UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉ DE SANTE

Année 2022 2022 TOU3 1129

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Jean Claude WEBER

Le 18 octobre 2022

Connaissances des internes de médecine générale d'Occitanie Ouest, dans les traitements antalgiques recommandés par la HAS dans les lombalgies chroniques communes

Directrice de thèse : Pr Motoko DELAHAYE

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	**Président**
Madame la Professeure Motoko DELAHAYE	**Assesseur**
Monsieur le Professeur Jordan BIREBENT	**Assesseur**
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	**Assesseur**

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1er septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur GRAND Alain
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LANG Thierry
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex — **Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Gregory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

Remerciements au Jury

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC.
Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en suis reconnaissant. Merci également pour votre investissement auprès des internes de médecine générale. Je vous prie de croire en l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Jordan BIREBENT.
Merci d'être présent aujourd'hui et d'avoir accepté de participer à ce jury, cela me tenait à cœur. Vous avez pris le soin et le temps de m'apporter votre soutien dans la fin de mon cursus universitaire, et je vous en suis très reconnaissant.

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA.
Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et d'y apporter votre regard de médecin généraliste. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A ma directrice de thèse :

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE.
Je vous remercie, madame d'avoir accepté de juger mon travail, de m'avoir guidé tout au long de cette thèse et de m'avoir accordé de votre temps. Merci encore d'avoir toujours répondu présent dans l'élaboration de mon étude.

Remerciements personnels

A vous Père et Mère,
Vous qui m'avez toujours soutenu bien que vous étiez si loin de moi, et encouragé dans la vie que j'ai choisie. Vous m'avez donné les moyens de mes ambitions, et m'avez encouragé à donner le meilleur de moi-même. Toutes ces années n'ont pas toujours été un long fleuve tranquille, mais vous m'avez fait confiance, et j'espère vous voir longtemps encore auprès de moi. Je n'aurais jamais assez de mots pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour moi, je vous dois tellement. Encore « Soatra be ».
A Thierry et Serge,
Vous avez beau être à 10000 kilomètres à vol d'oiseau de moi, vous êtes toujours là pour me faire rire et partager mes blagues peu rigolotes.
A ma petite Nirina,
Je te remercie pour tous ces moments passés où tu es venue me soutenir de ta Bourgogne. Malgré nos chamailleries, tu as toujours été là pour moi, et je sais qu'on ne peut souhaiter meilleure petite sœur que toi. Je suis très fière de ce que tu es devenue. Avec tout, mon amour.
A ma grand-mère de cœur et toi Catherine,
Vous m'avez toujours encouragé, et vous m'avez beaucoup appris. Vous m'avez accueilli les bras ouverts à Bordeaux, et j'espère pouvoir vous rendre fière de moi aujourd'hui. Merci à vous deux.
A Féfé,
Mais qu'est-ce que je ferais sans toi ? Tu as partagé mes doutes, mes angoisses, mes joies, tu m'as soutenu, et tu as supporté sans un mot mes humeurs changeantes, et parfois franchement désagréable pendant tout ce temps. Merci pour ton soutient, et ton amour, qui m'ont sans cesse redonné du courage. Tu es l'une des plus belles choses qui me soient arrivées. Avec tout mon amour, merci.
A Tonton Emile et son épouse,
Je vous ai beaucoup ennuyer pendant les rénovations de votre appartement, je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir ouvert votre foyer et de m'avoir soutenu durant cet internat. Mille Merci.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1

MATERIEL ET METHODES 4

I. TYPE D'ETUDE : 4

II. POPULATION CIBLE/INCLUSION DES DOCUMENTS : 4

A) CRITERES D'INCLUSION : 4

B) CRITERES D'EXCLUSION : 4

III. RECUEIL DES DONNEES 5

1. ÉLABORATION DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE 5

2. DIFFUSION QUESTIONNAIRE 6

A) RECRUTEMENT DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE : 6

B) ENVOI DU QUESTIONNAIRE : 6

C) RECUEIL DES DONNEES : 6

VI. ANALYSE 7

VII. ÉTHIQUE 7

RESULTATS 8

I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON 8

II. CONNAISSANCES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA LAC A J1 10

III. CONNAISSANCES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA LAC A J7 11

IV. CONNAISSANCES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA LCC 12

V. CONNAISSANCES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE COMMUNE 13

DISCUSSION 14

I. RESULTATS PRINCIPAUX 14

II. METHODE 14

1. AU SUJET DE L'ECHANTILLON 14

2. LES LIMITES 14

3. INTERET DE L'ETUDE 16

III. DISCUSSIONS SUR LES RESULTATS 17

CONCLUSION 21

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 22

ANNEXES 25

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Inclusion/diagramme de flux…….....8

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon …….……...9
Tableau 2 : Résultats du cas clinique n°1…….....10
Tableau 3 : Résultats du cas clinique n°2…….11
Tableau 4 : Résultats du cas clinique n°3……....12
Tableau 5 : Analyse des sous-groupes TCEM 1 / TCEM 2 / TCEM 3……...13

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire sur les connaissances des IMGOO sur les lombalgies communes
……..25

LISTE DES ABREVIATIONS

AIMG-MP : Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COFER : COllège Français des Enseignants en Rhumatologie

cp : Comprimé

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DPO : Délégué à la Protection des Données

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

IMGOO : Interne de Médecine Générale d'Occitanie Ouest

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LAC : Lombalgie Aiguë Commune

LCC : Lombalgies Communes Chroniques

LP : Libération Prolongée

MP : Maladies Professionnelles

TECM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

INTRODUCTION

Les lombalgies communes sont définies par le COllège Français des Enseignants en Rhumatologie (COFER) comme « des douleurs du rachis lombaire en rapport avec des lésions mécaniques. Elles peuvent être d'origine discale, arthrosique, liées à une dysfonction musculaire ou associant plusieurs de ces mécanismes » (1).

En 2019, l'incidence des lombalgies en Europe était d'environ 4 791 pour 100 000 femmes et de 3 686 pour 100 000 hommes. Celle-ci n'a cessé d'augmenter depuis les années 1990 à 2019, et l'incidence a été constamment plus élevée chez les femmes par rapport aux hommes (2).

Sur le plan épidémiologique, la prévalence mondiale sur un mois de la lombalgie était évaluée à 23,2 % d'après une revue de la littérature internationale de 2012 (3). Au cours d'une vie, elle passe à 84 %, soit 2 personnes sur 10 seront touchées au moins une fois dans leurs vies par cette pathologie avec un passage vers la chronicité pour 6 % à 10 % de ces patients (1,4).

Cette pathologie représente d'ailleurs un motif de consultation très fréquent chez le médecin généraliste, la mettant à la deuxième place pour la lombalgie aigue (moins de quatre semaines) et à la huitième place pour la lombalgie chronique (plus de trois mois) (1,5). Ceux sont d'ailleurs ces formes chroniques qui représentent, dans le cadre des accidents du travail et des maladies professionnelles, un coût de 850 millions d'euros par an pour la société française selon les chiffres de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) en 2019.(6)

En effet, si dans 90 % des cas, la Lombalgie Aigüe Commune (LAC) guérit spontanément en moins de 4 à 6 semaines (7), 20% des lombalgies aboutissent à un arrêt de travail (6). Elles représentent 30 % des arrêts longue maladie (de plus de 6 mois) et la troisième cause d'admission en invalidité pour le régime général (5). C'est aussi un motif fréquent d'accident du travail : 167 000 accidents du travail en 2015, soit 20 % du nombre total ; et représentent 7 % des Maladies Professionnelles (MP) (ne tenant compte que des MP avec des atteintes lombaires les plus grave) (8).

Selon l'INRS la durée des arrêts causée par une lombalgie après un accident du travail a plus que doublé en 35 ans, passant de 25 jours en 1970 à 55 jours au début des années 2000.

Au total près de 30 millions de journées de travail seraient perdues chaque année à cause des lombalgies. Leur coût total, direct et indirect, est difficile à quantifier mais certains pays

européens l'ont chiffré entre 1 et 2 % du produit intérieur brut (6). Plusieurs études, menées dans des contextes différents, montrent que le coût direct ne représente qu'un dixième du coût total de la lombalgie. Les coûts indirects très élevés sont souvent à la charge unique de l'entreprise (pertes de production, désorganisation, recherche d'un remplaçant, formations, baisse de qualité...). En outre, ce qui n'est pas quantifiable, c'est l'impact négatif sur l'image de l'entreprise produit par une mauvaise gestion de la phase aiguë et de la prise en charge des atteintes future (6).

Les conséquences de la lombalgie peuvent donc être très lourdes tant sur le plan économique, que sur le plan de la qualité de vie, les répercussions sont considérables en termes de douleurs et d'inconforts sur le lieu de travail et dans la vie quotidienne, invalidant souvent la qualité de vie des patients qui en souffrent.

La survenue du Covid-19 ces deux dernières années a entrainé un nouvel accroissement de la lombalgie et de ses conséquences, devant la réorganisation professionnelle de la plupart des Français en particulier des interruptions de travail et la mise en place du télétravail (9). Cette pathologie est donc un problème majeur de santé publique.

Concernant le traitement par voie orale, on note un large choix d'antalgique de différents paliers, mis à disposition du prescripteur. En 2017, les antalgiques les plus consommés en France étaient les antalgiques non opioïdes (Paracétamol, Aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens) (78 %) suivis des antalgiques opioïdes faibles (20 %), dix fois plus consommés que les antalgiques opioïdes forts (2 %) (10).

Les chiffres de vente en ville et à l'hôpital, les données de remboursement de l'assurance maladie et les données de prévalence et d'incidence montrent une augmentation de la consommation des médicaments antalgiques opioïdes (4).

En France, la prescription d'antalgique opioïde concerne près de 10 millions de personnes en 2015 selon les chiffres de l'assurance maladie. Nous sommes le troisième pays le plus consommateur d'antalgique (10).

Initialement, la prise en charge des lombalgies chronique reposait majoritairement sur les antalgiques de palier I, laissant les opioïdes comme les morphiniques de côté, ce qui engendrait clairement une prise en charge insuffisante de la douleur (11). Puis, les pratiques ont évolué, et en 2017 on retrouvait le Tramadol en tête du podium des antalgiques le plus consommé en France, suivi de la Codéine en association et l'opium combiné au Paracétamol. Ensuite on retrouvait les opioïdes forts de paliers III comme la morphine, l'Oxycodone et enfin le patch de Fentanyl (10).

Au niveau des tendances de consommation entre 2006 et 2017, celle des opioïdes faibles restaient globalement stables, sauf celle du Tramadol qui connaissait une hausse de 68 %.

Concernant les opioïdes forts, on remarquait une nette augmentation de la prescription de 150 % (10,12).

Cependant, à la suite de mésusages et des cas d'addiction observés au Etats-Unis, l'utilisation des opioïdes dans les douleurs chroniques a connu une autre polémique. De son côté en France, la Fédération Française d'addictologie et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont dû agir face à cette situation. En effet, aux vues de ses conséquences socio-économiques, il était nécessaire de mettre à jour un nouveau « guide de prise en charge » des lombalgies commune tant sur le plan antalgique que sur le plan de la kinésithérapie. Au 1er janvier 2020, 90 315 kinésithérapeutes étaient inscrits au tableau de l'Ordre (13).

En 2019, la HAS a donc publié un mémo, afin d'actualiser les recommandations dans le traitement des lombalgies communes et d'améliorer les pratiques des professionnels de santé (4,14).

Ce rapport de la HAS montrait un écart important entre les recommandations mises en vigueur et son application sur le terrain(4), posant ainsi les bases de notre question de recherche : « Quelles sont les connaissances des internes de médecine générale d'Occitanie Ouest (IMGOO) concernant les traitements antalgiques recommandés par la HAS dans les Lombalgies Communes Chroniques (LCC) ? »

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances des IMGOO concernant les recommandations des traitements antalgiques de différents paliers dans les LCC.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale, portant sur une période de 1 mois, du 7 juillet 2022 au 7 août 2022, et réalisée auprès d'un échantillon d' IMGOO.

II. Population cible/inclusion des documents :

Compte tenu d'une durée de trois ans du Troisième Cycle des Études Médicales (TCEM), notre intérêt s'est porté sur les étudiants des trois niveaux du TCEM, soit les TCEM1, TCEM2 et TCEM3.

Les étudiants adhérents à l'Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (AIMG-MP) avaient pour la plupart leur adresse e-mail inscrit auprès de l'AIMG-MP. Nous avons transmis le questionnaire à l'AIMG-MP qui l'a présenté sur la Gazette de l'AIMG-MP et ainsi à toute sa mailing liste d'adhérents.

Les IMGOO formant notre population d'étude avaient accepté de répondre à un questionnaire sous forme d'un quiz, anonyme, relatif à leur pratique de prise en charge des patients souffrant de lombalgie. Ils étaient consentants et volontaires.

a) Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion de la population de cette étude étaient les suivants :

- Être adhérent de l'AIMG-MP durant l'année 2021-2022
- Être soit en TCEM1, en TCEM2 ou en TCEM3

b) Critères d'exclusion :

Les critères d'exclusion de la population de cette étude étaient les suivants :

- Être IMGOO mais ayant déjà validé ses 6 stages obligatoires du TCEM.

III. Recueil des données

1. Élaboration de l'auto-questionnaire

Nous avons créé un questionnaire électronique sous forme d'un quizz à partir de Google Forms® (Annexe 1). Il comprenait : une lettre d'introduction, une première partie avec trois questions de renseignements généraux concernant l'interne, et une deuxième partie, correspondant au quizz présentant trois vignettes cliniques, organisée en trois sections correspondant à 3 questions à choix multiples.

Dans la première partie, l'IMGOO devait préciser : son âge, son sexe, ainsi que son niveau dans le cycle du TCEM.

La deuxième partie comprenait trois sections portant sur la prise en charge d'un cas clinique d'une LAC évoluant aux fils des sections en une LCC. Elle était une évaluation des connaissances des IMGOO concernant la prescription des traitements antalgiques et des mesures associées à la prise en charge globale d'un patient lombalgique. L'intérêt pour leur choix thérapeutique était ainsi mesuré.

Les réponses étaient à choix multiples. Plusieurs réponses possibles étaient autorisées pour chaque question de chaque section. Le passage à la question suivante n'était possible qu'après avoir répondu à la question précédente dans Google Forms®.

Les items proposés dans les cas cliniques ont été élaborés d'après les éléments bibliographiques retrouvés. Dans la présentation des résultats chaque item est coloré en vert (recommandé), jaune (possible, toléré, mais non spécifiquement recommandé) ou rouge (non recommandé).

Les réponses attendues au cas clinique n°1 (Situation de LAC) étaient la prescription :

- ☑ Paracétamol 1g : 1cp matin, midi, soir et au coucher pendant 7 jours + Ketoprofène LP 100mg 1cp matin et soir pendant 7 jours (1,15,16)
- ☑ Tramadol LP 50mg : 1cp matin, midi et soir pendant 7 jours (16)
- ☑ Arrêt de travail pour 5 jours (17)

Les réponses attendues au cas clinique n°2 étaient la prescription :

- ☑ De l'ensemble des réponses attendues au cas clinique n°1
- ☑ Ceinture lombaire (orthèse) pendant 7 jours (18)
- ☑ Kinésithérapie : massages doux antalgiques, éducation posturale (18)
- ☑ Démarche de prescription d'activité physique adaptée (16)
- ☑ Radiographie standard du rachis lombaire (face et profil) et du bassin de face (1)

Les réponses attendues au cas clinique (LCC) n°3 étaient la prescription :

- ☑ De l'ensemble des réponses attendues au cas cliniques n°2
- ☑ Oxycodone 20mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours (18–20)
- ☑ Éducation thérapeutique : auto-modulation de l'activité physique en fonction des douleurs ; automassage (18)
- ☑ Arrêt de travail pour 21 jours (21)
- ☑ Arrêt de travail pour 35 jours ou plus (21)
- ☑ IRM du rachis lombaire (18)
- ☑ Avis du médecin du travail (8,22)

N'ayant pas de questionnaire validé dans ce domaine, un pré-test a été réalisé auprès d'un échantillon de 32 personnes de tout horizon. Les 32 réponses obtenues ont permis d'ajuster et d'affiner le questionnaire ainsi que d'évaluer le temps de réponse nécessaire au remplissage de celui-ci. Ce temps a été estimé à 7 minutes.
En fin de questionnaire un e-mail anonymisé était disponible si le participant voulait avoir les résultats de l'étude.

2. Diffusion questionnaire

a) Recrutement des internes de médecine générale :

J'ai contacté par e-mail la présidente de l'AIMG-MP afin d'obtenir son autorisation pour la diffusion de mon questionnaire sur la Gazette en ligne de l'AIMG-MP, accessible aux seuls adhérents de l'AIMG-MP, incluant ainsi un large panel des IMGOO via leur e-mail. J'ai ainsi recueilli l'accord de l'AIMG-MP pour la diffusion de mon questionnaire.
J'ai demandé à faire réaliser une seconde diffusion de rappel 15 jours plus tard, afin de potentialiser mon échantillon d'internes.

b) Envoi du questionnaire :

Le questionnaire a été envoyé par mail à l'AIMG-MP qui l'avait par la suite diffusé sur la Gazette en ligne de l'AIMG-MP. Un mail de rappel a été renvoyé 15 jours plus tard à l'AIMG-MP pour une diffusion de rappel sur la Gazette en ligne de l'AIMG-MP.

c) Recueil des données :

Les réponses aux questionnaires en ligne ont été recueillies directement, de manière anonyme sur Google Forms® puis intégrées dans un tableur Microsoft Excel 2019®.

VI. Analyse

Le traitement des données et des résultats a été effectué sous Microsoft Excel 2019®.

VII. Éthique

J'ai reçu un avis favorable, par le Délégué à la Protection des Données (DPO) du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse pour cette étude, quant à sa conformité avec la norme MR004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

RESULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon

Le questionnaire a été diffusé par mail aux 420 IMGOO inscrits au Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale pour l'année 2021-2022 et adhérents à l'AIMG-MP.

Nous avons recueilli 59 réponses, soit un taux de participation de 14 %.

54 réponses ont pu être exploitées. 5 questionnaires n'ont pas été traités car ils étaient incomplets.

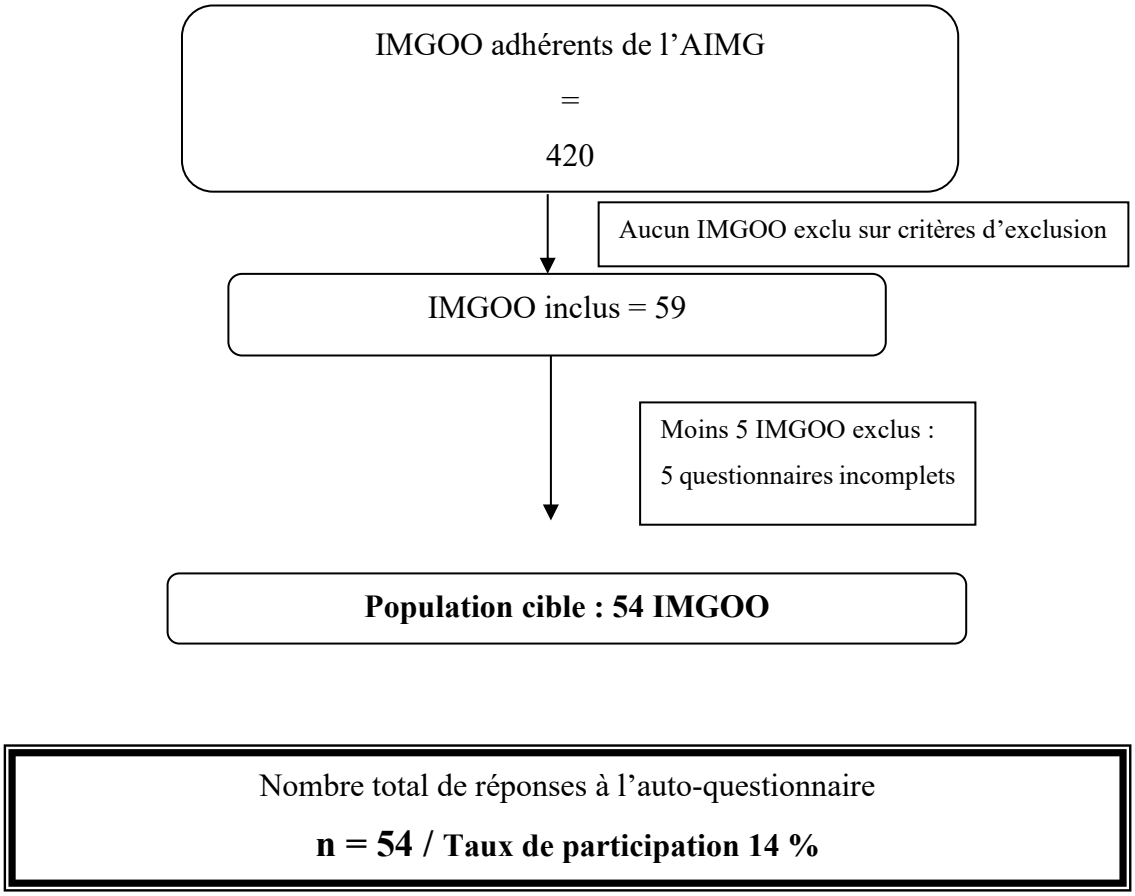


Figure 1 : Inclusion/diagramme de flux

Les caractéristiques sociodémographiques ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages des IMGOO dans le Tableau 1. L'échantillon comptait 54 IMGOO, dont 65 % de femmes et 35 % d'hommes, avec un sex-ratio à 0.54. L'âge moyen des IMGOO étaient de 27 ans avec une médiane à 27 ans. La majorité des répondants étaient en TCEM2 et TCEM3, représentant 80 % de l'échantillon.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	EFFECTIF = n	%
Répartition par sexe		
Hommes	19	35
Femmes	35	65
TOTAL	54	100
Répartition par âge		
24	1	2
25	4	7
26	18	33
27	17	32
28	9	17
29	4	7
34	1	2
TOTAL	54	100
Répartition par cycle TCEM		
TCEM1	11	20
TCEM2	21	39
TCEM3	22	41
TOTAL	54	100

II. Connaissances dans la prise en charge de la LAC à J1

Tableau 2 : Résultats de la vignette clinique n°1

Prescription proposée dans le traitement de la LAC en à J1	Taux de réponse N	%
Traitement médicamenteux		
Paracétamol 1g : 1cp matin, midi, soir et au coucher pendant 7 jours + Ketoprofène LP 100mg 1cp matin et soir pendant 7 jours	54	100
Tramadol LP 50mg : 1cp matin, midi et soir pendant 7 jours	13	24
Oxycodone 20mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours	0	0
Thiocholchicoside 4mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours	5	9
Pregabaline 75 mg : 1 gélule matin et soir pendant 7 jours	0	0
Solumedrol 40mg : 2 ampoules en injection intra-musculaire	2	4
Traitement non médicamenteux		
Ceinture lombaire (orthèse) pendant 7 jours	16	30
Kinésithérapie : massages doux antalgiques, éducation posturale	30	56
Techniques manuelles, acupuncture, ou Sophrologie	7	13
Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)	0	0
Éducation thérapeutique : auto-modulation de l'activité physique en fonction des douleurs ; automassage	41	76
Démarche de prescription d'activité physique adaptée	11	20
Mesures sociales		
Arrêt de travail pour 5 jours	54	100
Arrêt de travail pour 21 jours	0	0
Arrêt de travail pour 35 jours ou plus	0	0
Imagerie		
Radiographie standard du rachis lombaire (face et profil) et du bassin de face	0	0
Scanner du rachis lombaire	0	0
IRM du rachis lombaire	0	0
Avis spécialisé		
Avis neurochirurgical pour une éventuelle thermo coagulation	0	0
Avis du médecin du travail	0	0

Recommandée | **Tolérée** | **Non recommandée**

III. Connaissances dans la prise en charge de la LAC à J7

Tableau 3 : Résultats de la vignette clinique n°2

Prescription proposée dans le traitement de la LAC en à J7	Taux de réponse N	%
Traitement médicamenteux		
Paracétamol 1g : 1cp matin, midi, soir et au coucher pendant 7 jours + Ketoprofène LP 100mg 1cp matin et soir pendant 7 jours	16	27
Tramadol LP 50mg : 1cp matin, midi et soir pendant 7 jours	41	76
Oxycodone 20mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours	7	13
Thiocholchicoside 4mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours	3	6
Pregabaline 75 mg : 1 gélule matin et soir pendant 7 jours	0	0
Solumedrol 40mg : 2 ampoules en injection intra-musculaire	6	11
Traitement non médicamenteux		
Ceinture lombaire (orthèse) pendant 7 jours	11	20
Kinésithérapie : massages doux antalgiques, éducation posturale	41	76
Techniques manuelles, acupuncture, ou Sophrologie	8	15
Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)	1	2
Éducation thérapeutique : auto-modulation de l'activité physique en fonction des douleurs ; automassage	37	69
Démarche de prescription d'activité physique adaptée	19	35
Mesures sociales		
Arrêt de travail pour 5 jours	33	61
Arrêt de travail pour 21 jours	11	20
Arrêt de travail pour 35 jours ou plus	0	0
Imagerie		
Radiographie standard du rachis lombaire (face et profil) et du bassin de face	3	6
Scanner du rachis lombaire	2	54
IRM du rachis lombaire	3	6
Avis spécialisé		
Avis neurochirurgical pour une éventuelle thermo coagulation	0	0
Avis du médecin du travail	0	0

IV. Connaissances dans la prise en charge de la LCC

Tableau 4 : Résultats de la vignette clinique n°3

Prescription proposée dans le traitement de la LCC en à 3 mois	Taux de réponse N	%
Traitement médicamenteux		
Paracétamol 1g : 1cp matin, midi, soir et au coucher pendant 7 jours + Ketoprofène LP 100mg 1cp matin et soir pendant 7 jours	9	17
Tramadol LP 50mg : 1cp matin, midi et soir pendant 7 jours	10	19
Oxycodone 20mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours	0	0
Thiocholchicoside 4mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours	0	0
Pregabaline 75 mg : 1 gélule matin et soir pendant 7 jours	5	9
Solumedrol 40mg : 2 ampoules en injection intra-musculaire	0	0
Traitement non médicamenteux		
Ceinture lombaire (orthèse) pendant 7 jours	0	0
Kinésithérapie : massages doux antalgiques, éducation posturale	39	72
Techniques manuelles, acupuncture, ou Sophrologie	16	30
Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)	8	15
Éducation thérapeutique : auto-modulation de l'activité physique en fonction des douleurs ; automassage	30	56
Démarche de prescription d'activité physique adaptée	21	39
Mesures sociales		
Arrêt de travail pour 5 jours	0	0
Arrêt de travail pour 21 jours	3	6
Arrêt de travail pour 35 jours ou plus	3	6
Imagerie		
Radiographie standard du rachis lombaire (face et profil) et du bassin de face	20	37
Scanner du rachis lombaire	15	28
IRM du rachis lombaire	17	31
Avis spécialisé		
Avis neurochirurgical pour une éventuelle thermo coagulation	2	4
Avis du médecin du travail	17	31

Prescription proposée dans le traitement de la lombalgie commune	Taux de réponse en %								
	Cas clinique n°1			Cas clinique n°2			Cas clinique n°3		
	TCEM1	TCEM2	TCEM3	TCEM1	TCEM2	TCEM3	TCEM1	TCEM2	TCEM3
Traitement médicamenteux									
Paracétamol 1g : 1cp matin, midi, soir et au coucher pendant 7 jours + Ketoprofène LP 100mg 1cp matin et soir pendant 7 jours	20	39	41	9	11	9	2	6	9
Tramadol LP 50mg : 1cp matin, midi et soir pendant 7 jours	4	6	15	20	24	33	4	9	6
Oxycodone 20mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours	0	0	0	2	2	9	0	0	0
Thiocholchicoside 4mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours	2	4	4	0	2	4	0	0	0
Pregabaline 75 mg : 1 gélule matin et soir pendant 7 jours	0	0	0	0	0	0	2	2	6
Solumedrol 40mg : 2 ampoules en injection intra-musculaire	0	0	4	2	2	7	0	0	0
Traitement non médicamenteux									
Ceinture lombaire (orthèse) pendant 7 jours	4	20	6	2	7	11	0	0	0
Kinésithérapie : massages doux antalgiques, éducation posturale	7	30	20	15	30	31	15	31	26
Techniques manuelles, acupuncture, ou Sophrologie	2	4	7	4	6	6	6	11	13
Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)	0	0	0	0	0	2	6	4	6
Éducation thérapeutique : auto-modulation de l'activité physique en fonction des douleurs ; automassage	13	31	31	13	28	28	13	20	22
Démarche de prescription d'activité physique adaptée	2	9	9	6	19	11	6	13	20
Mesures sociales									
Arrêt de travail pour 5 jours	20	39	41	11	26	26	0	0	0
Arrêt de travail pour 21 jours	0	0	0	6	6	9	4	2	0
Arrêt de travail pour 35 jours ou plus	0	0	0	0	0	0	0	2	4
Imagerie									
Radiographie standard du rachis lombaire (face et profil) et du bassin de face	0	0	0	0	2	4	9	11	17
Scanner du rachis lombaire	0	0	0	0	2	2	0	13	19
IRM du rachis lombaire	0	0	0	2	2	2	6	7	15
Avis spécialisé									
Avis neurochirurgical pour une éventuelle thermo coagulation	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Avis du médecin du travail	0	0	0	0	0	0	4	13	15

Tableau 5 : Analyse des sous-groupes TCEM 1 / TCEM 2 / TCEM 3

DISCUSSION

I. Résultats principaux

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer les connaissances des IMGOO sur les recommandations HAS de 2019 des traitements antalgiques de différents paliers dans les LCC.

Elle a révélé une méconnaissance des IMGOO, des recommandations de modalités de prescriptions des antalgiques dans la prise en charge de la LCC.

II. Méthode

1. Au sujet de l'échantillon

Les IMGOO ont été recrutés par mail via le mailing liste de l'AIMG-MP. Les variables prises en compte lors du recrutement étaient le sexe, l'âge, et le niveau d'étude dans le TCEM, afin d'obtenir un échantillon varié. Le recrutement s'est révélé décevant de ce point de vue, car les IMGOO de TCEM1 ne représentaient que 20 % de notre échantillon mais pour l'âge et le sexe cela était plutôt satisfaisant. En effet la moyenne d'âge des IMGOO était de 27 ans, avec un sex-ratio à 0.5, proche de celle de la population des internes en médecine générale en France (selon les données de l'Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale en 2013 par l'ISNAR-IMG) (23).

2. Les limites

-Les biais de sélection :

La faible représentation des IMGOO en TCEM1 a entrainé une surreprésentation des TCEM2 (39 %) et TCEM3 (41 %), en faveur d'un biais d'admission.

L'envoi des questionnaires par mail posait un biais de volontariat car les IMGOO ayant répondus aux questionnaires étaient sans doute davantage sensibilisés et intéressés par cette pathologie. Cependant ce mode d'envoi du questionnaire ainsi que son mode de recueil via Google Forms® a permis de garantir l'anonymat des données.

-Les biais d'information/classement :

Cette étude était faite de 3 questions fermées à choix multiples sur l'évolution clinique d'une LAC vers une LCC. La présence de 2 questions fermées initiales, sur la LAC, ont probablement orienté les réponses des internes dans la prise en charge de la LCC, induisant un biais de subjectivité. Pour limiter ce biais les mêmes réponses étaient proposées sur chaque cas clinique. Entre autres la rédaction des situations cliniques a été standardisée au maximum afin d'évaluer leurs connaissances objectives. L'étude a donc concerné des situations simples et standardisées de la plainte lombalgique du point de vue du médecin.
Dans l'analyse des résultats nous avons eu des biais de non-réponses, car 5 IMGOO ont refusé de répondre à l'ensemble du questionnaire soit 9 % des répondants. La réalisation d'un pré-test sur un échantillon de tout horizon n'avait pas permis de déceler ces biais de subjectivité et de non-réponses. Ainsi l'optimisation pour les appareils portables (téléphone et ordinateur portable ou tablette) était un élément important dans la diffusion de notre questionnaire. Cependant avec leurs écrans de petite taille et l'absence de souris, nos zones de texte ainsi que le nombre de réponse proposés, nécessitant de faire défiler beaucoup de texte pourraient expliquer ces non-réponses.

-Les biais de mesure :

L'absence de questionnaire validé était une des limites importantes de notre évaluation. En effet, les termes, la formulation des questions, et la représentation des cas cliniques étaient parfois imprécis rendant les réponses incohérentes.
Le nombre de choix (20 possibles) sur chaque question rendait l'évaluation complexe voire fastidieuse pour le répondant. Probablement des questions ouvertes auraient été plus pertinentes pour les IMGOO mais le problème de l'analyse des réponses des questions ouvertes reste fastidieux et complexe, alors que l'analyse des résultats de questions fermées est comparativement plus simple.
L'élaboration d'un outil validé d'évaluation de recommandation dans le cadre de cette étude pourrait être un travail de réflexion intéressant afin d'établir une ligne directrice de pratique clinique.

-Données non exploitées :

Du fait de la conception du questionnaire en cas cliniques sur une évolution d'une LAC en LCC, les données obtenues ne rentraient pas tous dans les objectifs de la question de recherche. Un grand nombre de données sur les connaissances sur la LAC n'ont pas été obtenues, et pourront être utilisées pour des études ultérieures.
Une analyse en sous-groupe des niveaux de TCEM a été réalisée. Cependant l'analyse faites par le test du Chi-2 sur les variables qualitatives n'a pas été concluante car les effectifs par sous-groupe étaient trop réduits. Une question se posait alors naturellement « comment améliorer la participation des IMGOO à cette enquête ? »

-Taux de réponse :

Le faible taux de réponse à 14 % est une autre faiblesse importante de notre étude malgré une diffusion sur une période de 1 mois et des relances faites. Ce taux peu élevé était sans doute favorisé, par le thème de la LCC malgré un questionnaire court (durée estimée à 7 minutes), mais aussi, par la diffusion du questionnaire sur la période des vacances scolaires d'été, rendant une faible puissance à l'étude et limitant l'exploitation complète des données.

3. Intérêt de l'étude

L'originalité de notre travail tient en l'absence de publication portant sur l'évaluation des connaissances des internes de médecine générale dans les traitements antalgiques de la LCC. De nombreuses thèses ont abordé le traitement des LCC, cependant elles étaient soit antérieures à la nouvelle recommandation de la HAS 2019 sur les lombalgies communes, soit elles s'intéressaient principalement aux prises en charge non médicamenteuses (exemple : les facteurs psycho-sociaux, les méthodes non conventionnelles telles que l'ostéopathie ou l'acupuncture).
L'indication des opioïdes forts dans le traitement de la LCC restait rare. Les données de la littérature sur les modalités de prescription des opioïdes dans la LCC devraient être proposées dans la prise en charge.

III. Discussions sur les résultats

1-Prise en charge de la LAC à J1 par les IMGOO (vignette clinique n°1)

Dans cette évaluation des connaissances de la prise en charge d'un premier épisode de LAC, lors d'une consultation de médecine générale, seuls 5.6 % des internes ont répondu complètement conformément aux recommandations de prise en charge de la LAC en 1ère intention.

Ce résultat était en trompe l'œil car 96 % des IMGOO avaient su prescrire les traitements antalgiques médicamenteux adaptés préconisés. Mais le faible taux de réponse complètement juste s'expliquait par une surprescription de traitement non médicamenteux, dont les effets thérapeutiques n'ont pas été mis en évidence, ni validés, et voire controversés dans la LAC. Cela a en effet été souligné dans certaines études, en particulier l'absence d'efficacité des myorelaxants et leurs effets somnolent chez certains patients ; mais aussi l'effet délétère du port d'une ceinture lombaire dans la phase aigüe de la lombalgie commune (15,16).

De plus l'ensemble des IMGOO ayant prescrit un antalgique de palier II (ici le Tramadol) l'avait systématiquement associé à une prescription d'un antalgique de palier I, conformément aux bonnes pratiques de prescription des antalgiques de paliers I et II (24,25). Les IMGOO étaient donc plutôt bien formés dans la prise en charge antalgique des patients présentant un 1er épisode de LAC.

2-Prise en charge de la LAC à J7 par les IMGOO (vignette clinique n°2)

Seuls 13 % des IMGOO ont répondu conformément aux recommandations de prise en charge de la LAC à J7.

Ainsi 27 % des IMGOO ont prescrit un antalgique de palier I, et 76 % des IMGOO ont prescrit un antalgique de palier II. Cependant, seuls 22 % des IMGOO ont proposé une association entre un antalgique de palier I et de palier II.

13 % des IMGOO ont administré de l'Oxycodone 20 mg, dont 6 % des IMGOO ont prescrit des associations entre antalgiques de palier II et III (Tramadol + Oxycodone). Bien que cette association Tramadol + Oxycodone puisse être possible dans certaine situation (24), elle n'est pas recommandée dans le traitement de la LAC. En effet, une analyse de 2018 faite sur un panel de 15 guidelines de pratique clinique en soin primaire de 15 pays (France non inclus), par Oliveira et al.(15), révélait que bien que la plupart des guidelines

recommandaient les opioïdes pour la LAC, cette recommandation n'était pas étayée par des données probantes et pouvait entraîner une augmentation des effets indésirables, voir des mésusages, chez les patients atteints de LAC.
L'ensemble des prescriptions non recommandées, mais prescrit par les IMGOO, était retrouvé dans plusieurs études comme étant des options thérapeutiques à effets diverses (neutre, délétère, données insuffisantes). Ainsi la classification faites par Spechbach H. des Hôpitaux Universitaires de Genève en 2017 (16) rapportait ces options thérapeutiques de la LAC tels que : l'infiltration de corticoïdes, les myorelaxants en 2ème intention, les techniques manuelles, l'éducation thérapeutique (auto-modulation de l'activité physique en fonction des douleurs ; automassage) ainsi que le TENS.
Bien que l'analyse des sous-groupes de TCEM n'ai pas pu être réalisé par manque d'effectif, il était observé que les sous-groupes de TCEM2 et TCEM3 semblaient se détacher du sous-groupe de TCEM1 dans la prise en charge globale de la LAC à J7. Cela supposait la possibilité d'une meilleure formation des IMGOO plus avancés dans le TCEM.

3-Prise en charge de la LCC par les IMGOO (vignette clinique n°3)

Dans cette vignette clinique on remarquait d'emblée que les IMGOO s'étaient détournés des traitements médicamenteux, en effet seuls 39 % des IMGOO avaient prescrit un traitement médicamenteux. Cela témoigne de la place accordée par les IMGOO pour les traitements non médicamenteux dans la prise en charge de la LCC. Ce qui corroborait l'ensemble des études et de la littérature sur les différentes thérapies non médicamenteuses de la LCC, nombreuse dans cet axe de recherche.
Ce taux était encore plus réduit, si l'on ne tenait compte que des prescriptions antalgiques recommandés par la HAS de 2019 dans la LCC. Soit, en effet, 29 % des IMGOO qui avait prescrit un antalgique conforme à cette recommandation. 17 % des IMGOO avaient recommandé un antalgique de palier I, et 19 % des IMGOO avaient prescrit un antalgique de palier II. Cependant seuls 4% des IMGOO avaient proposé une association entre un antalgique de palier I et palier II. Cela posait la question de la bonne compréhension de la vignette clinique au vu des réponses apportées dans les vignettes cliniques précédentes.
Entre autres aucun des IMGOO n'avait intégré les antalgiques de palier III dans la prise en charge de la LCC. Cela décrivait la mauvaise connaissance des IMGOO dans les options thérapeutiques actualisées de la LCC.
A cela s'observait cette tendance à orienter rapidement le patient vers d'autres thérapeutiques et la prescription d'examen complémentaire pas toujours adéquates, tels que

le scanner que 28% des IMGOO avaient prescrit. Cette attitude était déjà connue et observée dans plusieurs études car la prise en charge des patients lombalgiques chroniques était complexe et entrainait souvent le médecin généraliste vers une impasse thérapeutique. Or même après avoir épuisé l'ensemble des thérapeutiques proposé pour le patient, le médecin généraliste restait le dernier recours des patients face à la chronicité de la lombalgie(26).
Bien que cette vignette clinique eût été standardisée, l'approche théorique n'a pas permis d'aborder les facteurs psycho-sociaux, qui constituaient une cause grandissante de la complexité de la LCC (source de dépression, d'arrêt maladie, de coûts de prise en charge élevé), et par la même l'importante diversité des situations cliniques de LCC.

4-La surprescription de traitements non médicamenteux :

Cette notion de surprescription était décrite depuis longtemps, ainsi l'étude menée par Sermet C. et Pichetti S.(27) en 2012 soulignait que parmi les caractéristiques individuelles des médecins, les jeunes médecins prescrivaient davantage que les médecins plus âgés et que la prescription en exercice de groupe était plus efficiente qu'en exercice individuel.
Entre autres il existait des écarts entre les recommandations et les pratiques de terrain ce qui motiveraient les internes à prescrire davantage de traitement non médicamenteux dans ce questionnaire.
En effet la décision de prescrire des traitements non médicamenteux en association avec une prise en charge médicamenteuse repose sur l'effet bénéfique recherché. Les traitements non médicamenteux permettaient de décaler, voire de se dispenser d'introduire un traitement médicamenteux.
Rédiger une ordonnance était la concrétisation de l'acte médical, or les cas cliniques théoriques permettaient un relâchement dans les choix thérapeutiques le plus souvent.
Aussi le rapport de la HAS sur le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées (28) rapportait que « la valeur symbolique associée à la prescription médicamenteuse réside à la fois dans les représentations qui accompagnent l'objet « médicament » et dans celles qui accompagnent le geste de « rédaction d'une ordonnance » ».
Ainsi, comme les prescriptions de traitements non médicamenteux ne font pas l'objet de la rédaction d'une ordonnance, à l'identique des prescriptions médicamenteuses ou autres (biologie, imagerie, etc…), cela pourrait donc à ce titre, entraîner des conséquences sur la perception qui en est faite par les IMGOO.

Il est a noté qu'une majorité de ces traitements non médicamenteux, était assez archaïque comme l'acupuncture (introduite en Europe au XVII siècle)(29), les automassages, ou la sophrologie (créée en 1960)(30), et pourtant leurs influences dans la prise en charge de la LCC restaient importante, alors que leurs efficacités faisaient l'objet de nombreuses controverses parmi les professionnels de santé (31).

5-Ouverture :

Les vignettes cliniques étaient commodes pour évaluer les connaissances théoriques et pratiques des IMGOO. Or sur le terrain, les situations cliniques divergent de l'approche théorique et nécessitent une adaptation des pratiques pour améliorer la prise en charge des patients atteints de LCC. Ce qui expliquerait en partie le recours plus aisé et plus rapide à des thérapeutiques non médicamenteuses.

Le faible taux de participation n'avait pas permis de conclure, de façon statistiquement significative, sur des différences entre promotions de l'état des connaissances des IMGOO dans les nouvelles recommandations de la HAS sur les thérapeutiques antalgiques médicamenteuses.

Cependant, de l'analyse des pratiques de cette étude avait émergé deux tendances : l'influence des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des LCC, et peut-être une meilleure prise en charge de la LCC des IMGOO plus avancées dans le TCEM.

La mise en place d'évaluation, plus fréquente des pratiques des IMGOO durant leur cursus, pourrait être une piste de réflexion afin d'améliorer leurs connaissances.

CONCLUSION

La LCC est une forme grave instaurée de la lombalgie commune, rendant sa prise en charge difficile et complexe en médecine générale.

Les 54 IMGOO de notre étude avaient des niveaux de connaissances, sur les antalgiques médicamenteux, différents selon les cas cliniques abordées dans le questionnaire. Ainsi, cette étude a fait ressortir des lacunes dans les connaissances des classes thérapeutiques essentiellement dans les modalités de prescription des antalgiques de palier II et III. Or ils font partie intégrante du traitement antalgique dans la LCC. En effet tous les IMGOO de notre étude n'ont pas su prescrire un traitement antalgique de palier III dans le cadre de la LCC.

Des études sur une population plus large seraient nécessaires pour soutenir ces résultats.

De même, les causes de ces méconnaissances n'ont pas été recherchées dans notre étude et pourraient faire l'objet d'une recherche ultérieure.

Des modalités de formations ajustées, aux évaluations des connaissances des internes, pourraient être mises en œuvre, pour assurer une amélioration de leurs compétences dans le domaine de la gestion des douleurs.

Toulouse, le 30/09/2022

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

20/9/22

Président de Jury

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Marotte H, Le Goff B. Rhumatologie. 7e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2020. 583 p. (Collège français des enseignants en rhumatologie).
2. Conor S, Research expert covering health & pharmaceuticals in the UK & Europe, Get in touch with us now. Low back pain incidence in Europe 2019, by gender [Internet]. Statista. 2021 [cité 20 avr 2022]. Disponible sur: https://www.statista.com/statistics/1255625/lower-back-pain-incidence-in-europe-by-gender/
3. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. Arthritis Rheum. juin 2012;64(6):2028-37.
4. Haute Autorité de Santé. Rapport HAS 2019 sur la Lombalgie - Quelles recommandations ? [Internet]. Blueback. 2019 [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: https://www.blueback.fr/has-2019-lombalgie-recommandations/
5. 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. Fundam Clin Pharmacol. févr 2010;24(1):101-8.
6. INRS. Travail et lombalgie - Brochure - INRS [Internet]. 2022 [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206087
7. assurance maladie. mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf [Internet]. 2017 [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf
8. assurance maladie. Les lombalgies liées au travail | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2017-sante-travail-lombalgies
9. Chazelle E, Chan-Chee C, Fouquet N. Etude de la survenue et de l'évolution de la lombalgie selon la situation de travail pendant le confinement lié à l'épidémie de Covid-19, du 17 mars au 10 mai 2020, en France métropolitaine. 21 sept 2020;10.
10. Emilie Monzon NR. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problematiques. 2019 févr p. 52.
11. Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. janv 2016;70.
12. Nau JY. Souffrances et addictions aux antalgiques opiacés : la France n'est-elle qu'au milieu du gué ? [Internet]. Journalisme et Santé Publique. 2019 [cité 26 juin 2022].

Disponible sur: https://jeanyvesnau.com/2019/02/22/prescriptions-addictions-aux-antalgiques-opiaces-la-france-nest-elle-quau-milieu-du-gue/

13. Guillaume A. Rapport 2020 de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes. Obs Démographie Cons Natl Masseurs-Kinésithérapeutes. 2020;28.

14. HAS. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. 10 mars 2022;72.

15. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, 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.

16. Spechbach H. Lombalgie aiguë. Service de médecine de premier recours – DMCPRU – HUG [Internet]. 2017 [cité 20 avr 2022]; Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_lombalgies_aigues.pdf

17. l'Assurance Maladie. Arrêt de travail - Lombalgie commune [Internet]. www.ameli.fr. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/347659/document/2017398_fiche_repere_at_lombalgie_v2_bd_0.pdf

18. HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. 2019 mars [cité 1 mai 2022] p. 8. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

19. Ollivier C. Règles de prescription des morphiniques de palier en ambulatoire. janv 2007;3.

20. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. Lancet Lond Engl. 4 févr 2012;379(9814):482-91.

21. l'Assurance Maladie. Arrêt de travail - Lombalgie commune chronique [Internet]. www.ameli.fr. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4950/document/arret-travail-sciatique_assurance-maladie.pdf

22. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

23. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale 2013 [Internet]. 2013 déc [cité 31 août 2022]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf

24. Beloeil H. Les associations médicamenteuses antalgiques. 53e Congrès Natl D'anesthésie Réanimation. oct 2021;14.

25. CHU Toulouse. Douleur : quelles associations? [Internet]. [cité 31 août 2022]. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/clud_poster_associations_medicamenteuses.pdf

26. Rueff-Cacitti K, Steiner AS, Sacroug T, Bovier P. Lombalgie et médecin généraliste : des soins de premier et de dernier recours [Internet]. Hôpital Universitaire de Genève; 2007 [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-126/lombalgie-et-medecin-generaliste-des-soins-de-premier-et-de-dernier-recours

27. Sermet C, Pichetti S. Une prescription sous influence(s). Après-Demain. 2012;N ° 22, NF(2):25-7.

28. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. 2011 avr [cité 31 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

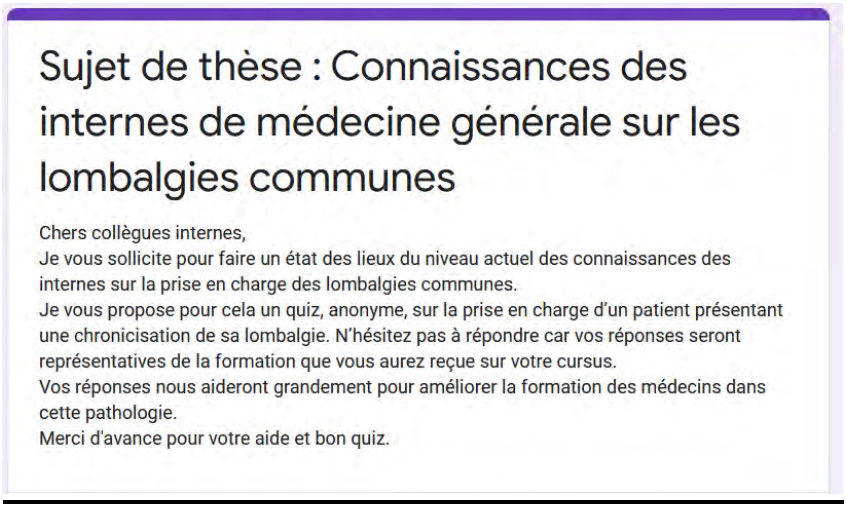
29. Acupuncture. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Acupuncture&oldid=196580259

30. Sophrologie. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sophrologie&oldid=196464753

31. Quittet PM. À quel moment le médecin généraliste formé à l'acupuncture l'utilise-t-il dans la prise en charge de la lombalgie chronique? Université de Caen Normandie; 2019.

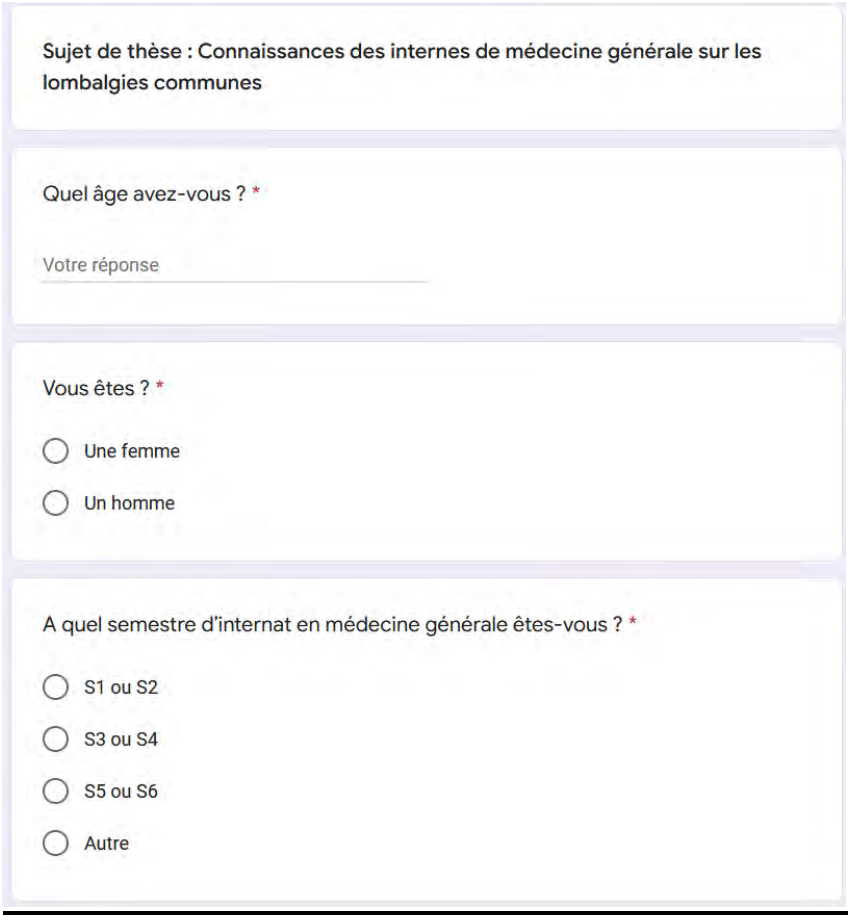
ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire sur les connaissances des IMGOO sur les lombalgies communes.



Sujet de thèse : Connaissances des internes de médecine générale sur les lombalgies communes

Chers collègues internes,
Je vous sollicite pour faire un état des lieux du niveau actuel des connaissances des internes sur la prise en charge des lombalgies communes.
Je vous propose pour cela un quiz, anonyme, sur la prise en charge d'un patient présentant une chronicisation de sa lombalgie. N'hésitez pas à répondre car vos réponses seront représentatives de la formation que vous aurez reçue sur votre cursus.
Vos réponses nous aideront grandement pour améliorer la formation des médecins dans cette pathologie.
Merci d'avance pour votre aide et bon quiz.



Sujet de thèse : Connaissances des internes de médecine générale sur les lombalgies communes

Quel âge avez-vous ? *

Votre réponse

Vous êtes ? *

- ◯ Une femme
- ◯ Un homme

A quel semestre d'internat en médecine générale êtes-vous ? *

- ◯ S1 ou S2
- ◯ S3 ou S4
- ◯ S5 ou S6
- ◯ Autre

Récit clinique et question avec réponses à choix multiple(s)

1er partie : Monsieur H., 48 ans, 75kg, maçon, consulte lundi matin pour une violente douleur lombaire survenue au domicile dimanche (hier) en déplaçant son canapé.
Il a réussi à venir à votre cabinet malgré les douleurs.
L'examen clinique retrouve une douleur lombaire basse avec EVA=6/10, avec une attitude spontanée à l'antéflexion du tronc, une contracture des muscles paravertébraux, une raideur lombaire avec un indice de Schöber à 10+1cm.
Il n'a pas de trouble de la statique rachidienne, ni déficit sensitivo-moteur et les réflexes sont présents.
Il présente une lombalgie aiguë commune (lumbago).

Cochez ce que vous pouvez prescrire à ce stade (une ou plusieurs réponse(s)) *

- [ ] Paracétamol 1g : 1cp matin, midi, soir et au coucher pendant 7 jours + Ketoprofène LP 100mg 1cp matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Tramadol LP 50mg : 1cp matin, midi et soir pendant 7 jours
- [ ] Oxycodone 20mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Thiocholchicoside 4mg : 1 cp matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Pregabaline 75 mg : 1 gélule matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Solumedrol 40mg : 2 ampoules en injection intra-musculaire
- [ ] Ceinture lombaire (orthèse) pendant 7 jours
- [ ] Kinésithérapie : massages doux antalgiques, éducation posturale
- [ ] Techniques manuelles, acupuncture, ou Sophrologie
- [ ] Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)
- [ ] Éducation thérapeutique : auto-modulation de l'activité physique en fonction des douleurs ; auto-massage
- [ ] Démarche de prescription d'activité physique adaptée
- [ ] Arrêt de travail pour 5 jours
- [ ] Arrêt de travail pour 21 jours
- [ ] Arrêt de travail pour 35 jours ou plus
- [ ] Radiographie standard du rachis lombaire (face et profil) et du bassin de face
- [ ] Scanner du rachis lombaire
- [ ] IRM du rachis lombaire
- [ ] Avis neurochirurgical pour une éventuelle thermocoagulation
- [ ] Avis du médecin du travail

2ème partie : Une semaine plus tard Mr H. consulte à nouveau car les traitements n'améliorent pas assez ses douleurs pour envisager de reprendre le travail.

Cochez ce que vous pouvez prescrire à ce stade (une ou plusieurs réponse(s)) *

- [ ] Paracétamol 1g : 1cp matin, midi, soir et au coucher pendant 7 jours + Ketoprofène LP 100mg 1cp matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Tramadol LP 50mg : 1cp matin, midi et soir pendant 7 jours
- [ ] Oxycodone 20mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Thiocholchicoside 4mg : 1 cp matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Pregabaline 75 mg : 1 gélule matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Solumedrol 40mg : 2 ampoules en injection intra-musculaire
- [ ] Ceinture lombaire (orthèse) pendant 7 jours
- [ ] Kinésithérapie : massages doux antalgiques, éducation posturale
- [ ] Techniques manuelles, acupuncture, ou Sophrologie
- [ ] Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)
- [ ] Éducation thérapeutique : auto-modulation de l'activité physique en fonction des douleurs ; auto-massage
- [ ] Démarche de prescription d'activité physique adaptée
- [ ] Arrêt de travail pour 5 jours
- [ ] Arrêt de travail pour 21 jours
- [ ] Arrêt de travail pour 35 jours ou plus
- [ ] Radiographie standard du rachis lombaire (face et profil) et du bassin de face
- [ ] Scanner du rachis lombaire
- [ ] IRM du rachis lombaire
- [ ] Avis neurochirurgical pour une éventuelle thermocoagulation
- [ ] Avis du médecin du travail

3ème partie : Après 3 mois d'évolution, il persiste une lombalgie émaillée d'épisodes aiguës transitoires déclenchés, en se tournant dans le lit et au lever du lit.

Cochez ce que vous pouvez prescrire à ce stade (une ou plusieurs réponse(s)) *

- [ ] Paracétamol 1g : 1cp matin, midi, soir et au coucher pendant 7 jours + Ketoprofène LP 100mg 1cp matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Tramadol LP 50mg : 1cp matin, midi et soir pendant 7 jours
- [ ] Oxycodone 20mg : 1cp matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Thiocholchicoside 4mg : 1 cp matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Pregabaline 75 mg : 1 gélule matin et soir pendant 7 jours
- [ ] Solumedrol 40mg : 2 ampoules en injection intra-musculaire
- [ ] Ceinture lombaire (orthèse) pendant 7 jours
- [ ] Kinésithérapie : massages doux antalgiques, éducation posturale
- [ ] Techniques manuelles, acupuncture, ou Sophrologie
- [ ] Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)
- [ ] Éducation thérapeutique : auto-modulation de l'activité physique en fonction des douleurs ; auto-massage
- [ ] Démarche de prescription d'activité physique adaptée
- [ ] Arrêt de travail pour 5 jours
- [ ] Arrêt de travail pour 21 jours
- [ ] Arrêt de travail pour 35 jours ou plus
- [ ] Radiographie standard du rachis lombaire (face et profil) et du bassin de face
- [ ] Scanner du rachis lombaire
- [ ] IRM du rachis lombaire
- [ ] Avis neurochirurgical pour une éventuelle thermocoagulation
- [ ] Avis du médecin du travail

Merci d'avoir pris le temps pour répondre à ce quiz.

Si vous êtes intéressés par les résultats de cette étude : merci d'avance de le signaler par email au : theselombalgiecommunechronique@outlook.com (je vous adresserai le pdf de la thèse)

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Dans le cadre de la présentation du mémoire de spécialité ou de la soutenance de thèse de docteur en médecine

(Tentative de fraude ou de plagiat)

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon, au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle, et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le Président de l'Université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'Université,

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main **: « j'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».**

"j'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète"

NOM et Prénom du postulant : WEBER Jean Claude

Date : 01/09/2022 **Signature :**

Scolarité 3ème cycle - 133 route de Narbonne – 31062 Toulouse Cédex – Tél : 05 62 88 90 00 – Fax : 05 62 88 90 21

AUTEUR : Jean Claude WEBER

TITRE : Connaissances des internes de médecine générale d'Occitanie ouest, dans les traitements antalgiques recommandés par la HAS dans les lombalgies chroniques communes.

DIRECTRICE DE THÉSE : Dr Motoko DELAHAYE

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : A Toulouse le 18 octobre 2022

RESUME :
Introduction : Initialement, la prise en charge des lombalgies chronique (LC) reposait majoritairement sur les antalgiques de palier I, laissant les opioïdes de côté. Les opioïdes sont une thérapeutique méconnue des médecins généralistes dans le traitement des LC commune (LCC). En 2019, la HAS a publié de nouvelles recommandations dans le traitement des lombalgies communes afin d'améliorer les pratiques des professionnels de santé.
Objectif : Evaluer les connaissances des internes de médecine générale d'Occitanie Ouest sur les recommandations HAS de 2019 des traitements antalgiques de différents paliers dans les LCC.
Méthode : Etude descriptive transversale utilisant trois vignettes cliniques avec un questionnaire informatisé et diffusé de juillet à août 2022 aux 420 adhérents de l'association des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées.
Résultats : 54 (14%), questionnaires ont été analysés. Dans la LCC 18.52% des internes ont prescrit du Tramadol LP 50 mg, 3.70% internes ont proposé une association entre un antalgique de palier I et palier II, et aucun interne n'a prescrit un antalgique de palier III.
Discussion: Cette étude montre une méconnaissance dans les modalités de prise en charge antalgique médicamenteuse des LCC des internes de médecine Générale d'Occitanie Ouest. Des études sur une population plus large seraient nécessaires pour soutenir ces résultats.

TITLE : Knowledge of primary care residents from Western Occitanie, in the analgesic treatments recommended by the HAS for chronic nonspecific low back pain.

SUMMARY:
Introduction: Initially, the management of chronic low back pain (LBP) was mainly based on level I analgesics, leaving opioids aside. Opioids are an underrated therapy by general practitioners in the treatment of chronic nonspecific LBP. In 2019, HAS published new recommendations for the treatment of chronic nonspecific LBP to improve the practices of healthcare professionals.
Purpose: To assess the knowledge of primary care residents from Western Occitanie on the 2019 HAS recommendations for analgesic treatments at the different levels of chronic nonspecific LBP. Method: Descriptive cross-sectional study using three clinical vignettes with a computerized questionnaire provided from July to August 2022 to the 420 members of the primary care residents association from Midi-Pyrénées.
Results: 54 (14%) forms have been analyzed. In chronic nonspecific LBP, 18.52% of residents prescribed Tramadol LP 50 mg, 3.70% of residents suggested an association between a level I and level II analgesic, and no residents prescribed a level III analgesic.
Discussion: This study shows an ignorance in the methods of drug analgesic management of chronic nonspecific LBP of primary care residents from Western Occitanie. Studies on a larger population would be necessary to support these results.

Mots-Clés : Lombalgie chronique commune, interne en médecine générale, antalgique palier, opioïde

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE