prescription non recommandée lui est associée. Par exemple l'incertitude fait partie de la décision médicale (39). Le médecin généraliste peut être amené à prendre une décision sur une intuition, un sentiment « positif » (« sens de la réassurance ») ou « négatif » (« sens d'alarme ») nommé « *gut feeling* » (39). L'estimation du risque de chronicisation d'un patient lombalgique sub(aigu) par le médecin généraliste dès la première consultation a été étudiée (40). La valeur prédictive positive de cette estimation par les médecins généralistes était comparable à celles de trois questionnaires d'estimation du risque de chronicisation (L'*OREBRO questionnaire*, le *Low Back Pain Perception Scale* et le *Clinical prediction rule*) (40).

Il se pourrait que le « *gut feeling* » dans le « sens d'alarme » (39) permette au médecin généraliste de percevoir le patient à risque de se chroniciser. Le médecin généraliste pourrait s'écarter des recommandations dans ses prescriptions face à un tel patient.

4.3 Commentaire des résultats et confrontation à la littérature

4.3.1 Les associations entre des demandes des patients et des prescriptions étudiées

L'étude était originale dans le sens où elle mettait en valeur des associations entre des demandes des patients et des prescriptions non recommandées dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune.

Des études précédentes analysaient les demandes de la patientèle dans la prise en charge de leur lombalgie aiguë commune (41) sans en évaluer leurs impacts sur les prescriptions en termes quantitatif.

4.3.1.1 Patient explicitement réticent à poursuivre les activités habituelles et durée de l'arrêt de travail initial

Il a été ici montré que si le patient était réticent à la poursuite des activités habituelles l'arrêt de travail était plus souvent prescrit et sa durée était plus longue.

Dans l'étude, la réticence à la poursuite des activités habituelles était équivalente à une demande d'arrêt de travail. L'effectif de cette demande implicite de l'arrêt de travail (n= 12) en fait la première demande de prescription non recommandée des patients lombalgiques aigus inclus. Si l'effectif de cette demande implicite est fusionné avec celui d'une demande explicite d'arrêt de travail (cf. tableau 2a page 53) cela fait un total de 15 (20,55%) demandes d'arrêt de travail.

Ce résultat rejoint celui d'une étude pilote Toulousaine en médecine générale (42). L'étude pilote avait pour but de qualifier les possibles « pressions de prescription » au travers des demandes des patients pour la consultation tout-venant et d'identifier des facteurs prédictifs de ces demandes. L'étude Toulousaine avait relevé que les demandes d'arrêt de travail par les patients étaient en troisième position (2,09% pour 599 patients = 12,52 patients) parmi les demandes les plus fréquentes identifiées comme des « pressions de prescription ».

Les associations retrouvées dans la présente étude entre un patient opposé à la poursuite des activités habituelles, la prescription d'un arrêt maladie et la durée plus longue de cet arrêt, permettent d'appréhender une explication quant à un des résultats d'une étude nationale française (34).

L'étude nationale (34) contrôlée et randomisée avait pour objectif principal d'évaluer l'efficacité du livret « guide du dos » dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune. Le critère principal de jugement était autodéclaratif et correspondait à la persistance de la lombalgie aiguë commune trois mois après la première consultation. Le « guide du dos » (43) était la traduction française du « back book », un outil d'information standardisé destiné au patient. Le « back book » a été mis au point par Burton et le Royal College of General Practitioners (44), et contient des informations sur la lombalgie aiguë commune. Les informations contenues dans ce livret sont extraites de la médecine fondée sur les preuves et délivrées sous forme de messages courts. Par exemple, un des messages conseille de rester actif malgré la lombalgie. Le « back book » a été validé notamment grâce à une étude contrôlée randomisée démontrant un effet significatif dans la réduction de l'incapacité

fonctionnelle et des « peurs et croyances » des patients (13). Le « back book » n'avait pas d'effet notable sur la douleur (13).

Le « guide du dos » était diffusé aux patients (34) via leur médecin traitant, après que ces derniers en aient pris connaissance et leur en aient expliqué le contenu. Cette stratégie entraînait une diminution du risque absolu de la persistance de la lombalgie à trois mois. Aucune différence n'avait été observée entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle pour la prescription et la durée moyenne totale de l'arrêt de travail, trois mois après la première consultation. Une explication fournie par l'auteur était que le coût de l'intervention était faible et que cette intervention était d'une complexité minimale.

L'absence de diminution significative de la durée moyenne des arrêts de travail et de leur prescription malgré la diffusion du livret « guide du dos » pourrait être due à l'opposition des patients à la poursuite des activités habituelles.

La compréhension de l'association entre un patient explicitement opposé à la poursuite des activités habituelles et la prescription d'un arrêt de travail plus long était intuitive.

La compréhension des autres associations entre demandes des patients et prescriptions médicales non recommandées n'était pas intuitive.

Une explication à cette difficulté était que la composante subjective de la consultation ne pouvait être appréciée dans une étude quantitative. Des hypothèses doivent être émises pour expliquer ces associations.

4.3.1.2 Nombre de motifs de consultation et nombre de professionnels de santé rencontrés d'emblée

Plus le nombre de motifs de consultation en dehors de la lombalgie était élevé et plus les patients allaient être amenés à rencontrer un nombre important de professionnels de santé d'emblée.

Il peut être imaginé que plus le patient avait de motifs de consultation différents, et moins le médecin avait de temps pour une prise en charge optimale de la lombalgie. Le médecin généraliste transférerait alors des tâches à d'autres professionnels de santé en rapport avec la prise en charge de la lombalgie.

Le manque de temps était en effet défini comme un facteur externe de moindre adhésion aux recommandations dans la littérature (45). Le manque de temps a été identifié comme la première source de stress par le médecin généraliste dans la pratique de son travail en Provence-Alpes-Côtes d'Azur (23).

La durée moyenne estimée de consultation (moyenne de 15,5 minutes +/- 4 min) dans la présente étude était proche de celle relevée en médecine générale par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques du ministère de la santé (46).

Si le patient lombalgique réservait sa demande de consultation à la prise en charge de la lombalgie, il se pourrait que le nombre de professionnels de santé rencontrés d'emblée soit moindre.

4.3.1.3 Demande d'antalgiques et prescriptions non recommandées

En cas de demande d'antalgiques par le patient, il y avait plus de prescriptions d'imageries précoces, le nombre de professionnels rencontrés d'emblée était plus important et les prescriptions d'antalgiques non recommandées étaient plus nombreuses.

Les résultats d'une étude précédente (47) peuvent aider à comprendre ces associations entre une demande d'antalgiques et des prescriptions non recommandées dans la lombalgie aiguë commune. Il s'agissait d'étudier si le sexe du patient, son niveau socioéconomique, et la présence ou non d'une souffrance dans son discours influençaient le médecin généraliste dans son degré d'adhésion aux recommandations. La présence d'une souffrance dans le discours du patient était plus souvent associée à la prescription d'une radiographie standard, à une limitation de l'activité habituelle et à la prescription d'opioïdes lors de la première consultation. L'hypothèse était que le médecin tentait de soulager la souffrance exprimée par le patient malgré l'absence de preuves du bien fondé de ces prescriptions.

Dans l'étude menée ici, il se pourrait donc que la demande d'antalgiques ait été plus souvent faite par le patient lorsqu'il y avait une répercussion à type de souffrance de sa lombalgie. Il se pourrait que par cette demande le patient ait communiqué indirectement la détresse psychologique que lui procurait sa douleur. Le médecin généraliste prescrirait plus souvent des examens complémentaires et des thérapeutiques non recommandés espérant ainsi soulager la souffrance du patient.

Une étude qualitative allait dans le même sens (48). Elle donnait une explication complémentaire au fait que des médecins généralistes prescrivaient une

radiographie standard. Les médecins devaient estimer la fréquence (faible ou élevée) avec laquelle ils utilisaient la radiographie du rachis lombaire. Une des raisons avancée par le groupe de médecins qui prescrivait une radiographie précoce du rachis lombaire de manière fréquente était de rassurer le patient. Certains médecins de ce groupe connaissaient les recommandations mais espéraient que prouver à leur patient l'absence de lésion secondaire sur la radiographie calmerait leur crainte d'une pathologie grave sous jacente.

4.3.2 Les associations entre les « peurs et croyances » des médecins et des prescriptions étudiées

L'étude a mis en valeur des associations entre les « peurs et croyances » des médecins et des prescriptions non recommandées dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune.

Les moyennes des scores FABQ physique et travail étaient supérieures à la moyenne trouvée dans une étude nationale (13). Les moyennes des scores FABQ avaient déjà été qualifiées d'élevées dans l'étude nationale. Dans la présente étude, le pourcentage de médecins ayant un score FABQ physique élevé était le double (32%) en comparaison aux médecins généralistes de l'ensemble du territoire français (16%).

4.3.2.1 « peurs et croyances » des médecins et prescription précoce d'une imagerie

La première étude nationale française de E. Coudeyre (13) avait déjà montré que les médecins généralistes ayant des valeurs élevées sur les FABQ physique respectaient moins certaines des recommandations pour la prise en charge de la lombalgie aiguë commune. Les médecins généralistes dont le niveau du FABQ physique était inférieur au seuil de 14 points prescrivaient des arrêts de travail de moins de 8 jours et encourageaient la poursuite maximale de l'activité durant cet arrêt. De plus, plus le FABQ physique était bas et plus les médecins généralistes recommandaient la poursuite maximale des activités compatibles avec la douleur durant l'arrêt de travail.

La deuxième étude nationale de M. Marty (17) a démontré que plus les scores FABQ physique et travail étaient élevés et moins l'information délivrée par les médecins généralistes était conforme aux recommandations européennes (COST B13).

Dans la présente étude, plus la valeur du FABQ physique était élevée et plus les médecins généralistes avaient tendance à prescrire une imagerie précocement.

Cette association entre une moindre adhésion à un item des recommandations de la lombalgie et les « peurs et croyances » des praticiens, complète celles mises en valeur ci-dessus (13, 17).

La différence de prise en charge en termes de prescription d'imagerie n'était pas retrouvée en fonction du niveau du FABQ physique (cf. Tableaux 4a et b pages 63 et 64).

Il peut être remarqué que la demande de prescription d'une imagerie n'est présente que pour 11% des patients de l'étude. Ce chiffre paraît moindre que ce que l'impression clinique ferait estimer. Les autres études n'étaient pas évocatrices à ce sujet.

4.3.2.2 « peurs et croyances » des médecins et prescription à visée antalgique non recommandée

C'est la première fois que des « peurs et croyances » chez les médecins généralistes sont associées à une meilleure adhésion à l'un des items des recommandations (cf. Paragraphe 4.3.2.1 page 77). C'est-à-dire que plus le médecin généraliste du Nord avait un score élevé pour le FABQ travail et moins il faisait des prescriptions à visée antalgique qui n'étaient pas recommandées.

Ce résultat peut paraître surprenant, une explication peut être avancée.

Les associations mises en valeur dans la première étude nationale (13) entre le score FABQ travail des médecins généralistes et certaines de leurs attitudes thérapeutiques pouvaient apporter une explication. Dans cette étude, les médecins ayant « un faible score » au FABQ travail encourageaient plus souvent la poursuite des activités professionnelles en cas de lombalgie chronique (13).

Dans l'étude menée ici, l'hypothèse peut être faite que plus les médecins généralistes avaient un score bas concernant le FABQ travail et plus ils tentaient de maintenir l'activité professionnelle du patient. Les prescriptions à visée antalgique non recommandées (la ceinture de contention lombaire, les topiques AINS,

l'association de deux myorelaxants) seraient des stratégies pour maintenir le patient lombalgique en activité.

4.3.3 Evolution de l'adhésion à la recommandation concernant la prescription de repos strict au lit

Dans la présente étude, la fréquence des prescriptions médicales de repos strict au lit était moindre que ce que l'on attendait. Elle n'a été prescrite que pour 2,4% (versus 27,6% et 26%) des patients qui présentaient une lombalgie aiguë commune en comparaison à des études antérieures d'une dizaine d'années (12, 49).

5 Conclusion

L'étude a permis de confirmer que des prescriptions médicales associées dans la littérature à un risque de chronicisation de la lombalgie aiguë commune et/ou à la majoration du coût de la prise en charge, pouvaient être associées à certaines demandes des patients en médecine générale dans le département du Nord.

Plus le nombre de motifs de consultation en dehors de la lombalgie était élevé et plus les patients allaient être amenés à rencontrer un nombre important de professionnels de santé d'emblée. Réduire le nombre de professionnels de santé rencontrés d'emblée en rapport avec la lombalgie aiguë commune est souhaitable. Cela pourrait être obtenu en incitant le patient à cibler sa demande lors de la première consultation en médecine générale pour lombalgie aiguë commune.

La demande d'antalgiques était associée à plus de prescriptions d'imageries précoces, à un nombre plus important de professionnels rencontrés d'emblée et à plus de prescriptions d'antalgiques non recommandées. Si le patient communique sa souffrance par cette demande d'antalgiques, il se pourrait que le médecin généraliste effectue ces prescriptions dans l'espoir de le soulager.

De nouvelles associations ont également été mises en évidence entre des prescriptions non recommandées et les « peurs et croyances » des médecins généralistes.

Les biais de cette étude limitent le niveau de preuve.

6 Références bibliographiques

1. Poiraudéau S, Lefevre Colau M-M, Fayad F, Rannou F, Revel M. Lombalgies. EMC - Rhumatologie-Orthopédie. juill 2004;1(4):295-319.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Texte long.2000 : 1-51.
3. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MTG, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J. mars 2006;15 Suppl 2:S169-191.
4. Benhamou M, Brondel M, Sanchez K, Poiraudéau S. Lombalgies. EMC - Traité de médecine AKOS. juill 2012;7(3):1-6.
5. Valat J-P, Mammou-Mraghni S, Mulleman D. Comment évoluent les lombalgies aiguës communes? Rhumatologie. 56(5):4-6.
6. Tempereau AS. Interventions en soins primaires sur les facteurs de risque psychosociaux dans la lombalgie (sub)aiguë : revue de littérature [Thèse : Med]. Université d'Angers ; 2011 : 1-37.
7. Chou R. et al , Imaging strategies for low-back pain : systematic review and meta-analysis. Lancet 2009 ; 373 : 463–72.
8. Nguyen C, Poiraudéau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. Revue du rhumatisme. 76(6):537-542.
9. World Health Organisation. Life skills education for children and adolescents in schools. 1993; WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2.

10. Dossier INRS. Les lombalgies. [En ligne]. 16 août 2010. [Consulté le 25.04.2013].

Disponible à l'adresse :

<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html>

11. COST B13: European guidelines for the management of low back pain. Eur Spine J. 1 mars 2006;15(2):s125-s127.

12. Rozenberg S, Allaert F-A, Savarieau B, Perahia M, Valat J-P. Attitude thérapeutique et place du maintien d'activité dans la lombalgie aiguë en pratique de médecine générale. Revue du Rhumatisme. janv 2004;71(1):65-69.

13. Coudeyre E. Evaluation de l'impact de l'information sur les peurs et croyances liées à l'activité physique dans la lombalgie [Thèse : Med]. Saint-Etienne : Université Jean Monnet ; 2007: 1- 86.

14. Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain, 85(3) : 317-332.

15. Chaory K, Fayad F, Rannou F, et al. Validation of the French version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. Spine 2004; 29: 908-13.

16. George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon

17. Henrotin Y, Moyse D, Bazin T, Cedraschi C, Duplan B, Duquesnoy B, Laroche F, Valat JP, Marty M. Study of the information delivery by general practitioners and rheumatologists to patients with acute low back pain. Eur Spine J. 2011 May;20(5):720-30.

18. Prévention et prise en charge de la lombalgie non spécifique: recommandations européennes. Rev Rhum 2006;73:S33-S52.

19. Darlow B, Fullen B m., Dean S, Hurley D a., Baxter G d., Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. *European Journal of Pain*. 2012;16(1):3-17.
20. Watson PJ, Bowey J, Purcell-Jones G, Gales T. General practitioner sickness absence certification for low back pain is not directly associated with beliefs about back pain. *European Journal of Pain*. 2008;12(3):314-20.
21. Hoffmann TC, Mar CBD, Strong J, Mai J. Patients' expectations of acute low back pain management: implications for evidence uptake. *BMC Family Practice*. 8 janv 2013;14(1):7.
22. Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale [Thèse : Med]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1. 2006 : 1-80.
23. Ventelou B, Paraponaris A, Sebbah R, Aulagnier M, Protopopescu C, Gourheux J-C, et al. Un observatoire des pratiques en médecine générale: l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. *Revue française des affaires sociales*. 1 mars 2005;n°1(1):127-160.
24. Fullen BM, Baxter GD, O'Donovan BGG, Doody C, Daly LE, Hurley DA. Factors impacting on doctors' management of acute low back pain: A systematic review. *European Journal of Pain*. oct 2009;13(9):908-914.
25. NA Scott, C Moga, C Harstall. Managing low back pain in the primary care setting: The know-do gap. *Pain Res Manage*. 2010;15(6):392-400.
26. Cabana MD. Adherence, not just for patients: Comment on « low back pain and best practice care ». *Arch Intern Med*. 8 févr 2010;170(3):277-278.

27. Collectif. Lombalgies et lombosciatiques aiguës. Médecins et patients face aux recommandations. [En ligne]. Bibliomed. 2001:211. [Consulté le 03.05.2013]. Disponible à l'adresse: www.unaformec.org
28. Williams CM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Lachlan AJ, Britt H, et al. Low back pain and best practice care. A Survey of General Practice Physicians. Arch Int Med. 2010;170(3):271-7.
29. Koes BW, Tulder M van, Lin C-WC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. Eur Spine J. 1 déc 2010;19(12):2075-2094
30. Assayag Ganem Y. Estimation du coût de la prise en charge de la lombalgie aiguë en médecine générale : étude prospective sur 40 cas [Thèse : Med]. Paris : Université Paris 7. 2001 :1-118.
31. Gandjour A, Telzerow A, Lauterbach KW ; INTERCARE International Investigators. European comparison of costs and quality in the treatment of acute back pain. Spine. Apr 2005 ; 30(8) :969-75.
32. Henrotin Y, Rozenberg S, Balagué F, Leclerc A, Rouxo É, Cedraschie C, et al. Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. Revue du Rhumatisme. 2006;73, Supplément 2:S35-S52.
33. Haute Autorité de Santé. Prise en charge Masso-kinésithérapeutique dans la lombalgie commune: modalités de prescriptions. 2005: 1-61.

34. Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. Effect of a Simple Information Booklet on Pain Persistence after an Acute Episode of Low Back Pain: A Non-Randomized Trial in a Primary Care Setting. PLoS ONE. 8 août 2007;2(8):e706.
35. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. Pain. févr 1993;52(2):157-168.
36. Marty M. Prise en charge de la lombalgie aiguë. La Revue du praticien. fev 2008;58(3) :279-284.
37. Schers H, Braspenning J, Drijver R, Wensing M, Grol R. Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in The Netherlands. Br J Gen Pract. 2000 ; 50 : 640-4.
38. Schectman JM, Schroth WS, Verme D, Voss JD. Randomized Controlled Trial of Education and Feedback for Implementation of Guidelines for Acute Low Back Pain. J Gen Intern Med. oct 2003;18(10):773-780.
39. Andro de Schotten AC. Eclairage du concept gut feeling par une approche par les sciences cognitives: le gut feeling en prevention de l'erreur [Thèse : Med]. Brest : Université de Bretagne occidentale ; 2011 : 1-78.
40. Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Stalman WA, Bouter LM. Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. Br J Gen Pract. 1 janv 2007;57(534):15-22.
41. Verbeek J, Sengers M-J, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. Spine. 15 oct 2004;29(20):2309-2318.

42. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez J-P, et al. A Pilot Study in General Practice: Pressure to Prescribe Therapie. 1 janv 2003;58(6):513-517.
43. Coudeyre E, Givron P, Gremeaux V, Lavit P, Hérissou C, Combe B, et al. Traduction française et adaptation culturelle du «back book». Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. oct 2003;46(8):553-557.
44. A.K. Burton, G. Waddell, K.M. Tillotson, N. Summerton. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. Spine, 24 (1999), pp. 2484–2491.
45. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 1999, 282 : 1458-1465.
46. Elbaum M. et al. La durée des séances du médecin généraliste. *Etudes et résultats*. [En ligne]. Avril 2006. N°481. 1-8. [Consulté le 08.01.2014]. Disponible à l'adresse : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes,4409.html>
47. Shira S. Weiner , PhD , * Sherri R. Weiser , PhD , * Eugene J. Carragee , MD , † and Margareta Nordin , Dr Med Sci. Managing Nonspecific Low Back Pain Do Nonclinical. Patient Characteristics Matter ? Spine. 2011 ; 36(23) : 1987 – 1994.
48. Baker R, Lecouturier J, Bond S. Explaining variation in GP referral rates for x-rays for back pain. Implementation Science. 2 août 2006;1(1):15.
49. Gonzalez-Urzelai V, Palacio-Elua L, Lopez-de-Munain J. Routine primary care management Of acute low back pain: adherence to clinical guidelines. Eur Spine J. déc 2003;12(6):589-594.

7 Annexes :

Annexe 1a : Questionnaire FABQ

A remplir par le praticien avant de sélectionner des patients.

*Pour chaque affirmation veuillez entourer un chiffre de 0 à 6 pour indiquer combien les activités physiques telles que se pencher, soulever, marcher, conduire, influent (ou pourraient influencer) **si vous avez (ou aviez) vous même mal au dos**. Entre 0 et 6 le chiffre que vous entourerez exprimera le degré d'accord ou de désaccord avec la proposition.*

	Désaccord			Incertain			Accord		
	total						Total		
1. Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6		
2. L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6		
3. L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6		
4. Je ne devrais pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6		
5. Je ne peux pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6		

Les affirmations suivantes concernent la manière dont votre travail influe ou pourrait influencer sur votre mal de dos.

	Désaccord			Incertain			Accord		
	total						Total		
6. La douleur a été provoquée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6		
7. Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6		
8. J'ai droit à une indemnisation pour ma douleur	0	1	2	3	4	5	6		
9. Mon travail est trop dur pour moi	0	1	2	3	4	5	6		
10. Mon travail augmente ou pourrait augmenter mes douleurs	0	1	2	3	4	5	6		
11. Mon travail pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6		
12. Je ne devrais pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6		
13. Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6		
14. Je ne peux pas faire mon travail habituel avant que mes douleurs soient traitées efficacement	0	1	2	3	4	5	6		
15. Je ne pense pas que je pourrai reprendre mon travail habituel avant trois mois	0	1	2	3	4	5	6		
16. Je ne pense pas que je pourrai un jour être capable de reprendre ce travail	0	1	2	3	4	5	6		

Annexe 1b : Modalités de calcul des scores FABQ

FABQ physique = item 2 + 3 + 4 + 5

FABQ travail = item 6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15

FABQ total = Somme de l'ensemble des items du questionnaire de 1 à 16

Annexes 1 : Références bibliographiques

* Nguyen C, Poirauveau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. Revue du rhumatisme. 76(6):537-542.

* Coudeyre E. Evaluation de l'impact de l'information sur les peurs et croyances liées à l'activité physique dans la lombalgie [Thèse : Med]. Saint-Etienne : Université Jean Monnet ; 2007: 1- 86.

*Henrotin Y, Moysse D, Bazin T, Cedraschi C, Duplan B, Duquesnoy B, Laroche F, Valat JP, Marty M. Study of the information delivery by general practitioners and rheumatologists to patients with acute low back pain. Eur Spine J. 2011 May;20(5):720-30.

* Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. Effect of a Simple Information Booklet on Pain Persistence after an Acute Episode of Low Back Pain: A Non-Randomized Trial in a Primary Care Setting. PLoS ONE. 8 août 2007;2(8):e706

Annexe 2 : Questionnaire post consultation

Données praticien :

- Âge :
- Sexe : F M
- Lieu d'exercice : citadin rural semi rural
- Effectif de votre patientèle :

Dossier patient :

- Âge :
- Sexe : M F
- Profession : ou sans profession

Données relatives à la consultation :

- 1) Durée estimée de la consultation : (minutes)
- 2) Quels sont les examens complémentaires que vous avez prescrits ?
.....
.....
- 3) Quelles sont vos prescriptions thérapeutiques :
 - En cas de prescription médicamenteuse n'en précisez pas les modalités (posologie, durée de traitement)
.....
.....
- 4) Nombre de jour(s) d'arrêt de travail prescrit(s) :
- 5) A quel(s) professionnel(s) de santé autre(s) (médical ou paramédical) avez-vous adressé votre patient ?
- 6) Quelles sont les propositions de prescriptions, retenues ou non, explicitement **demandées** par votre patient :
.....
.....

Annexe 2 : Suite

7) Quelles sont les propositions de prescriptions, retenues ou non, explicitement **contestées** par votre patient :

.....
.....

8) Qu'avez-vous conseillé concernant les activités habituelles (physique et/ou travail): repos strict au lit diminuées maintenues au maximum
 sujet non abordé

9) le patient s'est-il montré réticent à poursuivre les activités habituelles :
 oui non

10) Le patient est-il explicitement demandeur de poursuivre les activités habituelles :
 oui non

11) En cas de prescription de repos au lit strict à la question 8), indiquez nous la durée :

Annexe 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion

- 1) Être le médecin traitant du patient
- 2) Absence d'antécédent d'épisode lombalgique supérieur à 1 épisode par an
- 3) Lombalgie en cours évoluant depuis moins de 6 semaines (strictement).
- 4) La douleur ne descend pas en dessous du pli inter fessier.
- 5) Absence des « drapeaux rouges » = anamnèse et / ou signe(s) clinique(s) orientant vers une lombalgie spécifique :
 - âge du début des symptômes inférieur à 20 ans ou supérieur à 50 ans;
 - notion de traumatisme récent important ou de traumatisme récent modéré (chez un sujet de plus de 50 ans)
 - ostéoporose connue
 - utilisation prolongée de corticoïdes
 - déformation rachidienne importante.
 - immunosuppression connue, toxicomanie par voie intraveineuse;
 - infection urinaire ou infection récente, infection par le virus de l'immunodéficience humaine connue
 - antécédents de cancer; amaigrissement inexpliqué (fièvre supérieure à 38 °C)
 - perte de poids inexpliquée ou altération de l'état général
 - horaire inflammatoire de la douleur
 - douleur thoracique associée
 - une anesthésie en selle
 - la perte du tonus anal
 - une parésie sévère (< 3/5) des muscles du membre inférieur.

Annexe 3 : Références bibliographiques

* Benhamou M, Brondel M, Sanchez K, Poiraudreau S. Lombalgies. EMC - Traité de médecine AKOS. juill 2012;7(3):1-6.

* Marty M. Prise en charge de la lombalgie aiguë. La Revue du praticien. fev 2008;58(3) :279-284.

AUTEUR : Nom : NEYS

Prénom : Julien

Date de Soutenance : 12 mars 2014

Titre de la Thèse : Enquête sur la prise en charge de la lombalgie aiguë commune en médecine générale dans le Nord.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : lombalgie aiguë commune, médecine générale, risque de chronicisation, recommandations, prescriptions.

Résumé :

Contexte : Des prescriptions médicales non recommandées sont associées à un risque de chronicisation de la lombalgie aiguë commune (LAC). Des peurs et croyances chez les médecins généralistes concernant la LAC sont associées à des prescriptions non recommandées.

Objectifs : Rechercher une association entre les demandes des patients présentant une LAC et des prescriptions médicales associées à un risque de chronicisation et/ou à des prescriptions ne suivant pas les recommandations françaises ou celles émanant d'un groupe d'experts européens.

Méthodes : Etude transversale analytique à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Les médecins généralistes du Nord ont été échantillonnés au hasard dans l'annuaire électronique du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Chaque médecin pouvait inclure trois patients sur une période d'un mois. Le questionnaire relevait l'ensemble des prescriptions médicales et les demandes de prescription des patients lors de la consultation initiale.

Résultats : 43 médecins ont répondu à l'enquête (25% de réponses). 92 questionnaires ont pu être exploités. Lorsque les patients étaient explicitement réticents à la poursuite des activités physiques habituelles, les arrêts de travail initiaux étaient plus souvent prescrits ($p = 0,005$) et étaient plus longs ($p = 0,048$), le nombre de prescriptions à visée antalgique non recommandées était plus élevé ($p = 0,018$). Lorsque les patients émettaient une demande d'antalgiques, une imagerie précoce était plus souvent prescrite ($p=0,027$), le nombre de professionnels de santé rencontrés était plus élevé ($p = 0,009$) et les prescriptions à visée antalgique hors recommandations étaient plus nombreuses ($p = 0,014$).

Discussion : L'étude a été menée uniquement sur la consultation initiale. Cela pouvait exposer à un biais d'interprétation. La validité externe était correcte, l'échantillon étant représentatif. Certaines plaintes initiales étaient associées à une réaction du médecin généraliste favorisant les prescriptions non recommandées et les arrêts de travail de plus longue durée d'emblée.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

**Asseseurs : Monsieur le Professeur René-Marc Flipo
Monsieur le Professeur Christophe Berkhout**