

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies : Évaluation des  
pratiques par questionnaire auprès de 56 médecins généralistes des Hauts  
De France**

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2021 à 16h  
Au Pôle Formation  
**Par Clément TIRAN**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Bernard CORTET**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Annie SOBASZEK**

**Monsieur le Professeur Vincent TIFFREAU**

**Madame le Docteur Anne BERA LOUVILLE**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Guy VANDECANDELAERE**

---

## AVERTISSEMENT

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

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AE : *Accord d'expert*

CNAM : *Caisse Nationale d'Assurance Maladie*

FPS : *Facteurs PsychoSociaux de chronicisation des lombalgies*

IHME: *Institute for Health Metrics and Evaluation*

MSU : *Maitre de stage universitaire*

SNIRAM : *Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie*

YLD: *year lost due to disability*

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>A. Définitions.....</b>	<b>6</b>
<b>B. Épidémiologie descriptive.....</b>	<b>7</b>
1. En population générale.....	7
2. En soins premiers .....	9
3. En milieu professionnel.....	9
<b>C. Coûts .....</b>	<b>11</b>
<b>D. Facteurs psychosociaux de passage à la chronicité ou drapeaux jaunes.....</b>	<b>13</b>
a) Contexte émotionnel .....	14
b) Attitudes et représentations inappropriées / peurs croyances et attitudes d'évitement.....	15
c) Problèmes liés au travail .....	15
<b>E. Recommandations de bonnes pratiques .....</b>	<b>16</b>
<b>II. MATÉRIELS ET MÉTHODES .....</b>	<b>18</b>
<b>A. Type d'étude .....</b>	<b>18</b>
<b>B. Population.....</b>	<b>18</b>
<b>C. Élaboration du questionnaire.....</b>	<b>19</b>
<b>D. Mode de diffusion .....</b>	<b>20</b>
<b>E. Objectifs principal et secondaire .....</b>	<b>20</b>
<b>F. Critère de jugement principal.....</b>	<b>21</b>
<b>G. Critères de jugement secondaires .....</b>	<b>22</b>
1. Pour la partie « connaissance des facteurs psychosociaux ».....	22
2. Analyses bi variées.....	22
<b>H. Analyses statistiques .....</b>	<b>22</b>
<b>III. RESULTATS.....</b>	<b>23</b>
<b>A. Analyses descriptives .....</b>	<b>23</b>
1. Population étudiée .....	23
a) Age et sexe .....	23
b) Maîtrise de stage .....	24
c) Mode d'exercice .....	24
d) Formation des médecins interrogés.....	25
e) Fréquences des consultations pour lombalgie communes (par semaine).....	26
2. Connaissance des <i>Yellow flags</i> ( <i>facteurs de chronicisation des lombalgies</i> ).....	26
a) Réponses à la question : connaissez-vous les facteurs de chronicisation des lombalgies ? .....	26
b) Notes et moyennes obtenues à la question N° 8.....	26
c) Réponses à la question : Parmi cette liste d'item, quels sont, selon vous, les principaux facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies ? .....	27
d) Réponses à la question : Connaissez-vous des outils permettant l'évaluation des facteurs psychosociaux ? .....	28
3. Évaluation précoce des Yellow flags en consultation .....	28
4. Connaissance des recommandations HAS .....	30
<b>B. Analyses Bi variées .....</b>	<b>30</b>
1. Connaissance des facteurs psychosociaux.....	30
2. Évaluation des facteurs de risque psychosociaux.....	31
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>32</b>
<b>A. Limites et biais.....</b>	<b>32</b>

<b>B.</b>	<b>Analyses et résultats .....</b>	<b>33</b>
1.	Concernant la population étudiée :.....	33
2.	Formation pouvant être en rapport avec la lombalgie.....	34
3.	Fréquence de consultation :.....	34
4.	Connaissance des Yellow flags :.....	34
5.	Évaluation précoce des FPS :.....	37
6.	Évaluation de la prise en compte des FPS au stade précoce : critère de jugement principal .....	38
7.	Connaissance des dernières recommandations HAS.....	40
8.	Analyse bi variée.....	41
	a) Concernant les notes obtenues à la question : « Selon vous, parmi cette liste d'items, les quels sont les principaux FPS de chronicisation des lombalgies commune ? » .....	41
	b) Concernant l'évaluation des FPS de chronicisation à un stade précoce.....	41
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>43</b>
<b>VI.</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>44</b>
<b>VII.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>47</b>
<b>A.</b>	<b>Annexe I : Présentation de l'étude et questionnaire .....</b>	<b>47</b>
1.	Présentation.....	47
2.	Questionnaire.....	47
<b>B.</b>	<b>Annexe II : Déclaration de conformité.....</b>	<b>51</b>
<b>VIII.</b>	<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>51</b>

# I. INTRODUCTION

---

## A. Définitions

La lombalgie est définie par une douleur ou un inconfort se situant entre le pli fessier et la douzième vertèbre thoracique.

Selon les définitions, elle peut s'accompagner d'une irradiation dans la fesse, la crête iliaque ou encore la cuisse et peut exceptionnellement intéresser le genou (AE)(1).

Plusieurs définitions sont importantes à retenir (2,3) :

- La lombalgie dite « *commune* », qui n'est pas secondaire à une pathologie spécifique et ne s'accompagne pas de signes de compression neurologique (syndrome de la queue de cheval ou syndrome radiculaire).
- La lombalgie *aigüe* se caractérise par une évolution inférieure à 6 semaines
- La lombalgie *subaiguë* évolue depuis 6 à 12 semaines
- La lombalgie *chronique* évolue quant à elle depuis plus de 12 semaines

La lombalgie commune n'est pas une maladie, c'est un symptôme qui peut trouver son origine dans les structures rachidiennes et/ou péri-rachidiennes. La cause est dans la plupart des cas inconnue et on ne retrouve pas d'anomalie identifiable à l'examen clinique, radiologique ou biologique expliquant les douleurs.

Elle s'oppose aux lombalgies secondaires (*ou spécifiques*) qui représentent le principal enjeu du diagnostic.

Elles sont plus rares, environ 2% des motifs de consultations pour lombalgie en médecine générale (4) et potentiellement plus graves.

On retrouve parmi les lombalgies secondaires (5) :

- Les spondylarthropathies
- Les causes infectieuses comme la spondylodiscite
- Les causes fracturaires (traumatisme, ostéoporose ...)
- Les causes tumorales (tumeur primitive, myélome, métastase)
- La maladie de Paget
- Les tumeurs intrarachidiennes (épendymome, neurinome, méningiome)

Le terme « *lombalgie commune* » regroupe l'ensemble des lombalgies qui ne sont pas témoins d'une lésion infectieuse, tumorale, inflammatoire ou traumatique.

C'est une pathologie bénigne mais pourvoyeuse d'handicap physique, social et professionnel.

La majorité des lombalgies aiguës évoluent favorablement. On estime que 60 à 70% des lombalgies aiguës guérissent en 4 à 6 semaines et 80 à 90% en douze semaines (6).

Le passage à la chronicité concerne environ 10% des patients atteints de lombalgie (7).

## *B. Épidémiologie descriptive*

Près d'une personne sur quatre dans le monde souffre de lombalgie chaque mois (8) et on estime que quatre personnes sur cinq souffriront d'un mal de dos au cours de leur vie (2).

### 1. En population générale

Dans son analyse annuelle de 2017, l'IHME (9) (*Institute for Health Metrics and Evaluation*) classe la lombalgie au premier rang Mondial des causes d'années de vie vécues en situation de handicap, et ce, depuis 1997.

À titre comparatif, la dépression, le diabète et ou la BPCO occupent respectivement les 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> rangs.

Les données internationales sont difficilement interprétables du fait des différences de systèmes de santé et d'indemnisation. La prévalence indexée sur la richesse du pays où elle est mesurée est de 32,9% ( $\pm 19,0$ ) dans les pays riches contre 16,7% ( $\pm 16,7$ ) dans les pays plus pauvres où les maladies transmissibles et accidentelles ont une place plus conséquente (8).

La lombalgie touche toutes les tranches d'âge. Elle reste rare lors de la première décennie. Environ 40% des 9-18 ans déclarent au moins un épisode de lombalgie et 9 adultes sur 10 vont en déclarer un à un moment de leur vie et plus fréquemment entre 40 et 55 ans (10).

Le rapport *charges et produits* de la CNAM pour l'année 2017 reprend une extraction de données de 2013 du *Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie* (SNIIRAM) et donne des informations supplémentaires sur la situation en France (11).

Le codage de la lombalgie n'étant pas réalisé par le médecin conseil, il s'agit d'une extrapolation d'actes de radiologie lombaire, sans rapport avec un acte chirurgical ou une pathologie grave, permettant de détecter un arrêt de travail dans l'année précédant ou suivant la radiographie. Il s'agit d'une mesure sous-estimée puisque tous les patients

atteints de lombalgies ne passent pas d'examens ou même, ne consultent pas leur médecin.

2,6 millions de radiographies sont réalisées et on peut estimer la prévalence à un peu moins de 10% de la population active (sur 28,6 millions en 2014) (11).

Cette estimation, pour la population active, semble corroborée par les données de l'IHME qui est de 13,8% pour la population générale en 2013.

## 2. En soins premiers

La lombalgie, au sens « *épisode de douleur lombaire* » se place au 2<sup>e</sup> rang des motifs de consultation en médecine générale pour les phases *aigues* et au 8<sup>e</sup> rang pour les phases *chroniques* (12).

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans le parcours de soin du patient lombalgique. (11), Il aura reçu durant le premier mois d'évolution, plus de 85% des patients en arrêt plus de 6 mois.

Le recours aux médecins spécialistes (MPR, chirurgien, Rhumatologue) reste faible (29% à 1 mois et 36% à 6 mois) pour les patients en arrêt plus de 6 mois, et 15% entre le 1<sup>er</sup> et le 6<sup>e</sup> mois pour les patients en arrêt moins de six mois (11).

## 3. En milieu professionnel

Malgré les politiques d'amélioration de sécurité et de la santé au travail, on constate que les contraintes physiques liées au travail n'ont pas disparu sur les vingt dernières années (13).

Un tiers des travailleurs interrogés portent des charges lourdes au moins  $\frac{1}{4}$  de leur temps et les travailleurs manuels ne sont pas les seuls exposés. Quarante-six pourcent des travailleurs font état de postures fatigantes et de douleur au travail pendant au moins  $\frac{1}{4}$  du temps.

La répartition homme-femme est équilibrée avec 48% et 45% (13).

Concernant les contraintes physiques, homme et femme rapportent des niveaux d'exposition différents probablement dus à la ségrégation professionnelle. 42% des hommes portent des charges lourdes contre 24% des femmes. À l'inverse, 13% des femmes portent ou déplacent des personnes dans leur travail contre 5% des hommes (13).

Plus de 2 salariés sur 3 ont eu, ont ou auront un épisode de lombalgie(14).

En France, 20% des accidents du travail sont liés à une lombalgie et dans la moitié des cas ils sont consécutifs à un port de charge (14).

En 2017, le rapport de la CNAMTS fait état de 341 000 arrêts de travail de moins de 6 mois (10 millions de journées, 73% d'AM et 23% D'AT/MP) et 6700 arrêts de travail de plus de 6 mois (3 millions de journées , 67% d'AM et 33% d'AT/MP) (11).

Toutes les professions sont touchées par la lombalgie mais le nombre et la durée des arrêts de travail sont plus importants dans la population des travailleurs exposés (manutention, travailleurs de force, conducteurs d'engins...).

La lombalgie est la première cause d'années de vie vécue en situation de handicap (*YLD : year lost due to disability*). On estime que 926 465 années de vie sans incapacité ont été perdues (7). À titre comparatif, l'arthrose et le diabète représentent respectivement 160 000 et 340 000 années perdues.

### C. Coûts

On considère que 10% des lombalgies deviennent chroniques mais elles représentent 90% des couts liés aux lombalgies (7).

Les dépenses liées aux soins (traitement médicamenteux, kinésithérapie, actes radio diagnostique ou chirurgicaux), ou « *coûts directs* » ne représentent qu'une part peu significative contrairement aux *coûts indirects* représentés par les indemnités journalières versées pour arrêt maladie, accident de travail / maladie professionnelle (7) ou encore la perte de productivité des entreprises.

Une étude a estimé les coûts directs liés à la lombalgie chronique en France (12). Le coût total moyen par patient est estimé à 1430€ par an avec la répartition suivante :

- 22,9% en soins de kinésithérapie
- 19,5% en traitements médicamenteux
- 17,4% en frais d'hospitalisation
- 12,5% en honoraires de consultation de médecine générale
- 9,6% en examens complémentaires
- 18,1% en divers « soins non médicaux » de type adaptation de l'habitat, les ceintures lombaires standard et sur-mesure et les corsets sur mesure

Le rapport charges et produits pour l'année 2017 fait état, sur 2 années, de dépenses à hauteur de 351 millions d'euros pour les arrêts de moins de 6 mois (10 millions de journée, 73% d'AM et 23% d'AT/MP) et 110 millions d'euros pour les arrêts de plus de 6 mois (3 millions de journées, 67% d'AM et 33% d'AT/MP) (11).

Les arrêts de plus de 6 mois restent rares mais représentent environ 24% des indemnités journalières versées.

La durée moyenne d'un arrêt due à une maladie professionnelle est d'un an et coûte environ 44 000€ (7). Pour la branche AT/MP, la lombalgie en lien avec le travail représente un coût de 1 milliard d'euros (14).

La lombalgie pose également problème dans la sphère de l'entreprise.

Un salarié atteint de lombalgie et devant s'absenter de son poste entraîne des dépenses en termes de perte de productivité, de maintien partiel du salaire et du travail non réalisé.

De longue date, les économistes de la santé se sont penchés sur la question de la perte de productivité des entreprises en lien avec les maladies. La *méthode du capital humain* (15), utilisée depuis les années 60 consiste à multiplier le nombre d'heures de travail perdues par le salaire brut augmenté des cotisations sociales de l'employeur. Cette méthode tend à être remplacée car elle estime des pertes potentielles sans tenir compte que l'employé puisse être remplacé.

La *méthode des coûts de friction*(16) tente de pallier à cette surestimation en tenant compte du temps nécessaire pour remplacer le salarié et retrouver le niveau de productivité initial. Elle tient également compte des éventuels coûts de formation et de recrutement, appelés *coûts de friction*.

Une étude néerlandaise récente a tenté d'estimer le coût global annuel du patient lombalgique (couts directs et couts indirects) en comparant ces deux méthodes. (17) Le coût global annuel était de 7 911€ (51% de frais médicaux et 49% de « coûts sociétaux ») avec la méthode des couts de friction. La méthode du capital estime un coût global annuel de 18 940€ (22% de frais médicaux et 78% de frais sociétaux). Les résultats de ces estimations sont radicalement différents et montrent à quel point il est difficile d'estimer les coûts pour les entreprises.

#### D. Facteurs psychosociaux de passage à la chronicité ou drapeaux jaunes

Un grand nombre de facteurs d'évolution défavorable des lombalgies ont été mis en évidence. Ils sont cliniques, biomécaniques et psychosociaux.

Les facteurs psychosociaux semblent jouer un rôle prépondérant dans le processus de chronicisation des lombalgies (18–20).

Bien que connus depuis de nombreuses années (21), ces facteurs font l'objet d'une attention croissante depuis l'apparition du modèle *biopsychosocial* et de *l'approche centrée sur le patient*.

En 1997, *Kendall et al* (22) présentent un guide de prise en charge du patient lombalgique qui fait référence aux « *Yellow flags* » et propose une évaluation précoce des patients afin d'adapter au mieux la prise en charge et limiter le passage à la chronicité.

Quand la douleur s'engage dans la voie de la chronicisation, l'aspect somatique semble laisser place à des variables d'ordre psychologique et social. L'interprétation et la compréhension du symptôme viennent moduler l'expérience douloureuse qui peut être

associée à des réactions émotionnelles, d'anxiété, de détresse ou de dépression et donner lieu à des comportements douloureux (23). Ces derniers vont à leur tour influencer les activités quotidiennes du patient aussi bien dans le cadre privé, professionnel ou social. L'environnement social/familial peut moduler de façon positive ou négative sur l'expression des symptômes et de leurs conséquences (23).

#### a) Contexte émotionnel

Détresse émotionnelle et somatisation sont associées à un risque accru de chronicisation des lombalgies (23). Des pensées catastrophistes peuvent accompagner l'expérience douloureuse, des représentations et attentes pessimistes à propos de soi-même, des autres et du futur. Ces pensées catastrophistes peuvent donner lieu à un sentiment d'impuissance quant à ses capacités à faire face aux événements (stratégie de *coping*) (23).

Les troubles de l'humeur, en particulier l'anxiété et la dépression tiennent une place importante dans la chronicisation de la douleur.

La dépression est le facteur le plus souvent associé aux plaintes douloureuses chroniques quelle que soit la cause (23).

La direction de l'association douleur chronique – dépression est sujette à controverse.

Pour certains, la dépression est la cause principale, elle précède la douleur et pour d'autre, elle est conséquence de la douleur chronique (23). Face à ces opinions divergentes, il semble raisonnable de rationaliser le contexte et l'évolution de la douleur afin de ne pas méconnaître un état dépressif sous-jacent.

Le mauvais statut psychologique global, la dépression, la mauvaise capacité à « faire avec » (*coping*) et le statut social non satisfaisant sont identifiés comme facteurs de risque de chronicisation de la lombalgie (24).

*b) Attitudes et représentations inappropriées / peurs croyances et attitudes d'évitement*

Les PCAE (peurs, croyances et attitudes d'évitement) sont des émotions et phénomènes cognitifs traduisant des préoccupations et peurs sur le fait que l'activité physique puisse être délétère pour le rachis (25).

Des études de cohorte ont montré que des PCAE existent dans la population générale, même non exposée aux lombalgies (26). Le niveau de PCAE est élevé dans une partie de la population. Il a été démontré que ces derniers ont un risque plus élevé de retard de guérison après lombalgie aiguë, plus d'absentéisme et ont un plus fort risque d'entrer dans la phase chronique handicapante (25). Les scores de PCAE élevés sont de forts prédicteurs d'une incapacité de travail à long terme.

Des scores de PCAE ont été mesurés chez des professionnels de santé et ont des conséquences directes sur l'évolution de leur patients (27).

On observe une diminution des scores de PCAE chez les patients traités par des professionnels aux scores de PCAE bas. Ceci est également corrélé à l'amélioration de leur incapacité fonctionnelle.

Les représentations des patients à propos de leurs douleurs et leurs attentes en termes d'investigation et de traitement jouent un rôle important, tout comme les comportements d'évitement de l'activité par peur que le mouvement n'engendre une nouvelle blessure.

*c) Problèmes liés au travail*

Une revue de littérature basée sur 54 articles de bonne qualité méthodologique fait état de facteurs de récurrence, de passage à la chronicité et de non-retour au travail. (24)

Parmi ces facteurs, l'insatisfaction au travail est reconnue comme facteur de passage à la chronicité avec un fort niveau de preuve. Viennent ensuite, avec un niveau de preuve intermédiaire, l'absence de poste aménagé, la faible qualification professionnelle et l'inadéquation du salaire.

On remarque que l'avis global du médecin influence le passage à la chronicité avec un niveau de preuve intermédiaire.

## E. Recommandations de bonnes pratiques

En 2018, une revue de littérature publiée dans l'*European spine journal* (28) fait état des recommandations sur la prise en charge des lombalgies en médecine générale.

Quinze guides édités dans différents pays entre 2008 et 2017 ont été analysés. Outre l'examen clinique, la recherche de « *Red flags* » et les tests neurologiques, 12 des 15 guides préconisent une évaluation précoce des facteurs psychosociaux afin d'identifier les patients présentant un pronostic d'évolution défavorable.

Sur ces 12 guides, 7 estiment que le moment opportun pour cette évaluation est la première ou deuxième consultation (28) (23).

Pour la première fois en mars 2019 apparaît la notion de « *Yellow Flags* » dans les recommandations de l'HAS (29). « *La recherche précoce des facteurs psychosociaux (cf. « Drapeaux jaunes ») est recommandée, afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité et d'établir une prise en charge adaptée au risque. (Grade B).*

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

*Des outils d'évaluation comme le questionnaire composite Start Back Screening Tool et la question courte du questionnaire Örebro peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chronicité (GRADE B). D'autres questionnaires plus spécifiques tels que le FABQ (évaluant les peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie) ou l'HAD (évaluant le niveau d'anxiété et de dépression) peuvent être utilisés (AE). »*

Les outils d'évaluation et de dépistage sont disponibles le site [sectionrachis.fr](http://sectionrachis.fr) (30).

La « *fiche mémo* » reprend de façon synthétique les différents Yellow flags (29).

**DRAPEAUX JAUNES**

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

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

Figure 1 : Facteurs psychosociaux de passage à la chronicité - HAS 2019

La signification à donner à la présence de l'un ou l'autre de ces facteurs est relative, mais lorsque plusieurs s'additionnent, les signes d'alerte peuvent devenir signal d'alarme quant au risque d'une chronicisation (2).

Malgré un nombre important de publications concernant les facteurs de chronicisation des lombalgies, peu d'études s'intéressent au dépistage de ces facteurs en soins premiers.

Peu de patients atteignent le stade de lombalgie chronique mais les conséquences en termes de santé et d'impact économique sont lourdes.

L'enjeu de la prise en charge de la lombalgie semble de repérer, au stade précoce, les patients présentant un risque accru de passage à la chronicité.

## II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

---

### A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle par questionnaire auto administré sur la période du 25 mai 2020 au 25 aout 2020.

### B. Population

Nous avons interrogé par mail des médecins généralistes exerçants dans les Hauts de France.

Le critère d'inclusion était le consentement à remplir le questionnaire.

Un lien vers le questionnaire a été envoyé avec une page de présentation du sujet et les modalités de traitement des données personnelles. Le questionnaire était accessible après avoir exprimé son consentement en cochant la case prévue à cet effet.

Le critère de non inclusion était l'absence consentement à participer à l'étude.

## C. Élaboration du questionnaire

Nous avons établi un questionnaire anonyme (*Annexe I*) via la plateforme *Limesurvey* mise à disposition par la Faculté de Lille 2.

Il se compose de la manière suivante :

- La première partie établit un profil du répondant, à savoir l'âge, le sexe, le mode d'exercice, la formation et le nombre de consultations hebdomadaires pour lombalgie.
- La seconde partie s'intéresse à la connaissance des Drapeaux jaunes et de la mise à jour des recommandations de l'HAS.
- La troisième partie évalue la prise en compte de ces facteurs de chronicisation lors de la première consultation pour lombalgie.
- Enfin, les deux dernières questions s'intéressent à la connaissance de la mise à jour des recommandations HAS

Par soucis de lisibilité et de compréhension, le questionnaire a été soumis à deux médecins généralistes avant diffusion afin de tester le questionnaire en ligne et retravailler les questions non claires.

Le questionnaire a été présenté au délégué à la protection des données de l'Université de Lille, une déclaration de conformité au numéro 2019-168 a été obtenue le 18 mai 2020 (*Annexe II*) et le questionnaire diffusé en conformité avec la loi informatique et libertés.

## D. Mode de diffusion

Un lien vers le questionnaire a été créé et diffusé par mail aux médecins.

Une liste (fournie par la faculté) d'adresse mail de MSU ayant donné leur accord pour répondre à des enquêtes a été utilisée pour la diffusion.

Des adresses mail de médecins généralistes ont été récoltées via des groupements de médecins ou maisons de santé pluri disciplinaires après les avoir contactés par téléphone et après avoir reçu leur accord oral pour envoi.

Ce lien a également été mis à disposition sur le site du Conseil de l'ordre des médecins du Nord dans l'onglet « thèse ».

## E. Objectifs principal et secondaire

L'objectif principal de cette enquête était d'évaluer la prise en compte des facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies à un stade précoce par les médecins généralistes des Hauts de France.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la connaissance de ces facteurs psychosociaux, la connaissance de la mise à jour des recommandations de l'HAS et également de savoir si les données démographiques pouvaient influencer sur ces données.

## F. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la **fréquence de recherche** des facteurs psychosociaux au stade précoce (première consultation).

Pour cela, six questions fermées ont été posées aux médecins, avec des réponses sous forme d'*échelles de Likert* à quatre propositions (*jamais / occasionnellement / souvent / systématiquement*).

L'échelle à quatre propositions a été choisie pour induire un positionnement du répondant et éviter les réponses neutres.

Une première question évalue si le médecin prend en compte le risque de chronicisation dès la première consultation pour lombalgie.

Les six questions suivantes reprennent un à un les *Yellow flags* de la liste HAS et évaluent si le médecin recherche ces facteurs psychosociaux lors de cette première consultation pour lombalgie.

Les réponses ont été rassemblées en deux catégories. « *Jamais* » et « *occasionnellement* » sont classées dans la catégorie « **ne prenant pas en compte** » (ou *FPS-*) alors que les réponses « *souvent* » et « *systématiquement* » sont classées dans la catégorie « **prenant en compte** » ou (*FPS+*).

Nous avons choisi de retenir que l'évaluation initiale était « satisfaisante » lorsqu'elle comporte la **recherche de 4 des 6 items proposés**. La recherche de 3 ou moins sera considérée comme perfectible.

## G. Critères de jugement secondaires

### 1. Pour la partie « connaissance des facteurs psychosociaux ».

Pour la question, « *Parmi cette liste d'items, quels sont, selon vous, les principaux facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies communes ?* »

Dix items ont été choisis pour cette question. 5 réponses erronées ont été volontairement introduites

Chaque bonne réponse compte pour 1 point et on obtient une note sur 10. Une réponse fausse ne fait pas perdre de point.

Une note moyenne est calculée pour l'ensemble de la population étudiée. Une comparaison de moyenne est réalisée dans différents sous-groupes.

### 2. Analyses bi variées

Des analyses bi variées sont réalisées afin de mettre en évidence d'éventuels liens entre les données démographiques, connaissances des FPS et leur évaluation au stade précoce.

## H. Analyses statistiques

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel en ligne *p value* et *BiostaTGV*. Les données descriptives de la population étudiée ont été extraites directement via l'application *statistiques* de *Limesurvey*.

Les variables quantitatives étaient exprimées par leurs moyennes et écart types.

Les variables qualitatives étaient exprimées par leur pourcentage ou leur fréquence.

Les moyennes étaient comparées entre elles par un test de Student si les conditions d'application étaient vérifiées ou par un test U de Mann Whitney dans le cas contraire.

Le test non paramétrique de Kruskal Wallis était utilisé pour les comparaisons de plus de deux moyennes.

Les comparaisons de pourcentage étaient effectuées par un test du  $\chi^2$ , à défaut un test exact de Fischer quand les conditions d'application n'étaient pas respectées.

Le seuil de significativité pour l'ensemble des tests était fixé à 5%.

### III. RESULTATS

---

Le recueil des questionnaires a permis d'obtenir soixante-deux réponses dont cinquante-six réponses complètes.

Seules les réponses complètes ont été analysées.

#### A. Analyses descriptives

##### 1. Population étudiée

###### a) *Age et sexe*

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, trente-quatre étaient des hommes, soit 60,71% et vingt-deux des femmes (39,29%).

La tranche d'âge la plus représentée est « 55 – 64 ans » avec 22 réponses soit 39,29%.

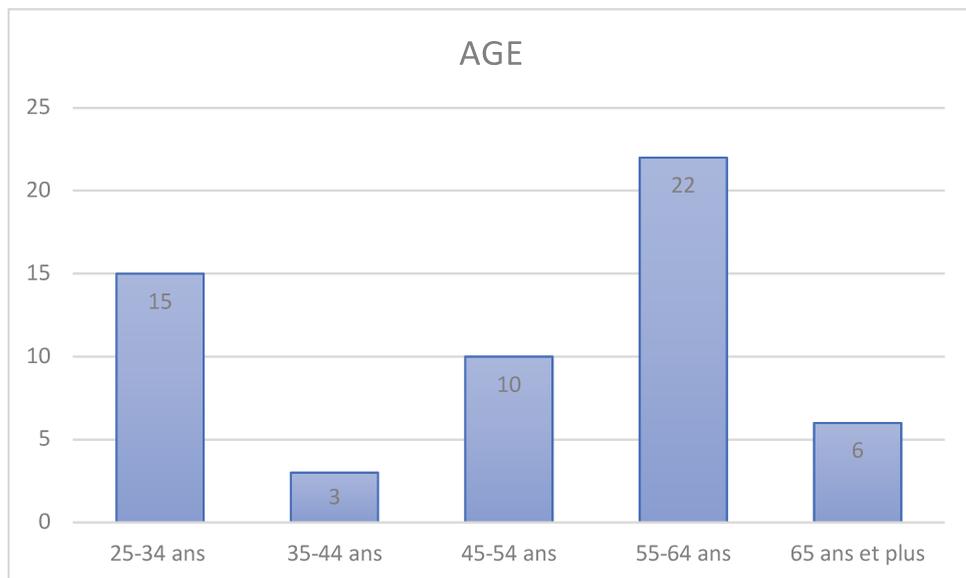


Figure 2 : Répartition des tranches d'âge des répondants

*b) Maitrise de stage*

Parmi les 56 médecins interrogés, 36 (64,29%) sont maîtres de stage universitaire.

*c) Mode d'exercice*

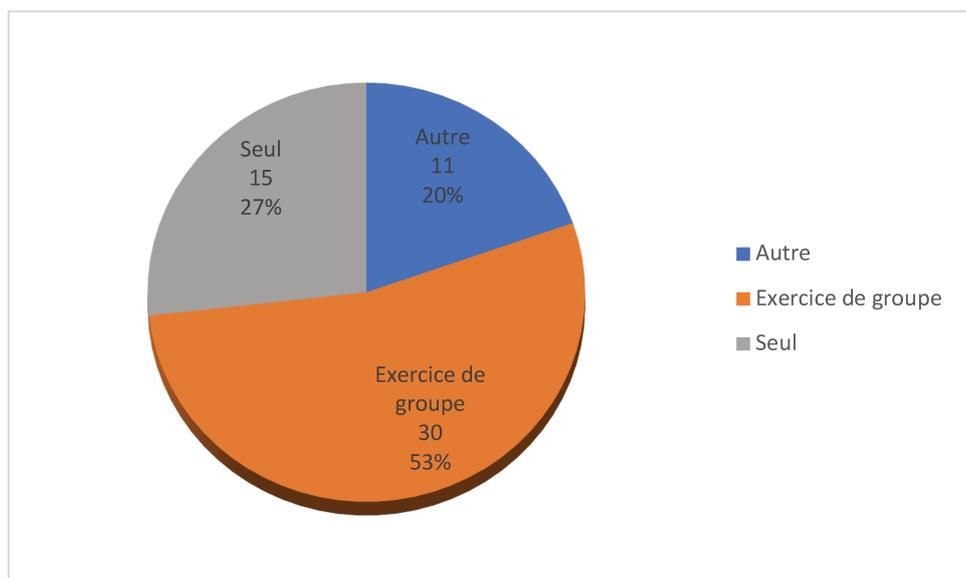


Figure 3 : Répartition de la population selon le mode d'exercice

La catégorie *Autre* compte 9 médecins remplaçants, un praticien hospitalier et un médecin salarié sans avoir de précision pour ces deux derniers.

d) *Formation des médecins interrogés*

Parmi les items proposés à cette question, on retrouve :

- 42 médecins n'ont suivi aucune formation pouvant être en rapport avec les lombalgies (75%)
- Parmi les médecins ayant suivi une formation, on retrouve :
  - 3 médecins formés en ostéopathie (5,36%)
  - 2 médecins formés en médecine du sport (3,57%)
  - 6 médecins formés en gestion de la douleur (10,71%)
  - 9 médecins ont suivi une formation « *Autre* » (16,07%)
    - 2 en mésothérapie
    - 1 en homéopathie
    - 1 en acupuncture
    - 1 en *stress et anxiété*
    - 1 en médecine d'urgence
    - 1 en podologie
    - 1 FFESSM (Fédération Française d'études et de sports sous-marins)

e) *Fréquences des consultations pour lombalgie communes (par semaine)*

La fréquence hebdomadaire des consultations pour lombalgies communes se répartit de la façon suivante :

- 4 médecins affirment recevoir en moyenne 0 à 2 patients par semaine (7,14%).
- 33 médecins reçoivent 2 à 5 patients par semaine (58,93%)
- 19 affirment recevoir 5 ou plus patients pour lombalgie commune (33,53%)

2. *Connaissance des Yellow flags (facteurs de chronicisation des lombalgies)*

a) *Réponses à la question : connaissez-vous les facteurs de chronicisation des lombalgies ?*

43 médecins ont affirmé connaître les *Yellow flags*, soit 76,78%.

13 Médecins ont affirmé ne pas les connaître soit 23,22%.

b) *Notes et moyennes obtenues à la question N° 8*

La question n°8 reprend 10 items concernant les « *Yellow flags* ». Cinq d'entre eux correspondent à des *yellow flags*, les cinq autres n'en sont pas. Une note sur 10 est obtenue à la fin de la réponse. Un point est attribué à chaque bonne réponse.

La **note minimale** est **3**, la **note maximale** **9 sur 10**.

La note moyenne est de **6,9107** sur 10 avec un écart type de 1,365.

La médiane est 7 et le mode également.

La note moyenne pour les femmes est de 6,823 et 7,045 pour les hommes.

c) Réponses à la question : Parmi cette liste d'item, quels sont, selon vous, les principaux facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies ?

<b>Items {réponse attendue}</b>	<b>Réponses correctes (%)</b>	<b>Réponses fausses (%)</b>
<i>Anxiété et stress {oui}</i>	<b>55 (98,2%)</b>	1 (1,8%)
<i>Milieu social élevé {non}</i>	<b>55 (98,2%)</b>	1 (1,8%)
<i>Difficultés au travail {oui}</i>	<b>55 (98,2%)</b>	1 (1,8%)
<i>Nombreux enfants {non}</i>	44 (78,6%)	12 (21,4%)
<i>Pression familiale {non}</i>	43 (76,8%)	13 (23,2%)
<i>Accès aux soins restreint {non}</i>	38 (67,8%)	18 (32,2%)
<i>Milieu social défavorisé {non}</i>	33 (58,9%)	23 (41,1%)
<i>Comportement douloureux inapproprié {oui}</i>	32 (57,1%)	24 (42,9%)
<i>Représentations erronées de la maladie {oui}</i>	30 (53,6%)	26 (46,4%)
<i>Asociabilité {oui}</i>	6 (10%)	50 (90%)

Tableau 1 : Nombres et taux de bonne ou mauvaise réponse à la question n°8

d) Réponses à la question : Connaissez-vous des outils permettant l'évaluation des facteurs psychosociaux ?

3 médecins sur 56 interrogés avaient connaissance d'outils d'évaluation des facteurs de risque psycho sociaux soit 5,3%.

Une précision était à apporter en cas de positivité. Parmi les trois réponses positives, on retrouve :

- « *Le questionnaire Orebro* »
- « *Connaissance des patients et de leur environnement* »
- « *Santé au travail outil RPS* »

### 3. Évaluation précoce des Yellow flags en consultation

À la question « *Lors d'une consultation pour un premier épisode de lombalgie commune, vous posez vous la question du risque de chronicisation des douleurs ?* » :

- 7 ont répondu *Systématiquement* (12,5%)
- 23 ont répondu *Souvent* (41%)
- 21 ont répondu *Occasionnellement* (37,5%)
- 5 ont répondu *Jamais* (9%)

26 médecins ont répondu « *jamais ou occasionnellement* » soit 46,4% d'entre eux et 30 ont répondu « *systématiquement ou souvent* » soit 53,6%. Plus de la moitié se posent la question de la chronicisation de la lombalgie dès la première question.

Concernant l'évaluation des *Yellow flags* lors de la première consultation pour lombalgie commune :

Intitulé de la question	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Systématiquement	FPS-/ FPS+
Évaluez-vous le contexte émotionnel .... ?	0	14	24	18	14 (25%) / <b>42 (75%)</b>
Interrogez-vous les patients sur leur représentation de la maladie ?	12	23	19	2	35(62,6%) / <b>21(37,5%)</b>
Recherchez-vous des comportements inappropriés qui peuvent découler de ces représentations erronées ?	1	17	31	7	18 (32%) / <b>38 (68%)</b>
Prise en compte du degré d'implication du patient	0	11	34	11	11 (19%) / <b>45 (81%)</b>
Interrogez-vous les patients sur leurs conditions de travail ?	0	2	23	31	2 (4%) / <b>54 (96%)</b>
Recherchez-vous une insatisfaction au travail ?	4	13	27	12	17 (30%) / <b>39 (70%)</b>

Tableau 2 : Fréquence de recherche des facteurs psychosociaux

Comme énoncé dans la partie « méthodes », deux catégories de réponse ont été créées.

« *FPS+* » pour les médecins recherchant au moins 4 facteurs psychosociaux et « *FPS-* » pour les médecins recherchant moins de 4 facteurs psychosociaux.

Pour rappel, on considère « *FPS+* » comme évaluation satisfaisante et « *FPS-* » comme évaluation à améliorer.

Sur les 56 médecins interrogés, **39 soit 70%** recherchent de façon satisfaisante les facteurs psychosociaux lors de la première consultation. Pour les 17 médecins restants, soit 30%, l'évaluation des facteurs psychosociaux au stade précoce reste à améliorer.

1 FPS	2 FPS	3 FPS	4 FPS	5 FPS	6 FPS
4	2	11	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

Tableau 3 : Fréquence de recherche des facteurs psychosociaux

14 médecins sur 56 déclarent rechercher les 6 facteurs psychosociaux étudiés.

#### 4. Connaissance des recommandations HAS

Sur les 56 médecins interrogés, 20 étaient au courant de la mise à jour récente des recommandations de l'HAS soit 36%.

### B. Analyses Bi variées

#### 1. Connaissance des facteurs psychosociaux

VARIABLES		Moyenne ± écart type	Significativité
SEXE	Homme (n=34)	6,82 ± 1,45	p=0,65
	Femme (n = 22)	7,05 ± 1,25	
AGE	25-34 ans (n=15)	7,07 ± 1,16	p=0,11
	35-44 ans (n=3)	5,67 ± 0,577	
	45-54 ans (n=10)	6,30 ± 1,57	
	55-64 ans (n=22)	7,27 ± 1,45	
	>65 ans (n=6)	6,83 ± 0,983	
MSU	Oui (n=36)	6,91 ± 1,48	p=0,79
	Non (n=20)	6,90 ± 1,16	
Mode d'exercice	Groupe (n=30)	6,87 ± 1,57	p=0,43
	Seul (n=15)	6,67 ± 1,18	
	Autres (n=11)	7,36 ± 0,924	
Formation	Oui (n=14)	6,64 ± 1,45	p=0,33
	Non (n=42)	7,00 ± 1,34	
Fréquence de consultation hebdomadaire	0 à 2 (n=4)	7,75 ± 0,55	p=0,30
	2 à 5 (n=33)	6,79 ± 1,32	
	Plus de 5 (n=19)	6,95 ± 1,54	

Tableau 4 : Analyses bi variées concernant la note obtenue à la question « selon vous, parmi cette liste, les quels sont des FPS ? »

## 2. Évaluation des facteurs de risque psychosociaux

VARIABLES		FPS + (n=39)	FPS - (n=17)	Significativité
Sexe	Homme (n=34)	25 (64%)	9 (53%)	p=0,43
	Femme (n=22)	14 (36%)	8 (47%)	
Age	<b>55 – 64 ans (n=22)</b>	<b>18 (46%)</b>	4 (24%)	<b>p&lt;0,001</b>
	25 – 34 ans (n=15)	4 (10%)	11 (65%)	
	45 – 54 ans (n=10)	8 (21%)	2 (12%)	
	65 ans et plus (n=6)	6 (15%)	0 (0%)	
	35 - 44 ans (n=3)	63 (8%)	0 (0%)	
Mode d'exercice	<b>Groupe (n=30)</b>	<b>23 (59%)</b>	7 (41%)	<b>p=0,043</b>
	Seul (n=15)	12 (31%)	3 (18%)	
	Autre (n=11)	4 (10%)	7 (41%)	
MSU	<b>Oui (n=36)</b>	<b>31 (79%)</b>	5 (29%)	<b>p&lt;0,001</b>
	Non (n=20)	8 (21%)	12 (71%)	
Formation	<b>Non (n=42)</b>	<b>26 (67%)</b>	16 (94%)	<b>p&lt;0,043</b>
	Oui (n=14)	13 (33%)	1 (6%)	
Fréquence de consultation	0 à 2 / sem (n=4)	3 (7,7%)	1 (5,9%)	p=0,6
	2 à 5 / sem (n=33)	21 (54%)	12 (71%)	
	>5 / sem (n=19)	15 (38%)	4 (24%)	

Tableau 5 : Analyses bi variées concernant la recherche précoce des facteurs psychosociaux

## IV. DISCUSSION

---

### A. Limites et biais

**Le mode de recrutement des médecins** a induit plusieurs biais de sélection :

- Dû au mailing via la liste fournie par la faculté de médecine. Elle comporte uniquement des maitres de stage universitaires ayant donné leur accord pour répondre aux questionnaires de thèse.
- Les médecins contactés directement à leur cabinet ont été cherché sur critères géographique via *Google*©. Le référencement a pu induire un nouveau biais de sélection. L'invitation téléphonique a pu également influencer la participation par rapport à l'invitation par mail.
- La mise à disposition du questionnaire sur le site du CDOM du Nord induit également un biais de sélection. Seuls les médecins qui ont l'intention de répondre à un questionnaire de thèse y accèdent par un onglet spécifique.

*La page de présentation du questionnaire* a également pu induire un biais de sélection. Le sujet « *lombalgie* » est annoncé et a pu influencer les médecins les plus au point à choisir cette thématique.

Ces biais réduisent la validité externe de l'étude et rendent les résultats non extrapolables à la population des médecins généralistes des Hauts de France.

Des biais sont inhérents à la **méthodologie de l'étude et au mode d'évaluation**.

La puissance de l'étude est réduite par l'absence de questionnaire validé, reproductible pour l'évaluation des pratiques quotidienne. Nous avons décidé d'utiliser les *échelles de*

*Likert* pour l'évaluation du critère de jugement principal afin de rendre les données plus facilement utilisables pour les analyses statistiques.

**Le questionnaire auto administré** en ligne engendre deux biais de mesures qui sont propres à ce mode d'évaluation :

- Le biais de désirabilité sociale (31) qui émane de la volonté de l'interrogé de se montrer sous un jour favorable, de répondre à certaines normes sociales. On imagine facilement que cette volonté est exacerbée lorsque le questionnaire tente d'évaluer les pratiques des médecins.
- L'artefacts du questionnement qui désigne « *l'erreur de mesure résultant de l'adoption d'un comportement de réponse spécifique par le répondant en situation de questionnement s'il croit avoir discerné, même partiellement, l'objectif de ce questionnement* ». (31) En d'autres termes, le répondant pense avoir cerné l'objectif du questionnement et adapte sa réponse en fonction des attentes de l'enquêteur.

## B. Analyses et résultats

### 1. Concernant la population étudiée :

La tranche d'âge 55-64 ans est majoritairement représentée : 40% de l'effectif total. Ce chiffre concorde avec la démographie médicale Nationale actuelle. Selon un rapport de 2015, la moyenne d'âge des médecins généralistes en France est de 52 ans et les plus de 60 ans représentent plus d'un quart des effectifs. On compte environ 55% d'hommes et les femmes sont plus représentées dans les tranches d'âge jeunes (32). En effet le

profil actuel en médecine a tendance à voir augmenter le nombre de femmes sur les bancs des facultés.

## 2. Formation pouvant être en rapport avec la lombalgie

La majorité des médecins interrogés n'avait pas suivi de formation pouvant être en rapport avec les lombalgies.

La notion de formation « *pouvant être en rapport avec les lombalgies* » est subjective. Chacun peut considérer, au travers de son vécu professionnel et/ou personnel, qu'une formation puisse avoir un intérêt dans la prise en charge des lombalgies.

## 3. Fréquence de consultation :

La majorité (96%) des praticiens interrogés reçoivent plus de deux patients par semaine pour motif de lombalgie. Ces données semblent corroborer les chiffres du « *Rapport et charges pour l'année 2017* » (11) où les lombalgies aiguës se placent au 2<sup>e</sup> rang des motifs de consultation derrière le renouvellement d'ordonnance. La fréquence de cette affection et la place centrale du médecin généraliste dans le parcours de soins (11) suscite à maintenir un niveau de vigilance accru vis-à-vis des facteurs de chronicisation, et ce, le plus précocement possible dans la prise en charge.

## 4. Connaissance des Yellow flags :

La majorité des médecins interrogés (76%) affirment connaître les facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies.

En effet, à la question « *Selon vous, parmi cette liste d'items, quels sont les principaux facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies ?* », la note moyenne des médecins est satisfaisante, elle est de 6,91 sur 10 avec un écart type de 1,65 mais certains facteurs psychosociaux semblent mieux connus que d'autres.

Les facteurs liés à l'anxiété/stress et aux difficultés au travail apparaissent dans les facteurs les plus cités par les médecins interrogés (98,2% de bonnes réponses). Le médecin généraliste est au premier plan pour constater les conséquences de la souffrance au travail sur la déstabilisation de l'état de santé des patients (33). Il est capable de déterminer si cette souffrance est le fait d'une pathologie sous-jacente, non diagnostiquée ou directement en lien avec le travail. Il est parfois le seul témoin de cette souffrance et est en mesure d'orienter le patient vers la médecine du travail qui a accès au lieu de travail afin d'optimiser la prise en charge (33).

Les items « *comportement douloureux excessif* » et « *représentations inappropriées* » semblent moins connus des médecins généralistes puisqu'on retrouve respectivement 57,1% et 53,6% de bonnes réponses. Ces deux notions sont liées. La perception subjective de la douleur est la résultante de représentations et croyances erronées de la part du patient. Ces points peuvent être abordés lors d'une consultation dédiée d'ETP (éducation thérapeutique). L'ETP vise à aider les patients à prendre soins d'eux et agir pour leur bien-être (34). Interroger le patient sur la représentation qu'il a de sa maladie permet au soignant de mieux comprendre les réactions émotionnelles, physiques et psychiques qui en découlent. Cela permet au patient de confronter ses connaissances à la réalité médicale. Cet ajustement permet aux deux parties d'harmoniser le dialogue dans la but de favoriser l'adhésion au projet thérapeutique (34).

Le « *milieu social défavorisé* » a été cité à tort comme facteur de risque dans 40% des cas. Ceci peut être expliqué par le rapprochement fait entre milieu social défavorisé et les professions manuelles qui sont des professions à risque de lombalgie (10).

Cependant, il existe une association réciproque entre précarité et dégradation de l'état de santé (35). Un évènement de santé peut conduire à une précarisation par une perte de revenu liée à l'impossibilité de travailler, l'isolement ou le rejet social. La précarité favorise la survenue de problème de santé par des modes de vie à risque, l'instabilité du logement ou encore la difficulté à considérer la maladie comme prioritaire face aux différents problèmes rencontrés (35). Le niveau élevé de précarité est fortement lié à une mauvaise qualité de vie ressentie et à la fréquence de troubles anxiodépressifs (35) qui sont des facteurs déterminants dans la chronicisation des lombalgies.

L'item « *asociabilité* » est le moins connu des cinq yellow flags étudiés (seulement 10% de réponse correcte). Un défaut de compréhension peut être à l'origine de ce chiffre très bas. Le terme asociabilité faisait en fait référence à l'exclusion sociale et au retrait des activités sociales. Une formulation différente aurait pu améliorer la compréhension du lecteur et modifier le taux de bonne réponse.

Concernant les outils d'évaluation des FPS, on observe une réelle méconnaissance de ces derniers puisque seulement 5,3% des médecins interrogés ont pu en citer. Ce chiffre peut refléter un désintérêt vis-à-vis de la multitude d'outils disponibles souvent peu adaptés pour la pratique quotidienne car chronophage et axé sur la recherche clinique.

Cependant, certains questionnaires courts sont mis à disposition sur le site *Sectionrachis.com* et permettent d'évaluer rapidement le risque de passage à la chronicité.

Le *Start Back Screening Tool* qui est un auto questionnaire de 9 items permettant de classer les patients en *faible, moyen ou fort risque* de chronicisation ainsi que le questionnaire *Örebro* (36). On retrouve également le FABQ (*Fear Avoidance and Beliefs*). Ce dernier évalue les appréhensions-évitements et les croyances des patients (36).

Une sensibilisation des médecins aux outils d'évaluation simples et rapides d'utilisation pourrait susciter un intérêt auprès d'eux. Cette évaluation pourrait également faire l'objet d'un intéressement financier comme pour la cotation de l'échelle d'Hamilton dans l'évaluation de la dépression. Cet examen donne lieu à une cotation CCAM particulière avec une rémunération dédiée et applicable une fois par an (37).

## 5. Évaluation précoce des FPS :

Première question : « *Lors d'une consultation pour un premier épisode de lombalgie commune, vous posez vous la question du risque de chronicisation des douleurs ?* »

Le risque de chronicisation ne soulève pas systématiquement de question dans la démarche diagnostique au moment de la première consultation. Seulement 12,5% des médecins interrogés ont répondu « *systématiquement* ». Cette attitude peut résulter du fait que l'évolution spontanée est favorable dans 90% des cas (7) et qu'elle ne suscite pas, au premier abord, de questionnement sur l'éventuelle évolution péjorative, « *c'est un lumbago* ».

Cependant, 10% des patients deviennent lombalgiques chroniques et engendrent 90% des dépenses de santé liées aux lombalgies ce qui représente 1 milliard d'euros par an rien que pour la Branche AT/MP de l'assurance maladie (7)(14).

Au vu de l'impact économique il est essentiel de repérer de façon précoce les patients à risque de chronicisation afin de mieux les orienter dès le début de la prise en charge.

#### 6. Évaluation de la prise en compte des FPS au stade précoce : critère de jugement principal

70% des médecins interrogés ont une approche jugée satisfaisante des facteurs de chronicisation des lombalgies au stade précoce.

L'impact de l'environnement professionnel du patient est une nouvelle fois bien représenté et bien connus des médecins généralistes. Ces chiffres semblent confirmer la bonne connaissance de ces facteurs mise en évidence à la question « *Selon vous, parmi cette liste d'items, quels sont les principaux facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies ?* » (98% de bonne réponse).

L'évaluation du degré d'implication du patient se détache également mais probablement de façon indépendante à la connaissance des FPS des lombalgies. En effet, à l'heure de la médecine personnalisée et de la décision médicale partagée, l'adhésion et l'implication du patient sont au cœur de la prise en charge de soins premiers, quel que soit le motif de consultation.

La recherche de comportement douloureux excessif est également en bonne place dans l'évaluation initiale. L'interrogatoire « *classique* », commun à l'ensemble des

consultations, et la connaissance du patient dans son environnement suffisent à cette évaluation, indépendamment des recommandations de bonne pratique de l'HAS et de la « liste » de drapeaux jaunes.

L'évaluation du contexte émotionnel entre également dans le cadre de la prise en charge quotidienne des médecins généralistes. En effet, le suivi au long cours, parfois depuis l'enfance permet une approche globale du patient tant sur le plan physique, environnemental que psychologique. La relation de confiance tissée au fil des années permet au patient de s'exprimer et au médecin de mieux écouter.

*La représentation de la maladie* semble le FPS le moins recherché de façon précoce. Il est également, on l'a vu précédemment, l'un des FPS les moins connus par les médecins interrogés. On peut l'expliquer par l'asymétrie de la relation médecin - malade. Elle tend à poser le patient comme passif devant le médecin détenteur du savoir sur la maladie surtout lors d'un épisode aigu douloureux (38).

Ce type de relation évolue au fil des générations, notamment depuis la *Loi Kouchner du 4 mars 2002* qui oblige l'information éclairée et l'accès au dossier médical.

L'introduction de l'éducation thérapeutique dans la pratique fait également évoluer la démarche de soin qui devient centrée sur le patient. La relation évolue d'une position paternaliste inégalitaire à une relation où le patient devient plus autonome et décisionnaire dans sa propre prise en charge.

La formation des internes en médecine générale intègre d'avantage de Travaux Pratiques avec mise en situation de consultation dédiée ETP. Un des messages clé de l'enseignement ETP est qu'on ne laisse pas suffisamment le patient s'exprimer. On

interroge, on oriente les questions pour cheminer plus facilement jusque le diagnostic final. L'utilisation de questions courtes, simples, ouvertes permettent l'expression des craintes, des douleurs et parfois permettent de désamorcer de nombreuses situations. Laisser s'exprimer le patient sur son ressenti permet de corriger les croyances erronées et de les ajuster à la réalité.

## 7. Connaissance des dernières recommandations HAS

La majorité des médecins interrogés (64%) n'avaient pas connaissance de la mise à jour des recommandations de l'HAS malgré la grande campagne « *mal de dos, le bon traitement c'est le mouvement* » mené par la sécurité depuis 2017 (39). Un livret explicatif était diffusé aux médecins généralistes (comme aux patients) afin de les sensibiliser sur les modalités d'évaluation, de suivi et de traitement. On remarque que, indépendamment de ces recommandations, la plupart des médecins interrogés procèdent à une évaluation satisfaisante des FPS. L'expérience clinique des praticiens, la connaissance des patients dans leur globalité et la bonne connaissance des FPS permet une approche satisfaisante des FPS.

La population étudiée est composée en majorité de médecins de plus de 45 ans. Leur expérience permet d'analyser de manière globale la situation des patients et de bénéficier d'un « *Gut feeling* » (40), un raisonnement non analytique et intuitif qui permet de détecter des signaux d'alarmes et d'évaluer le pronostic des maladies rencontrées, sans forcément avoir de diagnostic précis en tête. Le raisonnement passe par des connaissances théoriques, de l'expérience et de l'intuition.

## 8. Analyse bi variée

*a) Concernant les notes obtenues à la question : « Selon vous, parmi cette liste d'items, les quels sont les principaux FPS de chronicisation des lombalgies commune ? »*

La comparaison des moyennes obtenues en fonction des données démographiques n'a relevé aucune différence statistiquement significative en fonction des variables comme le sexe, l'âge, la formation, le statut de MSU, le mode d'exercice et la fréquence hebdomadaire de consultation pour lombalgie.

*b) Concernant l'évaluation des FPS de chronicisation à un stade précoce*

Aucune différence significative n'a été retrouvée pour les variables sexe et fréquence de consultation. Le sexe et la fréquence de consultation n'influe pas sur la « qualité » de l'évaluation précoce des FPS. On aurait pu imaginer qu'un médecin recevant plus de patients pour lombalgie serait plus à jour que les médecins en voyant peu.

En revanche, des différences statistiquement significatives sont retrouvées pour les variables suivante :

- L'âge ( $p < 0,001$ )
- Le mode d'exercice ( $p = 0,043$ )
- Le statut de MSU ( $p < 0,001$ )
- Le fait d'avoir ou non participé à des formations ( $p < 0,043$ )

Ces résultats sont à interpréter avec réserve pour les différentes catégories d'âge puisque l'effectif d'un des sous-groupes est inférieur à 5. Un test exact de Fisher a donc été réalisé mais il n'est pas possible de conclure sur le sens de cette association.

C'est dans la tranche d'âge 55-64 ans que l'on retrouve le plus d'évaluation satisfaisante des FPS mais c'est également la tranche la plus représentée dans la population étudiée (environ 40% de l'effectif total). La plus grande expérience de ces médecins peut aussi expliquer cette différence significative. Le suivi des patients est plus long, la relation de confiance et la connaissance de l'environnement social, professionnel et personnel permettent une approche plus globale du patient.

Concernant le mode d'exercice, l'évaluation des FPS est « meilleure » chez les médecins exerçant en groupe. C'est une nouvelle fois la catégorie la plus représentée (53% de l'effectif total). L'étude de la démographie médicale actuelle montre que le mode d'exercice en groupe prend l'ascendant sur l'exercice seul. Selon l'étude DRESS réalisée auprès de 3300 médecins, en 2019, plus de 60% des médecins généralistes, tous âges confondus exercent en groupe(41). Cette tendance se confirme avec les jeunes médecins puisque plus de 80% des moins de 50 ans ont choisi l'exercice de groupe (41). Ce mode de fonctionnement offre un cadre propice à la coopération professionnelle, au partage du dossier des patients et aux échanges entre pairs. On peut imaginer que l'exercice de groupe améliore la qualité de prise en charge des patients pour ces raisons.

Une différence significative a également été retrouvée chez les médecins Maître de stage universitaire. Une tendance positive à l'égard de l'évaluation des FPS est retrouvée dans la population de MSU. L'accueil et le tutorat d'étudiants poussent les MSU à tenir à jour leurs connaissances, favorisent les échanges avec les internes

notamment en termes d'évolution et de mise à jour des pratiques. Un dialogue permanent entre MSU et interne permet de tirer profit de l'expérience de chacun. De ce fait, les connaissances des MSU sont plus régulièrement actualisées que les médecins ne recevant pas d'internes.

Une différence significative est retrouvée chez les médecins ayant reçu une formation. Chez les médecins ayant une évaluation des FPS considérée comme « insuffisante », 94% n'avaient pas suivi de formation pouvant être en rapport avec la lombalgie. L'effectif interrogé comporte 75% de médecins qui n'ont pas suivi de formation en rapport avec la lombalgie. On peut en déduire que les formations sensibilisent les médecins et rendent leur pratique plus cohérente avec les données actuelles.

## V. CONCLUSION

---

La connaissance et l'évaluation précoce des FPS est globalement satisfaisante dans la population étudiée malgré l'absence de connaissance de la mise à jour des dernières recommandations HAS.

La formation initiale des médecins généralistes et leur place centrale dans la prise en charge du patient leur confère une vision globale de la personne leur permettant une approche *bio-psycho-sociale* du patient lombalgique.

Une fois ces facteurs de chronicisation repérés qu'en est-il de leur prise en charge ? Il serait intéressant de connaître les moyens disponibles et les freins à la prise en charge de ces facteurs de chronicisation.

## VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

1. arg\_pertinence\_chir-lombalgie.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/arg\\_pertinence\\_chir-lombalgie.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/arg_pertinence_chir-lombalgie.pdf)
2. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *The Lancet*. févr 2012;379(9814):482-91.
3. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15 (Suppl 2):S169-91.
4. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum* 2009;60:3072-80.
5. Rachialgies [Internet]. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.lecofer.org/item-cours-1-3.php>
6. Valat JP, Goupille P, Rozenberg S, et al. Acute low back pain: predictive index of chronicity from a cohort of 2487 subjects. *Spine Group of the Société française de rhumatologie. Joint Bone Spine* 2000;67:456-61.
7. Dupeyron A, Tavares I, Mazza M, Ohouo D, Araminthe P, Schramm S, et al. Fardeau de la lombalgie : aspects médicoéconomiques et handicap. avr 2020;(461):10.
8. Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012;64:2028-37.
9. Insitute for health metrics and evaluation (IHME). Finding from the global burden of disease study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018.
10. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*. juin 2018;391(10137):2356-67.
11. Charges et produits pour l'année 2017 - Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Proposition de l'assurance maladie pour 2017.
12. Depont F, Hunsche E, Abouelfath A, Diatta T, Addra I, Grelaud A, et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. févr 2010;24(1):101-8.
13. European Working Conditions Surveys (EWCS) [Internet]. Eurofound. [cité 17 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys>
14. Lombalgie. Statistique - Risques - INRS [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
15. Rice D.P. « Estimating the costs of illness », *American Journal of Public Health*, 57, 1967, p. 424-440.
16. Koopmanschap M., Rutten F., Van Ineveld M., Van Roijen L. « The Friction cost Method for Estimating the Indirect Costs of Disease », *Journal of Health Economics*, 14,[1995], p. 171-189.
17. Geurts JW, Willems PC, Kallewaard J-W, van Kleef M, Dirksen C. The Impact of Chronic Discogenic Low Back Pain: Costs and Patients' Burden. *Pain Research and*

Management. 1 oct 2018;2018:1-8.

18. Bouton C, Bègue C, Petit A, Py T, Huez J-F. Managing a patient with low back pain in general practice. *Exercer*. 2018;
19. Genêt F, Lapeyre E, Schnitzler A, Hausseguy A, D&#39, Apolito A-C, et al. Évaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 49(5):226-33.
20. Nguyen C, Poiraudéau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme*. juin 2009;76(6):537-42.
21. Kendall NAS, Linton SJ, Main C. Psychosocial Yellow Flags for acute low back pain: 'Yellow Flags'; as an analogue to 'Red Flags'; *European Journal of Pain*. mars 1998;2(1):87-9.
22. Kendall NAS, Linton SJ, Main C. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss. Wellington, New Zealand: Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, 1997.
23. Cedraschi C. Quels facteurs psychologiques faut-il identifier dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies ? Qu'en est-il de l'anxiété et de la dépression ? Quelles peurs et quelles représentations constituent-elles des écueils ? *Revue du Rhumatisme*. mars 2011;78:S70-4.
24. Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudéau S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka Demaille S, et al. Chronicité, récurrence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. mai 2004;47(4):179-89.
25. Palazzo C, Rannou F, Poiraudéau S. Peurs, croyances et attitudes d'évitement au cours de la lombalgie. *Revue du Rhumatisme Monographies*. févr 2014;81(1):46-51.
26. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. 2001 Volvo Award Winner in Clinical Studies: Effects of a Media Campaign on Back Pain Beliefs and Its Potential Influence on Management of Low Back Pain in General Practice: *Spine*. déc 2001;26(23):2535-42.
27. Rainville J, Carlson N, Polatin P, Gatchel RJ, Indahl A. Exploration of Physicians' Recommendations for Activities in Chronic Low Back Pain: *Spine*. sept 2000;25(17):2210-20.
28. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin C-WC, Chenot J-F, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*. nov 2018;27(11):2791-803.
29. Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Recommandations de l'HAS ; 2019 Mars.
30. Questionnaires utiles à la prise en charge des patients lombalgiques selon la recommandation HAS sur la lombalgie commune [Internet]. Section Rachis. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/questionnaires/>
31. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. :20.
32. Vilanova J. LA DEMOGRAPHIE DES MEDECINS - Ordre national des médecins. :51.
33. Guide Pratique pour les Médecins Généralistes [Mise à jour Mars 2021] - Souffrance et Travail [Internet]. [cité 23 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.souffrance-et-travail.com/guides-pratiques/guide-pratique-pour-les-medecins-generalistes/>
34. Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)

35. Royer B, Gusto G, Vol S, D'Hour A, Arondel D, Tichet J, et al. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010;41(4):313.
36. Questionnaires utiles à la prise en charge des patients lombalgiques selon la recommandation HAS sur la lombalgie commune [Internet]. Section Rachis. [cité 23 mai 2021]. Disponible sur: <http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/questionnaires/>
37. Echelle de Hamilton [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>
38. La relation médecin-malade [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: [http://wiki.side-sante.fr/doku.php?id=sides:ref:psy:item\\_1](http://wiki.side-sante.fr/doku.php?id=sides:ref:psy:item_1)
39. Outils pour la prise en charge de la lombalgie commune [Internet]. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/outils-prise-charge-lombalgie-commune>
40. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract*. déc 2009;10(1):17.
41. H. Chaput, M. Monziols, L. Fressard, P. Verger, B. Ventelou,. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>

## VII. ANNEXES

---

### A. Annexe I : Présentation de l'étude et questionnaire

#### 1. Présentation

*« Bonjour, Je réalise une thèse sur un sujet que vous connaissez tous, les lombalgies communes.*

*Elle a pour objectif d'évaluer certaines pratiques et connaissances concernant la prise en charge des patients atteints de lombalgies communes et suivis en médecine générale.*

*Ce n'est en aucun cas un jugement sur vos connaissances ou de vos méthodes de travail.*

*L'étude est basée sur un questionnaire adressé aux médecins généralistes exerçant dans les Hauts de France.*

*Je vous remercie d'éviter de faire des recherches en parallèle du remplissage de ce questionnaire et de rester objectifs. Les réponses doivent être basées sur vos connaissances et pratiques actuelles.*

*A la fin de l'étude, vous aurez la possibilité d'être informé des résultats globaux en me contactant à l'adresse : [clement.tiran.etu@univ-lille.fr](mailto:clement.tiran.etu@univ-lille.fr)*

*Tiran Clément »*

#### 2. Questionnaire

### **Données démographiques**

**Vous êtes ?** Un homme / Une femme

**Quel est votre âge ?** 25-34 ans / 35-44 ans / 45-54 ans / 55-64 ans / 65 ans et plus

**Êtes-vous maitre de stage universitaire ?** oui / non

**Concernant votre mode d'exercice :** vous exercez, Exercice seul / Exercice de groupe/

Autre

**Avez-vous suivi une formation complémentaire pouvant être en lien avec la prise en**

**charge des patients lombalgiques ?** Formation en ostéopathie / Formation en médecine du

sport / Formation en Médecine physique et réadaptation / Formation douleur / Aucune / Autre

**Sur une semaine, en moyenne, combien de patients recevez-vous pour lombalgie**

**commune ?** Entre 0 et 2 / Entre 2 et 5 / 5 ou plus

## **Connaissances des facteurs de risques psychosociaux de chronicisation**

**Connaissez-vous les facteurs psychosociaux de passage à la chronicité des lombalgies communes (encore appelés Yellow flags ou Drapeaux jaunes)?**

Oui / non

**Parmi cette liste d'items, quels sont, selon vous, les principaux facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies communes ?**

Accès aux soins restreint

Anxiété, stress

Nombreux enfants

Représentations inappropriées

Asociabilité

Milieu social élevé

Comportement douloureux excessif

Pression familiale

Milieu social défavorisé

Difficulté au travail

**Connaissez-vous des outils/échelles permettant l'évaluation des drapeaux jaunes /**

**Yellow flags / facteurs psychosociaux ?**

oui / non

**Si oui, pouvez-vous en citer ? *champ libre***

## **Prise en compte des facteurs de risque psychosociaux de**

**chronicisation des lombalgies** : *Pour les questions suivantes, je vous demande de*

*vous mettre dans la situation d'une **première consultation** pour lombalgie commune.*

**Lors d'une consultation pour un premier épisode de lombalgie commune, vous posez vous la question du risque de chronicisation des douleurs ?**

Jamais / Occasionnellement / Souvent / Systématiquement

**Lors de cette consultation, évaluez-vous le contexte émotionnel dans lequel se trouve le patient (tel qu'un état dépressif, une tendance à l'anxiété, une humeur dépressive ou le retrait des activités sociales) ?**

Jamais / Occasionnellement / Souvent / Systématiquement

**Chaque patient interprète ses symptômes de différentes manières. On parle des représentations qu'il a de sa pathologie. Interrogez-vous les patients sur les représentations qu'ils ont de leur mal de dos ?**

Jamais / Occasionnellement / Souvent / Systématiquement

**Recherchez-vous des comportements inappropriés pouvant découler d'une interprétation erronée de la douleur ? (Tels que des comportements d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur d'avoir mal ou d'aggraver sa maladie)**

Jamais / Occasionnellement / Souvent / Systématiquement

**Prenez-vous en compte le degré d'implication du patient vis à vis du projet thérapeutique ? (Recherche d'un comportement passif avec attentes placées dans les traitements plutôt que dans une implication personnelle active)**

Jamais / Occasionnellement / Souvent / Systématiquement

**L'analyse des relations de travail entretenues entre collègues, de l'éventuelle pression hiérarchique fait-elle partie de votre évaluation globale du patient atteint de lombalgie commune ?**

Jamais / Occasionnellement / Souvent / Systématiquement

**La recherche d'une éventuelle insatisfaction au travail fait-elle partie de votre bilan initial du patient atteint de lombalgie commune ?**

Jamais / Occasionnellement / Souvent / Systématiquement

## **RECOMMANDATIONS**

**La HAS a publié une mise à jour de ses recommandations sur la prise en charge des lombalgies communes, étiez-vous au courant ?**

oui / non

## B. Annexe II : Déclaration de conformité



### RÉCÉPISSÉ

### DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

**Délégué à la protection des données (DPO)** Jean-Luc TESSIER

**Responsable administrative** Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

**Responsable du traitement**

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 13 00 23583 00011
<b>Adresse</b> : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z <b>Tél.</b> : +33 (0) 3 62 26 90 00

**Traitement déclaré**

<b>Intitulé</b> : Etude sur les facteurs de chronicisation des lombalgies
<b>Référence Registre DPO</b> : 2019-168
<b>Responsable du traitement / Chargé de la mise en œuvre</b> : M. Dominique LACROIX / M. Clément TIRAN

Fait à Lille,

Le 18 mai 2020

**Jean-Luc TESSIER**

Délégué à la Protection des Données

 **Bureau DPO**  
42 rue Paul Duez - 59000 LILLE  
Téléphone: 03 62 26 91 28  
[dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

## VIII. RÉSUMÉ

---

**AUTEUR : Nom : TIRAN**

**Prénom : Clément**

**Date de soutenance : 24 juin 2021**

**Titre de la thèse : Facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies :Évaluation des pratiques par questionnaire auprès de 56 médecins généralistes des Hauts de France**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Médecine générale DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : lombalgie, facteurs psychosociaux, chronicisation**

**Contexte :** La lombalgie aiguë se place au 2<sup>e</sup> rang des motifs de consultation en médecine générale. 10% des patients vont évoluer vers la chronicité et représenter 90% des dépenses liées à la lombalgie. Des facteurs pronostics de l'évolution vers la chronicité ont été identifiés. Cette étude cherche à évaluer la prise en compte précoce des facteurs de chronicisation des lombalgies. L'HAS a actualisé ses recommandations en Avril 2019 en y introduisant la notion de drapeaux jaunes ou facteurs psychosociaux de chronicisation des lombalgies.

**Méthode :** Évaluation des pratiques par auto-questionnaire anonyme auprès de 56 médecins généralistes des Haut de France.

**Résultats :** 56 médecins ont été interrogés. La connaissance des facteurs psychosociaux a été évaluée par un score dont la moyenne est de  $6,91 \pm 1,65$ . Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre le score obtenu et le sexe ( $p=0,65$ ), l'âge ( $p=0,11$ ), le statut de MSU ( $p=0,79$ ) le mode d'exercice ( $p=0,43$ ), la formation suivie ( $p=0,33$ ) ni la fréquence de consultation hebdomadaire pour lombalgie ( $p=0,30$ ). 12,5% des médecins interrogés déclarent penser systématiquement au risque de chronicisation lors de la première consultation, 41% souvent, 37,5% occasionnellement et 9% jamais. Pour 70% des médecins interrogés, l'évaluation des facteurs psychosociaux est jugée satisfaisante malgré l'absence de connaissance des dernières recommandations HAS pour 64% d'entre eux. Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre le sexe ( $p=0,43$ ), la fréquence de consultation hebdomadaire pour lombalgie ( $p=0,6$ ) et l'évaluation des facteurs psychosociaux. En revanche, plusieurs liens statistiquement significatifs ont été mis en évidence pour l'âge ( $p<0,001$ ), le mode d'exercice ( $p=0,043$ ), le statut de MSU ( $p<0,001$ ), la formation suivie ( $p<0,043$ ).

**Conclusion :** La connaissance des facteurs psychosociaux de chronicisation est bonne dans la population étudiée. L'évaluation précoce de ces facteurs est jugée satisfaisante.

La majorité des médecins n'avaient pas connaissance de la mise à jour des recommandations HAS. Il serait intéressant d'analyser les moyens disponibles et freins à la prise en charge spécifique de ces facteurs.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Bernard CORTET**

**Assesseurs : Madame le Professeur Annie SOBASZECK, Monsieur le Professeur Vincent TIFFREAU, Madame le Docteur Anne BERA**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guy VANDECANDELAERE**

