

Université de Nantes
Faculté de Médecine de Nantes

Année 2021

N° 2021-83

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine
DES de Médecine Générale

par

Alix REMAUD

Présentée et soutenue publiquement le 22 Juin 2021

**Évaluation des connaissances et croyances des
patients lombalgiques vis à vis de la campagne de
sensibilisation de l'Assurance Maladie « Mal au
dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement »**

Directeur de thèse : Professeur Céline Bouton

Président du jury : Professeur Julien Nizard

Membre du jury : Professeur Yves Maugars

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements :

Au Professeur Julien Nizard, je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de présider cette soutenance de thèse. Je vous suis vraiment reconnaissante pour votre disponibilité.

Au Professeur Yves Maugars, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et merci à l'intérêt que vous lui portez.

Au Professeur Céline Bouton, je te remercie d'avoir été une formidable directrice de thèse. A tout ce temps que tu m'as accordé et aux conseils que tu m'as apportés, je t'en suis profondément reconnaissante.

Au Docteur Ronan Philippe, je te remercie car si cette thèse a vu le jour, c'est bien grâce à toi. Et merci pour tout ce que tu m'as appris pendant 1 an à tes côtés.

Au Docteur Alexis Feraille, merci pour tes conseils et ta pédagogie durant ces 6 mois de stage.

Docteur Lucie Barthélémy, Docteur Angèle Lemonnier, Docteur Patrice Lemonnier, Docteur Jean-Yves Bihan et Docteur Marie Chabert, merci pour votre soutien et votre participation à cette thèse.

Et bien sûr, merci à Karine et Stéphanie pour votre indéfectible patience avec moi.

A Samantha, pour ta précieuse aide pour ces statistiques.

A mes parents et mon frère Arthur, merci pour votre soutien depuis toutes ces années. Ça y est, je suis Docteur ! Depuis le temps que vous attendiez ça... ! Mais tout ça a été possible grâce à vous. Je vous aime au plus profond de moi-même, merci de m'avoir soutenu toutes ces années, j'espère vous rendre fiers. Et une pensée particulière, à toi Maman, pour avoir supporté mes états d'âmes chaque jour depuis plus de 10 ans maintenant.

A toi mon très cher François, qui m'a toujours soutenu même quand j'étais insupportable. Merci de m'avoir aidé à réaliser cette thèse. Merci pour ce que tu es. D'ailleurs on ne dit pas qu'une femme qui éclabousse un homme, c'est un peu comme la rosée d'une matinée de

printemps ? C'est la promesse d'une belle journée et la perspective d'une soirée enflammée. Enfin, ça, on en reparlera quand il faudra porter des choses lourdes.

A Quentin, tu as toujours été présent depuis toutes ces années. Tu me comprends si bien et je ne te remercierai jamais assez. Quinou Crottin (ou Guy Stop d'Auxerre) t'embrasse et attend avec impatience notre prochaine chouffe.

A Clara, ma sage-femme en herbe qui n'a peur de rien. Mais la prochaine fois, n'oublie pas les tongs dans le kayak, je ne serais pas toujours là pour les récupérer.

A mes cointernes de Montaigne, le mouton, la globalité et Robespierre, merci mille fois d'avoir toujours été là. Cette fine équipe, ces médecins en carton, c'est nous. Pourvu qu'on continue nos RCP Montaigne ! Je vous aime, jusqu'à ce que la mort nous sépare (petite dédicace pour les annonces que j'ai gâchées).

A mes cointernes de Luçon, toujours présent pour booster les équipes, merci infiniment. Sans vous, ce début d'internat aurait été bien morose. What's up !

A Hélène, merci mille fois pour ton soutien ces derniers mois ! Ne bouge pas, j'arrive ;) Et aussi à toi Bertrand, mon futur collègue.

Mais aussi à toi Romain pour ces quelques années à tes côtés.

Et en faisant les comptes de tous ceux qui m'avaient permis d'arriver jusque-là, j'ai réalisé qu'il y avait une dernière chose. Je ne remercierai pas mes petits soucis de santé, mais malgré tout, ils ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Ils m'ont montré ce que je voulais faire dans la vie. Cette curiosité, cette petite flamme qui m'a aidé à tenir durant toutes mes études. Je me battrai et j'irai jusqu'au bout quoi qu'il arrive. Et si c'était à refaire, je le referais. Je ne changerais rien. « Je veux aider comme on m'a aidé ». Alix 28 ans, 1m62.

TABLES DES MATIERES

Tables des figures et tableaux.....	7
Tables des annexes.....	8
Liste des abréviations.....	9
I. Introduction.....	10
II. Matériels et méthodes.....	13
A. Inclusion des patients.....	13
1. Critères d'inclusion.....	13
2. Critères d'exclusion.....	13
3. Période d'inclusion.....	14
4. Médecins recruteurs.....	14
B. Déroulement de l'étude.....	14
1. Recrutement et premier recueil d'information.....	14
a) Premier mode de recrutement.....	14
b) Deuxième mode de recrutement.....	15
2. Deuxième recueil d'information.....	15
C. Description des supports utilisés.....	16
1. La brochure.....	16
2. Élaboration du questionnaire.....	17
a) Caractéristiques du questionnaire.....	17
b) Contenu du questionnaire.....	17
D. Critères d'évaluation.....	18
1. Critère principal.....	18
2. Objectifs secondaires.....	19
E. Outils statistiques.....	19
F. Comité d'éthique.....	19
III. Résultats.....	20
A. Diagramme de flux.....	20
B. Résultats de l'échantillon principal lors du premier recueil.....	21
1. Nombre de patients inclus et perdus de vue.....	21
2. Profil des médecins recrutés.....	21
3. Description de l'échantillon total.....	22

a) Age et sexe.....	22
b) Répartition des professions.....	22
c) Traitements médicaments utilisés.....	23
d) Recours à une imagerie.....	24
e) Spécialités paramédicales consultés.....	24
f) Analyse de la douleur lombaire.....	25
C. Analyse statistique des résultats.....	27
1. Analyse de l'EVA au premier et deuxième recueil.....	27
2. Analyse du questionnaire FABQ au premier et deuxième recueil.....	28
3. Répartition des bonnes réponses au premier et deuxième recueil.....	29
a) Pourcentages de bonnes réponses à J0 et J7.....	29
b) Moyennes des bonnes réponses.....	30
4. Critère de jugement principal.....	30
5. Critère de jugement principal avec analyse en sous-groupe.....	31
a) Analyse du critère de jugement principal en fonction de l'âge.....	31
b) Analyse du critère de jugement principal en fonction de la catégorie socio-professionnelle.....	32
6. Note de satisfaction.....	32
IV. Discussion.....	33
A. Critère de jugement principal.....	33
B. Critères secondaires.....	34
C. Forces et faiblesses de l'étude.....	37
1. Points forts.....	37
2. Points faibles.....	38
D. Perspective d'avenir.....	40
1. Dans la théorie.....	40
2. Dans la pratique.....	41
3. Et aujourd'hui ?	43
V. Conclusion.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXES.....	51

TABLES DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1. Diagramme de flux

Figure 2. Répartition des hommes et femmes selon l'âge

Figure 3. Répartition des catégories professionnelles selon le sexe

Figure 4. Répartition des traitements médicamenteux utilisés selon le sexe

Figure 5. Répartition des traitements médicamenteux en fonction de l'âge

Figure 6. Répartition des spécialistes paramédicaux consultés

Figure 7. Répartition des spécialistes paramédicaux consultés en fonction de la durée de la lombalgie

Figure 8. Répartition des durées des lombalgies en fonction de l'âge

Figure 9. Répartition des durées des lombalgies en fonction de la catégorie socio-professionnelle

Figure 10. Pourcentages de bonnes réponses par question au premier et deuxième recueil

Figure 11. Effectif du nombre de bonnes réponses au quizz en fonction de l'âge lors du premier recueil

Figure 12. Effectif du nombre de bonnes réponses au quizz en fonction de la catégorie socio-professionnelle lors du premier recueil

Tableau 1. Répartition des durées des lombalgies et du nombre d'épisodes

Tableau 2. Moyennes des scores au questionnaire FABQ par item

Tableau 3. Effectif du nombre de bonnes réponses au quizz entre J0 et J7

TABLES DES ANNEXES

Annexe 1 : Drapeaux rouges

Annexe 2 : Drapeaux jaunes

Annexe 3 : Fiche d'information à l'intention des patients

Annexe 4 : Formulaire de consentement

Annexe 5 : Page de garde du questionnaire en salle d'attente

Annexe 6 : Mails envoyés aux patients

Annexe 7 : Brochure patient « Je souffre de douleur lombaire : de quoi s'agit-il et que faire ? »

Annexe 8 : Questionnaire sur les douleurs lombaires

Annexe 9 : Histogrammes des différences du questionnaire FABQ entre J0 et J7

LISTE DES ABREVIATIONS :

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMG : Département de médecine générale

EVA : Échelle visuelle analogique

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

I. INTRODUCTION

« J'ai mal au dos docteur ! » est devenue une phrase très prononcée par les patients de nos jours. En effet, plus de la moitié de la population française a présenté une lombalgie d'au moins un jour sur les douze derniers mois (1). On estime même que quatre personnes sur cinq présenteront une lombalgie au cours de leur vie (2).

Pour la Société Française de Rhumatologie, la lombalgie chronique commune est « une douleur lombo-sacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou, mais avec prédominance de la douleur pendant au moins 3 mois, quasi-quotidienne, sans tendance à l'amélioration. » (3).

Selon la Haute Autorité de Santé, la lombalgie chronique est définie par une lombalgie de plus de trois mois. Il est proposé d'utiliser les termes de : « poussée aiguë de lombalgie » qui représente la majorité des cas et qui est définie par des douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, la « lombalgie à risque de chronicité », qui dure moins de 3 mois et enfin la « lombalgie récidivante », en cas d'épisodes répétitifs dans les 12 mois. La prise en charge de la lombalgie chronique, évoluant depuis plus 3 mois, est regroupée avec celle de la lombalgie à risque de chronicisation (4).

La lombalgie commune se différencie de la lombalgie symptomatique (ou secondaire) par l'absence de cause systémique (infectieuse, tumorale, inflammatoire, traumatique). La recherche de « drapeaux rouges » (Annexe 1) permettra d'orienter le diagnostic. Toutefois, les lombalgies secondaires représentent moins de 2% des lombalgies vues en consultation, alors que 80% des patients présentent des signaux d'alertes (5).

En France, les lombalgies sont à l'origine de plus de 6 millions de consultations dans 90% des cas chez le médecin généraliste. Elle représente la 1^{ère} cause d'invalidité avant 45 ans (6). L'INSEE a réalisé 2 enquêtes, HID (Handicaps, Incapacité, Dépendance) en 1999 avec une suite d'étude en 2001 et l'Enquête Décennale Santé de 2002 à 2003 (7) qui ont été réalisées dans des « ménages ordinaires » en France. Ces 2 enquêtes ont pu montrer que la prévalence

de la lombalgie d'au moins un jour dans les 12 derniers mois est ainsi estimée à 55%, celle de la lombalgie de plus de 30 jours à 17% et celle de la lombalgie « incapacité » à 8%.

La lombalgie représente un véritable enjeu de santé publique puisqu'elle produit plus de 110 000 arrêts de travail d'une durée moyenne de 33 jours soit 3,5 millions de journées perdues (8). Le coût total de la prise en charge des patients ayant une lombalgie est non négligeable (9). Il y a d'une part les coûts directs (médicaux et paramédicaux) et les coûts indirects qui sont liés aux arrêts de travail. Une étude de la CPAM de Metz (10) montre un coût global moyen s'élevant à 15 679€ par patient. Cependant, d'autres études (11, 12) montrent que les coûts indirects sont bien plus importants que les coûts directs. En effet, ces coûts directs sont évalués à 1,4 milliards d'euros par an et représente 1,6% des dépenses de santé en France. Les coûts indirects sont estimés à environ 8 à 10 milliards d'euros et sont dus principalement aux indemnités journalières.

La recherche de « drapeaux jaunes » dans la lombalgie commune (Annexe 2) est une étape importante car ceux-ci ont un lien étroit avec le risque de chronicisation de la lombalgie. Des études (13,14) accordent aux facteurs psycho-sociaux (tel que la dépression, les croyances, le manque de soutien de la famille ou des collègues de travail, le stress lié au travail etc..) une place prépondérante dans cette chronicisation. Certaines croyances, erronées, font de la lombalgie une maladie grave qui impose le repos et engendre un arrêt de travail.

La prise en charge des lombalgies a souvent été modifiée au cours du temps. Pendant longtemps, le repos a été considéré comme une nécessité pour la guérison et éviter les récurrences de lombalgies. Les dernières recommandations de la HAS en mars 2019, affirment justement le contraire (4). Le repos est considéré comme un facteur de risque de chronicisation. Le maintien des activités physiques est maintenant fortement recommandé par les experts (15, 16). De plus, il est primordial que le médecin délivre une information rassurante sur l'évolution de la lombalgie (4).

Les résultats du baromètre d'opinion « connaissance et attitude vis à vis de la lombalgie » mené par l'institut BVA pour l'Assurance Maladie (17) mettent en évidence 2 croyances principales :

- 25% des personnes interrogées pensent que la lombalgie est un problème grave
- Près de 70% des personnes pensent que le repos est le meilleur remède à la lombalgie.

Devant ce constat alarmant et devant le coût de la prise en charge de la lombalgie, l'Assurance Maladie a lancé le 17 novembre 2017 une nouvelle campagne de sensibilisation sur la lombalgie auprès du grand public, mais aussi auprès des médecins et des entreprises : « Mal au dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement ! ». L'objectif de ce nouveau concept est de lutter contre ces idées reçues et de recommander un nouveau comportement pour éviter le passage à la chronicité.

Pour diffuser au mieux ce message, l'Assurance Maladie a utilisé plusieurs supports : des affiches publicitaires, des spots TV et radio qui ont été diffusés du 17 novembre au 8 décembre 2017, un vidéo pédagogique disponible sur Youtube, des messages relayés par ameli.fr et les réseaux sociaux mais aussi des brochures en différentes versions pour les professionnels de santé, les entreprises et le grand public. La brochure, à destination des patients, s'intitule « Je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il et que faire ? ». Elle réunit plusieurs messages clés tels que : « la lombalgie n'est pas une maladie grave », ou encore « l'activité physique permet une amélioration des symptômes et des exercices réguliers permettent de prévenir les rechutes ».

Dans cette thèse, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement à la brochure de la CPAM à destination des patients et à l'impact qu'elle a eu auprès d'eux. Nous avons cherché à évaluer les connaissances et les croyances des patients sur l'activité physique et la lombalgie à l'aide de cette brochure. A-t-elle eu un impact et a-t-elle induit un changement de mentalité vis à vis l'activité physique lors d'une lombalgie ?

II. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, interventionnelle, multicentrique, quantitative par analyse d'un questionnaire à réponse fermée, adressé aux patients. Après avoir demandé le consentement aux personnes concernées, ce questionnaire a été réalisé sur papier le jour de la consultation de médecine générale puis via internet, sept jours plus tard.

A. Inclusion des patients

1. Critères d'inclusion :

- Age compris entre 18 ans à 65 ans
- Tout patient ayant une lombalgie aiguë, subaiguë, chronique, récidivante ou ayant présenté une lombalgie au cours des douze derniers mois, se présentant au cabinet de médecine générale

2. Critères d'exclusion :

- Patient en incapacité de donner son consentement
- Refus de participer à l'étude
- Femme enceinte, femme en post-partum dont la lombalgie est apparue pendant la grossesse
- Patient ayant une sciatalgie ou cruralgie
- Patient atteint d'une lombalgie secondaire (processus tumoral, infectieux, d'origine fracturaire)
- Patient présentant des troubles cognitifs ou handicap mental (sous tutelle)
- Patient atteint d'une pathologie psychiatrique décompensée
- Patients ayant déjà eu la brochure « Je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il et que faire ? »

3. Période d'inclusion

L'inclusion des patients s'est déroulée du 17 juin 2020 au 14 janvier 2021.

4. Médecins recruteurs

Les médecins investigateurs étaient tous des médecins généralistes : cinq médecins titulaires du cabinet de médecine générale de Montaigu (Vendée – 85) et un jeune médecin qui était l'investigateur principal.

B. Déroulement de l'étude :

1. Recrutement et premier recueil d'information

Deux modes de recrutement ont été mis en place.

a) Premier mode de recrutement

A l'occasion d'une consultation en médecine générale pour une douleur lombaire aigue, chronique ou récidivante, les patients étaient invités à participer à l'étude. Après avoir délivré une fiche d'information sur l'étude (Annexe 3) et après avoir recueilli leur consentement oral et écrit (Annexe 4), les patients devaient répondre au questionnaire sous forme papier. Une forme papier et non digitale a été utilisée pour le premier recueil afin d'éviter des biais. En effet, soit il fallait fournir un support numérique (tablette ou ordinateur) aux patients pendant la consultation, ce qui impliquait un investissement dans ce support. Soit, il fallait que les patients répondent chez eux en rentrant de consultation, ce qui aurait entraîné beaucoup de perdus de vue.

Des informations administratives étaient recueillies par le médecin généraliste. Ces informations comprenaient : le nom et prénom du patient, sa date de naissance, sa profession, les traitements médicamenteux prescrits ou antérieurement utilisés (s'il y a eu plusieurs épisodes de lombalgie), les imageries réalisées et les professionnels paramédicaux déjà consultés (à savoir les kinésithérapeutes, ostéopathes).

La brochure-patient était distribuée à la fin de la consultation après avoir rempli le questionnaire. Par consigne, les patients devaient lire la brochure à leur retour à domicile, le jour même, et étaient informés qu'ils seraient recontactés par mail sept jours plus tard pour compléter à nouveau le questionnaire.

b) Deuxième mode de recrutement

Pour accélérer le recrutement, nous l'avons mis en place directement dans les salles d'attente. Les questionnaires étaient alors laissés à disposition des patients avec une page de garde (Annexe 5) comportant les critères d'inclusion principaux pour participer à l'étude, un résumé de la fiche d'information ainsi que les consignes pour répondre au questionnaire. Les patients répondant aux critères d'inclusion pouvaient remplir le questionnaire puis le déposer au secrétariat du cabinet pour ainsi récupérer la brochure. Ils étaient informés qu'ils seraient recontactés une semaine plus tard pour répondre de nouveau au questionnaire via internet.

Pour chaque patient qui remplissait le questionnaire, les critères d'inclusion et d'exclusion ont ensuite été vérifiés dans leur dossier médical. Les patients ne répondant pas aux critères, n'ont pas été inclus dans l'étude et en ont été informés par téléphone ou par mail.

2. Deuxième recueil d'information

Il a été décidé d'un deuxième recueil d'information sept jours plus tard pour limiter les pertes de vue et pour que les patients puissent se souvenir de la brochure qu'ils avaient lue une semaine auparavant.

Les patients ont été contactés par téléphone sept jours après la consultation. Afin d'optimiser le taux de réponse des patients, les appels ont été passés via un téléphone portable sans masquer le numéro.

Nous nous présentions et nous signalions que nous venions de leur envoyer un e-mail avec le lien internet (via Google Forms) du questionnaire à remplir. Nous avons appelé les patients aux heures ouvrables du lundi au vendredi.

Si les patients ne répondaient pas, nous laissions un message vocal en nous présentant et en leur signalant l'envoi de notre e-mail. Nous ne les rappelions pas une seconde fois s'ils ne nous avaient pas rappelé.

En fonction du mode de recrutement, deux types de mails étaient envoyés (Annexe 6).

C. Description des supports utilisés

1. La brochure

La brochure de la CPAM à destination des patients « Je souffre de douleur lombaire : de quoi s'agit-il et que faire ? » (Annexe 7) a été réalisée par l'Assurance Maladie en 2017 dans le cadre de sa campagne d'information « Le bon traitement, c'est le mouvement » sur les douleurs lombaires et les croyances concernant l'activité physique. Il s'agit d'un guide pour inciter les patients à pratiquer et maintenir une activité physique quand on a des douleurs lombaires.

Elle est composée de dix pages, format A3, facilement transportable. Elle décrit en premier lieu, la physiopathologie du dos et des douleurs lombaires. Elle explique aux patients qu'il s'agit d'une pathologie courante sans gravité et que l'activité physique, pendant les douleurs et au long cours, permet de diminuer les lombalgies et prévient le risque de rechute. Elle donne aussi quelques conseils d'étirements et de renforcement musculaire à l'aide d'exemples schématisés. Elle résume, dans des cadres de couleurs, les informations importantes à retenir. Elle a été envoyée en petit nombre aux médecins généralistes lors de la campagne de communication de 2017 afin qu'ils puissent les distribuer et en parler à leurs patients. Ils pouvaient en recommander gratuitement ensuite.

2. Élaboration du questionnaire

a) Caractéristiques du questionnaire

Pour la réalisation du questionnaire et pour qu'il soit acceptable par les patients, le questionnaire devait être précis et court pour limiter les perdus de vue (Annexe 8).

Un vocabulaire le plus simple possible a été utilisé pour une meilleure compréhension. Par exemple, en définissant certains termes comme la « lombalgie » par « mal de dos » ou « mal en bas du dos », ou encore « lumbago » par « douleur lombaire aigue ».

Pour la présentation du questionnaire sous forme papier, une mise en page simple a été utilisé et elle devait se rapprocher le plus possible du questionnaire internet qui serait réalisé à J7 pour éviter un biais d'information.

b) Contenu du questionnaire

Le patient devait remplir le questionnaire pendant la consultation ou alors en salle d'attente à J0. Ensuite, il se voyait remettre la brochure et remplissait de nouveau le questionnaire sept jours plus tard.

Ce questionnaire, comportait quatre parties avec un total de dix-sept questions :

- La première partie (à J0 et J7) était composée de quatre questions sur les caractéristiques de la lombalgie. Elle évaluait le type de lombalgie dont les patients étaient atteints (durée de la douleur et s'il existe plusieurs épisodes sur les douze derniers mois) ainsi que l'évaluation de leur douleur grâce à l'échelle EVA.
- La deuxième partie (à J0 et J7) comportait la composante « activité physique » du questionnaire FABQ (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire), sur les croyances et les peurs à propos de la lombalgie et de l'activité physique. Sur les cinq questions de cette composante « activité physique », seules les quatre questions comptabilisant des points dans la sous-échelle ont été gardées. Chaque item du questionnaire FABQ est évalué sur une échelle de zéro à six, « zéro » étant le désaccord total avec l'item et « six » étant l'accord total avec l'item. Le score « activité physique » va donc de 0 à 24. Plus la valeur du score est élevée, plus l'appréhension de l'activité physique est importante.
- Une troisième partie (à J0 et J7) sous forme de quizz concernant la brochure. Elle comportait huit questions. Il fallait répondre par « vrai » ou « faux ». Les questions étaient courtes et simples. Chaque question trouvait sa réponse dans la brochure distribuée par le médecin lors de la consultation de médecine générale.
- Une quatrième partie (à J7) sous forme d'une seule question de satisfaction de la brochure. Elle évaluait la brochure sur une échelle de zéro à dix.

Les questions étaient à réponses fermées uniques.

Le questionnaire a été anonymisé secondairement au questionnaire J7 afin de pouvoir recontacter les patients.

Le questionnaire a d'abord été testé auprès de cinq patients dans le cabinet de médecine générale de Montaigu. Le questionnaire semblait clair, il a donc été validé ainsi.

D. Critères d'évaluation

1. Critère principal

Le critère de jugement principal était un taux supérieur ou égal à six bonnes réponses sur huit au quizz. Les bonnes réponses ont été définies par rapport aux réponses données dans la brochure.

Un taux de 100% de bonnes réponses n'a pas été choisi. Nous avons estimé que le seuil de « supérieur ou égal à six bonnes réponses » montrait que les patients avaient compris la brochure. Chaque bonne réponse rapportait un point. Nous n'avons pas non plus fait de cotation de points différente d'une question à l'autre. Nous voulions évaluer la compréhension globale de la brochure et non la compréhension question par question.

2. Objectifs secondaires

Il y avait plusieurs objectifs secondaires :

- Décrire les résultats du questionnaire dans l'échantillon total lors du premier recueil d'information
- Évaluer l'évolution de la douleur des patients entre le premier et le second questionnaire grâce à l'échelle EVA
- Évaluer les croyances et les peurs en rapport avec la pratique d'activité physique grâce à la première partie du questionnaire FABQ
- Évaluer la satisfaction des patients vis à vis de la brochure « Je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il et que faire ? »

E. Outils statistiques

L'ensemble des données du questionnaire a été enregistré sur un tableau Excel.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec leur écart-type. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentages.

Des analyses en sous-groupes en fonction de la profession, de l'âge et du genre ont été réalisées.

Un risque alpha d'erreur à 5% a été défini.

L'analyse bivariée a été réalisée à l'aide du logiciel « R ». Pour comparer les taux de réussites au quizz à J0 et J7, un test statistique du Khi 2 de MacNemar en unilatéral a été utilisé.

Un test de Student pour séries appariées en bilatéral a été utilisé pour comparer la moyenne de l'EVA et la moyenne des items du questionnaire FABQ entre J0 et J7.

Enfin, un indice net de recommandation de cette brochure a été calculé. Ce calcul étant obtenu en soustrayant les « détracteurs » (nombre de patients ayant mis une note inférieure ou égale à 6/10) aux « promoteurs » (nombre de patients ayant mis une note supérieure ou égale à 9/10).

F. Comité d'éthique

Nous n'avons pas consulté de comité d'éthique pour cette étude.

III. Résultats

A. Diagramme de flux

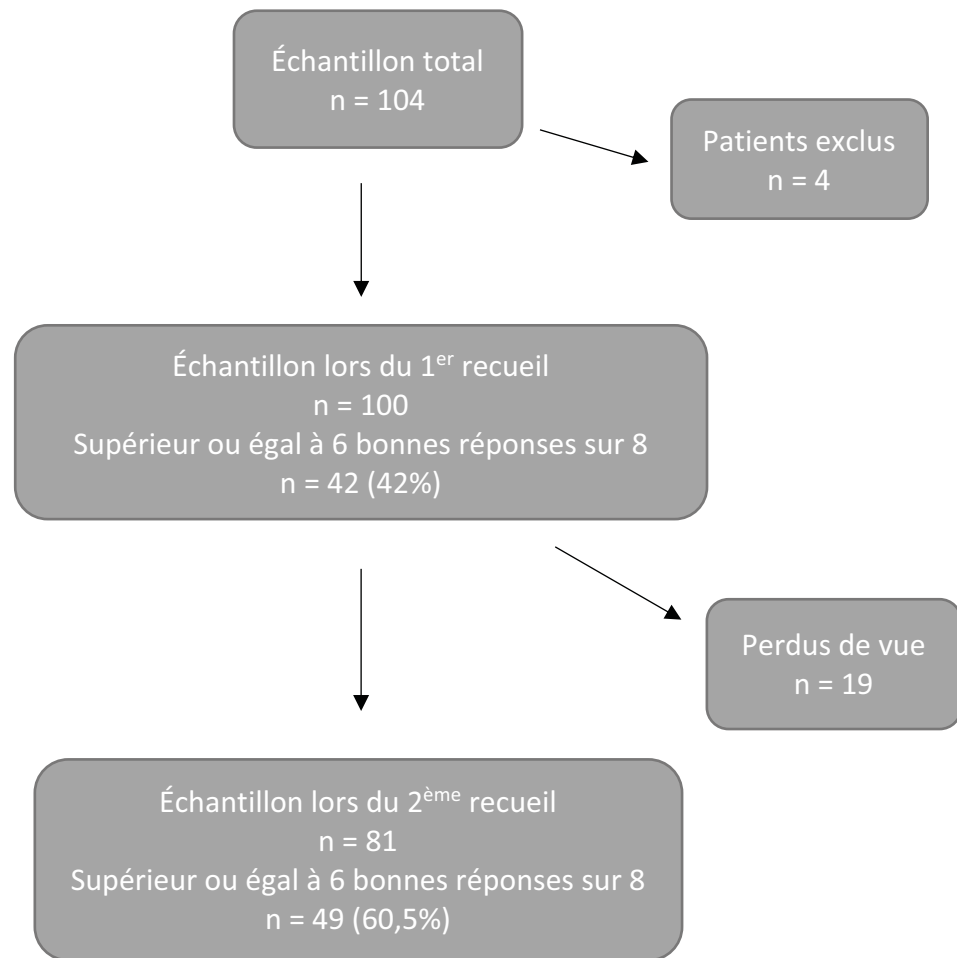


Figure 1. Diagramme de flux

B. Description de l'échantillon principal lors du premier recueil

1. Nombre de patients inclus et perdus de vue

Au terme du recrutement, nous avons pu inclure 100 patients dans l'étude. Nous avons récupéré 104 questionnaires, quatre patients ont été exclus : un patient ne remplissait pas les critères de l'âge (plus de 65 ans), et les autres patients présentaient des critères d'exclusion (lombalgies secondaires, sciatalgie associée). Ces quatre patients ont répondu au questionnaire en salle d'attente d'où l'absence de contrôle initial. Ils ont été informés de leur exclusion de l'étude.

Il y a eu dix-neuf perdus de vue au cours de cette étude. Majoritairement des hommes puisqu'on retrouve 38 hommes et 43 femmes dans l'échantillon final.

Le délai moyen de réponse au questionnaire après l'envoi du mail à J7 était compris entre zéro et quatorze jours. La plus longue période entre l'envoi du mail et la réponse a été de vingt-sept jours.

2. Profil des médecins recrutés

L'investigateur principal a recruté cinquante-six patients, les autres médecins ont recruté seize patients et trente-deux patients ont été recrutés en salle d'attente.

Dans l'échantillon final, on retrouve cinquante-neuf patients recrutés par des médecins généralistes et vingt-deux patients recrutés en salle d'attente.

3. Description de l'échantillon total

a) Age et sexe

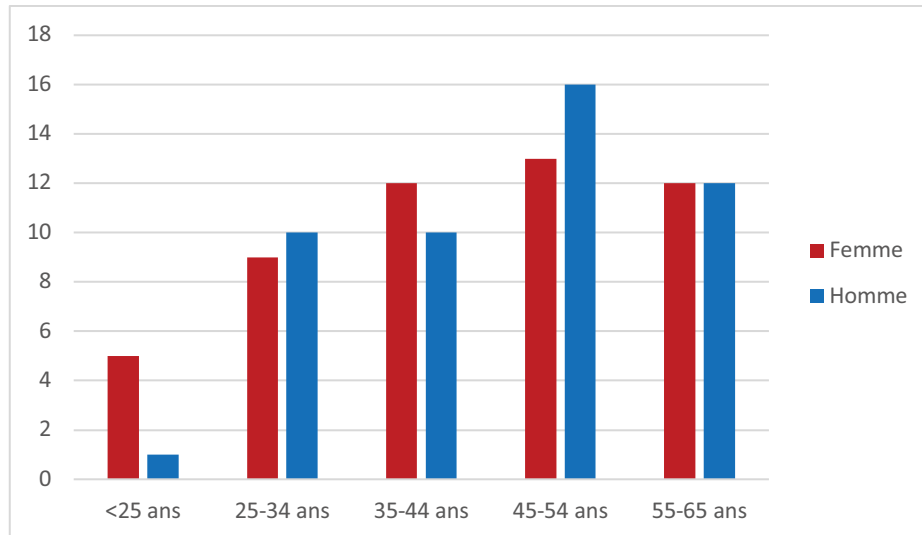


Figure 2. Répartition des hommes et femmes selon l'âge

Les femmes représentaient 51% de l'échantillon total et donc les hommes 49%.

L'âge moyen des patients était de 44,5 ans avec un écart-type de 12 ans.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 45-54 ans pour les deux sexes.

b) Répartition des professions

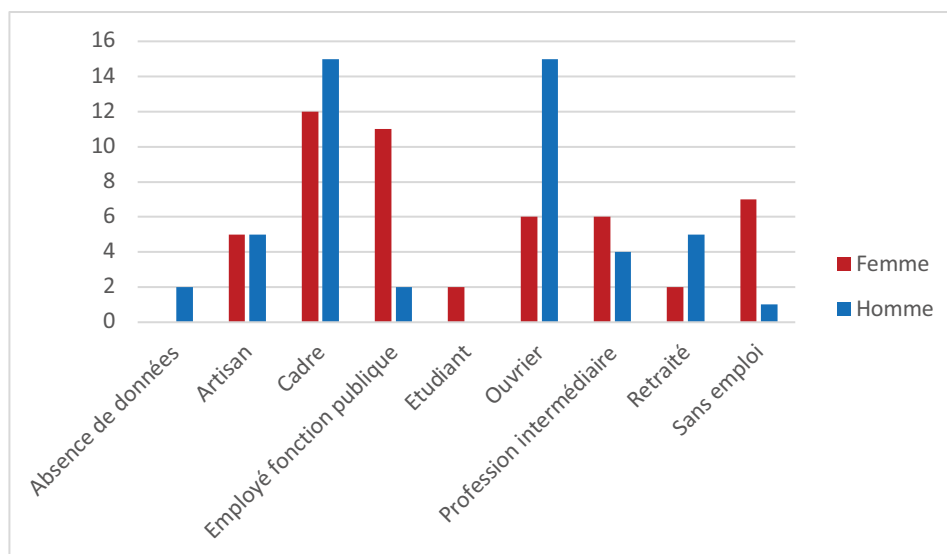


Figure 3. Répartition des catégories professionnelles selon le sexe

Les professions les plus représentées sont les cadres (27%) et les ouvriers (21%), suivi par les employés de la fonction publique (13%).

La catégorie « ouvrier » semble majoritairement représentée par des hommes. Celle des « employés de la fonction publique » et « sans emploi » par des femmes. Pour les autres catégories, il ne semble pas y avoir de différence.

c) Traitements médicamenteux utilisés

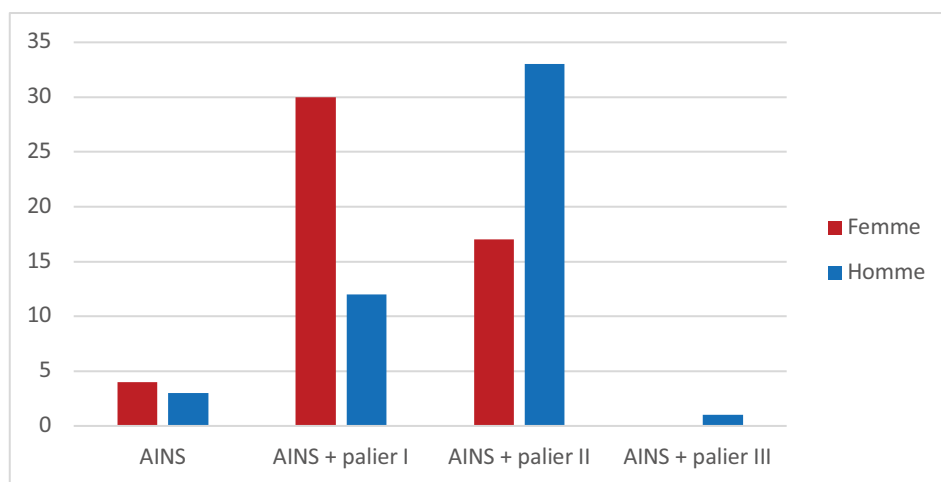


Figure 4. Répartition des traitements médicamenteux utilisés selon le sexe

Pour la majorité d'entre eux, l'association « AINS + antalgie de palier II » a été utilisée. On observe une disparité entre les hommes et les femmes. 67% des hommes ont eu recours à un antalgique de palier II et 58% des femmes ont eu recours à un antalgique de palier I.

Chaque patient de cette étude, a été traité par AINS per os. Il n'y a eu qu'un seul patient qui a été traité par AINS et antalgie de palier III.

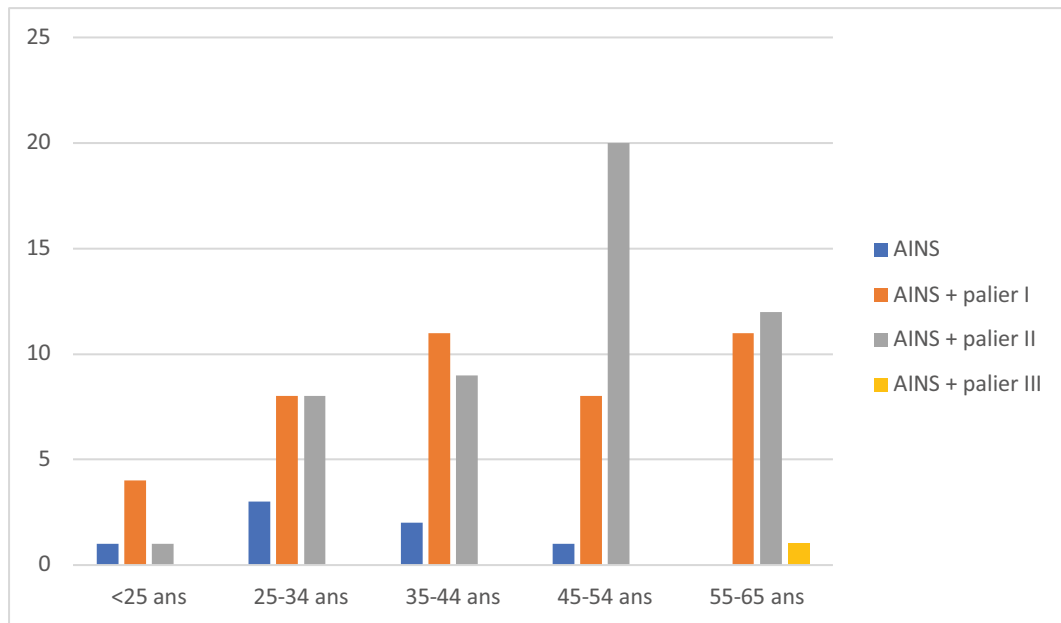


Figure 5. Répartition des traitements médicamenteux en fonction de l'âge

On observe un pic de consommation d'antalgiques de palier II pour la tranche d'âge 45-54 ans. Dans les autres tranches d'âge, les consommations sont sensiblement les mêmes.

d) Recours à une imagerie

65% des patients n'ont pas réalisés d'imagerie (radiographies, scanner ou IRM) pour leur douleur lombaire. Plus l'âge des patients augmente et plus il semble y avoir d'imageries réalisées. En effet, avant 45 ans (n=47), seulement 17% (n=8) des patients ont réalisés une imagerie alors qu'au-delà (n=53), 51% (n=27) des patients ont eu une imagerie.

Parmi les 35 patients ayant fait une imagerie, 80% d'entre eux (n=28) étaient des patients lombalgiques chroniques.

e) Spécialités paramédicales consultées

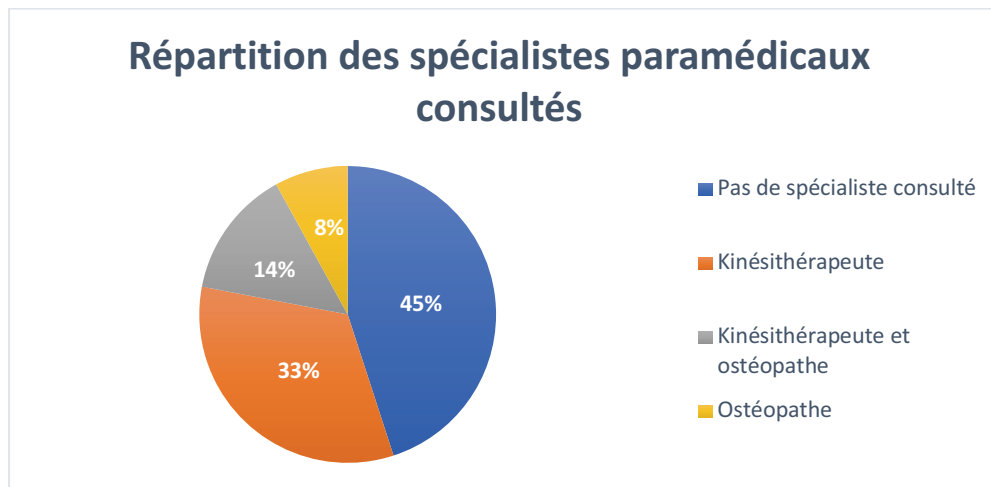


Figure 6. Répartition des spécialistes paramédicaux consultés

La majorité des patients ont consulté un kinésithérapeute et/ou un ostéopathe, bien que 45% des patients n'ont pas consulté de professionnel paramédical. Dans le détail, on obtient 33% de patients ayant consulté un kinésithérapeute, 8% un ostéopathe et 14% ont consulté un kinésithérapeute et ostéopathe.

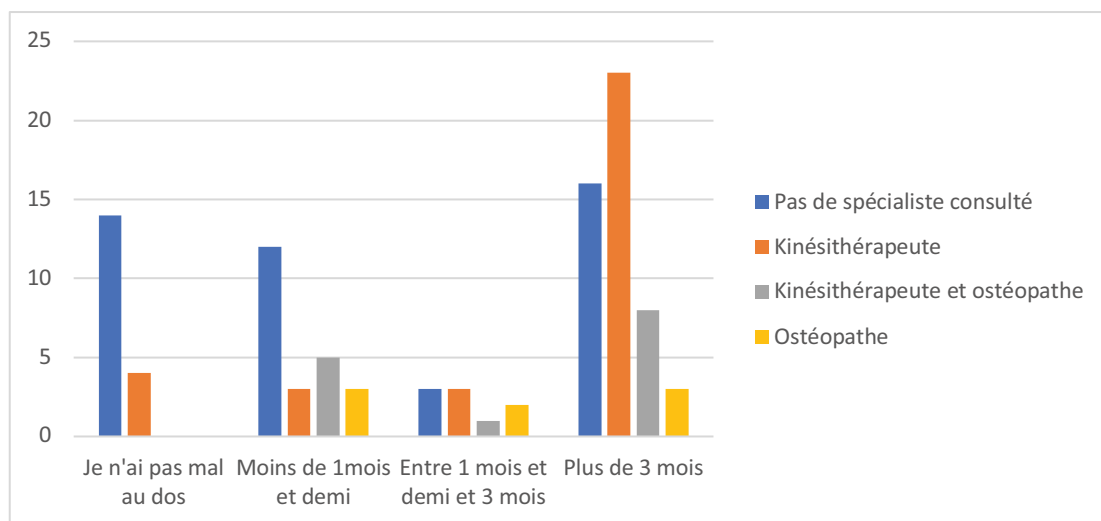


Figure 7. Répartition des spécialistes paramédicaux consultés selon la durée de la lombalgie

Il semble que plus la lombalgie se chronicise et plus les patients ont recours à des kinésithérapeutes. Quant aux patients ayant une lombalgie aiguë, 53% d'entre eux ne consultent pas de spécialité paramédicale. Le recours à un ostéopathe semble plutôt stable quel que soit la durée de la lombalgie.

f) Analyse de la douleur lombaire

Question	Effectif (fréquence) à J0 (n=100)	Effectif à J7 (n=81)
1. Avez-vous mal en bas du dos aujourd'hui ?		
Oui	69 (69%)	50 (61,7%)
Non	31 (31%)	31 (38,3%)
2. J'ai mal au dos depuis		
Moins de 1 mois et demi	23 (23%)	17 (21%)
Entre 1 mois et demi et 3 mois	9 (9%)	12 (14,8%)
Plus de 3 mois	50 (50%)	37 (45,7%)
Je n'ai pas mal au dos	18 (18%)	15 (18,5%)
3. J'ai déjà fait plusieurs épisodes similaires :		
Non, c'est mon premier épisode	12 (12%)	11 (13,6%)
Oui, mais il y a plus d'un an que je n'avais pas eu mal	19 (19%)	17 (21%)
Oui, plusieurs fois cette année	69 (69%)	53 (65,4%)

Tableau 1. Répartition des durées des lombalgies et du nombre d'épisodes

Deux tiers des patients inclus présentent une lombalgie au moment du recrutement. On observe que la moitié des patients inclus dans l'étude présente des douleurs lombaires depuis plus de trois mois. Et pour les deux tiers, ils ont présenté plusieurs épisodes de lombalgies au cours de l'année passée.

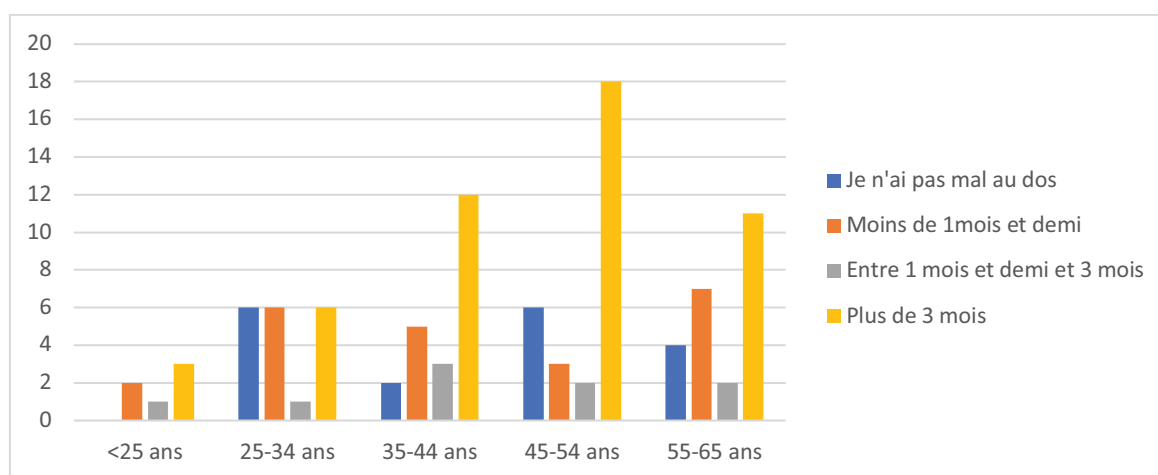


Figure 8. Répartition des durées des lombalgies en fonction de l'âge

Il semble y avoir une augmentation de la chronicisation des lombalgies avec l'âge. Dans la tranche d'âge 25-34 ans, les durées des lombalgies sont sensiblement les mêmes.

Après cette tranche d'âge, les lombalgies de plus de trois mois semblent majoritaires. Elles représentent même 62% (n=18) des 45-54 ans (n=29).

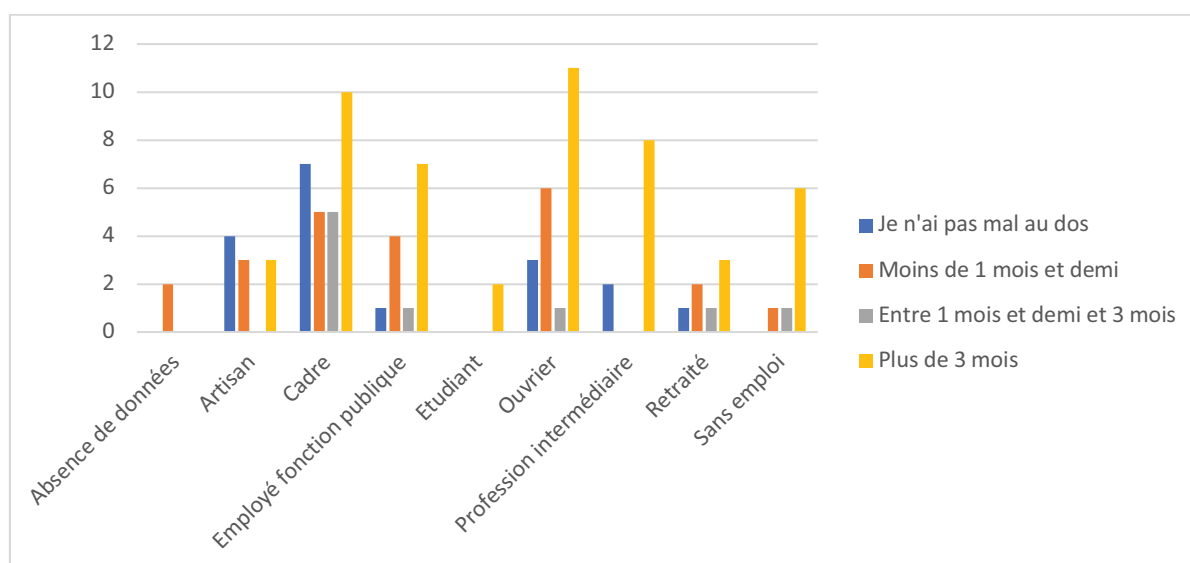


Figure 9. Répartition des durées des lombalgies en fonction de la catégorie socio-professionnelle

Dans la catégorie professionnelle « ouvrier » (n=21), on constate que 52% (n=11) des répondants présentent une lombalgie de plus de trois mois et dans la catégorie « employé de la fonction publique » (n=13), ils représentent 54% (n=7).

C. Analyse statistique des résultats

1. Analyse de l'EVA au premier et deuxième recueil

La moyenne de l'EVA à J0 est à 4,6 avec un écart-type à 2,9.
La moyenne de l'EVA à J7 est à 3,6 avec un écart-type à 2,7 ; soit 1 point de moins qu'à J0, cette différence est significative ($p = 0.0008$ avec un IC [0.63 – 2.33]). 20% des patients ont une EVA à 7 à J0, douleur qui est considéré comme intense alors qu'ils ne sont plus que 10% à J7. On note une tendance à la diminution des douleurs en l'espace d'une semaine.

2. Analyse du questionnaire FABQ au premier et deuxième recueil

Affirmation	Moyenne à J0	Moyenne à J7	p-value (test de Student)
L'activité physique aggrave ma douleur	2,31 (2,2)	1,5 (1,9)	0,0093
L'activité physique pourrait nuire à mon dos	1,68 (2)	1,4 (1,8)	NS
Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui pourraient aggraver ma douleur	3,59 (2,5)	3,4 (2,2)	NS
Je ne devrais pas faire d'activités physiques qui pourraient aggraver ma douleur	3,49 (2,5)	3,3 (2,4)	NS
SCORE TOTAL FABQ	11,1 (6,7)	9,7 (6,5)	

Tableau 2. Moyennes des scores au questionnaire FABQ par item (*NS = Non significatif*)

On observe une différence significative au risque alpha de 5% pour le premier item « l'activité physique aggrave ma douleur » du questionnaire, les autres items ne montrent pas de différence significative. (Annexe 9)

3. Répartition des bonnes réponses au premier et deuxième recueil

a) Pourcentages de bonnes réponses au quizz à J0 et J7

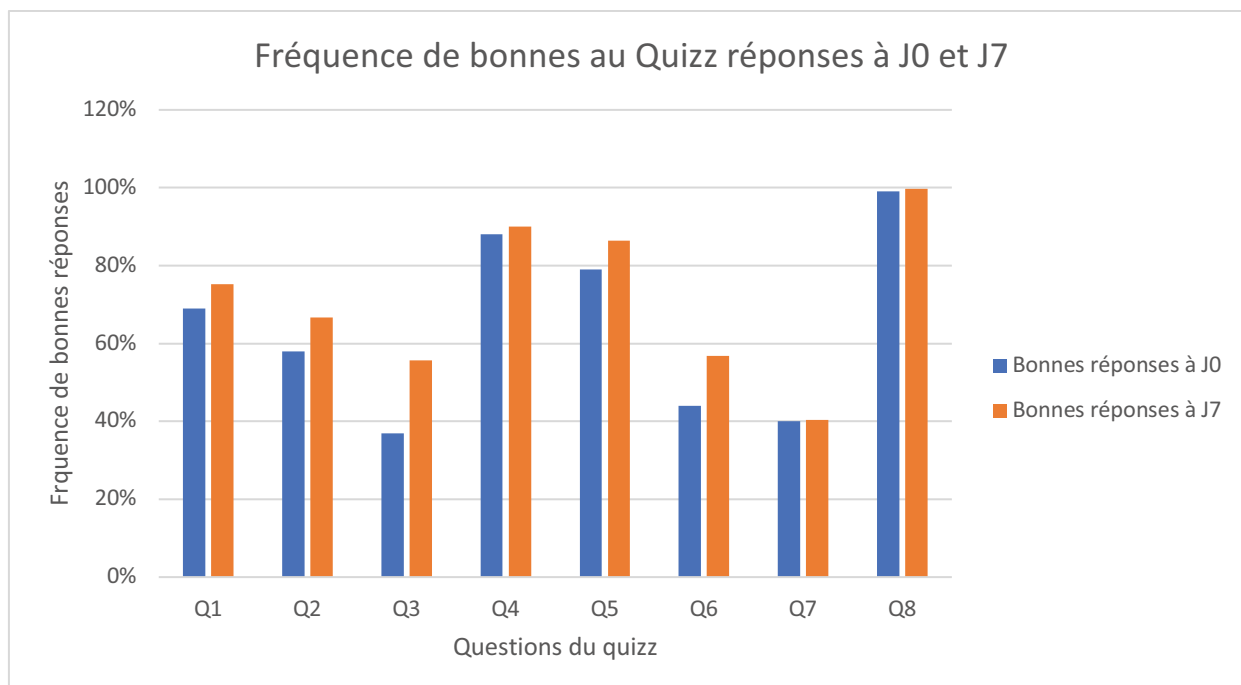


Figure 10. Pourcentages de bonnes réponses par question au premier et deuxième recueil

Question 1 : La lombalgie est une maladie grave ? Bonne réponse : Faux

Question 2 : Il existe un lien entre l'intensité des douleurs et la gravité ? Bonne réponse : Faux

Question 3 : Lors d'une douleur lombaire aigue, je dois limiter le sport ? Bonne réponse : Faux

Question 4 : Pratiquer un sport au long cours fait vieillir plus vite le dos ? Bonne réponse : Faux

Question 5 : L'inactivité physique et la sédentarité retarde la guérison ? Bonne réponse : Vrai

Question 6 : La plupart des sports sont compatibles avec le mal de dos ? Bonne réponse : Vrai

Question 7 : Le lumbago nécessite un arrêt de travail initial ? Bonne réponse : Faux

Question 8 : Faire du renforcement musculaire de mon dos évite les rechutes ? Bonne réponse : Vrai

La question 3 et 6 observent la plus forte progression de bonnes réponses entre J0 et J7. La question 7 ne note pas d'amélioration particulière, ni la question 8 mais pour cette dernière, le pourcentage de bonnes réponses à J0 était déjà de 99%.

b) Moyennes des bonnes réponses

On obtient une moyenne du taux de bonnes réponses à 5,13/8 avec un écart type à 1,4 à J0 versus 5,74/8 avec un écart type à 1,7 à J7.

En analysant par catégorie socio-professionnelle, on remarque que les cadres obtiennent la meilleure moyenne (5,6/8) à J0, tandis que les étudiants obtiennent la moyenne la plus basse (3,5/8), mais ils ne représentent que 2% de l'échantillon.

Les ouvriers, qui représentent 21% de notre échantillon, obtiennent la deuxième moyenne la plus basse avec 4,6/8. Pour le reste des catégories socio-professionnelles, elles sont comprises entre 4,8 et 5,4/8.

4. Critère de jugement principal

42% des patients ont obtenu une note supérieure ou égale à 6/8 à J0 contre 60,5% à J7.

Après lecture de la brochure, cette différence est statistiquement significative (test de Mac Nemar $p=0,0033$, OR à 3,8 et IC95% [1,57 - inf]).

		Quizz à J0	
		Égal ou plus de 6 bonnes réponses	Moins de 6 bonnes réponses
Quizz à J7	Égal ou plus de 6 bonnes réponses	30	19
	Moins de 6 bonnes réponses	5	25

Tableau 3. Effectif du nombre de bonnes réponses au quizz entre J0 et J7

5. Critère de jugement principal avec analyse en sous-groupe

a) Analyse du critère de jugement principal en fonction de l'âge

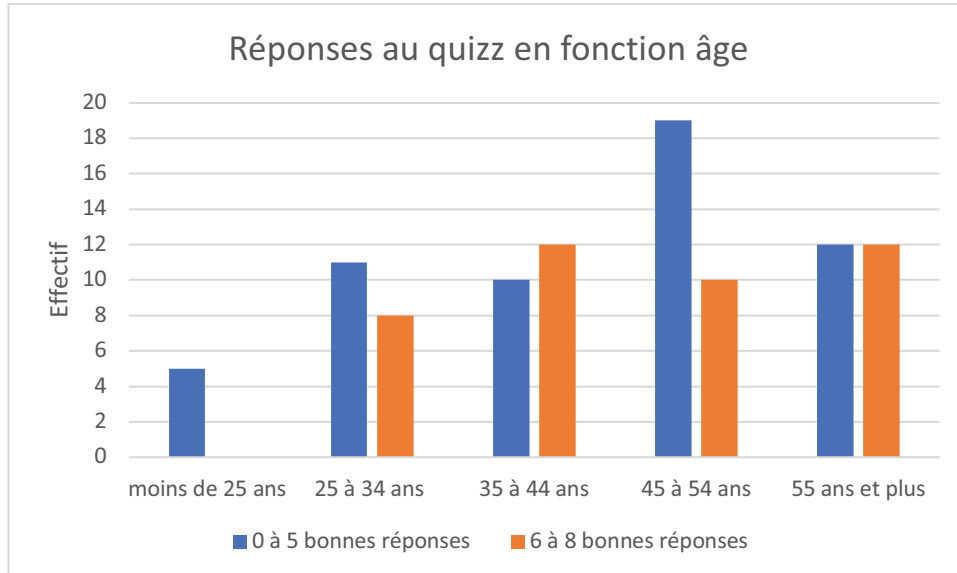


Figure 11. Effectif du nombre de bonnes réponses au quizz en fonction de l'âge lors du premier recueil

Proportionnellement, les patients de moins de 25 ans sont ceux qui ont fait le plus d'erreurs au questionnaire à J0 mais ils représentent une faible part de l'échantillon (n=5). Alors que les patients de 45-54 ans (n=29), qui semblent être les plus gros consommateurs d'antalgique de palier II et qui semblent présenter le plus de lombalgies chroniques, sont aussi ceux qui ont le moins bien répondu au questionnaire. En effet, 65,5% d'entre eux ont eu une note inférieure ou égale à 5 bonnes réponses sur 8.

b) Analyse du critère de jugement principal en fonction de la catégorie socio-professionnelle

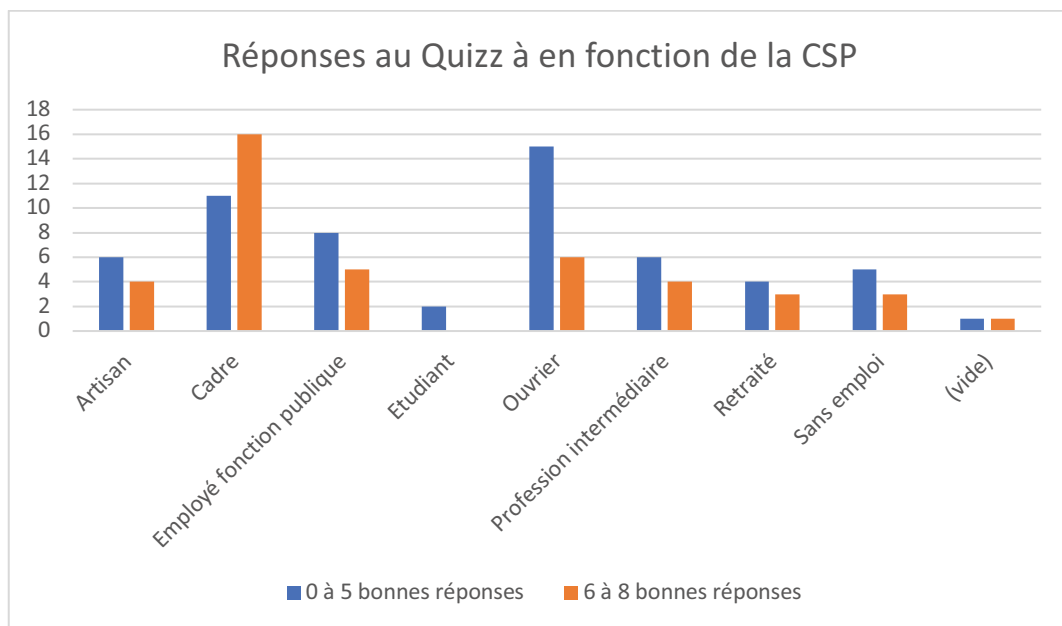


Figure 12. Effectif du nombre de bonnes réponses au quizz en fonction de la catégorie socio-professionnelle lors du premier recueil

La catégorie « cadre » est celle qui aurait le mieux répondu au questionnaire à J0 puisque 59% des cadres ont six bonnes réponses ou plus. Proportionnellement, les ouvriers obtiennent le plus bas taux de bonnes réponses supérieure ou égal à six avec 29% d'entre eux.

6. Note de satisfaction

La moyenne de la note de satisfaction est à 8,12/10 avec un écart type à 1,6. La note minimale était de 3/10 et la note maximale de 10/10.

Nous avons calculé la moyenne de la note de satisfaction en fonction du mode de recrutement. Les patients recrutés par un médecin généraliste ont mis une note moyenne de 8,3/10 et les patients recrutés en salle d'attente ont mis une note moyenne de 7,7/10.

L'indice net de recommandation de cette brochure est à +25.

IV. Discussion

A. Critère de jugement principal

Les patients ont significativement mieux répondu au questionnaire de connaissance après lecture de la brochure : 42% de notes supérieures ou égales à 6/8 à J0, contre 60,5% à J7.

Cependant, ces résultats sont à analyser avec précaution. En effet, l'intervalle de confiance étant très large, il faut rester prudent quant à la conclusion. Ces résultats peuvent s'expliquer de différentes manières :

- La première explication serait que notre intervention a eu, finalement, un impact modéré sur le changement de croyances. Il s'agit de l'explication la plus probable. Une brochure à elle seule, ne permettant pas un changement total de mentalité et de comportement des patients à court et long terme.
- La deuxième explication serait que l'envoi du questionnaire à seulement sept jours du premier est trop précoce. Les patients ont compris l'intérêt de la brochure et les messages clés mais ils n'ont pas eu le temps de changer leurs habitudes.
- Enfin, la dernière explication serait que les patients n'ont pas été franchement convaincu par la brochure. Ils ont répondu au questionnaire en fonction de ce qu'on attendait d'eux.

Il semble important de remarquer que la question 4 (« Pratiquer un sport au long cours fait vieillir plus vite le dos »), la question 5 (« L'inactivité physique et la sédentarité retardent la guérison ») et particulièrement la question 8 (« Faire du renforcement musculaire de mon dos évite les rechutes ») obtiennent des taux importants de bonnes réponses dès J0 (respectivement 88%, 79% et 99% de bonnes réponses). Nous pensons qu'il existe un biais de désirabilité sociale avec ces trois questions. En effet, il est possible que les réponses attendues étaient finalement sous-entendues dans la question et que les patients ont donné une réponse « socialement désirable ». Mais le point positif est que les patients semblent savoir qu'il est nécessaire d'avoir une activité physique et sportive au long cours. D'ailleurs, en parcourant les directives internationales, on constate que les recommandations belges (18) et danoises (19) encouragent la réalisation d'exercice physique. Les recommandations canadiennes (20)

ajoutent même à ces préconisations, la réalisation d'exercice physique pour diminuer la probabilité de récurrence de lombalgie. La HAS (4) leur a emboité le pas, et recommande aux patients lombalgiques, de pratiquer une activité physique afin de diminuer le risque de récurrence (grade B).

B. Critères secondaires

Dans notre étude, il y a 51% de femmes et 49% d'hommes. La répartition de notre échantillon selon le sexe est à peu près semblable à celle de la population française. En effet, une étude sur la fréquence des lombalgies dans la population française (1) montre une prévalence sensiblement plus importante chez les femmes (57,2%) que chez les hommes (54%).

Une enquête nationale sur la population française (1) montre que la prévalence des lombalgies de plus de trente jours augmente avec l'âge, passant de 12,6% chez les 30-44 ans à 16,8% chez les 45-54 ans, pour les hommes.

Notre étude comporte une proportion de patients lombalgiques chroniques (versus des lombalgies de moins de trois mois) plus importante que celle retrouvée habituellement dans la population française. Malgré tout, nous avons pu observer dans notre échantillon une franche augmentation des lombalgies de plus de trois mois à partir de 35 ans : ils représentent 31,6% des 25-34 ans, passent à 54,5% pour les 35-44 ans, puis à 62,1% chez les 45-54 ans. La tendance de notre étude suit celle de la population française. Toutefois, notre échantillon est peu important. Il faut rester prudent quant à l'extrapolation de nos résultats.

La lombalgie touche plus fréquemment les ouvriers et les employés car ces professions nécessitent le port de charges lourdes, des postures prolongées ou encore des expositions aux vibrations. Nous savons aussi que l'insatisfaction au travail et la faible qualification professionnelle sont des facteurs de risques de passage à la chronicité (21). Dans notre étude, les catégories socio-professionnelles les plus représentées étaient les cadres (27%), les ouvriers (21%) et les employés de la fonction publique (13%). La forte proportion de cadres s'explique sans doute par le fait que ces patients semblaient plus enclins à participer à l'étude. Ils ont manifesté une plus grande motivation et plus grande disponibilité à l'égard de notre étude. De plus, il s'agit aussi d'une profession nécessitant des postures assises prolongées

donc à risque de lombalgie. Quant à la proportion d'ouvriers et d'employés de la fonction publique dans notre étude, elle suit bien la tendance générale.

Concernant les traitements médicamenteux, notre étude va dans le sens des recommandations de la HAS (4). Des anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrit en première intention. Cependant, on note une majorité d'antalgiques de palier II associés alors que les recommandations préconisent plutôt des palier I en première intention. Nous pouvons l'expliquer par la présence d'une majorité de patients lombalgiques chroniques dans notre étude, qui sont généralement plus grands consommateurs d'antalgiques que la population générale.

La HAS ne recommande pas d'imagerie lors d'une poussée aiguë de lombalgie (en l'absence de « drapeaux rouges »). Une IRM est recommandée pour les patients présentant une lombalgie depuis plus de trois mois (4). Dans notre étude, 65% n'avaient pas eu d'imagerie. Sur les 35 patients qui avaient réalisés une imagerie, 80% étaient des patients lombalgiques chroniques. Les recommandations françaises sont donc plutôt respectées.

Notre étude a montré que le recours à un kinésithérapeute augmente avec la durée de la lombalgie (Figure 7). La HAS recommande la prescription de kinésithérapie (4) chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité. Notre étude suit donc cette tendance.

Concernant l'EVA, on observe une baisse de la moyenne de plus d'un point entre le premier et deuxième questionnaire. Il serait optimiste de penser que les lombalgies se sont atténuées simplement par la distribution de cette brochure et donc une majoration de l'activité physique. Cette diminution s'explique plutôt par la mise en place de traitement médicamenteux lors de la consultation avec un médecin mais aussi, de l'évolution naturelle de la lombalgie vers la guérison. Cependant, on constate qu'ils ne sont pas suffisants à la prise en charge d'une lombalgie et que les patients sont toujours douloureux à une semaine de la consultation. A noter que certains patients ne semblent pas avoir compris la consigne concernant l'EVA. Plusieurs d'entre eux ne signalent pas de douleur lombaire actuellement, mais leur EVA n'est pas à zéro. Nous pouvons l'expliquer par le fait que certains patients pensaient qu'il fallait noter leur EVA au moment où ils sont douloureux. Ce qui a entraîné un biais d'interprétation. Il aurait été intéressant de reprendre les consignes et d'évaluer l'EVA

des patients à trois mois, tout en analysant si les patients ont augmenté leur temps d'activité physique. Une étude (22) a d'ailleurs été réalisée dans ce sens, comprenant un programme de réentraînement à l'effort pour les patients lombalgiques chroniques et évaluant l'EVA au début et après trois mois post rééducation. Ils ont montré une différence significative avec une EVA passant de 51,6mm +/- 13,2mm à 39,6mm +/- 11,9mm après trois mois.

Concernant le questionnaire FABQ, les résultats de notre étude montre une diminution du score total de 1,4 points entre J0 et J7. Pour trois items sur quatre, nous n'observons pas de différence significative. La différence s'observe uniquement, pour le premier item « L'activité physique aggrave ma douleur ». L'explication la plus probable réside simplement dans le message premier de la brochure-patient : « le bon traitement, c'est le mouvement ». Nous pouvons penser que les patients ont assimilé cette information après lecture de la brochure. Il est pourtant étonnant que le deuxième item « l'activité physique pourrait nuire à mon dos » ne montre pas de différence significative entre J0 et J7, car il se rapproche du premier item. Quant aux items « Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui pourraient aggraver ma douleur » et « je ne devrais pas faire d'activités physiques qui pourraient aggraver ma douleur », plusieurs patients ont fait la remarque que la négation est moins compréhensible ce qui pourrait expliquer en partie la baisse modérée au questionnaire à J7.

Nous avons pu observer dans notre étude que le score du questionnaire FABQ est plus important chez les patients présentant une lombalgie chronique. C'est, d'ailleurs, ce qui est démontré par cet article de Palazzo C. (23) : Les croyances et peurs sont corrélées à l'incapacité fonctionnelle et au handicap. Lorsque les scores sont élevés chez les patients lombalgiques chroniques, ils ont tendance à rester inchangés au cours du temps. Plusieurs études (24, 25) ont mis en place des méthodes pour modifier ces croyances et peurs. Une étude (26) a comparé le « guide du dos » ou « Back book » (27) avec des brochures classiques, en montrant que les peurs et croyances étaient diminuées dans le groupe recevant le guide du dos et inchangées dans le groupe recevant une brochure classique. Néanmoins, ces différences disparaissaient à douze mois et n'étaient pas associées à une diminution de l'incapacité fonctionnelle.

A noter aussi que plusieurs études (28, 29) ont révélé que les médecins généralistes ayant des scores élevés au questionnaire FABQ respectaient moins les recommandations sur la prise en charge des lombalgies communes aiguës et l'information délivrée étaient moins conformes aux recommandations.

Concernant la note de satisfaction de la brochure, elle est évaluée à une moyenne de 8,12/10. Dans l'ensemble, les patients semblaient plutôt satisfaits de cette brochure. Mais il est regrettable que nous n'ayons pas permis aux patients de s'exprimer en commentaire libre sur cette brochure. Certaines remarques auraient pu permettre de comprendre leur attente.

C. Forces et faiblesses de l'étude

1. Points forts

Nous avons pu inclure cent patients dans cette étude et avec uniquement des médecins généralistes comme recruteurs. Nous avons décidé d'exclure les autres spécialités médicales et paramédicales pour limiter un biais de sélection qui pouvait modifier la prise en charge des patients de l'étude.

Notre étude était prospective et interventionnelle, réalisée dans un cabinet de médecine générale. Il est possible que certains médecins recruteurs aient des croyances différentes pouvant interférer dans l'inclusion et la prise en charge des patients, comme l'ont montré certaines études (30, 31), mais la consigne de notre étude était claire : promouvoir l'activité physique dans la lombalgie car nous savons qu'elle a un lien établi avec l'amélioration des douleurs lombaires (32).

Selon la revue de littérature de Shorthouse (33), seulement quatre études ont été réalisées sur l'intérêt d'une information éclairée et ciblée pour un patient ayant une lombalgie. Nos résultats semblent d'ailleurs concordants avec les leurs. Cependant, grâce à la brochure, notre étude cible aussi la prévention secondaire, contrairement à ces études qui ciblent plutôt la prévention primaire.

La brochure-patient « Je souffre de douleur lombaire : de quoi s'agit-il et que faire ? » a été réalisée de manière pluridisciplinaire et validée par les sociétés françaises de médecine générale, rhumatologie, médecine physique et réadaptation, entre autres. Cette brochure est simple, courte et apporte une information claire et concise sur la conduite à tenir en cas de douleurs lombaires.

La décision d'utiliser uniquement la partie « activité physique » du questionnaire FABQ est une force pour notre étude. Ce dernier est validé en version anglaise depuis 1993 par Waddell et coll. puis en version française en 2004 par Chaori et coll. Nous avons choisi de ne pas utiliser la partie FABQW (W-Work) car n'ayant pas de lien avec notre étude. De plus, nous n'avons pas ajouté le premier item du FABQPA « Ma douleur est causée par l'activité physique » car ne rapportant pas de point dans le calcul du score total.

2. Points faibles

Un point faible mais qui est à la fois un point fort : la réalisation de cette étude dans un seul cabinet médical en zone semi-rurale. En voulant limiter les biais de sélection, nous avons pris le risque de ne pas être représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes.

D'après l'observatoire de Médecine Générale (34), les consultations pour des lombalgies se situent en huitième position, tous patients confondus. Elles représentent 6,8% des consultations annuelles. Pour les patients de quarante à cinquante ans, elle est même en quatrième position devant l'hypertension artérielle et représente 11% des consultations. Malgré cela, nous avons connu quelques difficultés de recrutement que nous pouvons expliquer essentiellement par le temps nécessaire pour inclure un patient dans l'étude. Ce que nous pensions être un point fort s'est finalement révélé être un point faible. Certes, il ne fallait que cinq à dix minutes pour proposer l'étude, obtenir le consentement et laisser le patient répondre au questionnaire. Cependant, une consultation de médecine générale compte en moyenne quinze minutes et l'ajout du temps consacré au questionnaire s'est révélé être problématique pour les médecins recruteurs.

Pour compléter notre échantillon, nous avons décidé de recruter les patients dans les salles d'attente en laissant un questionnaire à leur disposition. Bien évidemment, comme ces patients n'ont pas tous reçu les informations que délivraient les médecins recruteurs en consultation, leurs dossiers étaient analysés à posteriori pour savoir s'ils répondaient bien aux critères d'inclusion et qu'ils ne présentaient pas de critère d'exclusion.

Nous pouvons avoir, pour partie, un biais de volontariat des patients en recrutant une plus grande proportion de patients ayant une lombalgie chronique. On peut l'expliquer de deux manières :

- D'une part, ces patients sont probablement les plus motivés car ils présentent des douleurs depuis plus de trois mois, voire des années pour certains. Ils sont donc réceptifs et plus enclins à chercher des solutions pour soulager leurs douleurs.
- D'autre part, les patients peu symptomatiques ou ayant une lombalgie pour la première fois, voient l'étude comme une contrainte et sont peu intéressés par la brochure car ils sont plus à la recherche de solution immédiate (médicaments pour soulager la douleur et arrêt de travail). Pour certains, il est aussi possible qu'ils consultent moins les médecins généralistes car ils sont moins douloureux et que leurs activités quotidiennes (activité physique, travail) ne sont pas impactées.

La méthodologie utilisée de second contact par mail exclusivement, entraîne irrémédiablement une part de « perdus de vue », qui pourrait être diminuée si les patients pouvaient être reconvoqués en consultation. On note aussi une plus grande proportion de « perdus de vue » chez les patients ayant été recrutés en salle d'attente. En effet, 70% ont répondu à J7 contre 86% chez les patients recrutés par un médecin. On peut l'expliquer du fait du biais de désirabilité sociale. Les patients qui ont vu un médecin généraliste se sentent plus redevable de répondre au questionnaire à J7 plutôt que les patients « anonymes » en salle d'attente qui n'ont pas d'informations complémentaires sur cette étude.

Par ailleurs, une limite de ce recueil par mail est le délai de réponse des patients. Le mail était envoyé sept jours exactement après l'inclusion dans l'étude mais un certain nombre de patients n'ont pas répondu au deuxième questionnaire strictement le septième jour. Ils ont pris un peu de liberté avec l'engagement de réponse.

Nous avons pu observer, essentiellement lors du recrutement, que les patients étaient gênés par les termes « activité physique » et « sport ». En effet, le terme « activité physique » était utilisé dans le questionnaire FABQ et le terme « sport » dans la partie quizz. Certains patients demandaient de définir plus précisément ces deux termes. Par exemple, est ce que le tennis de table ou la pétanque étaient considérés comme des sports.

L'activité physique, dans son sens strict, se définit comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et produisant une dépense énergétique plus élevée que le

métabolisme de repos » (USDHHS, 1996, Molnar et Livingstone, 200, Kesaniemi et al. 2001). Cependant, les activités peuvent être regroupées dans quatre catégories : l'activité domestique (ménage, hygiène, etc...), l'activité physique de travail (transport de matériels, se déplacer d'un bureau à l'autre, etc...), l'activité physique de transport (se rendre au travail en marchant) et l'activité physique de loisir, dont le sport.

Nous aurions probablement dû utiliser les mêmes termes pour le questionnaire FABQ et le quizz. Ou alors définir, en début de questionnaire, ce qu'était une « activité physique » et un « sport ». Cette imprécision n'a, cependant, pas changé le critère de jugement principal.

Enfin, cette étude reste déclarative. Les patients ont pu modifier leurs réponses au questionnaire afin d'influencer la prise en charge de leur médecin comme, par exemple, avec l'échelle EVA qui reste une échelle subjective de la douleur. De même, pour la réalisation du questionnaire sept jours plus tard, nous ne pouvions pas vérifier que les patients complétaient ce questionnaire sans rechercher les réponses directement dans la brochure ou sur internet. Malgré tout, cela reste intéressant d'un point de vue pédagogique : si les patients regardaient la brochure en même temps que de répondre au questionnaire à J7, il est probable qu'ils en renaient des informations. Informer les patients de l'anonymisation secondaire de leur questionnaire a permis de limiter ce biais.

D. Perspective d'avenir

1. Dans la théorie

Les résultats de cette étude ont montré un changement d'opinion concernant la lombalgie et l'activité physique. C'est aussi ce que mettent en lumière les résultats du baromètre mené par l'institut BVA pour l'Assurance Maladie. En effet, deux ans après le lancement de la campagne d'information « le bon traitement, c'est le mouvement », une enquête a été menée du 14 juin au 1^{er} juillet 2019 sur 2000 français de 18 ans et plus pour réévaluer les croyances des patients sur les douleurs lombaires. Cette enquête a montré que 52% des français sont de plus en plus convaincus par l'importance de ne pas arrêter leur activité quotidienne en cas de lombalgie contre 44%, quatre mois auparavant. Ils ne sont plus que 39% (vs. 44% il y a quatre mois) à stopper leur activités quotidiennes (35). Cette analyse montre l'importance d'une information ciblée en consultation. Cela conforte la

recommandation de la HAS qui insiste sur le fait que les patients ont besoin de réassurance quant à leur pathologie.

Dans notre étude comme dans l'enquête de l'institut BVA, on observe un changement de mentalité des patients mais quels changements opèrent-ils réellement ? Il aurait été intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle, qui évalue le temps et l'intensité consacrée aux activités physiques quotidiennes chez des patients présentant des lombalgies. De même il serait intéressant de voir l'évolution à six mois, voire un an de ces mêmes patients. Présentent-ils toujours des lombalgies ? Les crises sont-elles moins fréquentes ?

Cette étude pourrait dans un second temps analyser le changement sur la qualité de vie des patients et leur santé plus généralement.

2. Dans la pratique

L'activité physique est bonne pour la santé, elle est même devenue un enjeu de santé publique. Pour la tranche d'âge de 18 à 64 ans, les recommandations de l'OMS en 2010 (36) préconisent 150 minutes d'activité physique modérée ou 75 minutes d'activité physique intense par semaine. Ils conseillent même de doubler le temps pour en retirer des bénéfices supplémentaires. En 2018, estimant que les recommandations ne sont pas atteintes, l'OMS (37) se donne pour objectif une réduction de 15% de l'inactivité physique d'ici 2030. En effet, 23% des adultes et 81% des adolescents (de 11 à 17 ans) ne font pas assez d'activité physique, selon les recommandations de l'OMS.

Pour promouvoir l'activité physique, l'HAS a élaboré et promu un guide (38) permettant la prescription sur ordonnance d'activité physique et sportive par tous les médecins. Cette prescription s'apparente plutôt à de la délivrance de conseils sur l'activité physique choisie, en associant des programmes définis avec le patient. Elle aboutira aussi à la remise d'un certificat de non contre-indication au sport. Cette prescription est donc plutôt symbolique mais la consultation pour la promotion d'une activité physique est, elle, importante car elle motive le patient, répond à ses questionnements, permet aussi une réassurance. C'est cette réassurance dont les patients lombalgiques ont besoin, comme le signale l'enquête de l'institut BVA (34) : 36% souhaitent plus d'informations et 25% plus de conseils. Les patients lombalgiques seraient donc de bons candidats à cette prescription. De

plus, elle est facilement réalisable en médecine générale quand les moyens sont parfois limités (désert médical, absence de places disponible dans des réseaux de soins, délai d'attente pour de la kinésithérapie, etc...).

En Australie, de 1997 à 1999, des campagnes de sensibilisation sur la lombalgie et l'intérêt de l'activité physique ont fait leurs preuves en montrant un changement des croyances et des comportements trois ans après cette campagne (39).

En France, les campagnes de prévention nationales, sont plutôt orientées sur l'alimentation et l'activité physique (« manger-bouger ») ou encore, le Plan Cancer. Ce dernier a, parmi ses objectifs, une diminution de la prévalence du tabagisme. Une campagne de communication de grande ampleur a été mise en place : l'opération « Mois sans tabac », la mise en place du paquet neutre et la parution des messages d'alerte sur ces paquets tels que « Fumer tue », le remboursement des substituts nicotiniques ou encore l'augmentation régulière des prix du tabac. Ces grandes campagnes de prévention semblent plus ou moins efficaces mais peuvent avoir un impact réel sur les comportements : La campagne anti-tabac a permis une diminution de la prévalence du tabagisme de 12% depuis 2014 (40). La prévention seule est pourtant insuffisante pour éradiquer complètement les pathologies liées à ces facteurs de risque.

De son côté, la campagne autour de la lombalgie a sans doute été moins appuyée et relayée en 2017. Les brochures d'information ne sont pas simples à obtenir auprès de l'Assurance Maladie : une cinquantaine de brochures initialement transmises pour un cabinet de cinq médecins. Quand on connaît la prévalence de la lombalgie, cela semble peu.

Toujours dans cette campagne autour de la lombalgie, la CPAM a réalisé une autre brochure, cette fois-ci à destination des professionnels de santé et des entreprises. Elle s'intitule « Lombalgie commune : comment orienter la prise en charge pluridisciplinaire et favoriser le maintien d'une activité professionnelle » (41). L'objectif de cette brochure est avant tout de prévenir un passage à la chronicité en encourageant le patient à maintenir ou reprendre son activité professionnelle et en l'incitant à participer à sa prise en charge. Elle explique au praticien l'importance de rassurer le patient et de l'accompagner : explication de la bénignité de la pathologie, prise en charge par un kinésithérapeute, recherche de facteurs de risque de passage à la chronicité (« drapeaux jaunes »), visite de pré-reprise voire, temps partiel thérapeutique, etc... Ce suivi rapproché et pluridisciplinaire du patient souffrant de

lombalgie aiguë semble primordial pour limiter le risque de chronicisation. D'ailleurs, dans ses dernières recommandations, la HAS le préconise (4).

L'intérêt de la diffusion de ce type de campagne de communication à grande échelle est de pouvoir toucher un maximum de personnes en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Cette communication de masse peut paraître aux antipodes d'un dispositif du type du réseau « Lombaction » qui ne peut accueillir que quelques dizaines de patients par an. Ce type de réseau cible les travailleurs lombalgiques et apporte un soutien médico-psycho-social et fonctionnel en réduisant les contraintes professionnelles, mais surtout en inscrivant le patient dans une rééducation active intense. Les résultats de cette prise en charge montrent une amélioration des patients et une réinsertion professionnelle plus fréquente (42, 43). Toutefois, ce réseau souffre d'un manque de places disponibles et d'un manque de communication. Pour autant, il tend à se développer en Vendée (44).

Ces réseaux « Lombaction », la prescription d'activité physique, la réassurance en consultation de soins primaires et les brochures de la CPAM font partie des outils disponibles dans la prise en charge de la lombalgie. Ils ont tous comme objectif secondaire ou principal de modifier les craintes et les croyances vis-à-vis de la lombalgie et de rassurer les patients. La diffusion des messages clés, vers les patients, mais aussi vers les professionnels de santé concernés est un levier important. Il est important que les professionnels de santé aient un discours commun et convergent pour rassurer les patients et éviter un passage à la chronicité.

3. Et aujourd'hui ?

Beaucoup plus récemment, avec la pandémie au coronavirus SARS-CoV-2 et plus particulièrement avec la succession des mesures de confinements et de couvre-feux, une étude (45) a mis en évidence un effet délétère de ces mesures, avec une majoration des douleurs lombaires chez 41% des patients ayant une lombalgie chronique. De plus, la pratique d'activité physique a diminué. La sédentarité a augmenté en passant de 34,4% à 49% des patients réalisant moins de deux heures d'activité physique par semaine. Ce faible niveau d'activité physique est significativement associé à une majoration des douleurs.

Une autre étude (46) a révélé que parmi les travailleurs qui ne souffraient pas de lombalgie avant le confinement (n=2113), 10,4% en avaient développé une à l'issue du confinement.

L'accès limité aux activités physiques (fermeture des salles de sport et des complexes sportifs) associée au confinement et à l'anxiété que cette situation dégage, ne pouvaient que provoquer une aggravation des douleurs.

De plus, le télétravail a été largement préconisé par le gouvernement. Outre le fait qu'un tiers des patients ont le sentiment que leur rythme de travail, pendant le confinement, a été plus soutenu (47, 48), les postes de travail créés au domicile sont, pour la plupart, moins adaptés qu'au bureau et donc, peuvent engendrer des lombalgies.

Pour pallier le manque d'activité physique, l'Assurance Maladie préconise, via son site internet, des activités extérieures et plusieurs sorties par jour et a également relancé sa campagne d'information « Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement ! » via des spots TV.

V. CONCLUSION

La lombalgie est une pathologie fréquente en médecine générale. L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer l'impact d'une information écrite sur les connaissances et les croyances de patients concernant les lombalgies et l'activité physique.

C'est un fait, l'activité physique est bénéfique pour la santé. Elle est actuellement recommandée dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire chez les patients atteints de lombalgies. Et pourtant, la majorité des patients ne la pratique pas assez.

Cette étude a mis en lumière les idées reçues des patients sur la lombalgie et sa prise en charge. Elle a aussi montré que la distribution d'une brochure a permis une amélioration des connaissances des patients face à leur pathologie. Leurs croyances sont encore difficiles à changer et un lourd travail reste à faire.

Lors d'une consultation de médecine générale, une information claire et appropriée aux patients présentant une lombalgie aigüe, ainsi que la remise d'une brochure sur les douleurs lombaires permettraient probablement de limiter le risque de passage à la chronicité.

Enfin, une prise en charge pluridisciplinaire avec un suivi régulier semble être une piste fiable pour les patients présentant des lombalgies. Mais les difficultés de mise en place de ces structures sont encore à améliorer.

Depuis la crise de la Covid-19, l'Assurance Maladie a repris de plus belle sa campagne d'information « Mal de dos : le bon traitement c'est le mouvement ! » et se développe de plus en plus sur les réseaux sociaux.

Une étude à plus grande échelle serait intéressante pour conforter ou non nos résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Gourmelen J, Chastang JF, Ozugler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A. *Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales*. Ann Réadaptation Méd Phys nov 2007;50 : 633– 639
- (2) Andersson GBJ. The epidemiology of spinal disorders, In: Frymoyer JW, ed. *The adult spine: principles and practice, 2nd ed*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997: 93- 141.
- (3) Duquesnoy and al. *Section rachis de la Société Française de Rhumatologie*. Société Française de Rhumatologie. 1994.
- (4) *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. Haute Autorité de Santé. Mars 2019
- (5) 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.
- (6) Direction générale de la santé. *Dossiers lombalgies 2003*. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/61lombalgie.pdf>
- (7) Leclerc A, Chastang JF, Regnard I, Ravaud JF. *Lombalgie invalidante et situation sociale, résultats issus de l'Enquête HID (Handicaps, Incapacités, Dépendance)*. BEH 2007;2-3:15–7.
- (8) *Prise en charge kinésithérapique du lombalgique*. AFREK (Association Française de Recherche et d'Evaluation en Kinésithérapie) et ANAES (Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Paris. 1998. Conférence de consensus.
- (9) Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, et al. *Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes*. Douleurs Eval - Diagn - Trait. avr 2013;14(2):57- 66.
- (10) Haumesser D, Becker P, Grosso-Lebon B, Weill G. *Aspects médicaux sociaux économiques de la prise en charge des lombalgies chroniques*. Revue médicale de l'assurance maladie, volume 35 n°1, mars 2004

- (11) Willams DA, Feurstein M, Durbin D, Pezzullo J. *Health care and indemnity costs across the natural history of disability in occupational low back pain*. Spine. 1998; 23:2329-36.
- (12) Lafuma A, Fagnani F, Vautravers P. *Management and cost of care for low back pain in primary care settings in France*. Rev Rhum [Engl Ed.] 1998; 65(2):119-25.
- (13) Truchon M. *Determinants of chronic disability related to low back pain: towards an integrative biopsychosocial model*. Disabil Rehabil. Novembre 2001
- (14) Ramond A, Bouton C, Richard I, et al. *Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review*. Février 2011
- (15) Henrotin Y, Rozenberg S, Balagué F, Leclerc A, Rouxo É, Cedraschie C, et al. *Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique*. Octobre 2007
- (16) Rozenberg S, Delval C, Rezvani Y, Olivieri-Apicella N, Kuntz J-L, Legrand E, et al. *Bed rest or normal activity for patients with acute low back pain: a randomized controlled trial*. Spine. Juillet 2002;27(14):1487- 93
- (17) Communiqué de Presse. *Enquête BVA réalisée du 23 juin au 21 juillet 2017 sur internet auprès du grand public*. 16 Novembre 2017
- (18) Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C and al. *Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires*. Good Clinical Practice. Bruxelles ; KCE ; 2017
- (19) Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartyigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M and al. *National Clinical Guidelines for non-surgical treatment with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy*. Eur Spine J 2018 ; 27(1) : 60-75
- (20) Toward Optimized Practice. *Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical practice guideline*. 3rd edition – minor revision 2017. Edmonton : TOP ; 2015
- (21) Nguyen C, Poiraudau S, Revel M, Papelard A. *Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité*. Revue du Rhumatisme. 2009 537-542

- (22) Olivier N, Weissland T, Baeza J, Codron H, Trannoy V, Caby I. *Bénéfices à court terme d'un programme de réentraînement à l'effort pour lombalgies chroniques*. Cairn.info. 2007
- (23) Palazzo C, Rannou F, Poiraudau S. *Peurs, croyances et attitudes d'évitement au cours de la lombalgie*. Octobre 2013 – 1878-6227
- (24) Indahl A, Velund L, Reikeraas O. *Good prognosis for low back pain when left untampered – a randomized clinical trial*. Spine 1993;20:473-7
- (25) Indahl A, Haldorsen EH, Holm S, et al. *Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain*. Spine 1998;23:2625-30
- (26) Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. *Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care*. Spine. Décembre 1999;24(23):2484 - 91
- (27) Burton K. *BackBookEnglish*. 2002. Disponible sur : https://backaholic.files.wordpress.com/2014/12/the_back_book-2.pdf
- (28) Coudeyre E. *Evaluation de l'impact de l'information sur les peurs et croyances liées à l'activité physique dans la lombalgie*. Saint-Etienne : Université Jean Monnet ; 2007: 1- 86.
- (29) Henrotin Y, Moyse D, Bazin T, Cedraschi C, Duplan B, Duquesnoy B, Laroche F, Valat JP, Marty M. *Study of the information delivery by general practitioners and rheumatologists to patients with acute low back pain*. Eur Spine J. Mai 2011 (5):720-30.
- (30) Gremeaux V, Coudeyre E, Viviez T, Bousquet PJ, Dupeyron A. *Do Teaching General Practitioners' Fear-Avoidance Beliefs Influence Their Management of Patients with Low Back Pain? Pain Pract Off J World Inst Pain*. Novembre 2015;15(8):730- 7.
- (31) Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. *General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain*. Octobre 2006;124(3):330- 7.

- (32) Jill Hayden, Maurits W Van Tulder, Annti Malmivaara, Bart W Koes. *Excercise therapy for treatment of non specific low back pain*. Cochrane. Juillet 2005
- (33) Shorthouse FM, Roffi V, Tack C. *Effectiveness of educational materials to prevent occupational low back pain*. Occup Med Oxf Engl. Juillet 2016;
- (34) *Observatoire de Médecine Générale*. Rubrique « Lombalgie ». 2009. Disponible sur : <http://omg.sfmg.org/content/donnees/donnees.php>
- (35) Communiqué de presse de l'assurance maladie. « *Mal de dos : le bon traitement c'est le mouvement* », la campagne de l'Assurance Maladie lancée il y a 2 ans poursuit son travail de déconstruction des idées reçues et fait évoluer le comportement des français vis-à-vis du mal de dos. Septembre 2019
- (36) Organisation mondiale de la santé. *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. 2010
- (37) World Health Organization. *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva: WHO; 2018.
- (38) Haute Autorité de Santé. *Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé*. Juil 2019
- (39) Buchbinder R, Jolley D. *Effects of a media campaign on back beliefs is sustained 3 years after its cessation*. Spine. 1 juin 2005;30(11):1323- 30.
- (40) Plan Cancer 2014-2019. *Sixième rapport au Président de la République*. Mars 2020
- (41) *Lombalgie commune : comment orienter la prise en charge pluridisciplinaire et favoriser le maintien d'une activité professionnelle*. Campagne de sensibilisation de l'Assurance Maladie « Mal au dos ? Le bon traitement c'est le mouvement ». 2017. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/554231/document/orientati-on-prise-charge-pluridisciplinaire_assurance-maladie_0.pdf

- (42) Jousset N, Fanello S, Bontoux L and al. *Effects of functional restoration versus three hours per week physical therapy in chronic low back pain*. Spine 2004;29;487-93
- (43) Bontoux L, Roquelaure Y, Billabert C, and al. *Etude du devenir à 1 an de lombalgiques chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique, recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail*. Ann Med Phys Read 2004 ;47 :563-72
- (44) Kergresse M, Roche-Leboucher G, François A, Petit-LeManac'h, Roquelaure Y and al. *Health care network in charge of chronic low back pain*. 2010
- (45) Bailly F, Genevay S, Foltz V, Bohm-Sigrand A, Zagala A, Nizard J, Petit A. *Effet du confinement sur l'intensité de la lombalgie chez les patients lombalgiques chroniques : étude Confi-Lomb*. 2020. 10. 127
- (46) 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*. Santé publique France. Octobre 2020
- (47) Barthou E, Bruna Y. Recherche TRANSICOVID. *Le travail en période de confinement : tensions, accélérations et opportunités*. Décembre 2020
- (48) Collas F, Coulanges N, Guérillot G, Lalancette S, Pénard T et al. *Enquête CAPUNI. Travail et numérique pendant le confinement du printemps 2020*. 2021.

ANNEXES

Annexe 1 : Drapeaux rouges



DRAPEAUX ROUGES

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

Annexe 2 : Drapeaux jaunes



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).

FICHE D'INFORMATION A L'INTENTION DES PATIENTS

La lombalgie ou « mal de dos » est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Cette maladie regroupe bons nombres de croyances et de peurs sur sa prise en charge et sur la pratique d'une activité physique pendant les douleurs.

A l'aide la brochure de l'Assurance Maladie « Je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il et que faire ? », cette étude évalue les connaissances des patients face à ces douleurs lombaires et les connaissances sur l'association « activité physique et lombalgie ». De plus, elle évaluera la pertinence de cette brochure à l'aide d'une question de satisfaction.

Le questionnaire sera réalisé une première fois en consultation de médecin générale, sous format papier et sera renouvelé sept jours plus tard via un questionnaire internet. Votre choix de vous engager ou non dans cette étude ne modifiera pas les soins médicaux que vous recevrez. Le questionnaire sera anonymisé secondairement et les données ne seront pas utilisées à d'autres fins. La confidentialité et le secret médical seront respectés.

Vous avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'interne Alix Remaud, par mail : alix.remaud@gmail.com

Le consentement peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni aucune conséquence.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE THESE DE MEDECINE GENERALE**

Je soussigné(e) (nom, prénom), né(e) le
....., accepte de recevoir le questionnaire puis l'appel téléphonique de
l'interne en médecine générale Alix Remaud pour participer à un questionnaire dans le cadre
de l'étude ci-dessus qui porte sur « le mal de dos ».

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.
Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical ; mon
anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.
Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte
librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Signature de l'interne Alix Remaud, en charge de l'étude :

Fait à, le Signature :



VOUS AVEZ MOINS DE 65 ANS ET VOUS AVEZ EU MAL DANS LE BAS DU DOS CETTE ANNEE ?

Vous pouvez donc aider une interne à écrire sa thèse en répondant à ce questionnaire !

Les douleurs lombaires (mal en bas du dos) sont très fréquentes et soumises à beaucoup de croyances. A l'aide la brochure de l'Assurance Maladie, cette étude évalue les connaissances des patients face à ces douleurs lombaires et les connaissances sur l'association « activité physique et douleur lombaire ».

En quoi ça consiste ?

- Répondre au questionnaire suivant (attention, questionnaire recto-verso)
- Le déposer au secrétariat où une brochure de l'Assurance Maladie sur les douleurs lombaires vous sera remise
- Un unique mail vous sera envoyé dans 7 jours pour répondre de nouveau au même questionnaire via un lien internet. Il permettra d'évaluer la pertinence de la brochure.

Le questionnaire sera anonymisé secondairement et les données ne seront pas utilisées à d'autres fins. La confidentialité et le secret médical seront respectés.

Alix REMAUD, interne

Annexe 6 : Mails envoyés aux patients

Le premier, si les patients avaient été recruté en consultation par un médecin généraliste était : « Bonjour Mme/Mr X, nous nous sommes vus en consultation le XX/XX pour vos douleurs lombaires. J'espère que vos douleurs se sont atténuées. Comme convenu, je vous transmets le questionnaire de l'étude à laquelle vous avez accepté de participer sur les douleurs lombaires. Il s'agit du même questionnaire auquel vous avez répondu en consultation mais cette fois ci via ce lien internet. Cordialement ».

Le deuxième, si les patients avaient été recruté à l'aide des questionnaires laissés en salle d'attente : « Bonjour Mme/Mr X, je suis Alix Remaud, interne au cabinet médical de Montaigu. Vous avez accepté de participer à mon étude concernant les douleurs lombaires. Vous avez pu répondre à un questionnaire en salle d'attente et je vous en remercie. Comme convenu, je vous transmets le questionnaire de ma thèse. Il s'agit du même questionnaire auquel vous avez répondu il y a une semaine mais cette fois ci à réaliser via ce lien internet. Cordialement ».



Je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il et que faire ?

Ce livret répond aux principales questions
que vous pouvez vous poser sur le mal de dos
que l'on appelle « lombalgie »

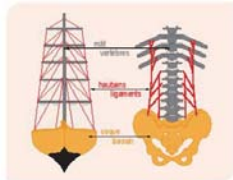
Le dos, comment ça marche ?

« Le dos est costaud »

Le dos, ou colonne vertébrale, est une des parties les plus solides du corps.

Cette colonne est constituée de vertèbres reliées entre elles par des disques et est renforcée par des ligaments et des muscles puissants.

Les muscles et les ligaments constituent des haubans qui soutiennent la colonne vertébrale. Rattachés à la colonne vertébrale, ils agissent comme les haubans d'un mât de bateau, permettant ainsi de se tenir debout et de mobiliser son dos.



Le disque réalise un véritable système d'amortisseur entre les vertèbres.



» Le dos est ainsi à la fois solide et mobile afin d'assurer les mouvements de la vie de tous les jours.

2



Pourtant, des douleurs du dos peuvent exister



La douleur du dos peut avoir des origines multiples : faiblesse des ligaments, du disque intervertébral, et des articulations entre les vertèbres (dans l'arthrose lombaire notamment).

Certains mouvements peuvent déclencher une lombalgie. Cependant, de nombreuses lombalgies ne sont déclenchées par aucun mouvement spécifique. On parle souvent de « faux mouvement ». En réalité, les « faux mouvements » font partie des mouvements ordinaires de la vie quotidienne.

3

Le mal de dos, une douleur courante

Cette douleur très fréquente, située dans le bas du dos, touche aussi bien les hommes que les femmes et peut survenir à tout âge.



Cette douleur va de la gêne modérée à la douleur intense, laquelle freine toute activité et peut se ressentir jusque dans les fesses.

Quand cette douleur apparaît brusquement on parle de « tour de rein » ou bien de « lumbago ».

Dans le milieu médical, on parle de « lombalgie commune ». Cela signifie que la douleur est principalement augmentée à l'effort et que l'examen clinique et le bilan sont en faveur d'une atteinte mécanique habituelle.

S'il est vrai que la lombalgie fait mal, ce n'est pas une maladie grave et elle se soigne sans séquelles la plupart du temps.

Il n'existe pas de lien entre l'intensité des douleurs et leur gravité.

80%

de la population française aura au moins une fois dans sa vie une douleur au niveau de la colonne vertébrale.

4

Mal de dos : le bon traitement, c'est le mouvement.

Comment soulager rapidement ce mal de dos ?



Dans la majorité des cas, le mal de dos évolue vers la guérison sans séquelles. Mais si la douleur disparaît, elle peut revenir : c'est la rechute.

Je reste actif, je bouge pour avoir moins mal et moins longtemps, et j'adapte mon environnement (par exemple : la hauteur du plan de travail).

Les trois objectifs du traitement

- 1 Soulager.**
Toutes les techniques sont bonnes (chaleur, autoétirements, médicaments).
- 2 Renforcer les muscles du dos.**
Maintenir un maximum d'activité.
- 3 Limiter le nombre de rechutes.**
Débuter ou poursuivre un sport.



5

Comment bouger quand j'ai mal ?



► **J'adapte ou je poursuis mes activités habituelles,** à la maison comme au travail, pour bénéficier d'une meilleure évolution. La sédentarité et le repos peuvent au contraire entretenir le mal de dos. L'arrêt des activités, y compris professionnelles, n'est pas une solution.

► **Je maintiens ou reprends l'activité dès que possible.**

Certes, il n'est pas facile de faire de l'exercice physique lorsqu'on a mal au dos. Il faut donc conserver une activité physique supportable en termes de douleur et augmenter graduellement ses efforts. L'important est d'être régulier et de persévérer.

Si la douleur persiste, cela ne signifie pas forcément que la maladie s'aggrave.

EN BREF

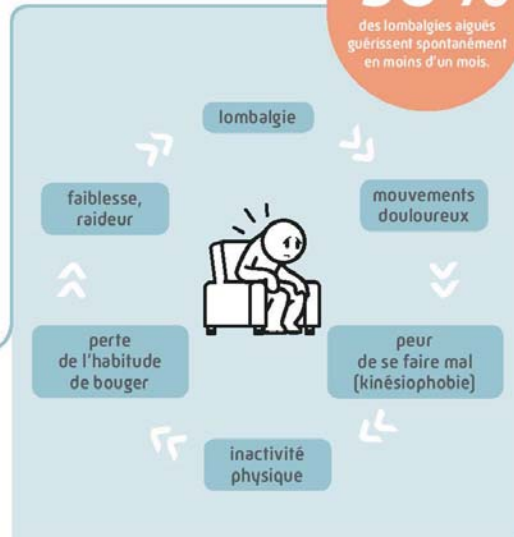
L'activité physique développe les muscles, renforce les os et maintient en forme. Toutes les activités physiques sont permises. L'essentiel est de trouver celles qui vous plaisent afin de les pratiquer dans la durée.

Ne plus bouger ou la peur de bouger aggravent les douleurs

La crainte de la douleur et la peur de bouger retardent la guérison.

90%

des lombalgies aiguës guérissent spontanément en moins d'un mois.



6

7

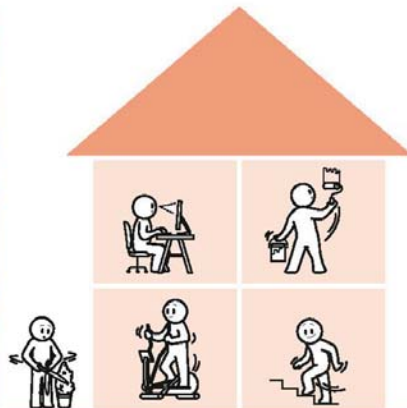
Comment entretenir son dos ?

Le sport améliore le mal de dos et évite que le dos vieillisse plus vite. La plupart des sports sont compatibles avec le mal de dos.

► **Je sélectionne un programme d'activités physiques** adaptées à mes désirs et à mes capacités.

► **J'en parle à mon médecin.**

Si vous pensez que vos conditions de travail peuvent jouer un rôle dans votre mal de dos, parlez-en à votre médecin traitant et à votre médecin du travail. Il est peut-être utile d'aménager votre poste de travail.



Je bouge et je dose mon effort

La pratique progressive et régulière d'exercices dans la durée favorisera la récupération et préviendra les rechutes.

Voici quelques positions qui permettent de mobiliser le dos et qui peuvent être pratiquées quelques instants, chez vous, sans matériel particulier.

Exercice de relaxation

Étendu, le dos bien plaqué au sol, les jambes fléchies reposant sur l'assise d'une chaise, les mains croisées derrière la tête.



Exercice d'assouplissement



Agenouillé, assis sur les talons, le dos enroulé, le front contre le sol et encadré par les coudes, les avant-bras reposant au sol.

Exercice d'étirement

À quatre pattes, creusez le dos en relevant la tête sur une inspiration. Ensuite, arrondissez le dos en soufflant et en regardant vos genoux. Alternez ces deux positions d'étirement du dos autant de fois que vous le souhaitez jusqu'à ce que vous en ressentiez les bienfaits.



Exercice d'étirement et de renforcement musculaire



Position : sur un tapis, allongé sur le dos, les jambes fléchies, les pieds à plat sur le sol, les bras croisés derrière la tête. Exercice : ramener les genoux vers les épaules en soufflant. Les mains ne poussent pas la tête en avant, le dos reste collé au sol. Maintenir la position 6 secondes et alterner avec 6 secondes de repos.

8

9

Comment éviter

l'aggravation de la douleur ou les rechutes ?

Les études prouvent que ceux qui restent actifs malgré la douleur récupèrent mieux, plus vite et ont moins de rechutes.

J'entretiens ma santé et la santé de mon dos en changeant quelques habitudes. Cela permettra de diminuer mes douleurs :



► J'entretiens ma musculature du dos par une activité physique régulière : « Arrêter de bouger, c'est se rouiller. »

► En cas de surpoids, j'apporte une attention particulière à mon alimentation. J'en discute avec mon médecin.



► J'adapte mon environnement. Par exemple, en réglant la hauteur du siège en position assise, j'essaie de placer un appui au creux du dos. Je me lève et je m'étire régulièrement.

► Lors d'un port de charge : je plie les genoux et je maintiens le poids près du corps.

>>

Pratiquer une activité physique au long cours

Cela contribue à une diminution du risque de douleurs du dos, à une diminution du vieillissement de la colonne et à une meilleure santé globale. Cette pratique se fera de préférence en endurance (par exemple : marche, vélo ou natation).

10

Je ne me décourage pas :

j'agis sur ma lombalgie

Faire un peu, c'est déjà mieux que rien du tout

Toute augmentation de l'activité physique, même minime, est bénéfique pour ma santé et pour entretenir la musculature de mon dos.

J'en parle à mon médecin

Mon médecin pourra adapter et compléter ces informations en fonction de ma situation.



À RETENIR

- Le maintien des postures, notamment au travail, ne doit pas s'accompagner d'une augmentation des douleurs.
- Dans le cas contraire, je demande conseil à un professionnel de santé. Il pourra également m'aider à choisir une activité régulière ou un sport adapté.
- Lorsque la douleur disparaît, je continue à pratiquer une activité afin d'éviter les récives.

11

MAL DE DOS ? LE BON TRAITEMENT, C'EST LE MOUVEMENT.



Pour en savoir plus sur la lombalgie
et entretenir votre santé et celle de votre dos :

- Rendez-vous sur ameli.fr
- Téléchargez gratuitement l'application mobile **Activ'Dos** de l'Assurance Maladie à partir de novembre 2017.



Cette brochure a été élaborée en collaboration avec :



12

13



L'Assurance Maladie en ligne

Sur ameli.fr

- **Renseignez-vous sur vos droits et vos démarches** selon votre situation.
- **Informez-vous avec l'annuaire santé** sur les tarifs, les horaires, les spécialités et la localisation des médecins et des établissements de soins.
- **Connectez-vous à votre compte ameli**, votre espace personnel.

Téléchargez gratuitement l'appli ameli



Par téléphone

- Renseignez-vous au

3646

Service 0,06 €/min
+ prix appel

ameli.fr

Questionnaire sur la douleur lombaire

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

Profession :

1. Avez-vous mal en bas du dos aujourd'hui?

☐ Oui ☐ Non

2. J'ai mal au dos depuis :

- ☐ Moins de 1 mois et demi
☐ Entre 1 mois et demi et 3 mois
☐ Plus de 3 mois
☐ Je n'ai pas mal au dos

3. J'ai déjà fait plusieurs épisodes similaires :

- ☐ Non, c'est mon premier épisode
☐ Oui, mais il y a plus d'un an que je n'avais pas eu mal
☐ Oui, plusieurs fois cette année

4. Sur une échelle de 0 à 10 (0 étant l'absence de douleur et 10 la pire douleur que vous pouvez imaginer), à combien évaluez-vous votre douleur ? Entourez le chiffre correspondant.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
--

5. Pour chaque phrase, entourez le chiffre (de 0 à 6) qui exprime le mieux ce que vous éprouvez :

	Complètement en désaccord avec la phrase	Partiellement d'accord avec la phrase					Parfaitement d'accord avec la phrase
L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
L'activité physique pourrait nuire à mon dos	0	1	2	3	4	5	6
Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
Je ne devrais pas faire d'activités physiques qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6

Quizz : Cochez vrai ou faux

1. La lombalgie (mal dans le bas du dos) est-elle une maladie grave ?

☐ VRAI ☐ FAUX

2. Il existe un lien entre l'intensité des douleurs et la gravité ?

☐ VRAI ☐ FAUX

3. Lors d'une douleur lombaire aigue, je dois limiter le sport ?

☐ VRAI ☐ FAUX

4. Pratiquer un sport au long cours fait vieillir plus vite le dos ?

☐ VRAI ☐ FAUX

5. L'inactivité physique et la sédentarité retardent la guérison ?

☐ VRAI ☐ FAUX

6. La plupart des sports sont compatibles avec le mal de dos ?

☐ VRAI ☐ FAUX

7. Le lumbago (douleur lombaire aigue) nécessite un arrêt de travail initial ?

☐ VRAI ☐ FAUX

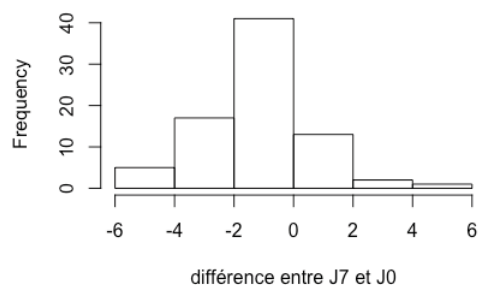
8. Faire du renforcement musculaire de mon dos évite les rechutes ?

☐ VRAI ☐ FAUX

Annexe 9 : Histogrammes des différences du questionnaire FABQ entre J0 et J7

Item « l'activité physique aggrave ma douleur »

histogramme des différences question 1 entre J7

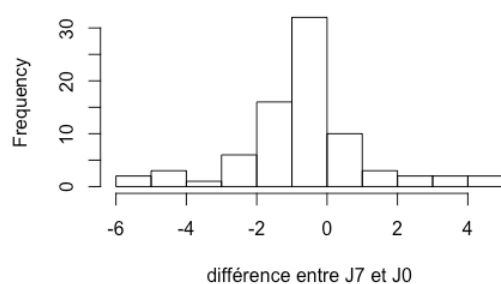


T= 2,67

p-value = 0,0093 avec un intervalle de confiance à 95% = [0,14 – 0,99]

Item « l'activité physique pourrait nuire à mon dos »

histogramme des différences Q 2 entre J7 et J0

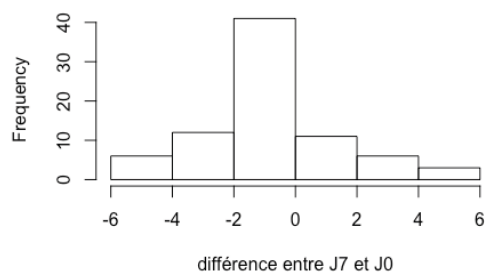


T= 0,84

p-value = 0,41 avec un intervalle de confiance à 95% = [-0,46 – 0,60]

Item « Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui pourraient aggraver ma douleur »

histogramme des différences Q 3 entre J7 et J0

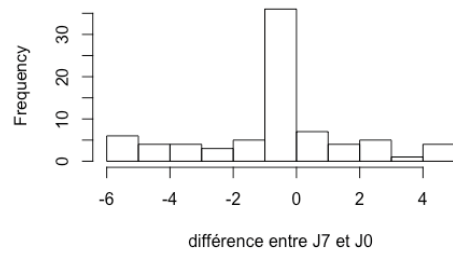


T= 0,43

p-value = 0,67 avec un intervalle de confiance à 95% = [-0,41 – 0,64]

Item « Je ne devrais pas faire d'activités physiques qui pourraient aggraver ma douleur »

histogramme des différences Q 4 entre J7 et J0



T= 0,85

p-value = 0,40 avec un intervalle de confiance à 95% = [-0,32 – 0,80]

NOM : REMAUD

PRENOM : ALIX

Titre de thèse : Évaluation des connaissances et des croyances des patients lombalgiques vis-à-vis de la campagne de sensibilisation de l'Assurance Maladie « Mal au dos ? Le bon traitement c'est le mouvement ». Étude sur 100 patients au cabinet de médecine générale de Montaigu.

RESUME

Introduction :

La lombalgie représente un enjeu de santé publique par son coût direct et indirect majeur. Il existe beaucoup de croyances erronées des patients concernant la lombalgie et l'activité physique. En 2017, l'Assurance Maladie a lancé sa campagne d'information pour promouvoir l'activité physique lors d'une lombalgie et lutter contre les « idées reçues ».

Le but de cette thèse a été d'évaluer les connaissances et les croyances des patients lombalgiques vis-à-vis de la brochure « Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement » de l'Assurance Maladie et d'évaluer l'impact de cette brochure.

Matériel et méthodes :

Étude quantitative, prospective et interventionnelle. 100 patients de 18 à 65 ans ont été recrutés de juin 2020 à janvier 2021. Ils souffraient d'une lombalgie ou avaient souffert d'une lombalgie dans les 12 derniers mois. Ils étaient recrutés au cabinet de médecine générale de Montaigu. Le principe était de leur remettre un questionnaire, puis de leur remettre la brochure de l'Assurance Maladie et enfin de leur renvoyer le questionnaire 7 jours plus tard afin d'évaluer l'impact des informations délivrées. Le critère de jugement principal choisi était un taux supérieur ou égal à 6 bonnes réponses sur 8 au quizz proposé.

Résultats :

Les résultats ont montré une augmentation significative du taux de bonnes réponses au quizz ($p=0,0033$) : 42% de notes supérieures ou égales à 6 bonnes réponses sur 8 à J0 versus à 60,5% à J7. Une diminution significative du score FABQ pour le 1^{er} item entre J0 et J7 ($p=0,0093$) et une diminution significative de l'EVA entre J0 et J7 ($p=0,0008$).

Conclusion :

La remise de la brochure de la CPAM s'est avérée être une aide pour la prise en charge du patient lombalgique. Elle a aidé notamment aux changements de croyances en apportant les connaissances nécessaires au patient. Elle devra s'accompagner d'un suivi multidisciplinaire et régulier pour limiter le risque de chronicisation. Les campagnes de sensibilisations sont une aide supplémentaire à la prise en charge de ces patients. Et c'est pourquoi, avec la crise du Covid-19, l'Assurance Maladie vient de relancer sa campagne d'information.

Mots clés :

Lombalgie – activité physique – Assurance Maladie – campagne d'information – croyances – suivi multidisciplinaire