



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

**Facteurs influençant les médecins généralistes du Nord Pas de Calais à adresser
les patients lombalgiques chroniques en consultation dans le centre de
rééducation de Lille (Hôpital Swynghedauw).**

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2015 à 14H
Au Pôle Formation

Par Candice GROS-BERTHEAS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur André THEVENON

Assesseurs :

Madame le Professeur Sophie FANTONI

Monsieur le Docteur Vincent TIFFREAU (MCU-PH)

Madame le Docteur Valérie WIECZOREK

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Valérie WIECZOREK

Avertissement

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

Liste des abréviations

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

ATCD : Antécédent

AT : Arrêt de Travail

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CMPR : Centre de Médecine Physique et Réadaptation

DES : Diplôme d'Etat Secondaire

EIFEL : Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgiques

FABQ : Fear-avoidance Beliefs Questionnaire

FMC : Formation Médicale Continue

GTNDO : Groupe Technique National de Definition des Objectifs de Sante Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HID: Handicap Incapacités Dépendances

IASP International Association for the Study of Pain

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MG: Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

Table des matières

RESUME

INTRODUCTION (p1)

PREMIERE PARTIE : Revue de la Littérature (p2)

1. Définitions (p2)
2. Epidémiologie (p3)
3. Outils d'évaluation et démarche diagnostique (p5)
4. Traitements et prise en charge (p8)
 - 4.1 Prise en charge thérapeutique de la lombalgie chronique (p8)
 - 4.1.1 Médicamenteux
 - 4.1.2 Non médicamenteux
 - 4.1.3 Prise en charge socio-professionnelle
5. Passage à la chronicité (p11)
6. Les « peurs et croyances » des médecins et des patients (p12)
 - 6.1 Chez les médecins (p12)
 - 6.2 Chez les patients (p13)
7. Décision d'orientation en consultation de rééducation (p14)
8. Principe de la prise en charge rééducative dans la lombalgie chronique (p15)

MATERIELS ET METHODE (p17)

1. Constitution de l'échantillon (p17)
2. Elaboration du questionnaire (p17)
3. Durée de l'enquête (p18)
4. Analyse des données (p18)

RESULTATS (p19)

1. Taux de réponses (p19)
2. Caractéristiques sociodémographiques de la population répondante (p19)
 - 2.1 Sexe
 - 2.2 Age
 - 2.3 Lieu d'exercice
 - 2.4 Mode d'exercice
 - 2.5 Nombre d'années depuis l'installation
 - 2.6 Vacances hospitalières
 - 2.7 Formation complémentaire
 - 2.8 Formation Médicale Continue
3. Données en rapport avec le centre de rééducation à la rééducation (p27)

- 3.1 Distance du cabinet médical au centre de rééducation
- 3.2 Possibilité de contacter le service de rééducation Swynghedauw de Lille
- 3.3 Envoi d'un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation à Lille
- 3.4 Prise en charge rééducative complémentaire aux traitements instaurés en ville
- 4. Facteurs influençant le MG à envoyer leur patient lombalgique chronique en consultation de rééducation à Swynghedauw à Lille (p30)
 - 4.1 Facteurs liés au centre Swynghedauw à Lille
 - 4.2 Facteurs liés à un blocage ou échec thérapeutique en ville
 - 4.3 Facteurs liés au parcours de soins
 - 4.4 Facteurs liés au patient
 - 4.5 Facteurs liés au contexte psychosocial du patient
 - 4.6 Facteurs liés au retentissement dans la vie quotidienne
- 5. Analyse statistique bi-variée (p59)
 - 5.1 Envoi en fonction du sexe du MG
 - 5.2 Envoi en fonction de l'âge du MG
 - 5.3 Envoi en fonction du lieu d'exercice du MG
 - 5.4 Envoi en fonction du mode d'exercice du MG
 - 5.5 Envoi en fonction du nombre d'années depuis l'installation du MG
 - 5.6 Envoi en fonction de la présence ou non de vacations hospitalières
 - 5.7 Envoi en fonction de la réalisation de FMC par le MG
 - 5.8 Envoi en fonction de la distance du cabinet au centre Swynghedauw
 - 5.9 Envoi en fonction de la possibilité par le MG de contacter directement le centre Swynghedauw

DISCUSSION (p68)

- 1. Validité de la méthode et du questionnaire (p68)
- 2. Résultats de l'étude (p71)
 - 2.1 Facteurs descriptifs (p71)
 - 2.2 Facteurs en analyse bi-variée (p72)
 - 2.3 Synthèse à partir de l'algorithme CART (p73)
 - 2.4 Confrontation de nos résultats aux recommandations de l'HAS (p75)

CONCLUSION (p76)

REFERENCES (p77)

ANNEXES (p81)

RESUME

Environ 8% des patients lombalgiques se chronicisent. Le médecin généraliste (MG), par son rôle de coordinateur dans l'offre de soin, a un rôle majeur dans l'orientation des patients lombalgiques chroniques en consultation spécialisée. Le but de l'étude est de déterminer sur quels critères les MG du Nord Pas de Calais orientent le patient lombalgique chronique en consultation de rééducation à l'hôpital Swynghedauw de Lille.

C'est une étude descriptive prospective monocentrique se déroulant de mars à mai 2015. 300 MG du Nord Pas de Calais ont été tirés au sort. Un questionnaire, réalisé avec l'aide du service de rééducation du CHRU de Lille, leur a été envoyé par voie postale avec relance téléphonique pour les non répondants. Les critères ont été analysés en uni et bi variés et un algorithme CART® a été élaboré grâce aux questionnaires à partir du logiciel R®.

118 questionnaires ont été exploités. 3 critères sont revenus significatifs et 1 tend à l'être en analyse bi variée : le fait d'être un médecin généraliste installé en moyenne depuis moins de 17 ans ($p=0.0321$) qui travaille en milieu urbain ou semi-rural ($p=0.0507$) ayant son cabinet à une distance < 33 km ($p=0.00105$) avec un accès connu par téléphone au centre de Swynghedauw ($p = 1.13e-07$) maximise la probabilité qu'il envoie des patients lombalgiques chroniques en consultation spécialisée de rééducation à Lille (hôpital Swynghedauw). Grâce à l'algorithme CART®, il est mis en évidence différentes caractéristiques pour les groupes de médecins adresseurs et non adresseurs en consultation. Les MG « non adresseurs » ont une durée d'activité et d'expérience longue, un exercice souvent rural, avec une non connaissance d'un accès téléphonique du service, et l'acquisition d'une formation complémentaire ou non, type médecine du sport et ou acupuncture. Les « adresseurs » ont comme caractéristiques un âge jeune, un milieu d'exercice urbain ou semi-rural, l'accès téléphonique et une distance du cabinet proche. En se rapportant aux résultats de l'étude, pour optimiser le taux d'envoi des patients lombalgiques chroniques en consultation spécialisée à l'hôpital Swynghedauw, il convient de se concentrer dans un premier temps sur les médecins présents dans un secteur de 41 km autour du centre de rééducation de l'hôpital Swynghedauw, de leur fournir un ou plusieurs numéros et contacts téléphoniques et idéalement sur la tranche d'âge la moins représentée à savoir les 35-55 ans.

INTRODUCTION

La lombalgie représente 2 à 4,5% des consultations en médecine générale. La prise en charge rééducative est reconnue depuis de nombreuses années comme un traitement de référence dans la lombalgie chronique. Dans le service de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Swynghedauw au CHRU de Lille, il est vu entre 150 et 200 patients par an adressés en consultation spécialisée. Différents types de rééducations leur sont proposés : hôpital de jour, école du dos et reconditionnement à l'effort (protocole RENODOS). Ces patients sont tout d'abord adressés en consultation spécialisée de prise en charge des lombalgiques. Cette consultation oriente les patients en s'assurant que les critères d'éligibilité à la rééducation sont présents. Différents praticiens sont amenés à adresser leur patient lombalgique à cette consultation : les rhumatologues, les neurochirurgiens et chirurgiens orthopédiques...et les médecins généralistes.

Le but de notre étude est de connaître les facteurs influençant les médecins généralistes du Nord Pas de Calais à adresser les patients lombalgiques chroniques en consultation dans le centre de rééducation de Lille (Hôpital Swynghedauw).

PREMIERE PARTIE. Revue de la littérature

1. Définitions

LA LOMBALGIE

La lombalgie est très couramment rencontrée dans le champ de la médecine générale. En France, on estime qu'entre 2 et 4.5% des consultations de médecine générale ambulatoire sont du ressort de la lombalgie [40].

Les lombalgies et lombosciatiques se rattachent comme des syndromes d'origines multiples ayant beaucoup évolués au fil du temps.

La lombalgie est passée de concepts anatomo-cliniques à une définition aspécifique associant la part subjective de la douleur : « Sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située au niveau du dos » (OMS) [1].

Selon un groupe d'expert de la COST B13 (European Guidelines for the management of low back pain), elle peut être définie comme une gêne et douleur située entre la limite inférieure des côtes et le pli fessier associée ou non à une douleur des membres inférieurs [23].

La lombalgie peut être hiérarchisée en 3 sous-groupes en fonction de la durée des symptômes :

- la lombalgie aigue définie par une durée inférieure à 6 semaines et qui est la plus fréquemment rencontrée [44,3]

- la lombalgie subaigüe définie par une durée de 6 semaines à 3 mois et

- la lombalgie chronique qui est définie par une durée d'évolution supérieure à 3 mois [44,16,1].

Il convient d'enrichir cette définition par celle de la douleur proposée par l'International Association for the Study of Pain (IASP) :

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions » [34].

Cette définition montre bien la spécificité subjective, pluridimensionnelle et complexe de la douleur.

Pour finir, on classe sous le terme de lombalgies « communes », les lombalgies qui ne sont pas secondaires à une cause organique particulière [27] (telle une infection, une tumeur, une affection rhumatismale inflammatoire, une affection métabolique).

La lombalgie commune n'est donc pas une entité pathologique individualisée mais un symptôme pouvant répondre d'une souffrance mécanique de structures rachidiennes et péri rachidiennes diverses [28].

SYNDROME DE DECONDITIONNEMENT RACHIDIEN A L'EFFORT

Tom Mayer a décrit ce syndrome pour la première fois aux USA en 1985. Il arrive couramment après 4 à 6 mois d'inactivité entraînant un déficit de la capacité fonctionnelle avec diminution des aptitudes physiques nécessaires à la réalisation d'un travail productif.

Ce syndrome est qualifié par 3 entités :

- Une perte de la mobilité rachidienne
- Une diminution de la force musculaire
- Un retentissement psycho social

Le déconditionnement musculaire global entraîne chez le patient une kinésiophobie importante, retentissant sur son travail.

2. Epidémiologie

La lombalgie reste un problème majeur de santé publique internationale avec une prévalence à vie de 80 à 85%. Elle va donc affecter 80 % des personnes de façon significative au moins une fois dans leur vie [9].

La lombalgie touche préférentiellement la tranche d'âge 55-64 ans (8 à 32%) et préserve celle des 20-24 ans (4 à 18%) [15].

L'Enquête Décennale a permis d'évaluer que 55% des 30-64 ans ont rapporté avoir eu un épisode de lombalgie « au moins un jour dans les 12 derniers mois » et 17% « plus de 30 jours dans les 12 derniers mois » [18].

Seuls 8% des patients présentant une lombalgie aiguë commune conserveront ce symptôme durant plus de trois mois. Cette chronicisation constitue 85% des coûts induits par la prise en charge des lombalgies communes [37].

La guérison est donc principalement obtenue en 3 mois, une reprise du travail avant la 4^{ème} semaine en général. Malgré tout, passé ce délai de 3 mois, la probabilité du retour au travail diminue rapidement (40% après 6 mois d'arrêt, 15 à 20% après un an, quasiment nulle après 2 ans).

La difficulté de la prise en charge des lombalgies est essentiellement liée à cette chronicisation.

Dans la population générale française, on considère que la lombalgie commune invalidante touche 2 millions de personnes (7.9% d'hommes et 7.5% de femmes).

La lombalgie chronique peut avoir des répercussions sur le plan professionnel.

En effet, l'impact professionnel en France des lombalgies est important. Alors que le nombre d'arrêts de travail global diminue, on constate une hausse des arrêts de travail lié aux lombalgies (un quart des arrêts de travail globaux, soit 9 millions de journées). Tout n'est pas lié au travail, mais les conditions de travail sont des facteurs déterminant dans la prolongation des arrêts pour lombalgie [35].

La lombalgie est un fardeau économique et sociétal important [36] car elle présente une importante source d'absence et d'incapacité au travail [24].

Le rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO) montre les données relatives à la lombalgie chronique en France.

Sur le plan professionnel, la lombalgie est à l'origine de 13% des accidents de travail. Elle est la première cause d'invalidité chez les moins de 45 ans, la première cause d'arrêt de travail (dont la durée moyenne est de 33 jours, représentant une perte annuelle de 3 600 000 journées de travail) et la première cause de maladies d'origine professionnelle.

Le coût financier médical direct est estimé à 1,4 milliards d'euros et représente 1,6%

des dépenses de santé. Les coûts indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de production) représenteraient 5 à 10 fois plus [19].

Une deuxième enquête HID (Handicap, Incapacité, Dépendance) extrapole les coûts de la lombalgie chronique par patient à l'ensemble de la population française. Celle-ci montre que 1.5% de l'ensemble des dépenses de santé annuelle est consacrée aux patients lombalgiques chroniques.

De plus certaines affections chroniques du rachis sont reconnues en maladies Professionnelles depuis 1999 (tableaux n°97 et n°98 des maladies professionnelles)
Annexes 1 et 2

3. Outils d'évaluation et démarche diagnostique

En présence de toute lombalgie, il est fondamental de rechercher des signaux d'alerte (désignés « red flags »), en réalisant un interrogatoire et un examen clinique orienté, permettant d'éliminer une lombalgie symptomatique ou une urgence médico-chirurgicale. S'il existe la présence d'un de ces « red flags », des examens complémentaires à la recherche d'une pathologie organique potentiellement grave (syndrome infectieux, syndrome tumoral ou pathologie inflammatoire) doivent être réalisés en urgence.

Liste des signaux d'alerte (red flags) en cas de lombalgie aiguë
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Age < 20 ans ou > 50 ans• Notion d'un traumatisme récent• Douleur constante, progressive, d'allure non mécanique (non calmée par le repos)• Douleur dans la région thoracique• Etat fébrile• Antécédent de cancer• Ostéoporose/corticothérapie prolongée• Immunodéficience acquise/induite• Toxicomanie par voie intraveineuse• Altération de l'état général• Perte pondérale inexpliquée• Symptômes neurologiques (parésie/paresthésie/troubles sphinctériens/anesthésie en selle)• Douleur élective centrée sur une vertèbre• Douleur à la percussion d'une loge rénale • Signes d'infection cutanée |
|---|

Tableau 1 Red Flags (groupe européen Cooperation in field of scientific and Technical Research, Action B13 en 2006)

Une fois ces « red flags » écartés, plusieurs outils d'évaluation validés de la lombalgie chronique ont été mis à notre disposition en version française.

A l'hôpital Swynghedauw il est utilisé trois scores lors de la consultation de pré admission en rééducation pour les patients lombalgiques chroniques :

*L'échelle d'EIFEL qui comprend 24 items en 5 facteurs principaux : locomotion (marche, escaliers, habillage, transferts), activités domestiques, confort corporel et répercussions sociales et végétatives (habillage, irritabilité, sommeil, etc.)
Pour chaque question, le patient doit cocher la case correspondant à sa situation actuelle. Le score total est calculé en additionnant le nombre de case cochée.
Plus le score est haut et plus la lombalgie a une répercussion fonctionnelle importante.

*Le questionnaire de peurs et croyances inadaptées FABQ. Il se compose de 2 échelles l'une concernant le travail et l'autre sur les activités physiques. Il permet de mesurer la kinésiophobie.

*L'auto questionnaire de qualité de vie de Dallas. Cette échelle est divisée en quatre parties indépendantes : activités quotidiennes, activités professionnelles et de loisirs, anxiété/dépression, sociabilité. Le score de chaque question comporte plusieurs niveaux, cotés de 0 à 5 en fonction de la difficulté à réaliser l'activité.
Il permet d'évaluer le retentissement de la maladie sur la qualité de vie professionnelle et personnelle [5,31,51].

4. Traitements et Prise en charge

Bien que la lombalgie n'ait pas changée, sa prise en charge s'est profondément modifiée au XXe siècle, en s'orientant vers une médicalisation de plus en plus poussée et spécialisée [47,48].

Cependant, améliorer et perfectionner la conduite de la prise en charge de la lombalgie chronique en soins primaires peut permettre de diminuer à long terme les symptômes persistants et invalidants et améliorer la qualité de vie ainsi que la capacité de travail [33].

La prise en charge de la lombalgie chronique doit prendre en compte le terrain et le contexte psycho social du patient. Elle doit voir le patient dans sa globalité.

Les lignes directrices internationales considèrent trois groupes de prise en charge thérapeutique dans la lombalgie :

- la prise en charge médicamenteuse
- la prise en charge non invasive (la rééducation principalement) :l'approche non invasive est généralement recommandée pour la lombalgie chronique commune
- la prise en charge invasive (infiltrations rachidiennes et chirurgie) [1,23]

4.1 Prise en charge thérapeutique de la lombalgie chronique

4.1.1 MEDICAMENTEUX : (ANAES 2000) [1]

Le traitement antalgique à utiliser au préalable est un traitement antalgique de palier 1, ou un palier 2 en l'absence d'efficacité, et occasionnellement, un traitement par morphinique [1].

Les AINS peuvent être utilisés (Grade C) mais leur efficacité n'a pas été démontrée dans la lombalgie chronique [1].

Les corticoïdes par voie générale ne sont pas indiqués (accord professionnel).

L'utilisation des antidépresseurs tricycliques à visée antalgiques est possible chez certains patients (Grade C) [1].

Les Antidépresseurs peuvent être utilisés comme co-antalgique et l'effet reste cependant discuté en l'absence de douleur neuropathique [17].

Les infiltrations de corticoïdes épidurales ou articulaires postérieures n'ont pas montré leur efficacité dans la lombalgie chronique [1,43].

La mésothérapie a un effet antalgique à court terme mais son intérêt éventuel à long terme reste à définir (ANAES) [1].

4.1.2 NON MEDICAMENTEUX

Le repos au lit n'est pas conseillé.

Les traitements comme la balnéothérapie, la stimulation percutanée (TENS), et les manipulations vertébrales semblent avoir une efficacité à court terme [1,6].

L'efficacité de l'acupuncture n'a pas été démontrée jusqu'à présent (ANAES) mais semble sécuritaire et acceptable pour les patients souffrant de lombalgie non spécifique en soins primaires [42].

Une prise en charge multidisciplinaire des lombalgies invalidantes et persistantes est un principe admis. Elle répond au déterminisme multifactoriel de la condition de chronicité [7].

L'exercice physique est vivement recommandé le plus tôt possible, soit seul, soit avec un kinésithérapeute, ou au mieux lors d'un programme pluridisciplinaire. Les exercices thérapeutiques sont des exercices d'entretien articulaire du segment lombaire, pelvi fémoral ou des membres inférieurs, des exercices d'étirement, de renforcement musculaire, de proprioception lombaire, et une éducation posturale [21].

La rééducation des patients enseignée au cabinet doit être poursuivie par le patient de façon journalière.

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont employées dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Elles sont recommandées par l'HAS (Grade C) [1]. Cela nécessite une appréciation globale du patient qui associe les composantes médicales, fonctionnelles, émotionnelles et socio-professionnelles.

Elle est généralement employée de façon complémentaire et consiste à l'éducation des patients avec essentiellement l'acceptation des douleurs.

4.1.3 PRISE EN CHARGE SOCIO PROFESSIONNELLE

Il est maintenant possible de définir un cadre de prévention général appelé « cadre vert » pour les postes de travail de type manutention, travail répétitif, travail lourd, posture et vibration du corps entier (INRS 2011) [35].

Les principes du cadre vert s'adressent à un salarié lombalgique.

L'action "cadre vert" fait obligation de relations fonctionnelles rapides entre médecins de soins et les médecins du travail. Cette relation entre médecins permet au patient lombalgique chronique de bénéficier d'une prise en charge plus optimale avec des soins plus efficaces et permet de voir plus sereinement leur avenir socioprofessionnel.

Manutention	
Charge (kg)	5
Tonnage (t/j)	3
Poids déplacé (kg)	100
Travail répétitif	40 gestes/mn
Travail lourd	FC travail- FC repos <30bpm<1h Pics FC<0,85 (220-âge)
Posture	Penché important (>20°) Posture prolongé
Vibrations Corps entier	0,5m.s ⁻² <1h/j
Chutes	obstacles, dénivelés
Psycho-social	8-21j → accueil

→ Adaptabilité des tâches

Tableau 2 Cadre Vert INRS 2011

Le "cadre vert" comporte des items issus des décrets et directives correspondant à des facteurs de risques de lombalgie chronique [35].

Le "cadre vert" est défini pour permettre à un salarié lombalgique de travailler sans obstacles excessifs en créant un poste transitoire permettant un retour à une activité normale en 8 à 21 jours. La durée de cet accueil peut être rediscutée au cas par cas, mais elle doit être bornée. Il ne s'agit pas d'une activité pérenne pour le lombalgique [35].

5. Passage à la chronicité

Non traitée, le risque majeur est celui du passage à la chronicité, qui représente un poids socio-économique majeur. La gêne fonctionnelle qui en découle est source de consommation de soins (consultations, médicaments, rééducation, imagerie), d'arrêts de travail et de mise en invalidité comme nous l'avons déjà vu plus haut.

Seuls 8% des patients présentant une lombalgie aiguë commune garderont ce symptôme durant plus de trois mois. Cette chronicisation représente 85% des coûts induits par la prise en charge des lombalgies communes [37].

Les facteurs de risque ayant le plus d'impact dans ce passage à la chronicité sont principalement psychosociaux « Yellow flags » et environnementaux [37].

L'institut national de recherche scientifique les décrit de la façon suivante :

Tableau « Yellow Flags » [26]

- 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.

Tableau 3 Yellow Flags Kinesither Rev 2010;(108):16-18

Des facteurs de risques individuels ont été décrits complétant la liste de INRS :

- un âge élevé, notamment après 45 ans. Ce facteur reste discuté [14,38].
- le manque d'activités sportives ou extraprofessionnelles (activités de bricolage et Jardinage) ou au contraire l'excès d'activités telles que la gymnastique, l'haltérophilie, le Football ou le tennis chez les sujets jeunes [38].
- une consommation de tabac importante. L'importance de ce facteur reste à préciser [8].

6. Les «peurs et croyances» des médecins et des patients

6.1 Chez les médecins

La prise en charge médicale des médecins généralistes est grandement influencée par leurs opinions personnelles et professionnelles. Cela peut entraine des prises en charge allant à l'encontre des recommandations dans la lombalgie commune [10,11, 22].

Une étude à l'échelle nationale [22] a été réalisée sur des populations de médecins généralistes et de rhumatologues. Elle montre que plus le FABQ est élevé, moins les recommandations sur la prise en charge thérapeutique sont respectées par le médecin.

Un score de conformité de l'information aux recommandations COSTB13 a été créé. Il nous montre que plus les médecins ont un score FABQ élevé et moins bon est leur score de conformité aux recommandations. Une notice d'informations comportant les recommandations leur a été envoyée, ce qui a permis l'amélioration du FABQ du médecin et donc d'obtenir des prises en charge plus accord avec les recommandations.

6.2 Chez les patients

Une étude de 2008 démontre que les croyances des patients lombalgiques peuvent influencer les médecins généralistes malgré leurs connaissances dans la prescription d'arrêt de travail [50].

L'hypothèse est que les a priori des patients joueraient un rôle dans l'obtention de ce résultat et influencent la décision médicale finale. Les attentes des patients peuvent ne pas être en accord avec les recommandations actuelles [25] en termes de prescriptions. Pour les patients lombalgiques, leur douleur est due à une anomalie biostructurale nécessitant du repos (et donc un arrêt de travail).

De plus lors d'une consultation en médecine générale il est bien rare qu'un patient vienne consulter pour un seul motif. Le nombre moyen de motifs différents lors de la consultation en médecine générale est de 2,24 [29].

Ce nombre élevé de motifs peut être source de stress pour le praticien. Ce stress peut altérer son raisonnement et donc la qualité de la prise en charge. Une étude a démontré que plus le nombre de demandes est élevé moins les médecins suivent les recommandations [45].

7. Décision d'orientation en consultation de rééducation

Le patient lombalgique chronique peut être envoyé dans un centre de médecine physique et réadaptation (CMPR) dans deux cas :

Soit en seconde intention [13]:

En cas d'échec d'une prise en charge libérale bien conduite ce qui est le cas le plus fréquent.

Soit en première intention [13] :

Si la prise en charge libérale est impossible de par la complexité des symptômes (douleur élevée, impotence fonctionnelle importante, arrêts de travail et retentissement de la qualité de vie) présentés par le patient lombalgique.

Il est important qu'il n'y ait pas de rupture dans le parcours des soins, afin d'éviter une évolution vers l'invalidité.

Pour une prise en charge rééducative efficace, il faut obtenir l'adhésion du patient au programme proposé afin qu'il les réalise de façon active. Il devient ainsi un acteur de son traitement.

Enfin, la prise en charge ne s'arrête pas à la sortie du centre. Le médecin généraliste doit être informé du projet et de la prise en charge. Le projet thérapeutique et professionnel prévu à sa sortie doit lui être rapidement transmis afin qu'il puisse reprendre son rôle de coordonnateur des soins.

8. Principes de la prise en charge rééducative dans les lombalgies chroniques

Les écoles du dos consistent à un programme d'une durée de quelques jours, associant un apprentissage sur l'ergonomie lombaire et la réalisation d'exercices simples.

Selon les recommandations de l'HAS, la preuve de l'efficacité de ce programme n'est pas démontrée, si elle ne comporte qu'un programme d'éducation. Cependant si ce programme d'éducation est associé à un programme d'exercices physique, une efficacité antalgique à court terme est alors obtenue.

Les programmes multidisciplinaires de restauration fonctionnelle du rachis, sont recommandés et ont prouvé leur efficacité sur la douleur et la réinsertion professionnelle (Grade B) [1,41].

Les écoles du dos se sont développées vers les années 1970. Les concepts et les programmes de ces écoles sont basés essentiellement sur le principe d'éducation. Celle-ci amène par la suite vers la guérison et permet d'apprendre au patient à être vigilants au niveau de son rachis, on y délivre des conseils ergonomiques, sur la condition physique, sur les techniques de relaxation, associée à une approche psychothérapique.

Les écoles du dos françaises se mettent en place dans les années 1990, se basant principalement sur le modèle canadien à savoir délivrer une éducation permettant aux patients de modifier leur comportement face à la douleur.

Développées initialement dans deux établissements hospitaliers de la région parisienne, les Ecoles du dos vont se mettre en place dans d'autres hôpitaux français, notamment dès 1992 à Lille avec la création d'une première Ecole exclusivement réservée au personnel du centre hospitalier régional (A. Thevenon)

Une première partie du programme de ces écoles consiste à éduquer et former le patient afin d'avoir une meilleure connaissance du rachis. Le travail porte sur l'application de techniques de rééducation spécifique, l'apprentissage d'une hygiène posturale et un apport de conseils d'économie rachidienne = rééducation gestuelle.

Le patient lombalgique chronique est envoyé par des praticiens (généralistes/ spécialistes/ médecins du travail)

L'école du dos comprend globalement :

- a) un volet théorique d'enseignement : afin d'améliorer la connaissance du rachis avec des notions d'épidémiologie, de clinique, de thérapeutique et de psychologie permettant de dédramatiser la lombalgie chronique.
- b) un volet kinésithérapique : apprentissage de verrouillage lombaire par le biais d'exercice, assouplissement lombaire, exercice de prévention et d'entretien y sont enseignés.
- c) un volet pratique : qui est assuré de façon collective par le biais de parcours d'obstacle simulant des activités à risque de la vie quotidienne ou familiale.

Nous savons qu'au plus le programme est intensif, au plus le résultat est positif en terme de reprise du travail.

MATERIELS ET METHODES

1 : Constitution de l'échantillon

Nous avons constitué notre échantillon par tirage au sort de 300 médecins généralistes dans la région Nord Pas de Calais. (Tirage au sort effectué par le service de bio statistique du CHRU de Lille).

Au total, une liste de 300 adresses postales valides a été obtenue. Pour constituer un échantillon qui soit le plus représentatif possibles des médecins généralistes du Nord Pas de Calais, nous nous sommes fixés, à priori, un objectif minimum de 100 médecins généralistes, d'âges et de modes d'exercices différents, soit un taux de réponse de 33%.

2 : Elaboration du questionnaire en lien avec le service de rééducation du CHRU de Lille. Le Pr Thévenon ainsi que 2 médecins de rééducations du service y ont participé.

Nous avons élaboré un questionnaire en 2 parties (annexe 3):

- Une première série de question permettant de déterminer les caractéristiques socioprofessionnelles du médecin
- Une seconde partie permettant d'évaluer les facteurs influençant les médecins généralistes à envoyer un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation à l'hôpital Swynghedauw à Lille. (5 possibilités de choix= échelle de LIKERT)

Ce questionnaire ne comprenait que des questions à réponses fermées permettant un temps de réponse rapide du praticien. L'objectif était d'obtenir un temps de remplissage du questionnaire n'excédant pas 4-5 minutes.

3 : Durée de l'enquête

L'envoi des questionnaires a été réalisé le 20 mars 2015. Une relance téléphonique a été effectuée le 13 ,14 et 15 avril 2015.

Le recueil des questionnaires a été arrêté le 15 mai, date arbitrairement choisie en raison de l'absence de réponse des médecins généralistes depuis une dizaine de jours.

4 : Analyse des données

Les réponses des médecins ont été rentrées dans un tableau excel afin d'en réaliser l'analyse.

La première partie descriptive permettait d'analyser les données socio démographiques de l'échantillon des médecins généralistes et de déterminer s'ils voyaient la prise en charge rééducative comme complémentaire à la prise en charge médicamenteuse et s'ils avaient déjà envoyé un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation à l'hôpital Swynghedauw de Lille.

Dans la seconde partie, nous avons recherché les facteurs influençant les médecins généralistes du Nord Pas de Calais à envoyer leurs patients lombalgiques chroniques en consultation de rééducation à l'hôpital Swynghedauw de Lille.

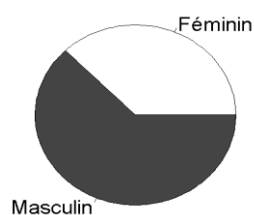
RESULTATS

1. Taux de réponse

A l'issue de la clôture du questionnaire, 118 questionnaires sur 300 ont été recueillis soit un taux de réponse de 39.3%

2. Caractéristiques sociodémographique de la population répondante de l'étude (médecins généralistes du Nord Pas de Calais ayant répondu au questionnaire)

2.1 Sexe des médecins généralistes



La répartition est de 44 femmes (37%) pour 74 hommes (63%).

Figure 1 répartition des MG en fonction du sexe

2.2 Age des médecins généralistes

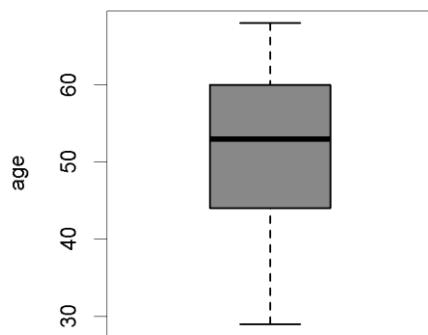
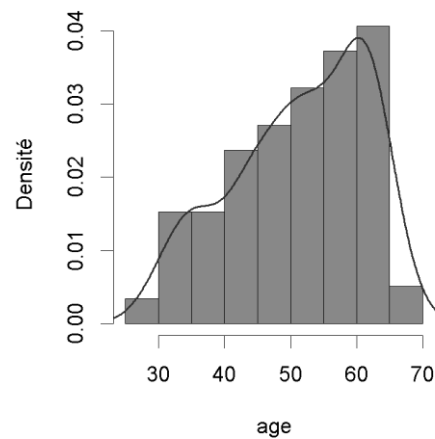


Figure 2 Age des MG



Graphique 1 Densité et âge des MG

La moyenne d'âge des médecins généralistes interrogés est de 51.41 ans avec une médiane de 53 ans et un écart type de 10.07 années.

Le graphe nous montre une répartition inégale en fonction des âges avec des diagrammes en barre plus élevés aux âges avancés.

La population médicale répondante est âgée.

2.3 Lieu d'exercice des médecins généralistes

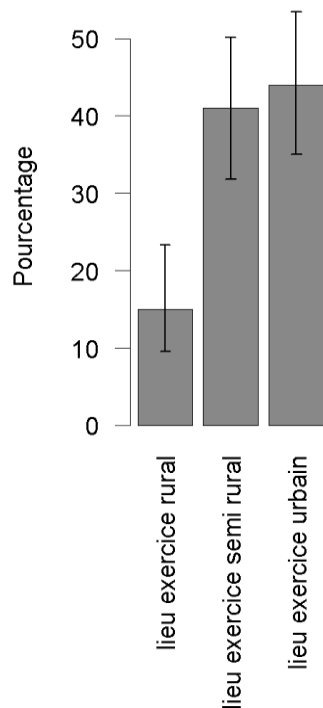


Diagramme 1 Lieu d'exercice des MG

Deux modes d'exercices sont équitablement représentés, à savoir le mode urbain et semi urbain avec respectivement 52 médecins en zone urbaine (44%) et 48 médecins en zone semi-rurale (41%).

Le mode rural est lui nettement plus faible avec seulement 18 médecins généralistes exerçant en zone rurale (15%).

2.4 Mode d'exercice des médecins généralistes

(0=isolée et 1= association de médecins)

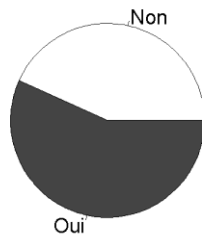
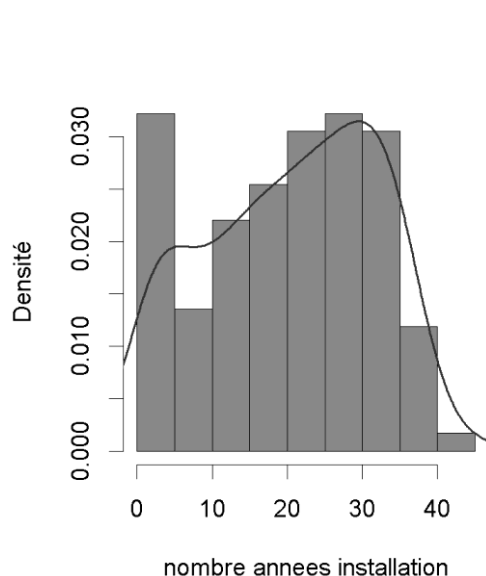


Figure 2 Mode d'exercice des MG

51 médecins généralistes exercent de façon isolée (43%) contre 67 médecins en association (57%).

2.5 Nombre d'années depuis l'installation des médecins généralistes



	valeur
Effectif	118
Moyenne	20.593
Ecart type	11.149
IC 95%	[18.561 ; 22.626]
Minimum	1
Quartile 1	11.25
Mediane	22
Quartile 3	30
Maximum	44
Manquante	0

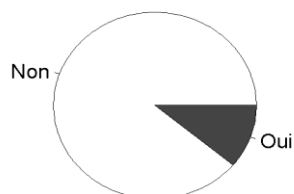
Graphique 2 Nombre d'années depuis installation

Tableau 4 Nombre d'années depuis installation

Le nombre d'années moyen d'installation des médecins généralistes interrogés est de 20.593 ans avec une médiane de 22 ans et un écart type de 11.149 années. Ce qui est en accord avec nos premiers résultats.

Nous pouvons de plus ajouter qu'il y a deux populations de médecins qui ont accepté de répondre à l'étude, les médecins installés depuis moins de 5 ans ou ceux installés depuis 25 à 35 ans.

2.6 Vacances hospitalières



	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	105	89	[81.56-93.77]
Oui	13	11	[6.23-18.44]
Total.valides	118	100	-

Figure 3 Vacances hospitalières

Tableau 5 Vacances Hospitalières

Peu de médecins réalisent une activité mixte à la fois libérale et hospitalière. En effet 105 médecins généralistes répondant à l'enquête ne réalisent pas de vacances hospitalières (89%) contre seulement 13 médecins généralistes qui en réalisent (11%).

2.7 Formation Complémentaire (diplômes)

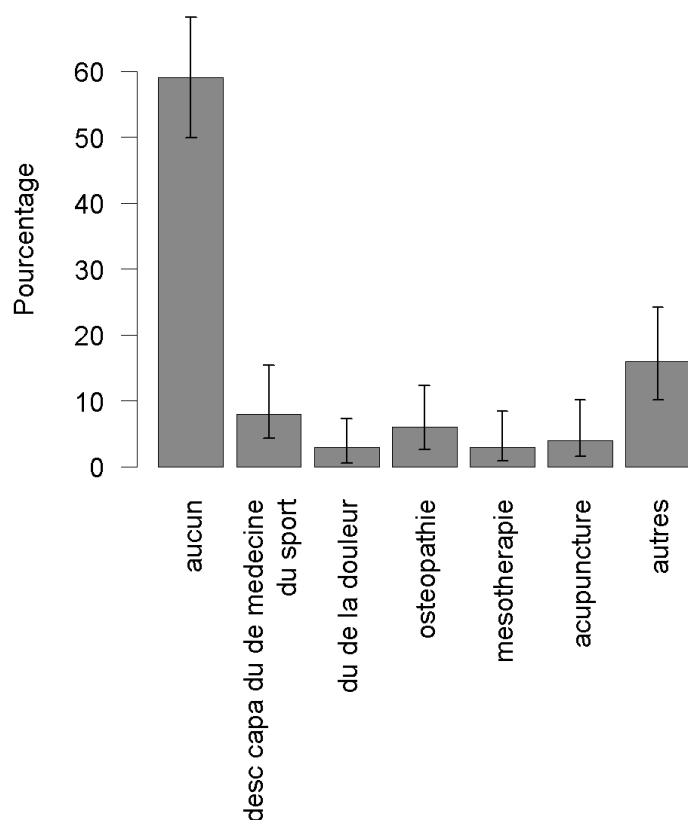
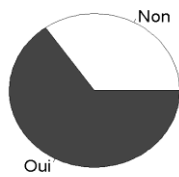


Diagramme 2 Formation Complémentaire

Le principal groupe de médecins répondants est le groupe sans formation complémentaire : 70 médecins généralistes interrogés n'ont pas de formation complémentaire à leur DES de médecine générale (59%).

Les autres groupes se répartissent de manière plutôt égales en fonctions des différentes formations réalisées : 48 médecins généraliste (41%) ont une formation complémentaire dont 10 médecins avec un DESC/CAPA/ DU de médecine du sport (8%), 3 médecins avec un DU de la douleur (3%), 7 avec DU ostéopathie (6%) ,4 médecins avec un DU de mésothérapie (3%), 5 médecins avec un DU d'acupuncture (4%) et 16 médecins avec une autre formation complémentaire (16%). Il est à noter que certains médecins avaient plusieurs formations.

2.8 Formation Médicale continue



	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	41	35	[26.37-44.13]
Oui	77	65	[55.87-73.63]
Total.valides	118	100	-

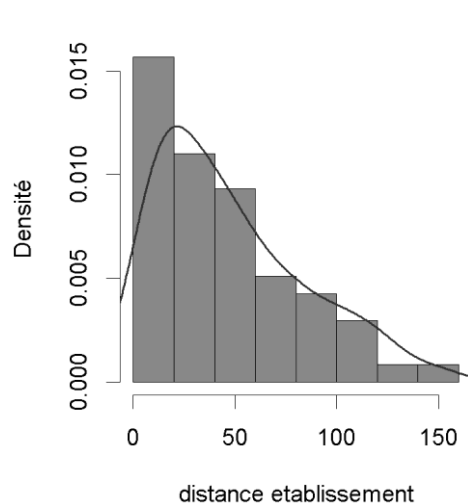
Figure 4 FMC

Tableau 6 FMC

Une grande majorité des médecins répondant (77 médecins soit 65%) suivent une FMC qui est normalement obligatoire contre 41 médecins (35%) qui n'en ont pas réalisées.

3. Données en rapport avec le centre Swynghedauw et la rééducation

3.1 Distance du cabinet médical au centre Swynghedauw à Lille (en kilomètres).



Graphique 3 Distance établissement-cabinet

	valeur
Effectif	118
Moyenne	47.941
Ecart type	36.458
IC 95%	[41.294 ; 54.587]
Minimum	1
Quartile 1	20
Mediane	40
Quartile 3	70
Maximum	150
Manquante	0

Tableau 7 Distance établissement-cabinet

La distance moyenne des cabinets est de 47 km et la médiane est de 40 km. Les médecins les plus éloignés du centre le sont de 150km.

Le graphe montre que la densité de médecins généralistes répondant diminue au fur et à mesure que l'on s'éloigne du centre.

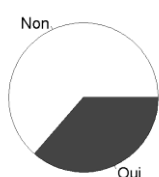
3.2 Possibilité de contacter le service de rééducation de Swynghedauw (Lille)

Effectif	Pourcentage	IC à 95%	
Non	60	51	[41.53-60.11]
Oui	58	49	[39.89-58.47]
Total.valides	118	100	-

Tableau 8 Contat service de rééducation Swynghedauw

Les 2 groupes sont égaux : 58 médecins généralistes ont la possibilité de contacter directement le service de rééducation Swynghedauw de Lille (49%) contre 60 médecins qui ne l'ont pas (51%).

3.3 Envoi d'un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation de Lille (Swynghedauw)



	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	75	64	[54.15-72.08]
Oui	43	36	[27.92-45.85]
Total.valides	118	100	-

Figure 5 Envoi patient lombalgique chronique en consultation

Tableau 9 Envoi patient lombalgique chronique en consultation

La grande majorité des médecins généralistes répondant (75 médecins soit 64%) n'ont jamais envoyé de patient lombalgique chronique en consultation de rééducation à Lille depuis leur installation.

43 médecins généralistes (36%) répondant ont envoyé au moins une fois un patient lombalgiques chronique en consultation de rééducation à Lille.

Nous aurions pu penser que la majorité des médecins répondant auraient envoyés au moins une fois un patient. Cela aurait pu traduire un biais dans nos résultats car nous aurions pu émettre l'hypothèse que ce sont les médecins les plus concernés qui auraient le plus répondu. Il n'en est rien, ce qui permet de penser que les réponses sont plutôt objectives.

3.4 Prise en charge rééducative complémentaire aux traitements instaurés par le médecin généraliste en ville.



Figure 6 PEC rééducative complémentaire

Effectif	Pourcentage	IC à 95%	
Non	4	3	[0.93-8.45]
Oui	114	97	[91.55-99.07]
Total.valides	118	100	-

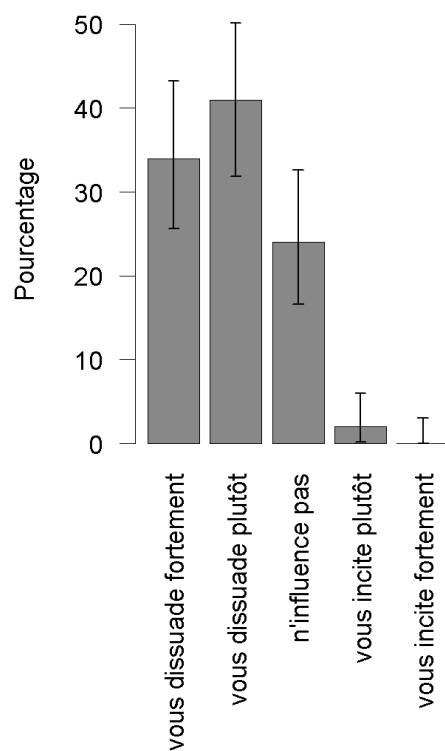
Tableau 10 PEC rééducative complémentaire

Il est intéressant de constater que depuis les années 1990 et l'avènement des prises en charges de reconditionnements musculaires, la prise en charge rééducative est aujourd'hui considérée comme complémentaire des traitements instaurés en ville chez la quasi-totalité des médecins répondant (114 médecins soit 97%).

4. Facteurs influençant les médecins généralistes à envoyer leur patient lombalgique chronique en consultation de rééducation à Lille (Swynghedhauw)

4.1 Facteurs liés au centre de rééducation Swynghedauw de Lille

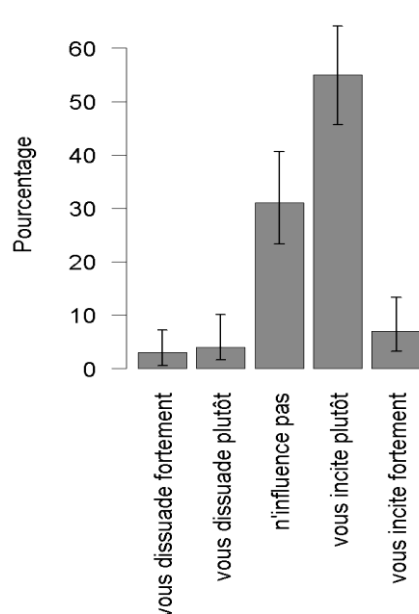
4.1.1 Distance du centre de rééducation de Lille avec le cabinet du généraliste supérieure à 40km



Une distance élevée du centre, > 40 km est un facteur limitant ou très limitant pour 88 médecins généralistes (75%) avec un critère de forte dissuasion pour 40 d'entre eux (34%). 28 médecins jugent que le facteur distance n'a pas d'influence sur leur décision thérapeutique.

Diagramme 3 Distance établissement

4.1.2 Réputation du centre de rééducation Swynghedauw de Lille.

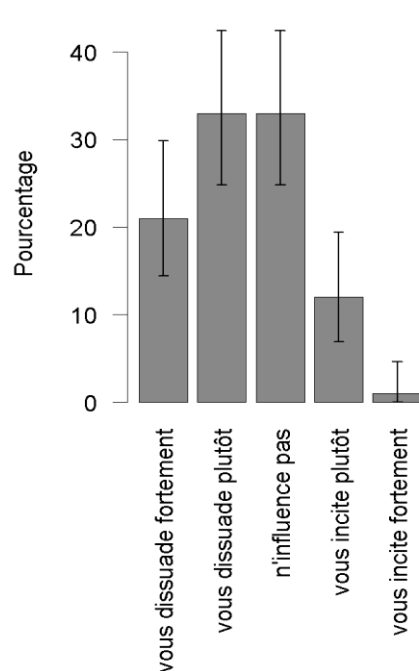


La réputation du centre de rééducation Swynghedauw du CHRU de Lille est un facteur incitant ou très incitant pour 73 médecins généralistes du Nord Pas de Calais (62%) à envoyer leur patient lombalgique chronique en consultation de rééducation.

Pour 37 médecins généralistes (31%), ce facteur n'influence pas dans leur choix d'envoyer ou non leur patient en consultation de rééducation.

Diagramme 4 Réputation du centre

4.1.3 Proximité d'un autre centre de rééducation plus proche.



La présence d'un centre de rééducation plus proche du cabinet du médecin généraliste que celui du CHRU de Lille est un critère clivant. En effet cela dissuade 64 médecins généralistes (54%) d'envoyer dans un centre plus éloigné mais il y a 1/3 des médecins (39 médecins généralistes 33%) pour qui cela n'influence pas. Ce facteur est limitant pour l'envoi des patients lombalgiques chroniques s'il existe un centre de rééducation plus proche du cabinet du médecin généraliste.

Diagramme 5 Présence centre rééducation plus proche

4.2 Facteurs liés à un blocage ou échec thérapeutique en ville.

4.2.1 Echec du traitement antalgique palier 1 et 2

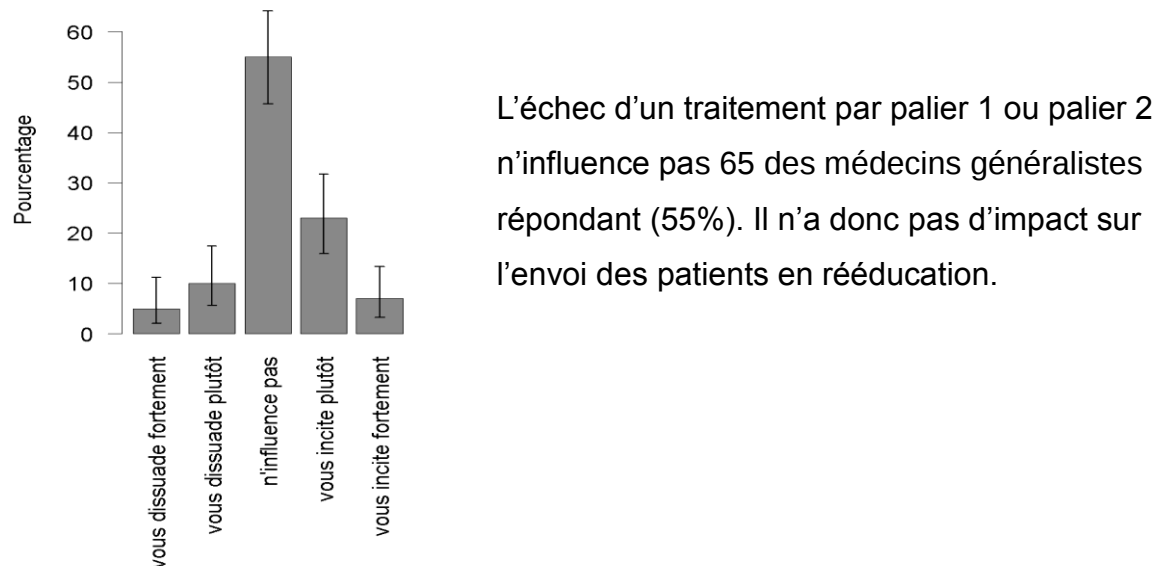


Diagramme 6 Echec traitement palier 1 et 2

4.2.2 Echec du traitement antalgique palier 3

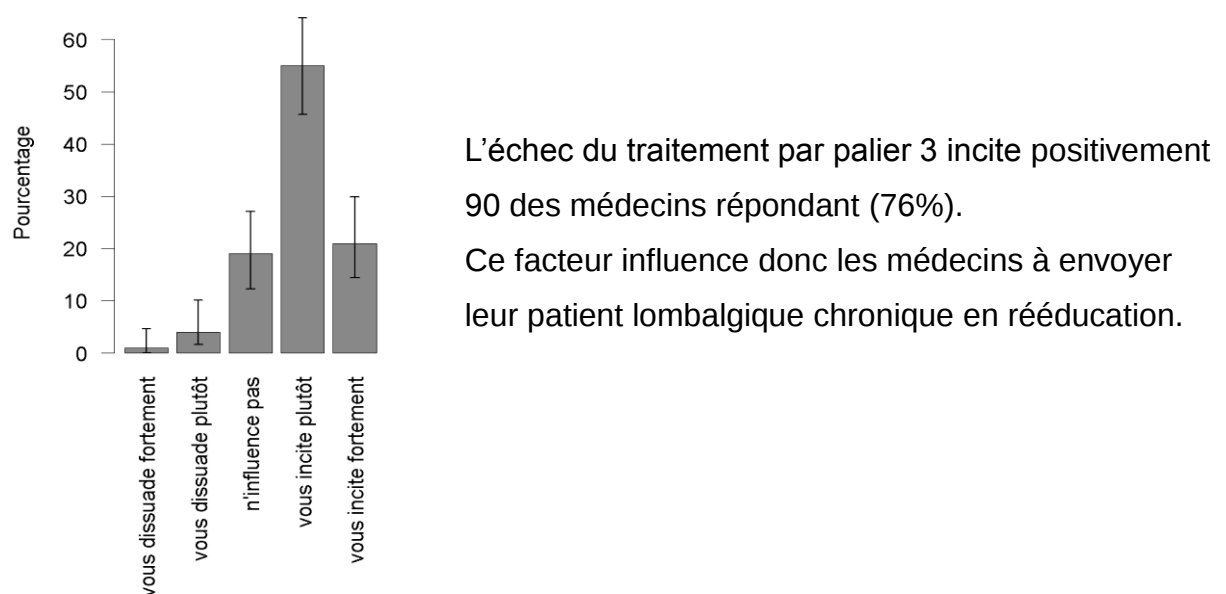
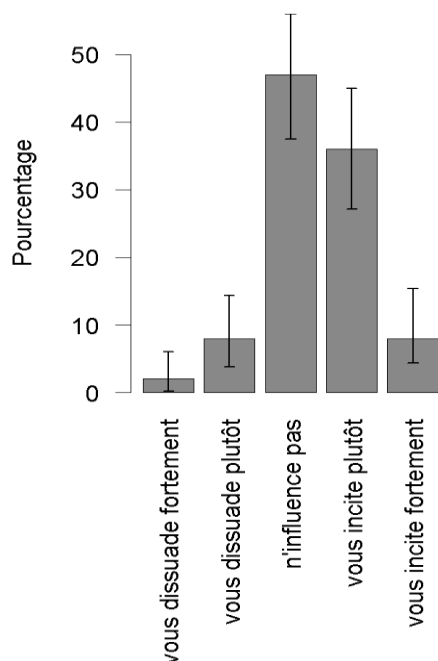


Diagramme 7 Echec traitement palier 3

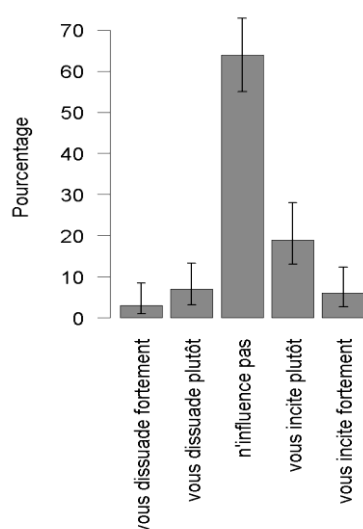
4.2.3 Echec du traitement par Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens (AINS) par voie orale.



C'est un critère clivant. En effet pour 55 des médecins généralistes (47%) l'échec du traitement par AINS n'influence pas la prise en charge thérapeutique, alors que pour 54 médecins généralistes (46%) celui-ci incite positivement à envoyer les patients lombalgiques chroniques en consultation de rééducation.

Diagramme 8 Echec traitement par AINS

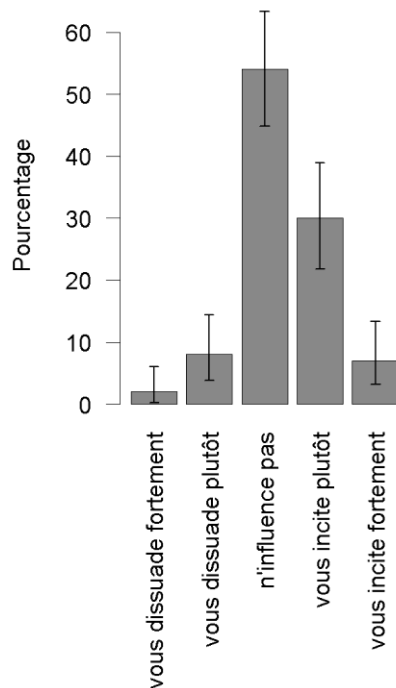
4.2.4 Echec du traitement par myorelaxant par voie orale



L'échec du traitement par myorelaxant par voie orale n'influence pas 76 médecins généralistes interrogés (64%). Cet échec thérapeutique n'a pas d'impact sur l'envoi des patients en rééducation.

Diagramme 9 Echec traitement par myorelaxant PO

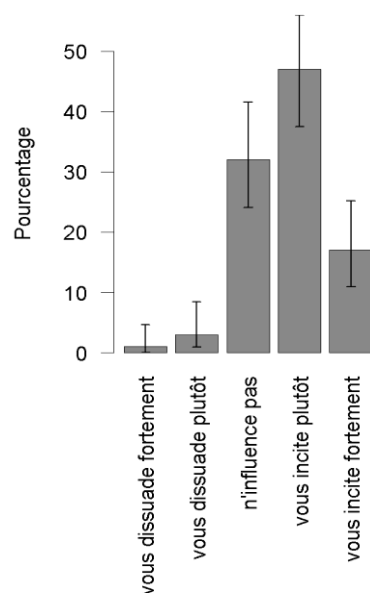
4.2.5 Echec du traitement par anti dépresseurs



L'échec du traitement par anti dépresseur n'influence pas 64 médecins généralistes interrogés (54%). Cependant chez un peu plus d'1/3 des médecins (43 médecins soit 37%), ce facteur incite à envoyer leur patient en consultation de rééducation.

Diagramme 10 Echec traitement par Anti Dépresseurs

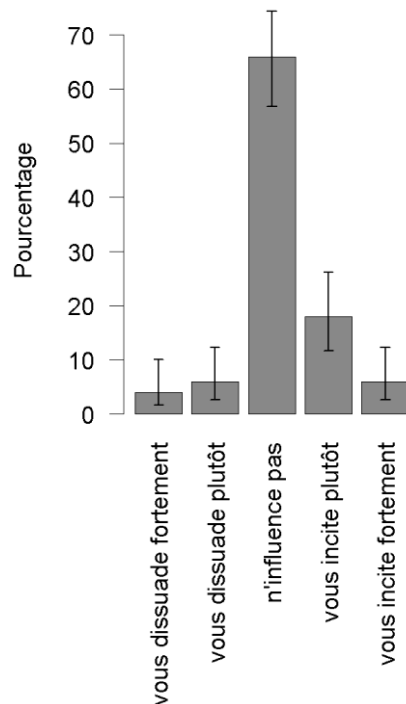
4.2.6 Echec du traitement par infiltrations locales de corticoïdes



L'échec du traitement par infiltration de corticoïdes locaux incite positivement 75 médecins généralistes (64%) à envoyer leur patient en consultation de rééducation. Ce facteur influence donc fortement les médecins dans leur prise en charge thérapeutique.

Diagramme 11 Echec traitement par infiltration de corticoïdes

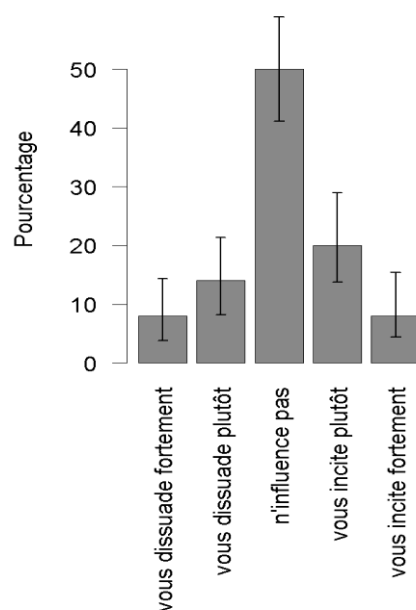
4.2.7 Echec de la mésothérapie



L'échec de la mésothérapie n'influence pas 78 médecins généralistes interrogés (66%). Cet échec thérapeutique n'a pas d'impact sur l'envoi des patients en rééducation.

Diagramme 12 Echec mésothérapie

4.2.8 Echec du repos au lit



L'échec du repos au lit n'influence pas 59 médecins généralistes interrogés (50%). Cet échec thérapeutique n'a pas d'impact sur l'envoi des patients en rééducation.

Diagramme 13 Echec repos au lit

4.2.9 Echec de la kinésithérapie libérale

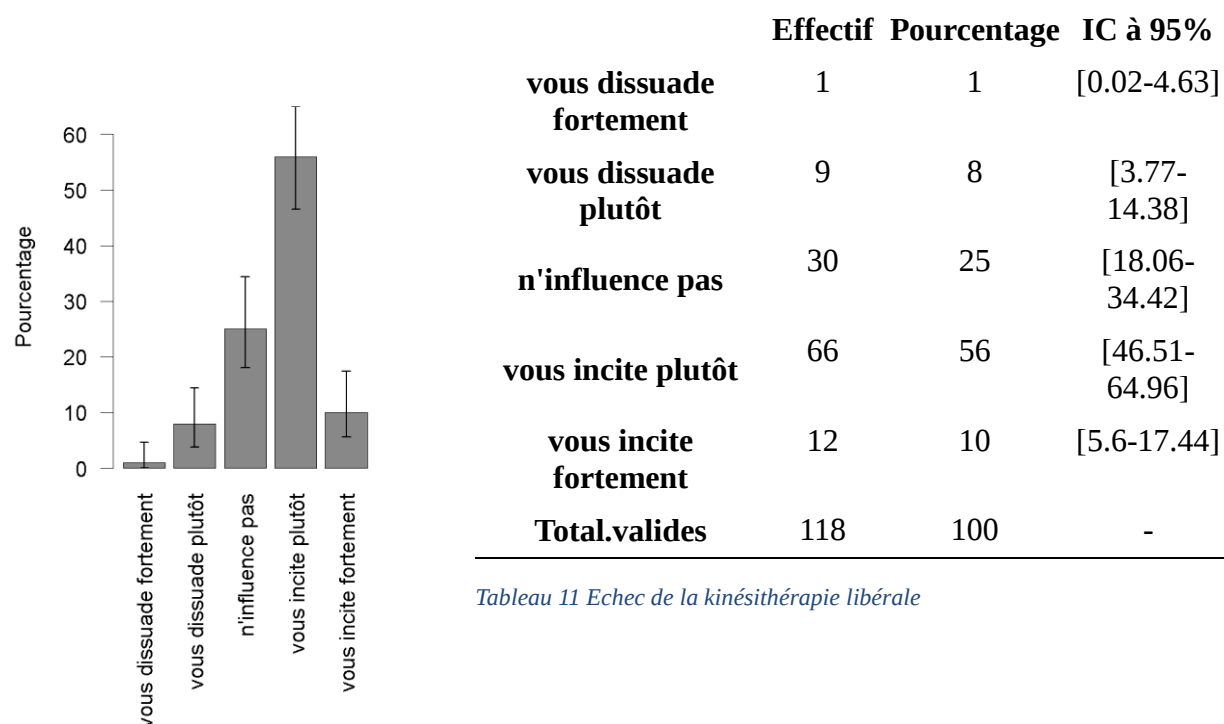


Tableau 11 Echec de la kinésithérapie libérale

Diagramme 14 Echec de la kinésithérapie libérale

L'échec du traitement par séances de kinésithérapie incite 78 médecins généralistes (66%) à envoyer leur patient en consultation de rééducation. Ce facteur influence positivement les médecins dans leur prise en charge thérapeutique.

4.2.10 Echec de la contention lombaire

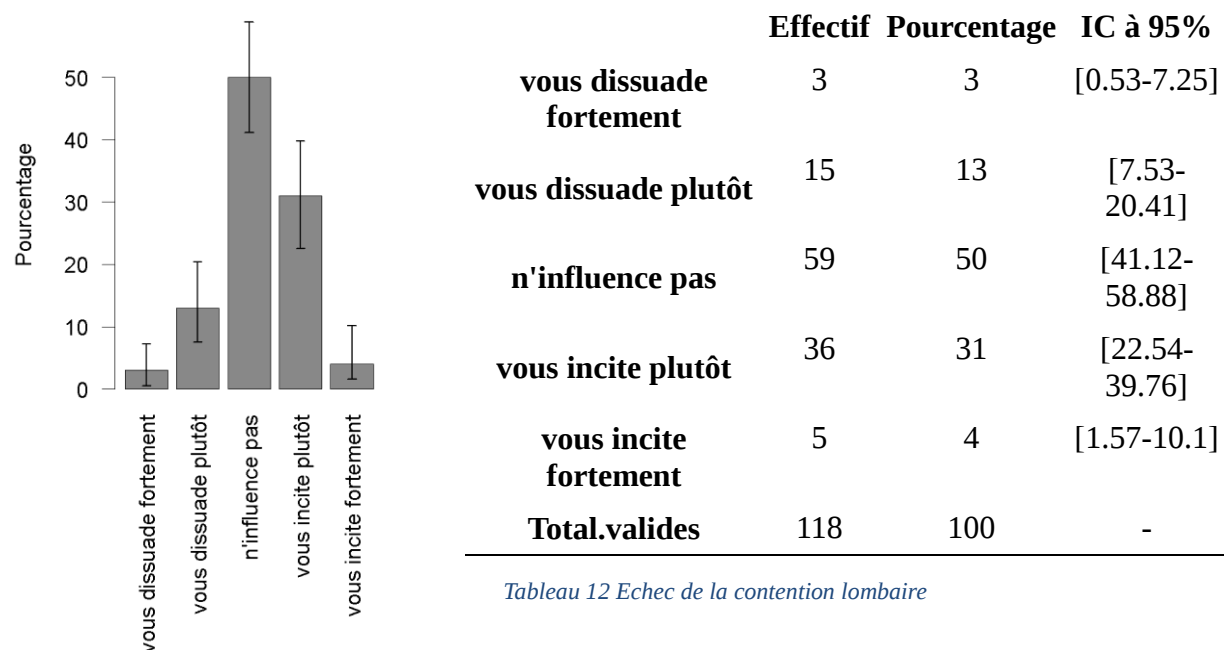


Tableau 12 Echec de la contention lombaire

Diagramme 15 Echec de la contention lombaire

L'échec du traitement par contention lombaire n'influence pas 59 médecins généralistes interrogés (50%). Cependant chez 41 médecins (35%), ce facteur incite à modifier leur prise en charge thérapeutique et d'envoyer leur patient en consultation de rééducation ; c'est un critère clivant.

4.2.11 Echec des séances d'ostéopathie

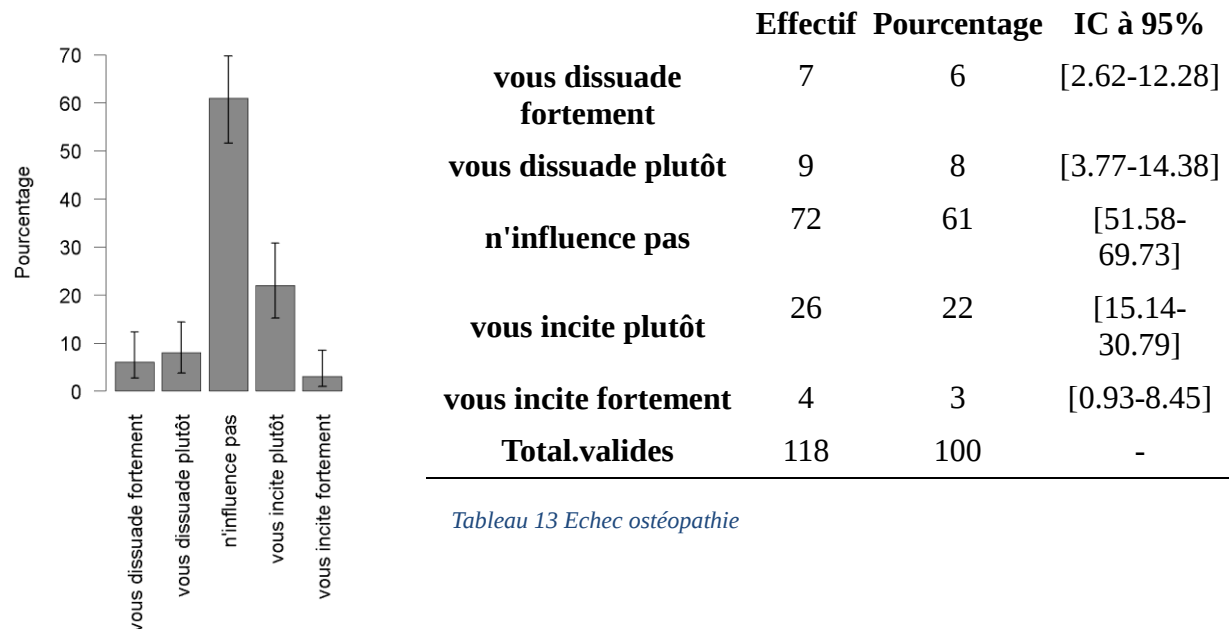


Tableau 13 Echec ostéopathie

Diagramme 16 Echec ostéopathie

L'échec du traitement par séances d'ostéopathie n'influence pas 72 médecins généralistes interrogés (61%). Cet échec thérapeutique n'a pas d'impact sur l'envoi des patients en rééducation.

4.2.12 Echec de l'homéopathie et de l'acupuncture

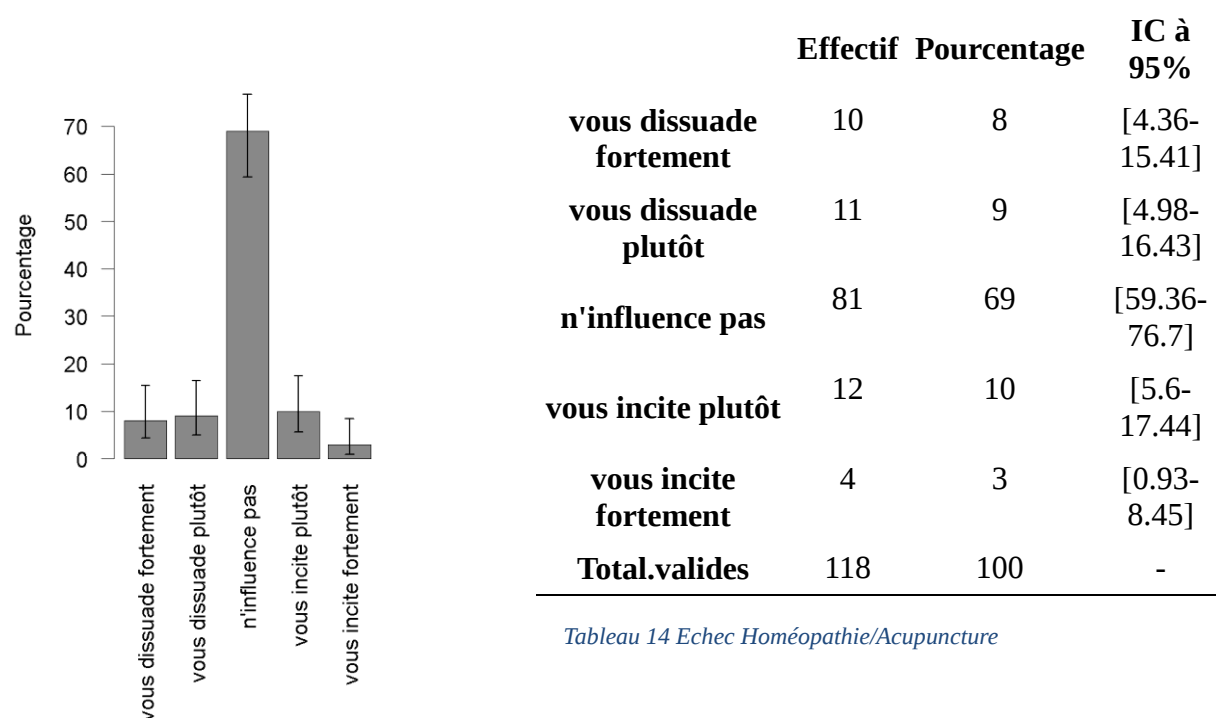


Tableau 14 Echec Homéopathie/Acupuncture

Diagramme 17 Echec Homéopathie/Acupuncture

L'échec du traitement par homéopathie ou acupuncture n'influence pas 81 médecins généralistes interrogés (69%). Cet échec thérapeutique n'a pas d'impact sur l'envoi des patients en rééducation.

4.2.13 Echec de la balnéothérapie

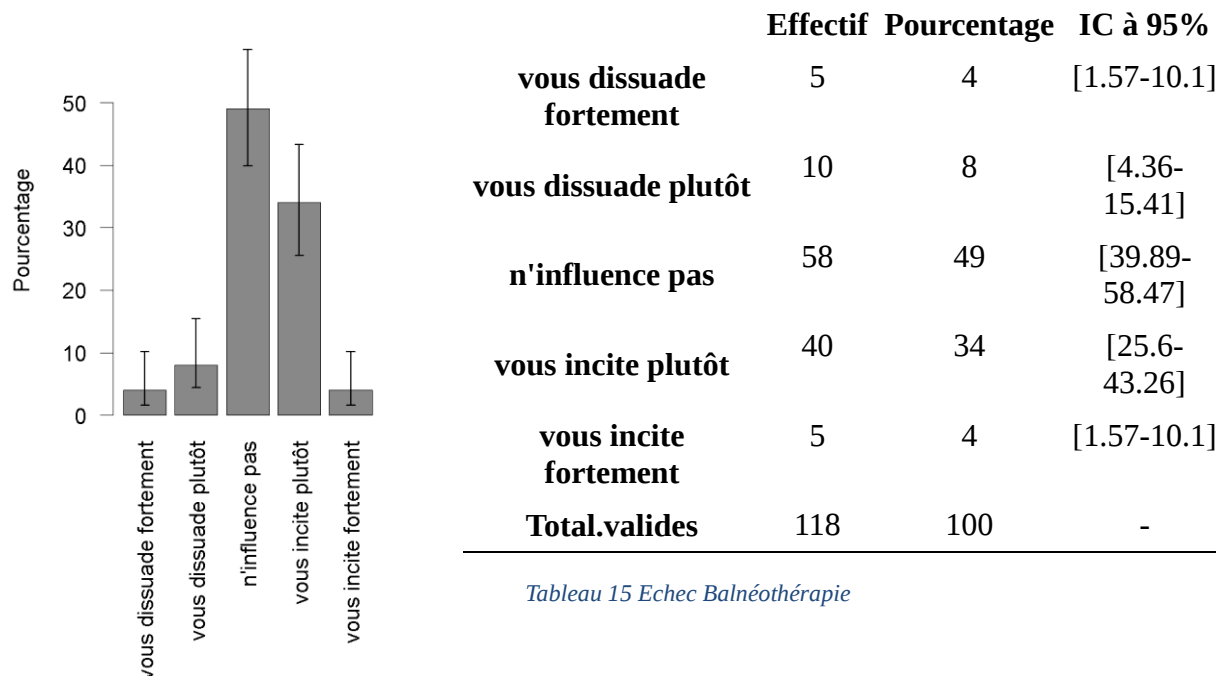


Tableau 15 Echec Balnéothérapie

Diagramme 18 Echec Balnéothérapie

C'est aussi un facteur clivant. L'échec de la balnéothérapie n'influence pas 58 médecins généralistes interrogés (49%). Cependant chez 45 médecins (38%), ce facteur incite positivement à envoyer leur patient en consultation de rééducation.

4.3 Facteurs liés au parcours de soins

4.3.1 Suggestion du rhumatologue

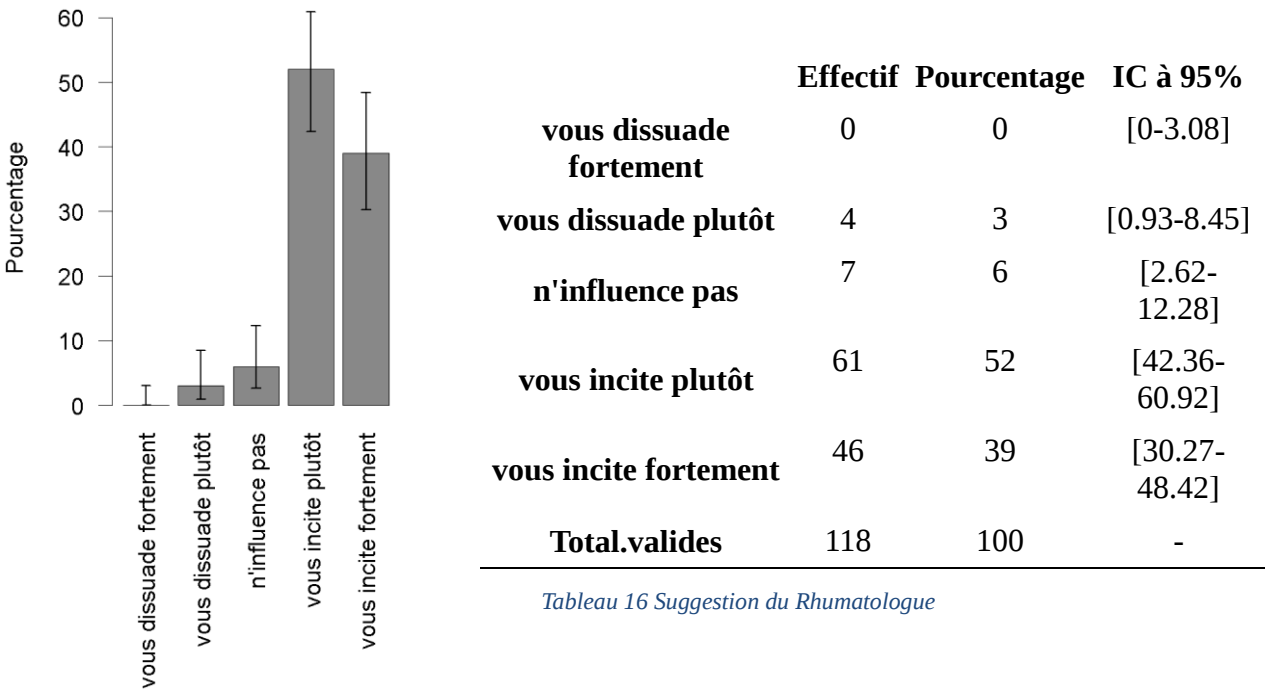


Tableau 16 Suggestion du Rhumatologue

Diagramme 19 Suggestion du Rhumatologue

La suggestion par un médecin rhumatologue à envoyer des patients lombalgiques chroniques en consultation de rééducation incite 107 médecins généralistes (91%) à y envoyer leur patient.

Ce facteur influence fortement les médecins dans leur prise en charge thérapeutique.

4.3.2 Suggestion du kinésithérapeute

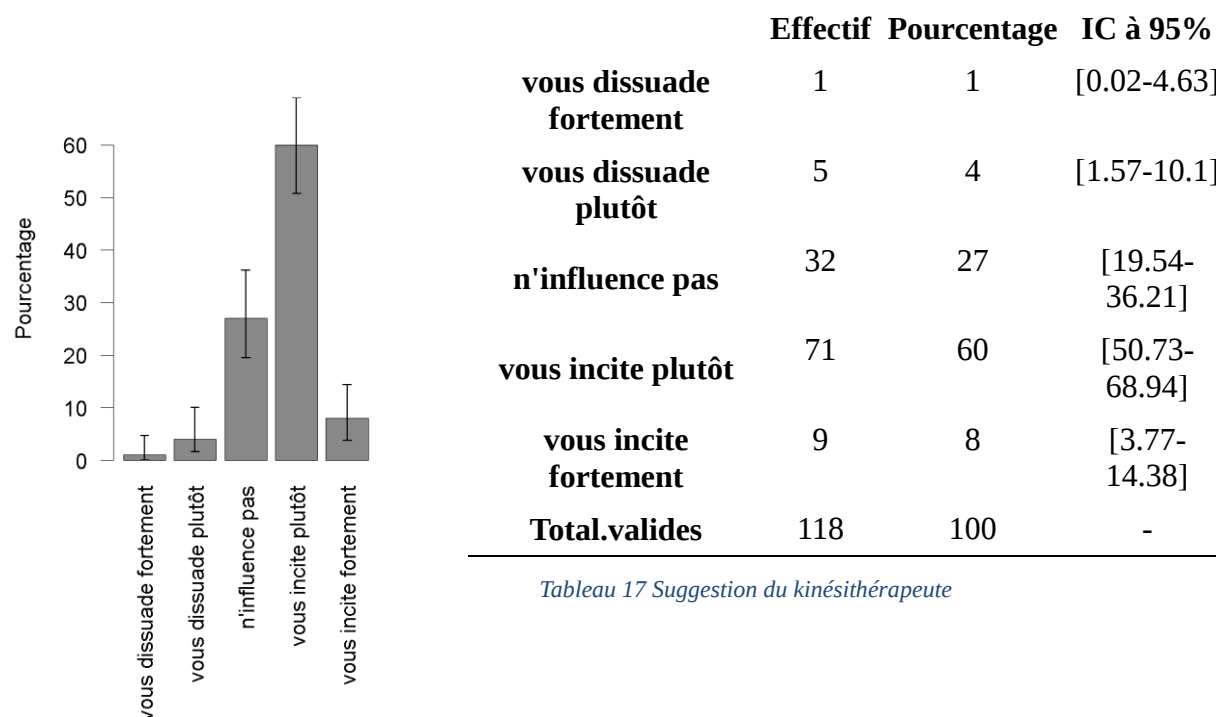


Tableau 17 Suggestion du kinésithérapeute

Diagramme 20 Suggestion du kinésithérapeute

La suggestion par un kinésithérapeute à envoyer des patients lombalgiques chroniques en consultation de rééducation incite 80 médecins généralistes (68%) à y envoyer leur patient.

Ce facteur influence les médecins dans leur prise en charge thérapeutique.

4.3.3 Absence d'indication chirurgicale après avis auprès d'un neurochirurgien

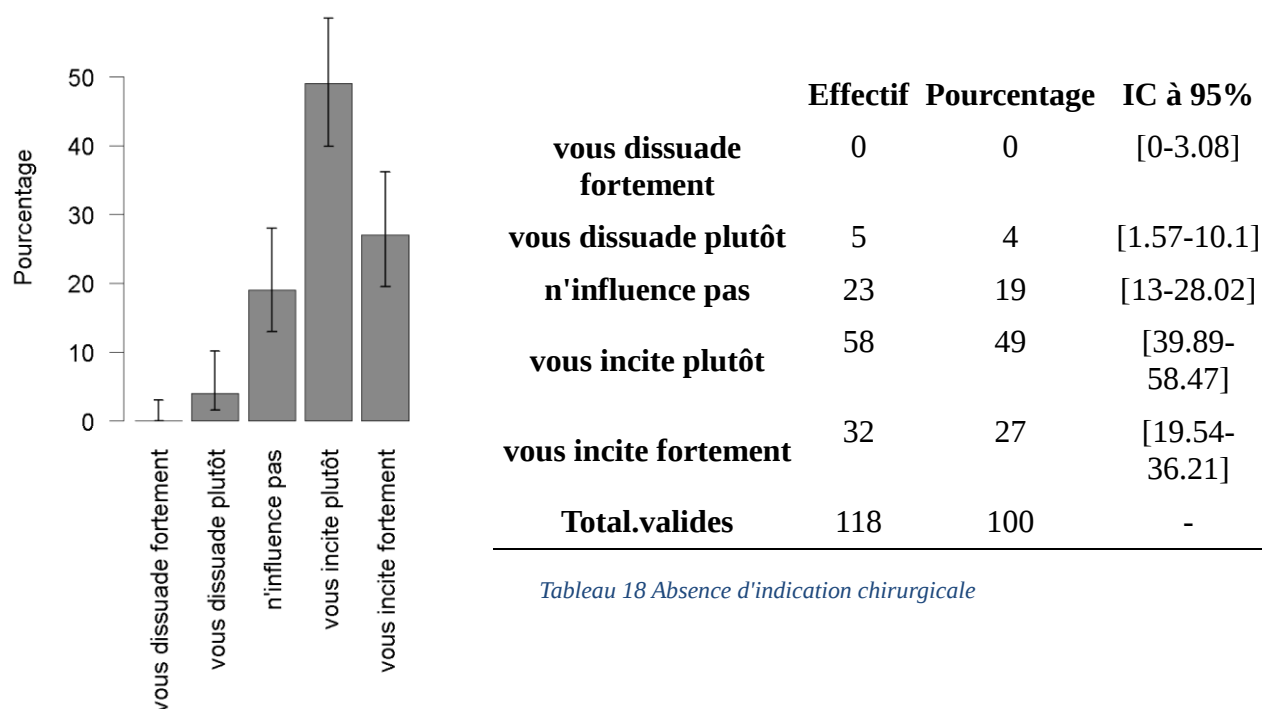


Tableau 18 Absence d'indication chirurgicale

Diagramme 21 Absence d'indication chirurgicale

L'absence d'indication chirurgicale après avis influence 90 médecins généralistes (76%) à envoyer leur patient lombalgique chronique en consultation de rééducation.

Ce facteur influence fortement les médecins généralistes dans leur prise en charge thérapeutique.

4.4 Facteurs liés au patient

4.4.1 Demande patient

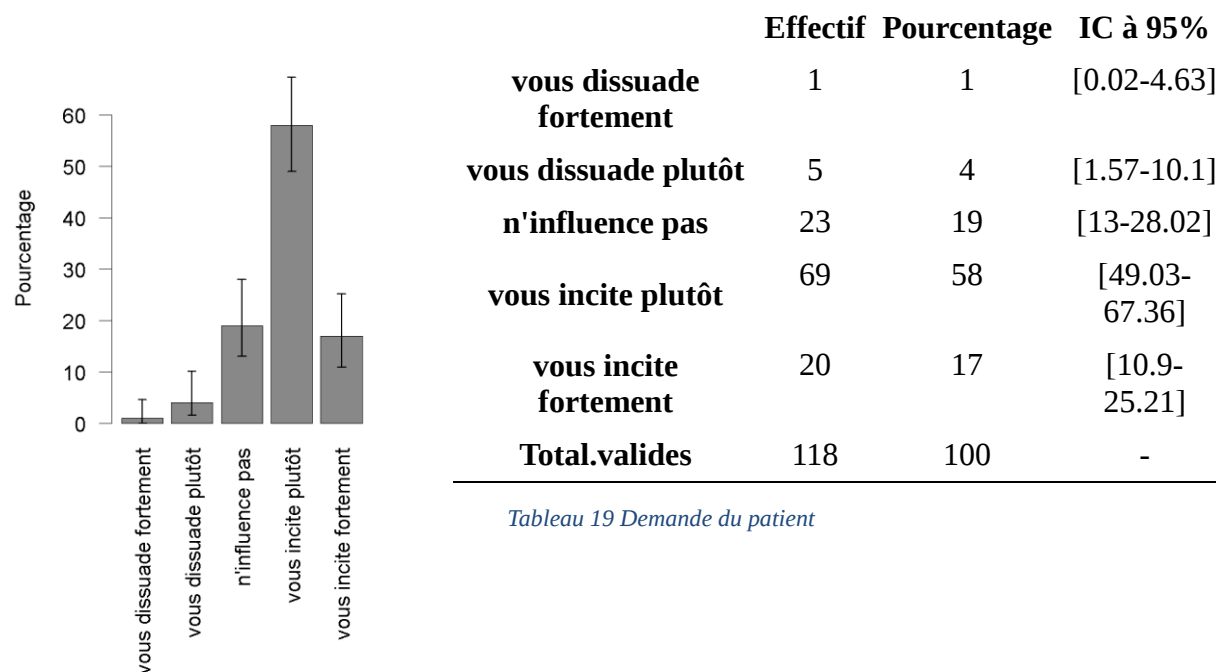


Tableau 19 Demande du patient

Diagramme 22 Demande du patient

La demande du patient à consulter en centre de rééducation incite 89 médecins généralistes (75%) à envoyer leur patient lombalgique chronique en consultation de rééducation.

Ce facteur influence fortement les médecins généralistes dans leur prise en charge thérapeutique.

4.4.2 Age du patient inférieur à 18 ans

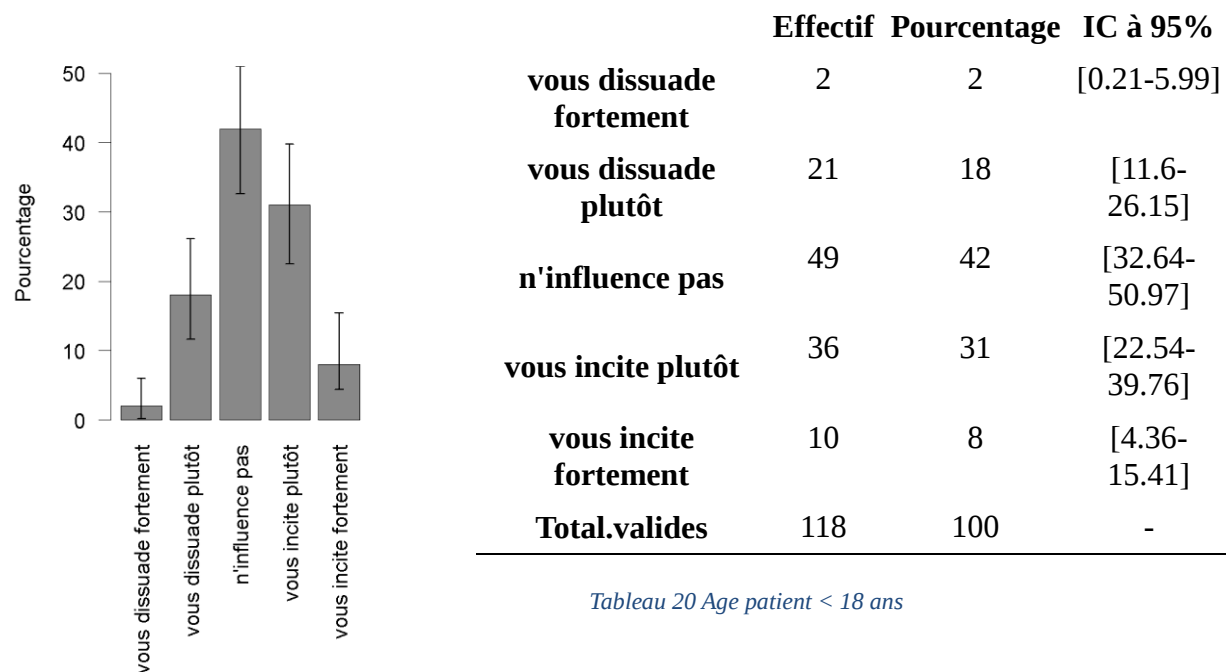


Tableau 20 Age patient < 18 ans

Diagramme 23 Age patient < 18 ans

L'âge du patient inférieur à 18 ans n'influence pas 49 médecins généralistes interrogés (42%). Cependant chez 36 médecins (31%), ce facteur incite à modifier leur prise en charge thérapeutique et d'envoyer leur patient en consultation de rééducation.

Il existe donc une forte dualité vis-à-vis de ce facteur.

4.4.3 Age du patient compris entre 18 et 65 ans

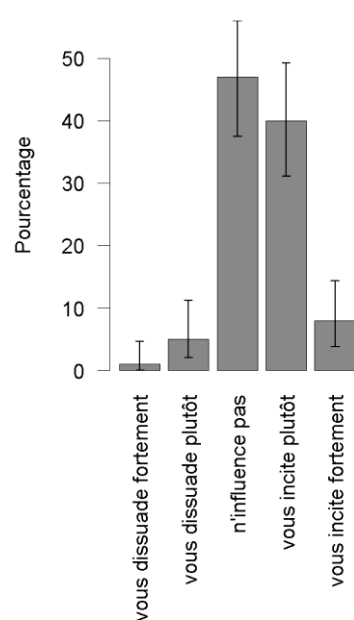


Diagramme 24 18 ans < âge patient < 65 ans

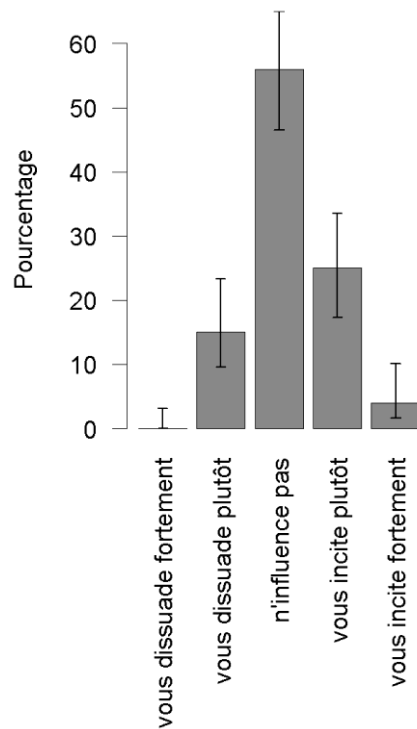
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
vous dissuade fortement	1	1	[0.02-4.63]
vous dissuade plutôt	6	5	[2.08-11.2]
n'influence pas	55	47	[37.45-55.99]
vous incite plutôt	47	40	[31.06-49.27]
vous incite fortement	9	8	[3.77-14.38]
Total.valides	118	100	-

Tableau 21 18 ans < âge patient < 65 ans

L'âge du patient compris entre 18 et 65 ans n'influence pas 55 médecins généralistes interrogés (47%). Cependant chez 56 médecins (48%), ce facteur incite à modifier leur prise en charge thérapeutique et d'envoyer leur patient en consultation de rééducation.

Il existe donc une forte dualité vis-à-vis de ce facteur.

4.4.4 Age du patient supérieur à 65 ans



L'âge du patient supérieur à 65 ans n'influence pas 66 médecins généralistes interrogés (56%).
L'âge supérieur à 65 ans n'a pas d'impact sur l'envoi des patients en rééducation

Diagramme 25 Age patient > 65 ans

4.4.5 Antécédents/ Pathologie rachidienne ou chirurgie du rachis

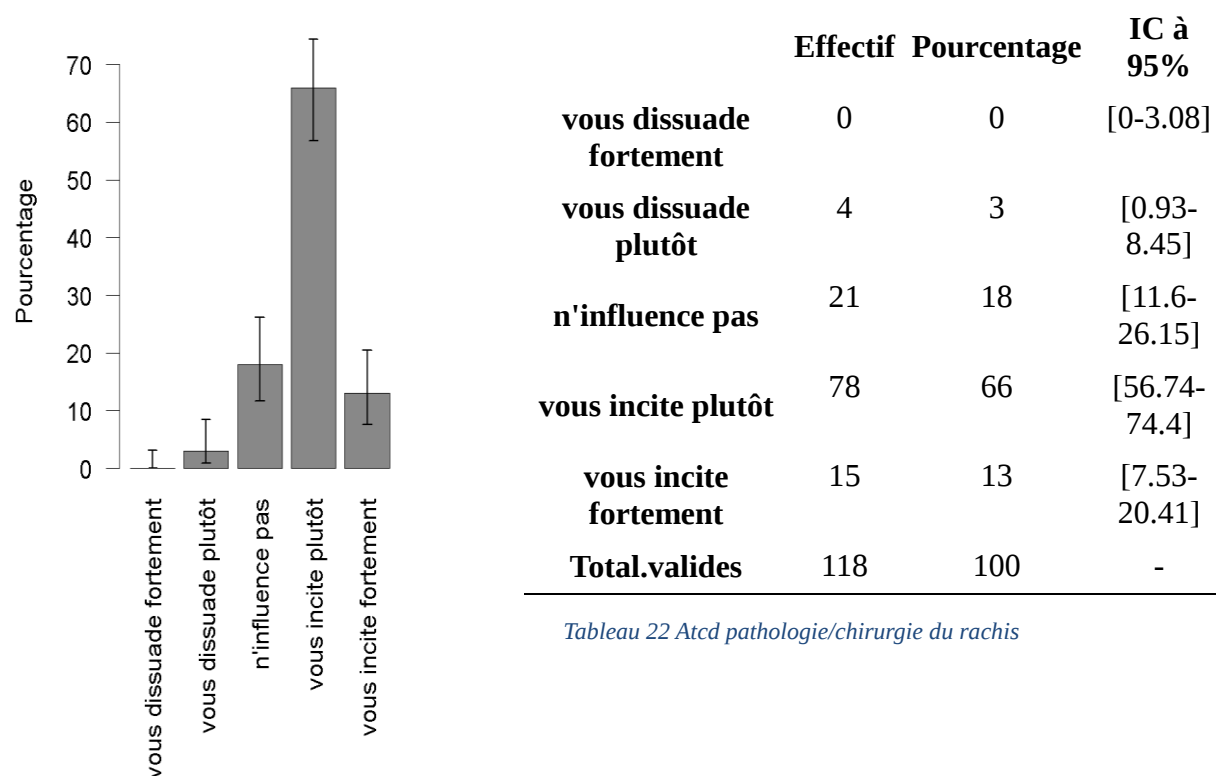


Tableau 22 Atcd pathologie/chirurgie du rachis

Diagramme 26 Atcd pathologie/chirurgie rachis

Les antécédents rachidiens (pathologie rachidienne ou chirurgie rachidienne) du patient incitent 93 médecins (79%) à envoyer leur patient en consultation de rééducation.

Ce facteur influence de façon importante les médecins généralistes dans leur prise en charge thérapeutique.

4.4.6 Douleur rachis lombaire supérieure à 3 mois (chronique)

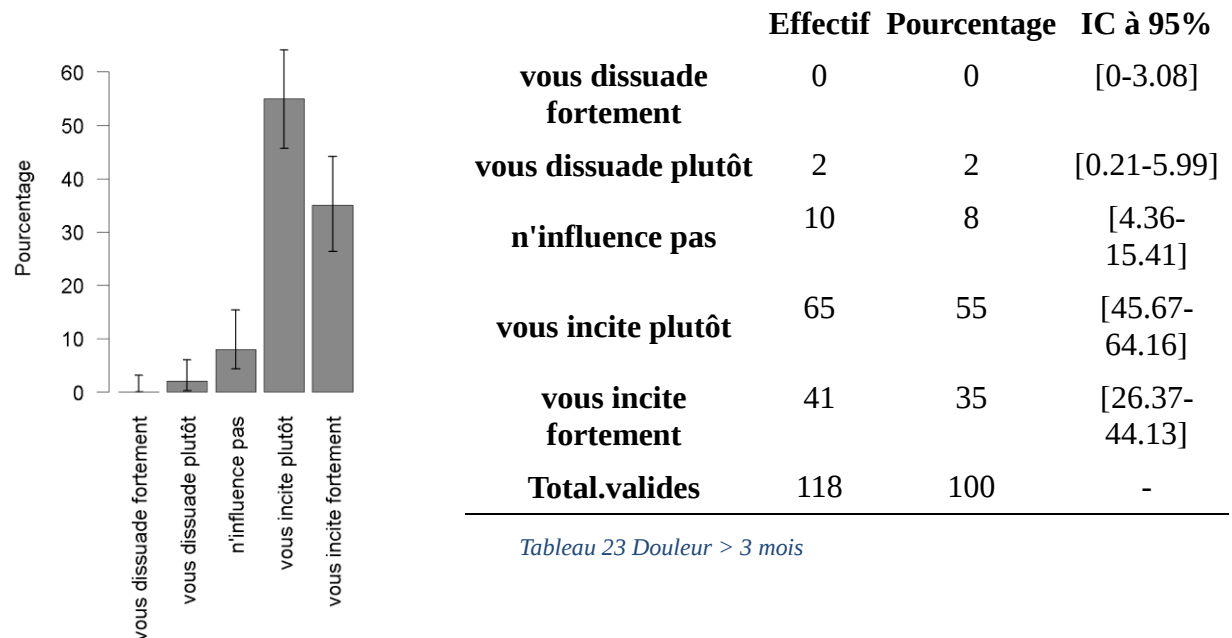


Diagramme 27 Douleur > 3 mois

Une douleur lombaire qui dure depuis plus de 3 mois incite 106 médecins généralistes interrogés (90%) à envoyer leur patient en consultation de rééducation.

Ce facteur influence donc les médecins à envoyer leur patient lombalgique chronique en rééducation.

4.5 Facteurs liés au contexte psychosocial du patient

4.5.1 Patient actif, en activité professionnelle

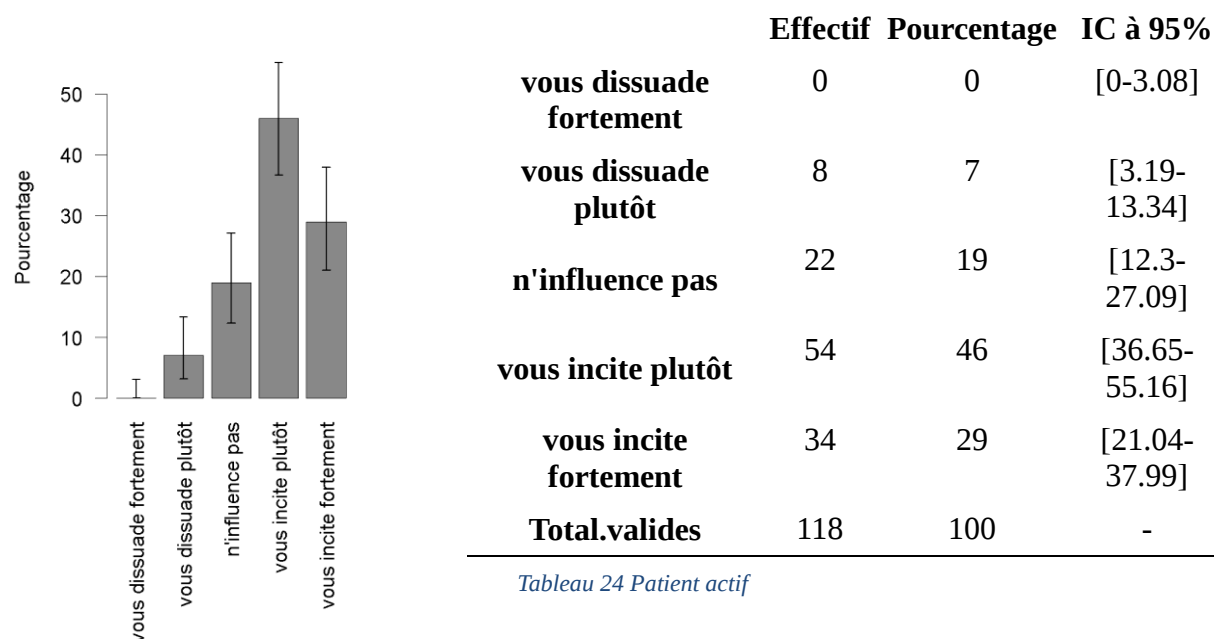
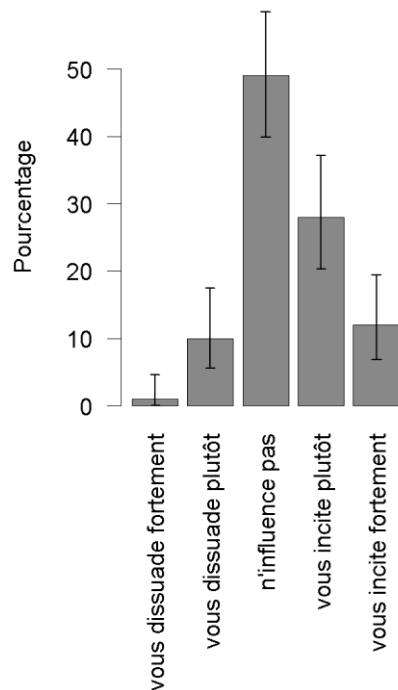


Diagramme 28 Patient actif

Un patient actif, avec une activité professionnelle incite 88 médecins généralistes interrogés (75%) à envoyer leur patient en consultation de rééducation.

Ce facteur influence donc les médecins à envoyer leur patient lombalgique chronique en rééducation.

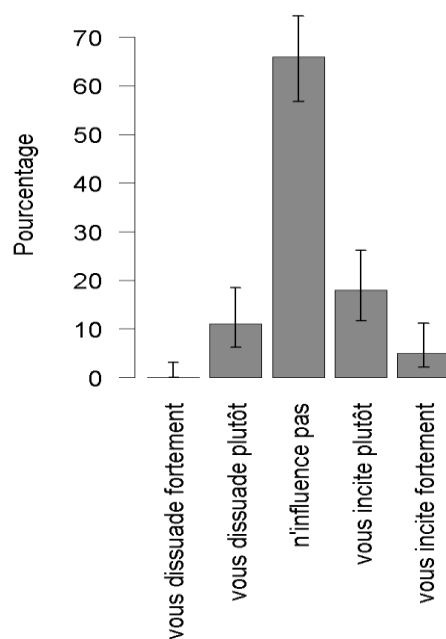
4.5.2 Patient étudiant



Le fait que le patient soit étudiant n'influence pas 58 médecins généralistes interrogés (49%). Le statut étudiant n'a pas d'impact sur l'envoi des patients en rééducation.

Diagramme 29 Patient étudiant

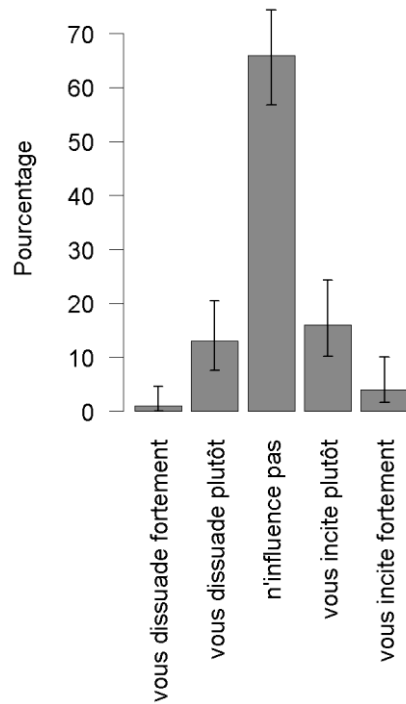
4.5.3 Patient retraité



Le fait que le patient soit retraité n'influence pas 78 médecins généralistes interrogés (66%). Le statut retraité n'a pas d'impact sur l'envoi des patients en rééducation.

Diagramme 30 Patient retraité

4.5.4 Patient au foyer



Le fait que le patient soit au foyer n'influence pas 78 médecins généralistes interrogés (66%). Le statut au foyer (différent d'un chômage) n'a pas d'impact sur l'envoi des patients en rééducation.

Diagramme 31 Patient au foyer

4.5.5 Arrêt de travail lié à la lombalgie chronique inférieur à 4 semaines

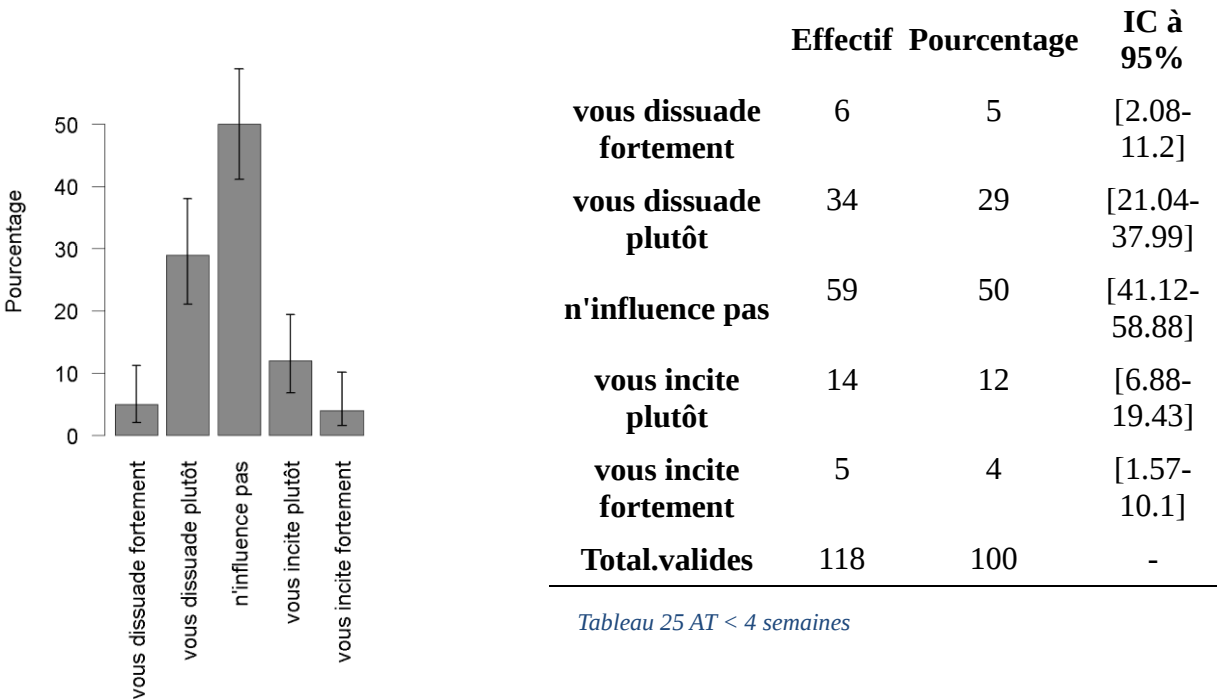


Tableau 25 AT < 4 semaines

Diagramme 32 AT < 4 semaines

Un arrêt de travail (AT) d’une durée inférieure à 4 semaines n’influence pas la moitié des médecins généralistes interrogés. Cependant 34 des médecins (29%) ont répondu que ce facteur les dissuadait plutôt.

4.5.6 Arrêt de travail lié à la lombalgie chronique supérieur à 4 semaines

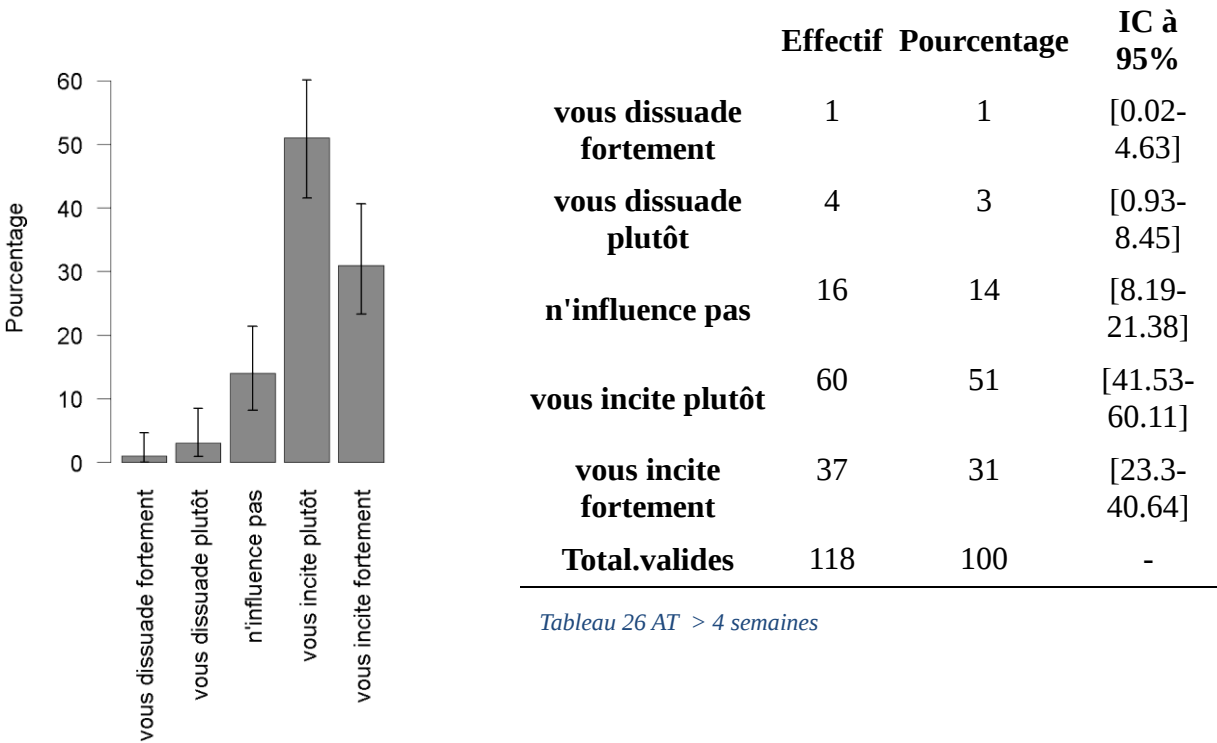


Tableau 26 AT > 4 semaines

Diagramme 33 AT > 4 semaines

Un arrêt de travail d’une durée supérieur à 4 semaines incite 97 médecins généralistes interrogés (82%) à envoyer leur patient en consultation de rééducation.

Ce facteur influence donc les médecins à envoyer leur patient lombalgique chronique en rééducation.

4.5.7 Patient pratiquant une activité sportive

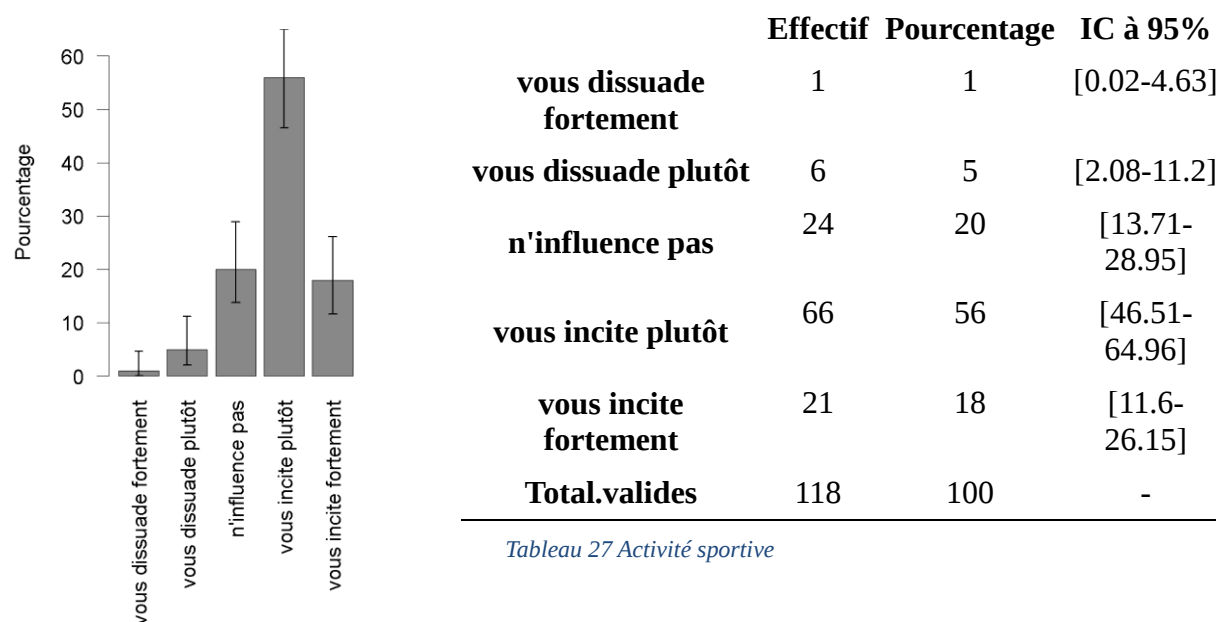


Tableau 27 Activité sportive

Diagramme 34 Activité sportive

Un patient pratiquant une activité sportive incite 87 médecins généralistes interrogés (74%) à envoyer leur patient en consultation de rééducation.

Ce facteur influence donc les médecins à envoyer leur patient lombalgique chronique en rééducation.

4.6 Facteurs liés au retentissement dans la vie quotidienne

4.6.1 Patient peu gêné par la douleur lombaire

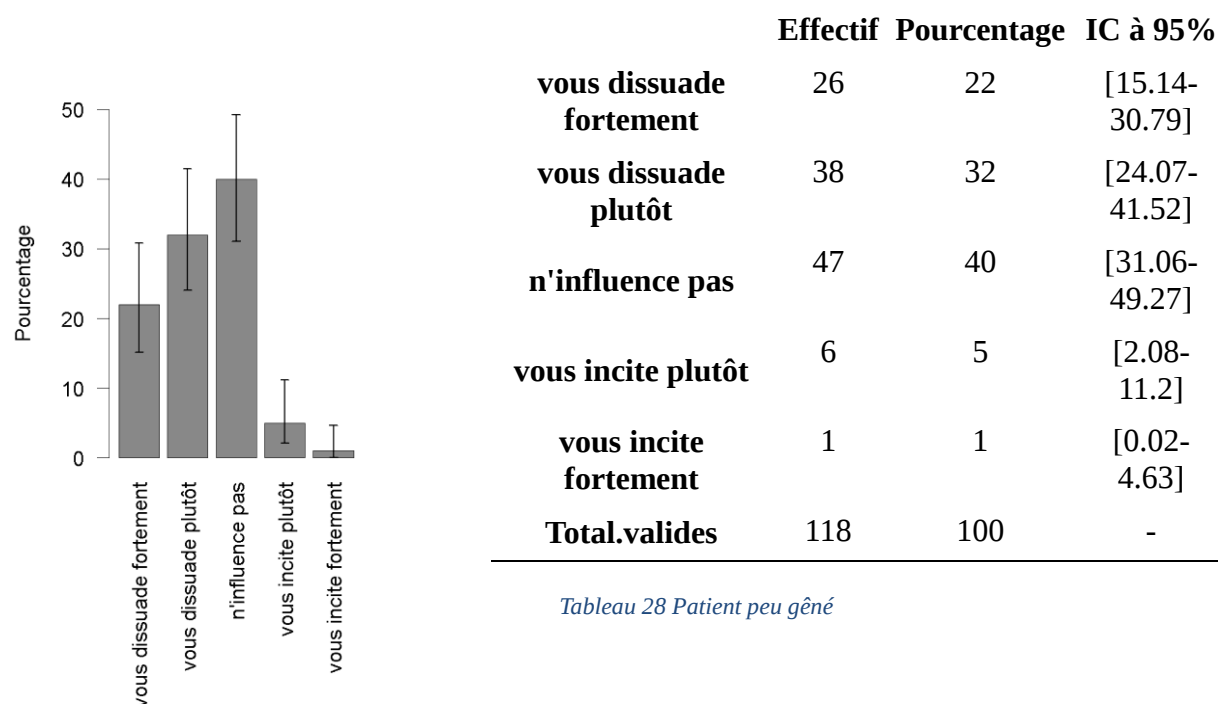


Tableau 28 Patient peu gêné

Diagramme 35 Patient peu gêné

Un patient qui est peu gêné dans la vie quotidienne par ses douleurs lombaires dissuade 64 médecins généralistes interrogés (54%) à les envoyer en consultation de de rééducation. Ce même facteur n'influence pas 47 des médecins (40%).

4.6.2 Patient gêné par la douleur lombaire

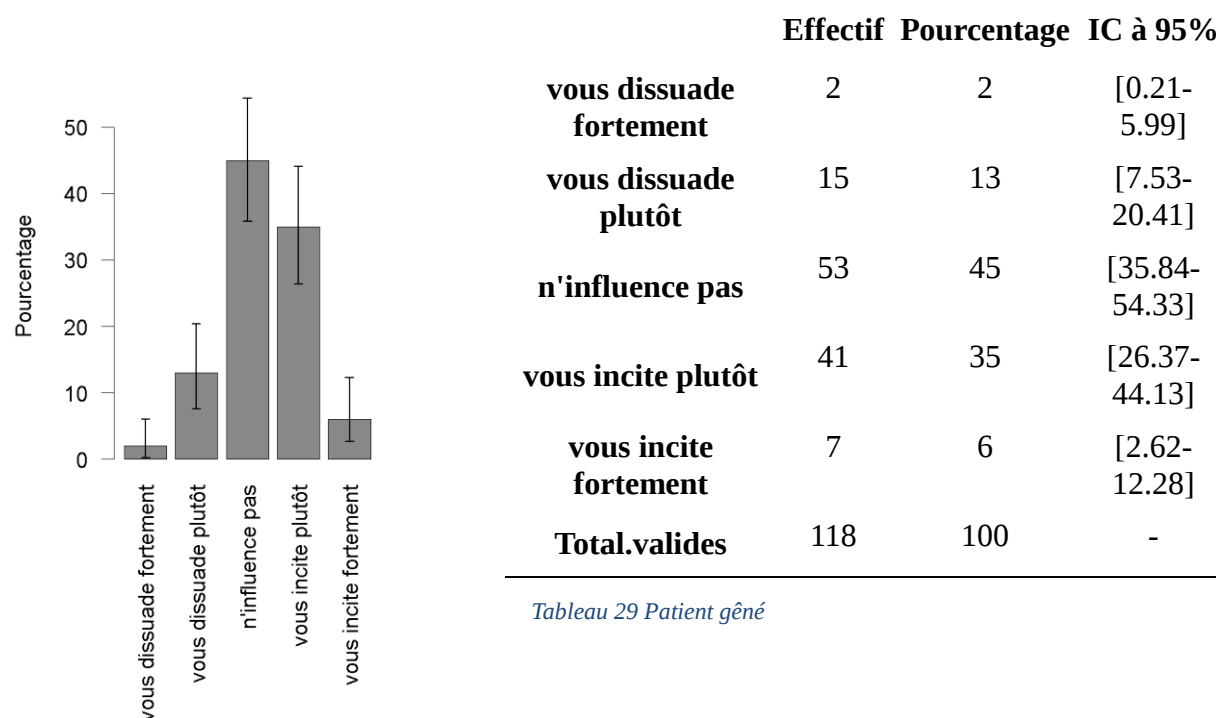


Tableau 29 Patient gêné

Diagramme 36 Patient gêné

Des douleurs lombaires provoquant une gêne modérée chez le patient n'influencent pas 53 médecins généralistes interrogés (45%) à les envoyer en consultation de rééducation. Ce facteur en incite tout de même 48 (41%). c'est un facteur clivant qui tend à inciter les médecins à envoyer leurs patients en consultations spécialisées.

4.6.3 Patient fortement gêné par la douleur lombaire

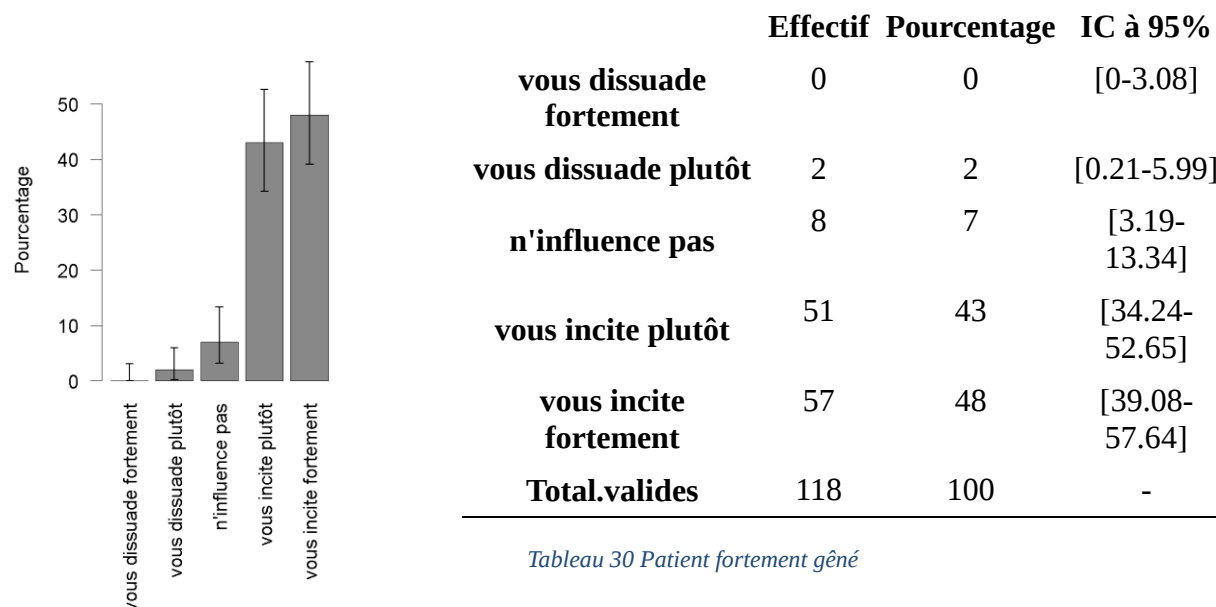


Tableau 30 Patient fortement gêné

Diagramme 37 Patient fortement gêné

Des douleurs lombaires provoquant une gêne importante chez le patient incite 108 médecins généralistes interrogés (91%) à les envoyer en consultation de rééducation.

Ce facteur influence fortement les médecins dans leur prise en charge thérapeutique.

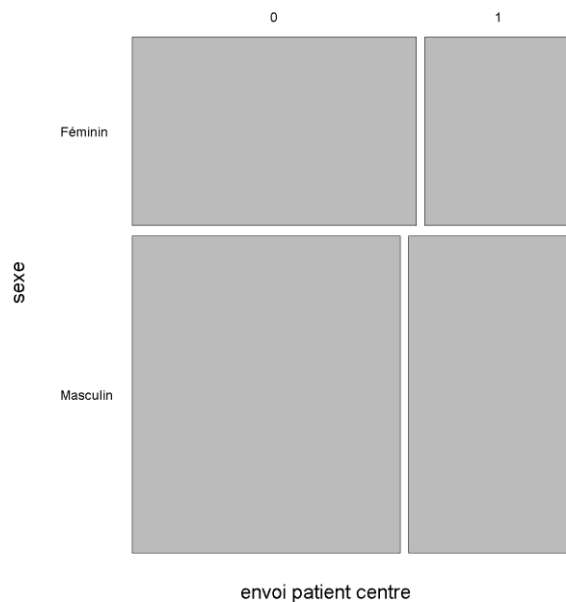
5. Analyses Statistiques bi variées

A noter :

0=pas d'envoi de la part du médecin généraliste 1=envoi de la part du médecin généraliste

5.1 Envoi d'un patient lombalgique chronique en centre de rééducation du CHU de Lille en fonction du sexe du médecin généraliste

Colonnes : envoi patient centre (0 : pas d'envoi 1 : envoi)
lignes : sexe



	0	1	Total
Féminin	29 (65.91%)	15 (34.09%)	44
Masculin	46 (62.16%)	28 (37.84%)	74
Total	75	43	118

Tableau 31 Envoi en fonction du sexe

Figure 7 Envoi en fonction du sexe

Test du chi2 : **p = 0.683**

Il n'existe pas de relation significative entre le fait d'envoyer un patient lombalgique chronique en centre de rééducation et le sexe du médecin généraliste (p=0.683).

5.2 Envoi d'un patient lombalgique chronique en centre de rééducation du CHU de Lille en fonction de l'âge du médecin généraliste

Envoi : patient lombalgique chronique envoyé en consultation rééducation

(0 : pas d'envoi 1 : envoi)

Age : âge en années

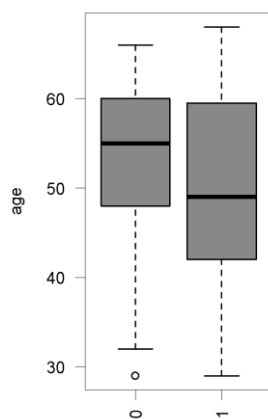


Figure 8 Envoi en fonction de l'âge

	0	1
Effectif	75	43
Moyenne	52.693	49.186
Ecart.type	9.538	10.687
Minimum	29	29
Mediane	55	49
Maximum	66	68

Tableau 32 Envoi en fonction de l'âge

Test de Student : **p = 0.0684**

L'âge du médecin généraliste n'est pas associé à l'envoi d'un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation ($p=0.0684$).

5.3 Envoi d'un patient lombalgique chronique en centre de rééducation du CHU de Lille en fonction du lieu d'exercice du médecin généraliste

Colonnes : envoi patient centre (0 : pas d'envoi 1 : envoi)

lignes : lieu

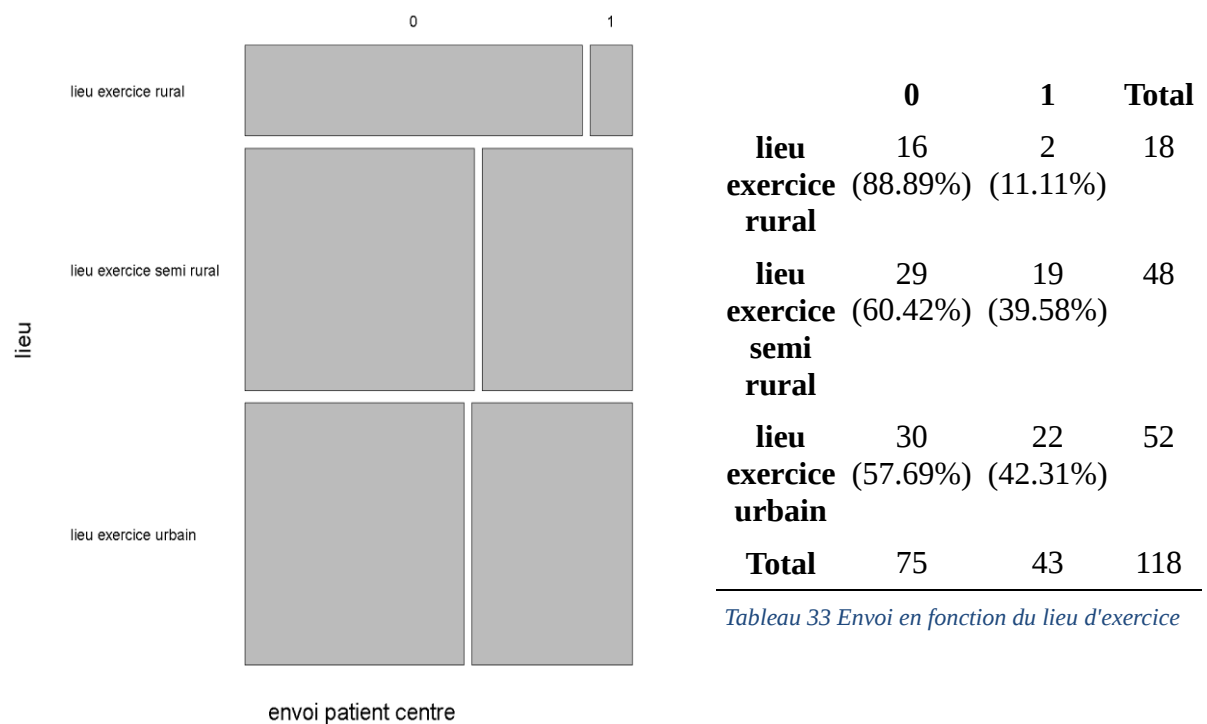


Tableau 33 Envoi en fonction du lieu d'exercice

Figure 9 Envoi en fonction du lieu d'exercice

Test du chi2 : **p = 0.0507**

Le lieu d'exercice du médecin généraliste est associé à l'envoi d'un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation : un médecin généraliste exerçant en milieu semi-rural et urbain aura tendance à envoyer plus facilement leur patient lombalgique chronique en consultation de rééducation ($p=0.0507$) ; à l'inverse un médecin exerçant en milieu rural n'enverra quasiment pas de patient en consultation spécialisée.

5.4 Envoi d'un patient lombalgique chronique en centre de rééducation du CHU de Lille en fonction du mode d'exercice du médecin généraliste

Colonnes : envoi patient centre
lignes : exercice

	0	1	Total
Isolé	36 (70.59%)	15 (29.41%)	51
Association	39 (58.21%)	28 (41.79%)	67
Total	75	43	118

Tableau 34 Envoi en fonction du mode d'exercice

Test du chi2 : **p = 0.166**

Il n'existe pas de relation significative entre le fait d'envoyer un patient lombalgique chronique en centre de rééducation et le mode d'exercice (association de médecin ou activité isolée) du médecin ($p=0.166$).

5.5 Envoi d'un patient lombalgique chronique en centre de rééducation du CHU de Lille en fonction du nombre d'années depuis l'installation du médecin généraliste

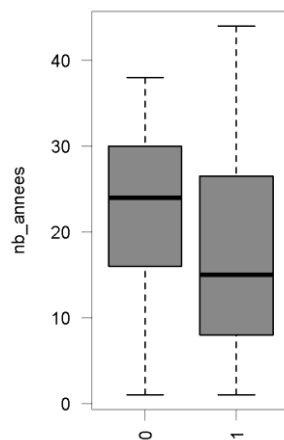


Figure 10 Envoi en fonction nombre d'années installation

	0	1
Effectif	75	43
Moyenne	22.253	17.698
Ecart.type	10.456	11.837
Minimum	1	1
Mediane	24	15
Maximum	38	44

Tableau 35 Envoi en fonction nombre d'années installation

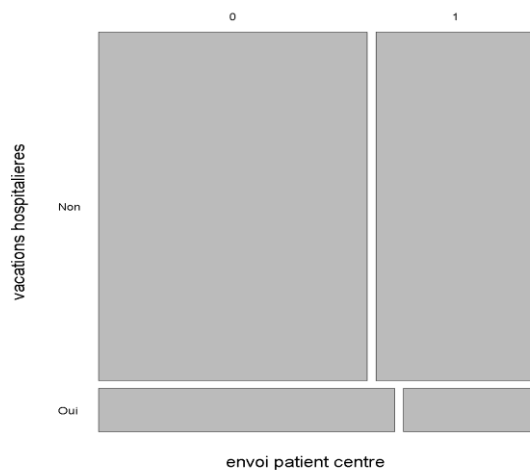
Test de Student : **p = 0.0321**

Le nombre d'années depuis l'installation du médecin généraliste est associé de manière significative à l'envoi d'un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation (p=0.0321).

Le groupe de médecin adresseurs est composé de médecins installés plus récemment de 5 ans en moyenne par rapport au groupe non adresseurs (moyenne de 17.68 années contre 22.25 années).

5.6 Envoi d'un patient lombalgique chronique en centre de rééducation du CHU de Lille en fonction de la présence ou non de vacations hospitalières par le médecin généraliste

Colonnes : envoi patient centre
lignes : vacations hospitalières



	0	1	Total
Non	66 (62.86%)	39 (37.14%)	105
Oui	9 (69.23%)	4 (30.77%)	13
Total	75	43	118

Tableau 36 Envoi en fonction vacations

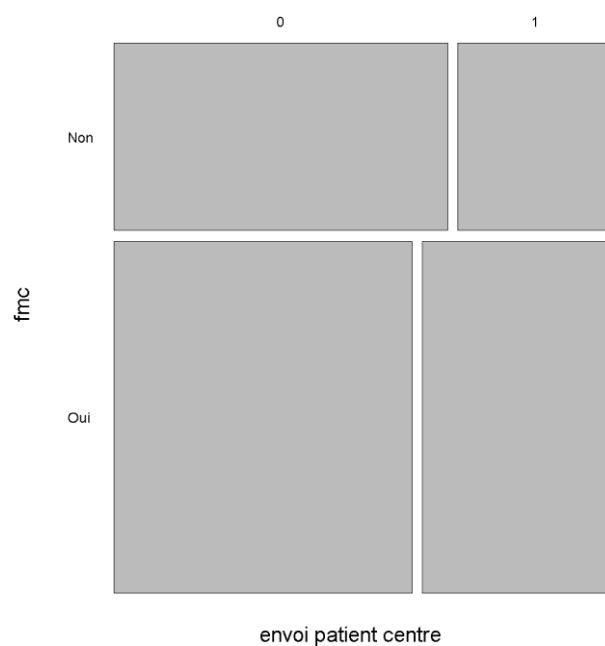
Figure 11 Envoi en fonction vacations

Test de Fisher exact : **p = 0.767**

Il n'existe pas de relation significative entre le fait d'envoyer un patient lombalgique chronique en centre de rééducation et la présence ou non de vacations hospitalières par le médecin généraliste ($p=0.767$). Il est difficile de conclure sur ce critère sachant que le nombre de médecins ayant une activité hospitalière est très faible (13 sur 118).

5.7 Envoi d'un patient lombalgique chronique en centre de rééducation du CHU de Lille en fonction de la réalisation de formation continue médicale par le médecin généraliste

Colonnes : envoi patient centre
lignes : formation médicale continue



	0	1	Total
Non	28 (68.29%)	13 (31.71%)	41
Oui	47 (61.04%)	30 (38.96%)	77
Total	75	43	118

Tableau 37 Envoi en fonction FMC

Figure 12 Envoi en fonction FMC

Test du chi2 : $p = 0.436$

Il n'existe pas de relation significative entre le fait d'envoyer un patient lombalgique chronique en centre de rééducation et la réalisation d'une formation médicale continue par le médecin généraliste ($p=0.436$).

5.8 Envoi d'un patient lombalgique chronique en centre de rééducation du CHU de Lille en fonction de la distance du cabinet médical et l'hôpital Swynghedauw de Lille (km)

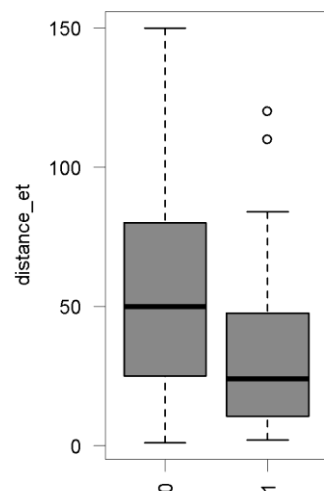


Figure 13 Envoi en fonction distance cabinet

	0	1
Effectif	75	43
Moyenne	56.133	33.651
Ecart.type	38.147	28.458
Minimum	1	2
Mediane	50	24
Maximum	150	120

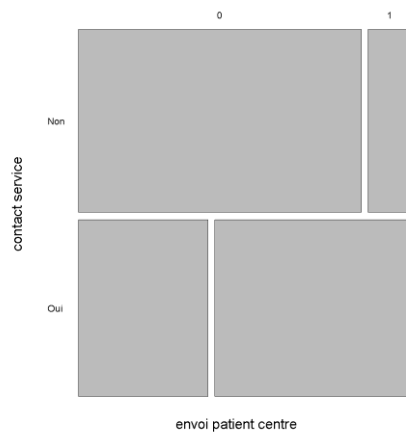
Tableau 38 Envoi en fonction distance cabinet

Test de Student : $p = 0.00105$

La distance du cabinet du médecin généraliste avec le centre de rééducation de Lille Swynghedauw est associé significativement à l'envoi d'un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation : un médecin généraliste exerçant à moins de 33 km du centre enverra significativement plus facilement leur patient lombalgique chronique en consultation de rééducation ($p=0.00105$) que ceux se situant à plus de 50km.

5.9 Envoi d'un patient lombalgique chronique en centre de rééducation du CHU de Lille en fonction de la possibilité par le médecin généraliste de contacter directement le service de rééducation

Colonnes : envoi patient centre
lignes : contact service



	0	1	Total
Non	52 (86.67%)	8 (13.33%)	60
Oui	23 (39.66%)	35 (60.34%)	58
Total	75	43	118

Tableau 39 Envoi en fonction possibilité de contact

Figure 14 Envoi en fonction possibilité de contact

Test du chi2 : $p = 1.13e-07$

La possibilité par le médecin généraliste de contacter directement le service de rééducation de Lille est associé à l'envoi d'un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation : un médecin généraliste ayant la possibilité de contacter directement le centre de rééducation Swynghedauw de Lille enverra significativement plus facilement leur patient lombalgique chronique en consultation de rééducation ($p = 1.13e-07$)

DISCUSSION

1. Validité de la méthode et du questionnaire de l'étude

Un échantillonnage par tirage au sort a été effectué par le service de biostatistiques du CHRU de Lille permettant de sélectionner 300 médecins généralistes du Nord Pas de Calais. Cette méthode permet de garantir la représentativité d'un échantillon. Généralement le taux de réponse observé lors des nombreuses études le service de bio-statistique de Lille à un questionnaire est de 30%. Les moyens pour tenter d'obtenir un score plus important sont d'envoyer déjà timbrée l'enveloppe de retour, de faire un questionnaire rapide à remplir par le médecin généraliste, bien présenté, clair, et qui tient sur une page. Faire une relance papier ou téléphonique peut permettre également d'améliorer le taux de réponse. Nous avons essayé de suivre au plus près ces différentes consignes et sommes arrivés à un taux de retour de 36%.

Une des hypothèses qui pourrait expliquer le taux relativement faible de retour est qu'il existe de nombreux centres de rééducation au sein de la région Nord Pas de Calais en plus de celui du CHRU de Lille. Il y a donc des centres plus proches des cabinets des médecins généralistes que celui de l'hôpital de Swynghedauw de Lille. Il est donc possible que les médecins généralistes trop éloignés ou ayant un centre plus proche ne se soient pas sentis concernés par l'étude et n'y ont pas répondu. Cette hypothèse est d'autant plus probable que nous avons vu qu'à partir de 40km de rayon le taux de réponse et d'envoi de patient dans le centre de Lille ont chutés fortement.

Les résultats obtenus sont probablement fiables et peuvent être considéré comme objectifs. En effet parmi les médecins répondants, la grande majorité n'ont pas envoyé de patients à Swynghedauw (64%). On peut donc exclure l'hypothèse que les médecins répondants sont des médecins concernés spécifiquement par le centre de Swynghedauw, car dans ce cas la proportion de médecins adresseurs aurait été bien plus importante.

Notre étude est une étude descriptive qui évalue les variations de fréquences de l'envoi des patients lombalgiques chroniques en consultation de rééducation selon

- Les caractéristiques des médecins généralistes
- La répartition géographique

C'est une étude qui est facile à mettre en place, de durée courte et aussi peu coûteuse (les frais engendrés sont essentiellement les frais postaux).

Cette étude permet de faire une estimation de la prévalence et permet de générer des hypothèses étiologiques qui seront à confirmer par des études analytiques ou expérimentales plus poussées.

Notre étude, d'après la classification de l'HAS fait partie du Grade de recommandation Grade C / Niveau 4 faible qui relève d'un faible niveau de preuve scientifique.

Les autres possibilités de réalisation de l'étude auraient été un entretien soit direct, soit téléphonique. Mais pour des raisons d'organisation, de temps et de moyens, nous avons réalisé un questionnaire papier à envoyer aux médecins concernés.

Nous avons réalisé un questionnaire à réponse unique avec des questions le plus souvent sous forme interrogative. Cela permet une facilité de réponse et une facilité par la suite pour coder les résultats. Cependant elles présentent un inconvénient, ce genre de questions peut engendrer une perte d'information.

Le questionnaire réalisé permet de faire un recueil d'information dans le but de comprendre et d'expliquer des faits.

Le questionnaire a 3 objectifs [20] :

- 1) L'estimation : collecte des données
- 2) La description
- 3) La vérification d'une hypothèse et d'une question initiale.

Biais de l'étude :

Globalement le taux de réponse reste élevé à la fin de notre étude et est en accord avec les attentes avant envoi. Cela peut s'expliquer par la durée rapide de réponse (moins de 5 mn) et la simplicité des questions et un anonymat (qui permet d'éviter la peur d'un jugement de valeur des médecins répondants)

Biais de conformisme social : Il est possible que les réponses données au questionnaire ne reflètent pas totalement la prise en charge effectuée par le médecin. En effet par le biais de ses réponses le médecin exprime son idéal social et doit aussi se conformer aux normes sociales et professionnelles. Le médecin généraliste peut donc répondre en essayant de se référer aux recommandations existantes et non pas par sa pratique personnelle [30].

Le biais spatial. Une partie de notre questionnaire utilise l'échelle de LIKERT. Il existe chez la majorité des personnes un biais d'attention à gauche, entraînant un possible biais dans les résultats. Un groupe de chercheurs a présenté à deux groupes d'étudiants le même questionnaire, mais pour la moitié de l'échantillon, l'échelle était construite de gauche (tout à fait d'accord) à droite (pas du tout d'accord), alors que pour l'autre moitié, l'échelle allait de droite (tout à fait d'accord) à gauche (pas du tout d'accord). Les résultats ont révélé que le groupe avec l'échelle où « tout à fait d'accord » est à gauche ont 27% de réponses « tout à fait d'accord » en plus que dans l'autre groupe.

Dans notre étude nous avons choisi de mettre les propositions « incite plutôt » et « incite fortement » sur la droite. Nos résultats ne sont donc pas surestimés [4].

2. Résultats de l'étude

1) Facteurs descriptifs

Description de la population de médecins généralistes répondant à l'étude :

La majorité des médecins répondant sont des hommes avec une moyenne d'âge de 51 ans. Leur cabinet se situe essentiellement en milieu urbain et semi-rural (85% vs 15% rural) dont la plus forte densité de médecins généralistes se trouve entre 1 et 50 km du CHRU de Lille. Ce sont principalement des médecins installés récemment (moins de 5 ans) ou depuis de nombreuses années (plus de 25 ans). Ceci n'est pas totalement représentatif de la population de médecins généralistes puisque nous manquons de données sur ceux installés entre 5 et 25 ans.

Ces médecins généralistes ne réalisent pas dans la majorité des cas de vacations hospitalières et n'ont pas de formation complémentaire à leur DES de médecine générale. Cependant 65% suivent une Formation Médicale Continue mais qui ne semble pas déboucher sur un diplôme qualifiant.

Concernant la prise en charge rééducative , 97% des médecins généralistes pensent qu'elle est complémentaire aux traitements instaurés en ville , mais plusieurs facteurs peuvent les influencer ou les dissuader d'envoyer leur patient lombalgique en consultation de rééducation au CHRU de Lille .

Concernant le centre de rééducation de Lille :

Son rayonnement géographique s'étend sur une zone d'une quarantaine de kilomètres à la ronde. En effet ce sont les médecins situés à moins de 41 km qui envoient le plus de patients (73% des médecins adresseurs se situe dans cette zone géographique) et qui ont le plus répondu au questionnaire. La renommée du centre est un critère très influençant.

Sur le plan thérapeutique :

L'échec de traitement par palier 3 , l'échec de la kinésithérapie et des infiltrations de corticoides sont les critères qui vont inciter le MG à envoyer leur patient lombalgique. Nous pouvons également remarquer que la suggestion du rhumatologue à un impact

majeur pour 91% des MG , et dans une moindre mesure la suggestion du kinésithérapeute.

Si il n'existe pas d'indication chirurgicale et que le patient présente des antécédents rachidiens, le MG sera incité à les envoyer en consultation de rééducation .

Concernant la douleur :

C'est un critère influant à envoyer en consultation spécialisée dans le cas où elle est présente depuis plus de 3 mois et entraîne des répercussions sur la vie quotidienne du patient sur le plan social et professionnel.

Concernant le contexte socio professionnelle ,et de loisir :

Un arrêt de travail supérieur à 4 semaines , chez un patient actif et sportif , incite le MG à l'envoyer en consultation de rééducation. Ce critère est en accord avec les publications internationales car moins un patient est en arrêt meilleur est le taux de réussite et de reprise d'activités [27].

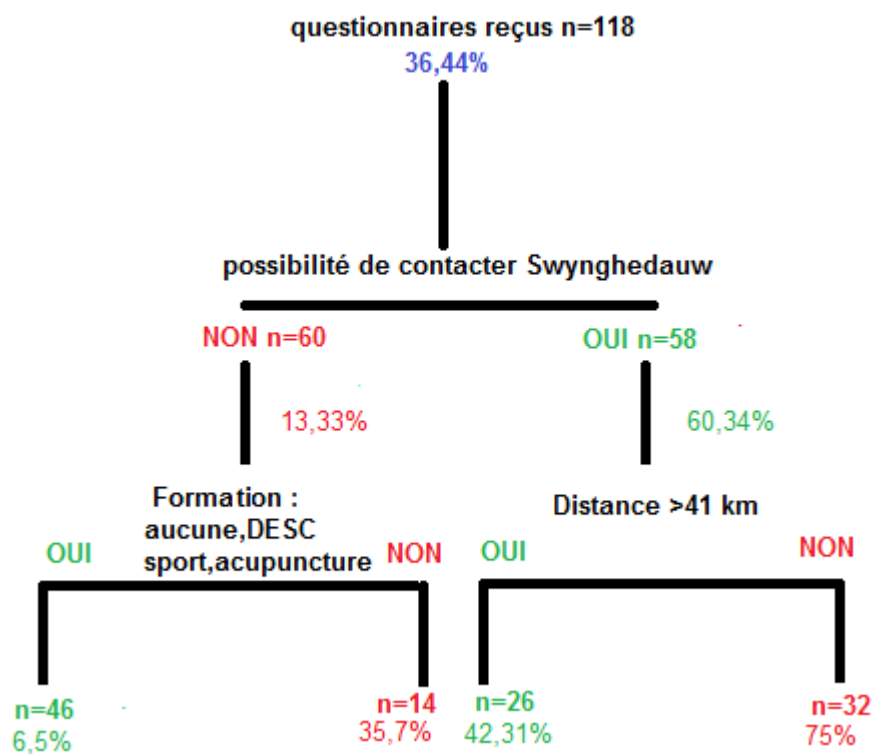
2) Facteurs en analyse bi variée

Nous nous intéresserons ici seulement aux facteurs significatifs .

Dans notre étude trois facteurs ressortent significatifs et 1 tend à l'être sur le fait d'envoyer un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation du CHRU de Lille. Le fait d'être un médecin généraliste installé en moyenne depuis moins de 17 ans ($p=0.0321$) qui travaille en milieu urbain ou semi-rural ($p=0.0507$) ayant son cabinet à une distance < 33 km ($p=0.00105$) avec un accès connu par téléphone au centre de Swynghedauw ($p = 1.13e-07$) maximise la probabilité qu'il envoie des patients lombalgiques chroniques en consultation spécialisée de rééducation à Lille (hôpital Swynghedauw).

3) Synthèse à partir de l'algorithme CART + logiciel R

A partir du questionnaire et des réponses fournies par les 118 MG, le service de biostatistiques du CHRU de Lille a pu développer un algorithme du taux d'envoi des patients lombalgiques en consultation de rééducation en fonction du profil du médecin généraliste : l'algorithme ci-dessous qui permet de définir en fonction de différents critères le taux d'envoi en consultation de rééducation.



Algorithme 1 Algorithme CART

Nous partons des 118 questionnaires reçus sur les 300 envoyés (36,44% de réponses). Le premier critère pertinent qui est ressorti de l'analyse est la possibilité ou non de contacter directement le service de rééducation. 60 d'entre eux n'ont pas connaissance d'un moyen de contacter directement par téléphone le service de rééducation Swynghedauw de Lille, 58 l'ont.

*Parmi le groupe des 60 médecins, le taux d'envoi sans analyse (brut) est de 13,33%. En s'intéressant au type de formations ou de qualifications qu'ils ont, il est ressorti comme critère pertinent : soit pas de formation, soit DESC médecine du sport ou acupuncture. Deux groupes ont alors été individualisés avec dans le premier groupe 46 médecins ayant soit aucune formation ou médecin du sport et ou acupuncteur. Le taux d'envoi affiné en consultation de rééducation de ce groupe est alors le plus faible, de 6,5%.

Dans le second groupe, 14 médecins ayant un autre type de formation, le taux d'envoi affiné remonte et il est de 35,7%.

*Parmi le groupe des 58 médecins, le taux d'envoi sans analyse (brut) est de 60,34%. En s'intéressant à la distance entre le cabinet et le CHRU de Lille, il est ressorti que la distance de 41 km est pertinente. Deux groupes ont alors été individualisés avec dans le premier groupe 26 médecins exerçant à plus de 41 km. Le taux d'envoi affiné de ce groupe chute alors à 42,31%.

Dans le second groupe, 32 médecins exercent à moins de 41 km, le taux d'envoi affiné monte à 75%.

De l'algorithme, nous avons pu déterminer plusieurs types de populations de médecins généralistes vis-à-vis de leur prédisposition à envoyer ou non en rééducation.

Le premier groupe est celui qui a le plus faible taux d'envoi (6,5%). Il se caractérise par un non accès direct téléphonique, un niveau de formation complémentaire soit nulle, soit DESC médecine du sport et ou acupuncture.

Le second et le troisième groupe ont des taux d'envoi proche (environ 40%) malgré des caractéristiques différentes.

Le quatrième groupe est celui au taux d'envoi le plus élevé (75%). Il se caractérise par un accès téléphonique direct, et une distance proche (<41 km).

Synthèse des résultats :

Nous ne parlerons ici que des deux groupes extrêmes à savoir ceux qui envoient très peu et ceux qui adressent le plus.

Les critères du groupe « non adresseurs » sont donc un âge élevé, une durée d'activité et d'expérience longue, un exercice plutôt rural, une non connaissance d'un accès téléphonique du service et l'acquisition d'une formation complémentaire ou non, type médecine du sport et ou acupuncture.

Les critères du groupe « adresseurs » sont un âge jeune, un milieu d'exercice urbain ou semi-rural, l'accès téléphonique et une distance de leur cabinet proche.

4) Confrontation de nos résultats aux recommandations HAS

Notre étude tend à démontrer que ce sont les médecins les plus âgés travaillant seuls ou pas et avec le plus de formation qui envoient le moins en centre de rééducation.

Cependant, nous avons analysé les motifs d'envoi des patients lombalgiques chroniques principalement par le point de vue du médecin généraliste. Or depuis de nombreuses années en France, le patient prend une part active dans la décision et dans son traitement (loi Kouchner du 4 mars 2002). Cet aspect a été brièvement abordé dans notre étude ce qui limite fortement nos résultats. En effet, la consultation se passe entre deux personnes et la décision résulte d'un accord entre ces deux personnes.

Peut-être, est-il possible que certains médecins généralistes préfèrent gérer leur patient sur le plan thérapeutique avec leurs routines établies plutôt que de suivre les recommandations nationales ? [46]

De plus, il faut que les nouvelles recommandations soient acceptées par le médecin généraliste [2].

CONCLUSION

Cette étude prospective a permis de déterminer plusieurs facteurs influençant les médecins généralistes du Nord Pas de Calais à envoyer en consultation spécialisée de rééducation leur patients lombalgiques.

En se rapportant aux résultats de l'étude, pour optimiser le taux d'envoi des patients lombalgiques chroniques en consultation spécialisée à l'hôpital Swynghedauw, il convient de se concentrer dans un premier temps sur les médecins présents dans un secteur de 41 km autour du centre de rééducation de l'hôpital Swynghedauw, de leur fournir un ou plusieurs numéros et contacts téléphoniques et idéalement sur la tranche d'âge la moins représentée à savoir les 35-55 ans.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANAES Diagnostic, prise en charge et suivi des maladies atteints de lombalgie chronique. Rapport ANAES décembre 2000
2. Armstrong D: Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour. *Soc Sci Med* 2002, 55:1771-1777
3. Benhamou M, Brondel M, Sanchez K, Poiraudreau S. Lombalgies. EMC - *Traité de médecine AKOS*. juill 2012;7(3):1-6
4. Bouba-Olga O. Le Polimètre : les biais d'un sondage Publié le 14 mars 2007
5. Chaory K, F. Fayad F, Rannou F, Lefèvre-Colau M.M, Fermanian J, Revel M, et al. Validation of the French version of the Fear-Avoidance Belief Questionnaire Spine, 29 (2004), pp. 908–913
6. Cherin P, De Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine & Longévité*. sept 2011;3(3):137-149
7. Chou R, Loeser J.D, Owens D.K, Rosenquist R.W, Atlas S.J, Baisden J, et al. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain. *An evidence-based clinical practice guideline from the American pain society Spine*, 34 (2009), pp. 1066–1077
8. Constantin A, Lazortes Y. La lombalgie chronique. In: S. Rozenberg. La douleur lombaire. Ed. Institut UPSA de la douleur. Paris. 2001; pp.59-70
9. Costa-Black KM, Loisel P, Anema JR, Pransky G. Back pain and work. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24: 227–40
10. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudreau S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006;124(3):330-7
11. Coudeyre E. Evaluation de l'impact de l'information sur les peurs et croyances liées à l'activité physique dans la lombalgie [Thèse : Med J]. Saint-Etienne : Université Jean Monnet ; 2007: 1- 86
12. 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

13. Deramout B , Houédakor J : Lomalgie , quand avoir recours à un centre de médecine physique et de réadaptation ? *Medecine* mai 2008 p 209-212
14. Deriennic F., Touranchet A. et Volkoff S. (1996), Âge, travail, santé – études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans, enquête ESTEV 1990, *Éditions de l'Inserm*
15. Deyo RA et Tsui-Wu YJ. Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine* 1987 Apr;12(3):264-8
16. Duquesnoy B, Defontaine MC, Grardel B, Maigne JY, Simonin A, Thevenon A, et al. Définition de la lomalgie chronique. *Rev Rhum* 1994; 61 (4bis): 9S-10S
17. Fishbain D. Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Ann Med* 2000; 32(5):305-16
18. Gourmelen J, Chastaing JF, Ozguler A, Lanoe JL, Ravaud JF, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Ann Readapt Med Phys*, 2007; 50: 640-644
19. GTNDO. Elaboration de la loi d'orientation de santé publique : rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs (Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique. Définition des objectifs) 2003
20. Ghiglione, R. (1987). Les techniques d'enquêtes en sciences sociales. Paris : Dunod
21. HAS. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lomalgie commune : modalités de prescription, Rapport de la Haute Autorité de Santé, mai 2005
22. 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
23. Henrotin Y, Rozenberg S, Balague F, Leclerc A, Roux E, Cedraschi C. European Guidelines (COST B13) for the management of low back pain, *Rev Rhum* 2006 janv ;73(2): S35-S52
24. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ* 2008;337:1–7
25. 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
26. INRS. Les lombalgies. [En ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html>

27. INSERM 2000 : Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention .Expertise collective Inserm. Rapport complet, X - 151p
28. Jenner JR, Barry M. ABC of rheumatology. Low back pain. BMJ. 1995; 310(6984):929-32.
29. 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
30. Main G, Comment conditionner les réponses aux sondages avec l'effet de priming. Analyse 3 octobre 2011
31. Marty M, Blotman F, Avouac B, Rosenberg S, Valat J.P. Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients *Rev Rhum Engl Ed*, 65 (1998), pp. 126–134
32. Mayer TG, Smith SS, Keeley J, Mooney V. Quantification of lumbar function. Part 2: Sagittal plane trunk strength in chronic low-back pain patients. *Spine*. 1985; 10(8):765-72
33. McGrail MP Jr, Lohman WH, Gorman R. Disability prevention principles in the primary care office. *Am Fam Phys* 2001; 63: 679–84.
34. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain IASP Press, Jan 1, 1994 - Medical - 222 pages
35. Meyer JP, Mochel JL. Le process cadre vert : comment le travail peut aider à rester actif. INRS. *Communication au 3ème congrès francophone pour les troubles musculosquelettiques, mai 2011*
36. Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2197–23
37. Nguyen C, Poiraudeau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. *Revue du rhumatisme*. 76(6):537-542
38. Perrot S. Facteurs de chronicité des lombalgies communes. *Rev Prat*. 2000 Oct 15;50(16):1770-3
39. Poireau S, Lefevre Colau M-M, Fayad F, Revel M. Low back pain. (*EMC-Rhumatologie-Orthopedie*) January 2004;1(1):64-93.
40. Poiraudeau S, Lefevre colau M-M , Fayad F , Rannou F, Revel M. *Lombalgies. EMC-Rhumatologie-Orthopédie*. juill 2004 ;1(4) :295-319
41. Poulain C , Kerneis S, Rozenberg S , Fautrel B , Bourgeois P, Foltz V. Long-term return to work after a functional restoration Program for chronic low pain patients : a prospective study. *Eur Spine J*. 2010 Jul;19(7):1153-61

42. Thomas KJ, MacPherson H, Ratcliffe J, Thorpe L, Brazier J, Campbell M, et al. Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain. *Health Technol Assess* 2005;9(32)
43. Valat J-P. Progrès en pathologie rachidienne : L'évolution de la prise en charge des lombalgies communes. *Revue du Rhumatisme* 2007;74(3) :73-78
44. 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
45. 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
46. Vogt F, Armstrong D, Marteau TM: General practitioners' perceptions of the effectiveness of medical interventions: an exploration of underlying constructs. *Implement Sci* 2010, 5:17
47. Waddell G. Low back pain : a twentieth century health care enigma. *Spine, December 1996*, vol. 21, n° 24 : p. 2820-2825
48. Waddell G. The back pain revolution (2nd Ed.).Edinburgh: Churchill Livingstone, 2005: XIII-465 p
49. Waddell G., Burton A.K., Main C.J. Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work: a conceptual and scientific review. London: *Royal Society of Medicine Press*, 2003: III-80 p
50. 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
51. Yvanes-Thomas M, Calmels P, Béthoux F, Richard A , Nayme P, Payre D, et al. Validity of the French-language version of the Quebec Back Pain Disability Scale in low back pain patients in France *Joint Bone Spine*, 69 (2002), pp. 397–405

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau maladie professionnelle n°97

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux exposant habituellement aux vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier : – par l'utilisation ou la conduite des engins et véhicules tout terrain : chargeuse, pelleteuse, chargeuse-pelleteuse, niveleuse, rouleau vibrant, camion tombereau, décapeuse, chariot élévateur, chargeuse sur pneus ou chenilleuse, bouteur, tracteur agricole ou forestier ; – par l'utilisation ou la conduite des engins et matériels industriels : chariot automoteur à conducteur porté, portique, pont roulant, grue de chantier, crible, concasseur, broyeur ; – par la conduite de tracteur routier et de camion.

Annexe 2 : tableau maladie professionnelle n°98

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués : – dans le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ; – dans le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ; – dans les mines et carrières ; – dans le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ; – dans le déménagement, les garde-meubles ; – dans les abattoirs et les entreprises d'équarrissage ; – dans le chargement et le déchargement en cours de fabrication, dans la livraison, y compris pour le compte d'autrui, le stockage et la répartition des produits industriels et alimentaires, agricoles et forestiers ; – dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux induisant la manutention de personnes ; – dans le cadre du brancardage et du transport des malades ; – dans les travaux funéraires.

Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes du Nord Pas de Calais

A noter : o = une réponse possible et ☐ = plusieurs réponses possibles

Votre âge : ans

Votre sexe : o Homme o Femme

Quel est votre lieu d'exercice principal ? o Rural o Semi rural o Urbain

Quel est votre mode d'exercice principal ? o Isolé o Association de médecins

Quel est le nombre d'années approximatif depuis votre installation ? Ans

Avez-vous des vacations hospitalières ?

o Oui o Non

Avez-vous des formations complémentaires ?

☐ DESC / CAPA / DU médecine du sport ☐ DU de la douleur ☐ Ostéopathie ☐ Mésothérapie

☐ Acupuncture ☐ Autres :.....

Participez-vous à une formation médicale continue ?

o Oui o Non

Quelle est la distance approximative en km, vous pouvez arrondir, de l'établissement de référence (centre de rééducation de Lille) ? Kms

Avez-vous la possibilité de contacter directement le service de rééducation de Lille ?

o Oui o Non

Avez-vous déjà envoyé un patient lombalgique chronique directement en consultation de rééducation dans le centre de Lille ?

o Oui o Non

Voyez-vous la prise en charge rééducative comme complémentaire des traitements instaurés en ville ?

o Oui o Non

→ TSVP

Parmi ces facteurs suivants, indiquez si ces situations vous influencent à envoyer un patient lombalgique chronique en consultation de rééducation de Lille :

		Vous dissuade fortement	Vous dissuade plutôt	N'influence pas	Vous incite plutôt	Vous incite fortement
HOPITAL SWYNGHEDAUW	Distance établissement >40km	0	0	0	0	0
	Réputation du centre	0	0	0	0	0
	Présence d'un centre plus proche	0	0	0	0	0
BLOCAGE/ECHEC THERAPEUTIQUE						
	Antalgiques palier 1 et 2	0	0	0	0	0
	Antalgiques palier 3	0	0	0	0	0
- Per Os	AINS	0	0	0	0	0
	Myorelaxants	0	0	0	0	0
	Antidépresseurs	0	0	0	0	0
- Local	Infiltrations corticoïdes	0	0	0	0	0
	Mésothérapie	0	0	0	0	0
- Autres	Repos au lit	0	0	0	0	0
	Kinésithérapie	0	0	0	0	0
	Contention lombaire	0	0	0	0	0
	Ostéopathie	0	0	0	0	0
	Homéopathie/acupuncture	0	0	0	0	0
	Balnéothérapie	0	0	0	0	0
PARCOURS DE SOINS						
	Suggestion du rhumatologue	0	0	0	0	0
	Suggestion du kinésithérapeute	0	0	0	0	0
	Absence d'indication chirurgicale	0	0	0	0	0
PATIENT						
	Demande du patient	0	0	0	0	0
	Âge du patient < 18ans	0	0	0	0	0
	18 a < âge < 65a	0	0	0	0	0
	> 65ans	0	0	0	0	0
	Antécédents rachidiens	0	0	0	0	0
	Douleurs > 3 mois	0	0	0	0	0
CONTEXTE PSYCHOSOCIAL						
	Patient actif	0	0	0	0	0
	Patient étudiant	0	0	0	0	0
	Patient retraité	0	0	0	0	0
	Patient au foyer	0	0	0	0	0
	Arrêt de travail < 4 semaines	0	0	0	0	0
	Arrêt de travail > 4 semaines	0	0	0	0	0
	Patient ayant une activité sportive	0	0	0	0	0
RETENTISSEMENT VIE QUOTIDIENNE						
	Peu gêné	0	0	0	0	0
	gêné	0	0	0	0	0
	Fortement gêné	0	0	0	0	0

AUTEUR : Nom : GROS-BERTHEAS

Prénom : Candice

Date de Soutenance : 29 septembre 2015

Titre de la Thèse : Facteurs influençant les médecins généralistes du Nord Pas de Calais à adresser les patients lombalgiques chroniques en consultation dans le centre de rééducation de Lille (Hôpital Swynghedauw).

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : médecine générale, rééducation

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : Lombalgie chronique, rééducation, médecin généraliste, consultation, orientation

Contexte : Environ 8% des patients lombalgiques se chronicisent. Le médecin généraliste (MG), par son rôle de coordinateur dans l'offre de soin, a un rôle majeur dans l'orientation des patients lombalgiques chroniques en consultation spécialisée. Le but de l'étude est de déterminer sur quels critères les MG du Nord Pas de Calais orientent le patient lombalgique chronique en consultation de rééducation à l'hôpital Swynghedauw de Lille.

Méthode : C'est une étude descriptive prospective monocentrique se déroulant de mars à mai 2015. 300 MG du Nord Pas de Calais ont été tirés au sort. Un questionnaire, réalisé avec l'aide du service de rééducation du CHRU de Lille, leur a été envoyé par voie postale avec relance téléphonique pour les non réponders. Les critères ont été analysés en uni et bi variés et un algorithme CART® a été élaboré grâce aux questionnaires à partir du logiciel R®.

Résultats : 118 questionnaires ont été exploités. 3 critères sont revenus significatifs et 1 tend à l'être en analyse bi variée : le fait d'être un médecin généraliste installé en moyenne depuis moins de 17 ans ($p=0.0321$) qui travaille en milieu urbain ou semi-rural ($p=0.0507$) ayant son cabinet à une distance < 33 km ($p=0.00105$) avec un accès connu par téléphone au centre de Swynghedauw ($p = 1.13e-07$) maximise la probabilité qu'il envoie des patients lombalgiques chroniques en consultation spécialisée de rééducation à Lille (hôpital Swynghedauw). Grâce à l'algorithme CART®, il est mis en évidence différentes caractéristiques pour les groupes de médecins adresseurs et non adresseurs en consultation. Les MG « non adresseurs » ont une durée d'activité et d'expérience longue, un exercice souvent rural, avec une non connaissance d'un accès téléphonique du service, et l'acquisition d'une formation complémentaire ou non, type médecine du sport et ou acupuncture. Les « adresseurs » ont comme caractéristiques un âge jeune, un milieu d'exercice urbain ou semi-rural, l'accès téléphonique et une distance du cabinet proche.

Conclusion : En se rapportant aux résultats de l'étude, pour optimiser le taux d'envoi des patients lombalgiques chroniques en consultation spécialisée à l'hôpital Swynghedauw, il convient de se concentrer dans un premier temps sur les médecins présents dans un secteur de 41 km autour du centre de rééducation de l'hôpital Swynghedauw, de leur fournir un ou plusieurs numéros et contacts téléphoniques et idéalement sur la tranche d'âge la moins représentée à savoir les 35-55 ans.

Composition du Jury :

Président : Pr A Thevenon

Assesseurs : Pr S Fantoni, Dr V Tiffreau, Dr V Wiczorek