

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Eric PERNOLLET

Né le 11 mai 1985 à Roanne (42)

Présentée et soutenue publiquement le : 13 décembre 2013

**Résultats de consultations associés à la lombalgie chez les adultes
consultant en médecine générale**

Président : Monsieur le Professeur LEGRAND Erick

Directeur : Madame le Docteur BOUTON Céline

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. PROCACCIO
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BRÉGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie

FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation médicale
MERCIER Philippe	Anatomie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique

SUBRA Jean-François

URBAN Thierry

VERNY Christophe

WILLOTEAUX Serge

ZANDECKI Marc

Néphrologie

Pneumologie

Neurologie

Radiologie et imagerie médicale

Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude

ANNWEILER Cédric

AUGUSTO Jean-François

BEAUVILLAIN Céline

BELIZNA Cristina

BLANCHET Odile

BOURSIER Jérôme

BOUTON Céline

CAILLIEZ Éric

CAPITAIN Olivier

CASSEREAU Julien

CHEVAILLER Alain

CHEVALIER Sylvie

CONNAN Laurent

CRONIER Patrick

CUSTAUD Marc-Antoine

de CASABIANCA Catherine

DUCANCELLE Alexandra

DUCLUZEAU Pierre-Henri

FORTRAT Jacques-Olivier

GOHIER Bénédicte

GUARDIOLA Philippe

HINDRE François

JEANGUILLAUME Christian

JOUSSET-THULLIER Nathalie

KEMPF Marie

LACOEUILLE Franck

LERMITTE Emilie

LETOURNEL Franck

LOISEAU-MAINGOT Dominique

MARCHAND-LIBOUBAN Hélène

MAY-PANLOUP Pascale

MESLIER Nicole

MOUILLIE Jean-Marc

PAPON Xavier

PASCO-PAPON Anne

PELLIER Isabelle

PENCHAUD Anne-Laurence

Biophysique et médecine nucléaire

Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

Néphrologie

Immunologie

Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

Hématologie ; transfusion

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Médecine générale

Médecine générale

Cancérologie ; radiothérapie

Neurologie

Immunologie

Biologie cellulaire

Médecine générale

Anatomie

Physiologie

Médecine générale

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Nutrition

Physiologie

Psychiatrie d'adultes

Hématologie ; Transfusion

Biophysique et médecine nucléaire

Biophysique et médecine nucléaire

Médecine légale et droit de la santé

Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière

Biophysique et médecine nucléaire

Chirurgie Générale

Biologie cellulaire

Biochimie et biologie moléculaire

Biologie cellulaire

Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Physiologie

Philosophie

Anatomie

Radiologie et Imagerie médicale

Pédiatrie

Sociologie

PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

octobre 2013

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur LEGRAND Erick

Directeur de thèse :

Madame le Docteur BOUTON Céline

Membres du jury :

Madame le Docteur BOUTON Céline

Madame FOUQUET Natacha

Monsieur le Professeur HUEZ Jean François

Madame le Docteur RAMOND-ROQUIN Aline

Remerciements :

Aux membres du jury :

À monsieur le Professeur Erick LEGRAND :

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse.

Veillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À monsieur le Professeur Jean François HUEZ :

Vous me faites l'honneur d'évaluer cette thèse. Pour m'avoir suivi pendant ce travail, veuillez accepter l'expression de ma respectueuse gratitude.

À madame Natacha FOUQUET :

Avec gentillesse, vous avez spontanément accepté d'estimer ce travail. Merci pour votre aide précieuse dans la réalisation des statistiques. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

À madame le Docteur Aline RAMOND-ROQUIN :

Aline, je te remercie pour tes conseils et ton soutien tout au long de l'écriture de cette thèse. Tes connaissances bibliographiques et tes éclairages sur les statistiques m'ont beaucoup aidé.

À madame le Docteur Céline BOUTON :

Céline, tout d'abord merci pour ton soutien et ta disponibilité, tout au long de la réalisation cette thèse. Ta réactivité aux mails est à souligner. C'est avec un grand plaisir que j'ai travaillé à tes cotés sur cette thèse mais aussi découvert la belle ville de Prague. Ta patience et ton perfectionnisme m'ont permis d'aboutir à ce travail.

À Mathilde :

Merci pour ton soutien durant cette thèse et depuis déjà plus de 10 ans. Parce que tu m'as été d'un grande aide durant toutes ces études et pour tout ce que je t'ai fait endurer, un immense merci. Ta présence à mes côtés me réjouit chaque jour. Que nous puissions apporter de nouvelles pièces à notre bateau et que les calmes et les tempêtes fasse grandir notre Amour.

À mes 3 enfants : Colombe, Aély et Auxence

Vous avez vous aussi subi mes week-ends de travail, mais on se rattrapera!
Vous me comblez de bonheur.

À mes proches :

Parce que ce lien qui nous unit est quelque chose d'irremplaçable, que l'on sait que l'on peut toujours compter les uns sur les autres, je vous remercie.

Papa, pour m'avoir fait partager ta passion de la médecine générale et avoir construit et fait grandir cet esprit de famille, un grand merci.

Maman, parce que tu es et a toujours été présente pour moi. Ton organisation à toute épreuve a permis à chacun de nous d'apprendre et de découvrir, un grand merci.

À mes grands-parents : notamment Miron, pour nous avoir ouvert l'esprit à la culture et pour tous ces moments partagés où l'on peut parler de tout, merci.

À mes frères et sœur : Patrice et Claire, Caroline et Xavier, Franck, Yoann et Florian, pourquoi changer une équipe qui gagne. Bonne route à chacun!

À mes cousins : Virginie, Stéphane, Sandrine, Anne-Sophie, Frédéric, Cédric, Antoine, Estelle, Fabrice, mes petits neveux et nièces (en espérant que d'autres arrivent bientôt)

À mes beaux-parents : Olivier et Christine, **mes beaux-frères et belles-sœurs** : Guillaume, Gonzague, Thibaud, Tiphaine, Iseult et Ombeline

À mes amis :

De Lapalisse et Vichy, et en particulier : Thomas, Matthieu, Germain, Marie M., Marie A., Vinciane, Dorine, Anne, le groupe scout et ses encadrants

De Clermont, notamment Amaury et Marie B., **de KB**

De Cholet, particulièrement Marlon, Cécile N., Alice, Cécile P., Antoine, Clotilde, Merriel et Seb,... mais aussi les Busutil, Buu, Lecomte, Payen, Piganeau,...

À mes formateurs

À tous ceux qui m'ont encadré pendant mon cursus de la P1 à la fin de mon internat, le CHU de Clermont-Ferrand, le CHU du Kremlin Bicêtre, le DMG d'Angers, les services des urgences et de médecine 1 du CH de Mayenne et les services de pédiatrie, de MPU et de pneumologie du CH de Cholet.

Aux **Docteurs Chevreau Berton, Andromaque et Devèche** qui m'ont permis de faire le recueil des données pour ma thèse et m'ont transmis chacun à leur manière leurs passions pour la médecine générale. Ce sera avec joie que je travaillerai avec vous.

À toutes les infirmières et aides-soignantes avec qui j'ai eu plaisir à travailler et qui ont participé à ma formation.

Au projet ECOGEN

Liste des abréviations :

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

CNGE : Collège Nationale des Généralistes Enseignants

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation

ECOGEN : Eléments de la CONsultation en médecine GENérale

GROG : Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe

ICPC : International Classification of Primary Care

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MG : Médecin généraliste

MSU : Maître de stage universitaire

OMG : Observatoire de Médecine Générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PHQ 15 : Patient Health Questionnaire (score d'exploration des symptômes somatiques)

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

SFMG : Société française de médecine générale

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

PLAN

1. INTRODUCTION

2. MATERIELS ET MÉTHODES

- 2.1. Schéma d'étude**
- 2.2. Critères d'inclusion des consultations**
- 2.3. Analyses**

3. RÉSULTATS

- 3.1. Description des Maîtres de stage universitaire dans ECOGEN**
- 3.2. Population étudiée**
- 3.3. Description de la population des consultations**
- 3.4. Comparaison des comorbidités par têtes de chapitres de la CISP**
- 3.5. Comparaison des comorbidités selon les 10 résultats les plus fréquents**
- 3.6. Comparaison des comorbidités selon les codes de la CISP choisis au regard de la littérature**

4. DISCUSSION

- 4.1. Synthèse des principaux résultats**
- 4.2. Forces et limites de notre étude**
- 4.3. Discussion des résultats et comparaison avec la littérature**

5. CONCLUSION

6. BIBLIOGRAPHIE

7. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

8. ANNEXES

- 8.1. Questionnaire MSU**
- 8.2. Classification internationale des soins primaires**
- 8.3. Feuille de recueil des données**
- 8.4. Score PHQ15**
- 8.5. Poster présenté au congrès de la WONCA (Prague, juin 2013)**
- 8.6. Résumé**

1. INTRODUCTION

La lombalgie se définit selon la section « Rachis » de la société française de Rhumatologie comme 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 lombo-sacrée. Parfois, la lombalgie est secondaire (infectieuse, tumorale, traumatique, inflammatoire), mais dans la majorité des cas, elle est idiopathique, c'est à dire non spécifique(1).

L'incidence de la lombalgie en soins primaires varie, selon les études, les contextes et les définitions utilisées, de 6,3 à 15,4%(2). Dans l'enquête décennale santé de 2002-2003, plus de la moitié des Français de 30 à 64 ans déclaraient avoir présenté des lombalgies au moins un jour dans les 12 derniers mois(3). Il s'agit d'un motif fréquent de consultation en soins primaires dans la plupart des pays dits développés(4). Selon la Société Française de Médecine Générale (SFMG), la lombalgie se situe au 8^{ème} rang des motifs de consultation en médecine générale en France(5).

Ces informations restent parcellaires, puisqu'il existe peu de données en France permettant d'avoir une vue globale de la morbidité en soins primaires (cf Encadré 1). Les caractéristiques sociodémographiques des patients lombalgiques sont donc connues grâce à des études sur la population générale ou en soins secondaires. Dans certains pays, notamment en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, les données issues des soins primaires sont plus fréquentes du fait de l'utilisation du codage systématique des motifs, contenus et résultats de consultations (cf Encadré-2)(6,7).

Encadré 1 : Le recueil de données en France en soins primaires

L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (anciennement dénommé le CREDES) : enquêtes déclaratives ponctuelles auprès des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, sur la morbidité diagnostiquée en médecine libérale.

Les réseaux d'IMS Health, Thales (CEGEDIM), et l'Observatoire de la médecine générale (OMG) de la Société française de médecine générale (SFMG) sont des systèmes de recueil continu des données de morbidité en médecine générale. Les 160 médecins généralistes actifs pour l'OMG ont créé le dictionnaire des résultats de consultation (DRC), une autre classification en soins primaires.

Les 2 autres principaux réseaux français d'observation en soins primaires sont le réseau GROG (Groupes Régionaux d'Observation de la grippe)(8) et le réseau Sentinelles de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)(9). Ils s'intéressent à l'épidémiologie infectieuse. Ce sont de petits réseaux : moins de 1000 médecins pour le GROG, 1300 pour l'INSERM.

Le fait que les généralistes n'utilisent pas les mêmes codes et classifications pour enregistrer leurs consultations complique le travail épidémiologique à grande échelle.

Encadré 2 : L'intérêt du codage

La classification des actes et des pathologies, selon des procédures harmonisées et adaptées :

- est un facteur concourant à la qualité des soins (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)) (10)
- permet
 - de standardiser la description de l'état clinique des patients et de leur évolution.
 - d'évaluer les pratiques professionnelles, y compris les procédures, par comparaison aux données de la littérature.
 - de connaître la fréquence des pathologies de sa patientèle et ainsi d'orienter sa formation professionnelle.

Bien que la plupart des patients souffrant de lombalgie commune se remettent rapidement, HENSCHKE a montré que 28 % des patients n'ont pas complètement récupéré 12 mois après la première consultation(11). Ces patients chroniques posent de lourds problèmes de prise en charge et de coûts directs et indirects (arrêt de travail par exemple)(12).

L'identification des facteurs de risque de passage à la chronicité des lombalgies est donc primordiale. La lombalgie est plurifactorielle ; les recherches ont permis de mettre en avant 6 catégories: les facteurs de risque biomécaniques, individuels, professionnels, socioéconomiques, médico-légaux et psychologiques(13). Le rôle des facteurs psychosociaux dans le passage à la chronicité, est, à ce jour, largement admis(14). D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, un facteur psychosocial est défini comme tout facteur influençant « la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne [...], à maintenir un état de bien-être mental et de démontrer cela dans le comportement adaptatif et positif tout en interagissant avec les autres, sa culture et l'environnement »(15).

La lombalgie peut être parfois un symptôme de souffrance plus générale, plutôt qu'un trouble strictement biomédical(16,17). Elle peut être ainsi associée à d'autres pathologies et notamment à des troubles somatoformes. Plusieurs études ont cherché à retrouver les comorbidités des patients lombalgiques. Les pathologies psychologiques, digestives, locomotrices et respiratoires semblent plus fréquentes chez les patients lombalgiques en comparaison aux patients ne présentant pas de lombalgies(18–21). D'autres rapportent l'association à des perturbations du sommeil, à des douleurs chroniques ou des troubles mentaux(22–24).

Le médecin généraliste est le premier recours devant un épisode de lombalgie et est ainsi le mieux placé pour observer ces comorbidités. Les médecins généralistes gèrent la globalité des affections de leurs patients, et ont donc une place privilégiée pour identifier les

facteurs psychosociaux et les comorbidités des patients, et permettre une prise en charge orientée vers les problèmes psychosociaux et professionnels des patients(25).

L'objectif principal de notre étude était d'identifier les facteurs psychosociaux et les pathologies associées chez les patients consultant pour lombalgie.

L'objectif secondaire était de mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques de ces patients.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Schéma d'étude :

Type d'étude : Etude descriptive transversale nationale multicentrique ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) menée à l'initiative du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) du 28/11/2011 au 30/04/2012.

Investigateurs : 54 internes de médecine générale en stage ambulatoire, durant 5 mois, chez 128 médecins généralistes maîtres de stage universitaires (MSU), de 27 facultés de médecine françaises. Les internes étaient formés au recueil des données lors d'un séminaire centralisé et animé par le comité de pilotage de l'étude.

Données recueillies :

Chaque interne recueillait :

- Au début de l'étude : les caractéristiques socio-professionnelles de chaque MSU : année de naissance, sexe, lieu d'exercice (rural, urbain ou semi rural), secteur conventionnel, mode d'exercice (seul ou en groupe), nombre annuel de consultations, réception des visiteurs médicaux, des délégués de l'assurance maladie, adhésion au Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) (cf Annexe 1).
- Un jour donné par semaine, durant les 5 mois de l'étude et pour chaque consultation de la journée : des données sociodémographiques concernant le patient (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, étudiant ou non, patient connu du médecin ou non, statut vis-à-vis de l'assurance maladie) et les motifs de consultation, résultats de consultation et procédures de soins prescrites ou réalisées, codés selon la Classification Internationale des Soins Primaires 2ème édition (CISP-2) (cf Encadré 3).

Il est important de noter que tout motif de consultation et toute procédure doit être rattachés à un résultat, que tout résultat doit comporter au moins un motif et une procédure, et qu'une consultation peut comporter un ou plusieurs résultats (cf Figure 1).

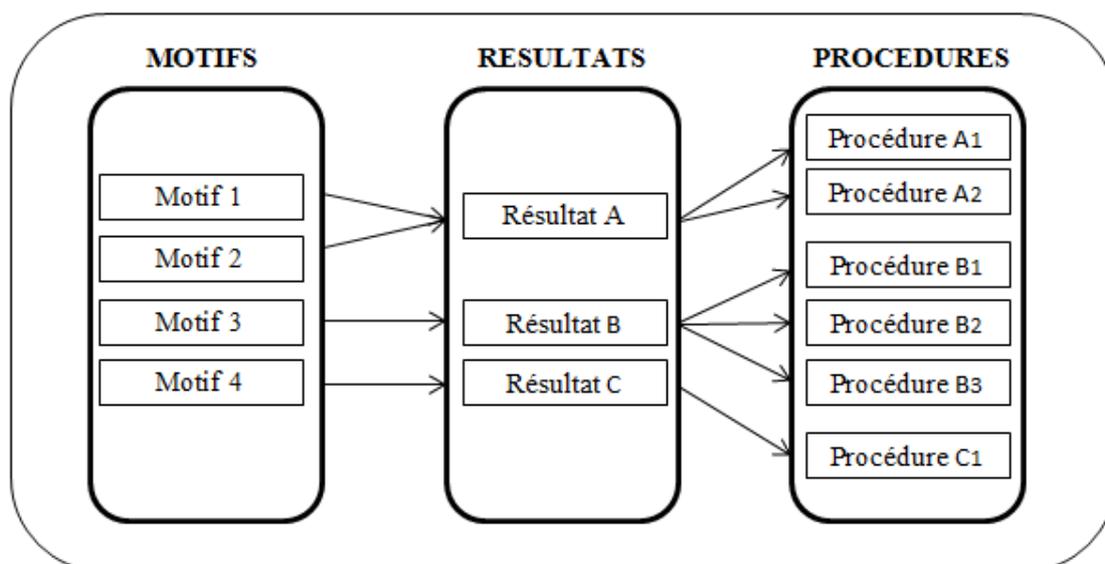


Figure 1 : Articulation d'une consultation

Modalités de recueil :

Les données ont été recueillies par les internes sur support papier (cf annexe 3), durant les consultations menées par le MSU. Les données ont ensuite été saisies, par les internes, dans une base de données centralisée à partir d'un site Web dédié au projet, gérée par une équipe d'épidémiologistes lyonnais du CNGE.

La base de données complète a été livrée en février 2013, sous la forme d'un tableur Excel.

Encadré 3 : La CISP

Classification Internationale des Soins Primaires (cf Annexe 2)

- Version française de l'International Classification of Primary Care (ICPC)
- Développée par l'Organisation internationale des médecins généralistes (WONCA) en 1987.
- Appartient à la famille des classifications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
- Utilisée depuis 2000 en France
- Objet : classifier et coder :
 - Les motifs de rencontre : demande de soins telle qu'exprimée par le patient correspondant à un ou des symptôme(s), plainte(s), problème(s) ; demande de service(s) ou de diagnostic(s) qui ont amené le patient à consulter.
 - Les résultats : conclusion de la consultation, telle qu'interprétée par le médecin, que ce soit un diagnostic nosologique, symptôme, plainte, ou besoin de soins (vaccination, frottis cervico-vaginal...)
 - Les procédures de soins (réalisées ou programmées) : actes effectués dans le cadre de soins médicaux, qui comprennent des actes diagnostiques (examen clinique, imagerie...), thérapeutiques (traitement médicamenteux, prise de connaissance de résultats d'examen...), administratifs (certificat, arrêt de travail...) et préventifs (vaccination...).
- Structure : Classification bi-axiale
 - Premier axe : 17 chapitres désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres : psychologique et social), codés par une lettre = tête de chapitre
 - Second axe : sept composants (symptômes et plaintes, procédures diagnostiques et préventives, procédures thérapeutiques, résultats d'examens complémentaires, procédures administratives, références et autres motifs de contact, diagnostics et maladies), codés par deux chiffres.
 - ⇒ 687 rubriques alphanumériques (ex L72) sans les procédures, disposant d'une définition, le plus souvent de critères d'inclusion et d'exclusion, et d'une correspondance avec la liste de codes CIM-10.
- Utilisation :
 - Développée initialement pour le recueil manuel et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale.
 - Peut être utilisée avec des systèmes d'aide à la décision (diagnostique ou thérapeutique), d'assurance qualité des soins, de surveillance épidémiologique et de recherche scientifique en soins primaires.

2.2. Critères d'inclusion des consultations

Les consultations concernant les patients nés entre 1947 et 1994, soit entre 18 et 65 ans, ont été sélectionnées. Ont été considérées comme consultations « lombalgie » celles contenant comme résultat de consultation : (définitions, critères d'inclusion et d'exclusion issues de la CISP) :

- **L03 symptômes ou plaintes des lombes :**

Inclusion : douleur lombaire, douleur sacro-iliaque, coccygodynie, lumbago, lombalgie.

Exclusion : douleur thoracique postérieure, sciatique

ou

- **L84 syndrome dorsolombaire sans irradiation :** douleur dorsolombaire sans irradiation associée à une diminution de la mobilité confirmée par l'examen médical.

Inclusion : entorse dorsolombaire, tassement vertébral NCA, arthrose apophysaire, arthrose ou arthrite de la colonne, spondylolyse dorsolombaire, spondylolisthésis dorsolombaire.

Exclusion : coccygodynie, syndrome cervical, douleur dorsolombaire avec irradiation, sciatalgie, mal de dos psychogène.

ou

- **L86 syndrome dorsolombaire avec irradiation :** (pris en compte du fait de la définition de la lombalgie en France : avec « possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou ») douleur de la région lombaire ou thoracique de la colonne, accompagnée de douleur irradiée ou d'un déficit neurologique de la région correspondante ; ou sciatique, douleur irradiant vers le bas à la face postérieures de la jambe, aggravée par la toux, le

mouvement, la position ; ou mise en évidence par imagerie ad hoc ou chirurgie d'un prolapsus d'un disque lombaire ou thoracique.

Inclusion : prolapsus discal avec irradiation, dégénérescence discale avec irradiation, sciatique

Exclusion : lésion cervicale discale, spondylolisthésis, entorse dorsolombaire récente, douleur projetée à caractère diffus.

2.3. Analyses

2.3.1. Données socio-démographiques

Les données socio-professionnelles concernant les MSU ont été étudiées.

Les caractéristiques socio démographiques des patients ayant un résultat de consultation « lombalgie » ont été décrites et comparées à celles des patients « sans lombalgie ».

2.3.2. Analyse des comorbidités

Les deux groupes de consultations (avec lombalgie/ sans lombalgie) ont été comparés selon la distribution des résultats de consultation et groupes de résultats suivants :

- ensemble des résultats de chacune des 17 têtes de chapitres de la CISP-2 (cf encadré 3)
- 10 résultats de consultations les plus fréquents dans les consultations des patients de 18-65 ans dans l'étude Ecogen

- résultats de consultations choisis selon la littérature (décrits comme pouvant avoir un lien avec la lombalgie)
 - résultats correspondant à des troubles somatoformes :
 - Troubles issus du score PHQ 15 (26) (échelle permettant de détecter les troubles somatoformes) (cf annexe 4) :
A04 : fatigue/faiblesse générale, A06 : évanouissement/syncope, D01 : douleurs/crampes abdominales générales, D09 : nausée, D12 : constipation, K04 : palpitations/perception battements cardiaques, N01 : mal de tête, N17 : vertige/étourdissement, P06 : perturbation du sommeil, R02 : souffle court/dyspnée, X02 : douleur menstruelle, X04 : rapport sexuel douloureux chez la femme.
 - P75 : trouble somatoforme,
 - autres codes choisis : A01 : douleur générale/de sites multiples, A97 : pas de maladie, D07 : dyspepsie/indigestion, D84 : maladie de l'œsophage, H82 : syndrome vertigineux, K02 : oppression/constriction thoracique, L83 : syndrome cervical, L87 : bursite/tendinite/synovite, L92 : syndrome de l'épaule, N04 : jambe sans repos, N89 : migraine, N95 : céphalée de tension, P01 : sensation anxiété/nervosité/tension, P74 : trouble anxieux/état anxieux, P76 : dépression, P78 : neurasthénie/surmenage, Z05 : problème au travail, Z06 : problème de non emploi, Z12 : problème de relation entre partenaires, Z15 : perte/décès du partenaire.

- 2 regroupements de codes
 - Addictions = regroupement de 4 codes : usage abusif d'alcool, de tabac, de médicaments et de drogues
 - « Peur de » la maladie = regroupement de 33 codes : pour chaque chapitre il existe 1 à 4 codes autour de la peur de la maladie (A25 : peur de la mort/de mourir, A26 peur du cancer, K24 peur d'une maladie cardiaque).

2.3.3. L'aléa

Pour comparer les **comorbidités** des 2 groupes (avec lombalgie/ sans lombalgie), ont été considérés :

- Dans les consultations avec lombalgie : tous les résultats de consultation sauf ceux concernant la lombalgie (codes L03, L84, L86).
- Dans les consultations sans lombalgies : tous les résultats de consultation sauf 1 résultat par consultation enlevé aléatoirement.

Cette manipulation évitait de comparer des comorbidités de la lombalgie à des morbidités. L'hypothèse sous-jacente était que la distribution des résultats différait selon le nombre de résultats par consultation ; les résultats uniques par consultation ont donc été systématiquement exclus de l'analyse.

2.3.4. Tests statistiques

La distribution des variables quantitatives a été représentée sous forme de moyenne \pm écart-type ou de médiane [25^{ème}-75^{ème} percentile]. Ces variables ont été comparées entre les

2 groupes (lombalgie/sans lombalgie) par le test de Student, sauf en cas d'inégalité des variances où un test non paramétrique de Mann Whitney Wilcoxon a été utilisé.

La distribution des variables qualitatives a été représentée sous forme de pourcentages. Puis ces pourcentages ont été comparés entre les 2 groupes par test de Chi 2, avec présentation des odds ratios (OR) non ajustés. Afin de prendre en compte l'effet de l'âge et du sexe sur les comorbidités, les variables ont été analysées par régression logistique ajustée sur le sexe et l'âge, avec présentation des odds ratios ajustés (OR_{aj}). En cas d'effectifs attendus insuffisants, seul un test exact de Fisher a été utilisé.

Les données ont été analysées avec le logiciel Epi info version 7 et le logiciel SAS.

2.3.5. Choix du p

Pour prendre en compte la réalisation de comparaisons multiples, une correction de Bonferroni a été appliquée au seuil de significativité statistique classiquement retenu de 5%. Celle-ci consiste à diviser ce seuil par le nombre de tests effectués.

3 seuils ont ainsi été définis :

- $p < 0,0026$ pour les 17 têtes de chapitre, le regroupement addictions et le regroupement « peur de » ($p < 0,05 / (17 + 2)$)
 - $p < 0,005$ pour les 10 codes les plus fréquents ($p < 0,05 / 10$)
- $p < 0,0015$ pour les 33 codes : 15 codes issus du PHQ15 et 18 codes choisis selon la littérature ($p < (0,05 / 33)$).

3. RÉSULTATS

3.1. Description des Maîtres de stage universitaire dans ECOGEN (cf Tableau 1)

Le nombre médian de consultations dans la base de données par MSU est de 148,5 (120 ; 190) et leurs nombre annuel de consultations en moyenne de 5139 (écart-type 1762) (données RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions)). La majorité (92,2%) exerçait en secteur 1, en groupe médical (61,7%) et la moitié en secteur urbain. 57% avaient adhéré au CAPI.

Tableau I : Caractéristiques des Maîtres de stages universitaires ECOGEN

TOTAL	n = 128
GENRE FEMININ	43 (33.6%)
AGE* (années)	52,6 (7.9)
SECTEUR	
1	118 (92.2%)
2	10 (7.8%)
MILIEU D'EXERCICE	
Rural	29 (22.7%)
semi-rural	33 (25.8%)
Urbain	66 (51.6%)
MODE D'EXERCICE	
Solo	27 (21.1%)
groupe médical	79 (61.7%)
groupe pluri-professionnel	20 (15.6%)
centre de santé	2 (1.6%)
RECEPTION VISITEURS MEDICAUX	58 (45.3%)
RECEPTION DELEGUES ASSURANCE MALADIE	26 (20.3%)
ADHESION AU CAPI	73 (57.0%)
NOMBRE DE CONSULTATIONS ANNUELLES* (RIAP 2010)	5139 (1762)
NOMBRE DE CONSULTATIONS ECOGEN**	148.5 (120;190)
nombre (pourcentage) sauf spécifié autrement	
* = moyenne (écart-type)	
** = médiane (intervalles interquartiles)	
Aucune donnée manquante	

3.2. Population étudiée (cf Figure 2)

Sur les 20781 consultations recueillies, il y a eu 168 refus de participer de la part des patients. Dans les 20613 consultations restantes, 11510 concernaient des patients de 18 à 65 ans. Ces 11510 consultations représentaient 23924 résultats de consultations, soit en moyenne 2,1 résultats par consultation.

845 consultations contenaient les codes L03 et/ou L84 et/ou L86, soit **7,3% des consultations.**

Dans ces 845 consultations « lombalgie », on retrouvait en termes de résultats de consultation :

- **152** L03 (symptômes et plaintes des lombes)
- **369** L84 (syndrome dorsolombaire sans irradiation)
- **325** L86 (syndrome dorsolombaire avec irradiation)
- **1088** autres résultats de consultation associés à la lombalgie = comorbidités dans ce groupe.

10665 consultations concernaient des patients de 18 à 65 ans sans résultat lombalgie, correspondant à 21990 résultats de consultation. Pour les consultations sans lombalgie, 10665 résultats de consultations ont donc été retirés aléatoirement, et **11325** résultats de consultations (=comorbidités) ont été retenus pour analyse.

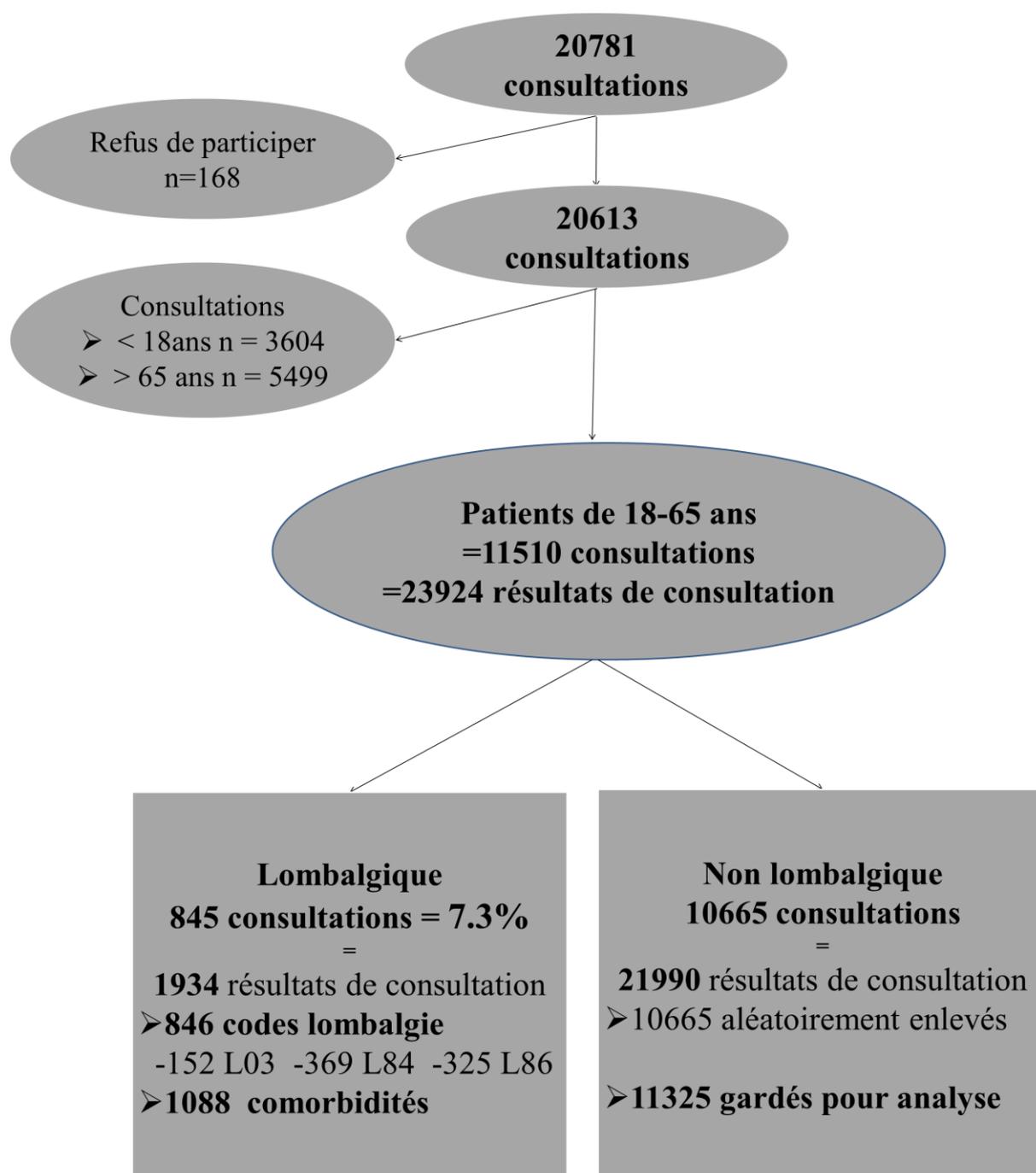


Figure 2 : Diagramme de flux

3.3. Description de la population des consultations (cf Tableau 2)

Sur les 11510 consultations, 60% des patients sont des femmes.

Dans les consultations avec lombalgie, la proportion de femmes est moins importante, 55,6%, contre 60,5% pour les consultations sans lombalgie, avec une différence significative ($p=0,006$).

La lombalgie est moins fréquente chez les 18-34 ans. En revanche, elle l'est plus chez les 35-54 ans, avec une différence significative ($p<0,001$).

Les patients lombalgiques sont moins souvent des étudiants (1,2% (lombalgie) versus 4,8% (sans lombalgie) $p<0,001$) des « cadres supérieurs et professions intellectuelles » (6,1%/9,0%) et des patients sans activités professionnelles (15,0%/21,8%). Mais ils sont plus fréquemment des ouvriers (10,5%/6,6%) et des employés (42,8%/33,3%), avec une différence significative ($p<0,001$).

Il y a moins de nouveaux patients dans les consultations pour lombalgie (3,8%/6,4%, avec $p=0,003$).

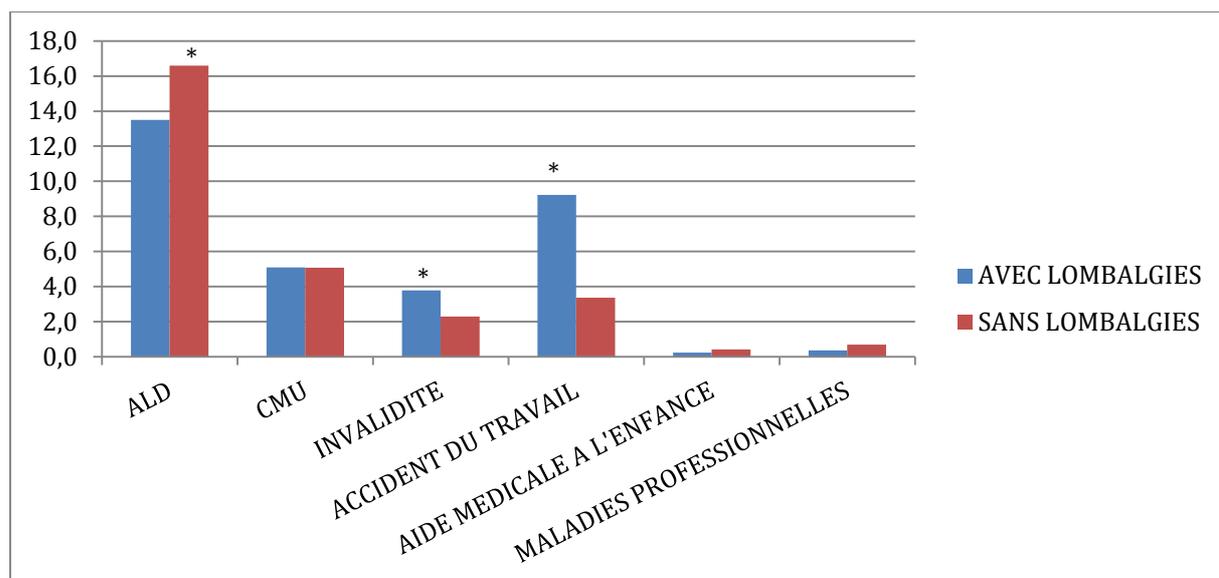
Les patients des consultations pour lombalgie sont plus souvent en invalidité (3,8%/2,3%, $p=0,01$) et en accident du travail (9,2%/3,4%, $p<0,001$) (cf Figure 3).

La médiane de la durée pour ces consultations est de 16 minutes (12,5-21) contre 15,5 (10,5-20) ($p<0,001$) pour les consultations hors lombalgie.

A l'échelle de la consultation, le nombre moyen de résultats de consultation est de 2,3 pour les consultations avec lombalgie, contre 2,1 pour celles sans lombalgie, avec une différence significative entre les 2 groupes.

Tableau II : Caractéristiques de la population des consultations

	AVEC LOMBALGIES	SANS LOMBALGIES	p
Nombre de consultations	n = 845	n = 10665	
GENRE FEMININ	470 (55.6%)	6453 (60.5%)	0,006
AGE (années)			<0,001
18-34	168 (19.8%)	3022 (28.4%)	
35-44	197 (23.3%)	2167 (20.3%)	
45-54	221 (26.1%)	2286 (21.4%)	
55-65	259 (30.6%)	3190 (29.9%)	
ETUDIANT	10 (1.2%)	510 (4.8%)	3,00E-06
PROFESSION			<0,001
agriculteur	9 (1.1%)	63 (0.6%)	
artisan, commerçant, chef d'entreprise	34 (4.0%)	515 (4.8%)	
cadre sup, et profession intellectuelle	52 (6.1%)	957 (9.0%)	
profession intermédiaire	73 (8.6%)	1139 (10.7%)	
employé	362 (42.8%)	3554 (33.3%)	
ouvrier	89 (10.5%)	703 (6.59%)	
retraité	99 (11.7%)	1401 (13.1%)	
sans activité professionnelle	127 (15.0%)	2333 (21.8%)	
NOUVEAU PATIENT	32 (3.8%)	684 (6.4%)	0,003
STATUT (non exclusif)			
ALD	114 (13.5%)	1769 (16.6%)	0.02
CMU	43 (5.1%)	542 (5.1%)	0.94
INVALIDITE	32 (3.8%)	245 (2.3%)	0.01
ACCIDENT DU TRAVAIL	78 (9.2%)	359 (3.4%)	2.01E-17
MALADIES PROFESSIONNELLES	3 (0.4%)	73 (0.7%)	NS
DUREE DE CONSULTATION* (minutes)	16 (12.5;21)	15.5 (10.5;20)	p<0,001#
NOMBRE DE RESULTATS PAR CONSULTATION**	2.3 (1.31)	2.1 (1.28)	p<0,001##
nombre (pourcentage); * = médiane (inter-quartiles); ** = moyenne (déviation standard)			
NS = non significatif (p>0,05) : test Chi 2			
# = test non paramétrique de Mann Whitney Wilcoxon ; ## = test de Student			
Pas de donnée manquante			



* = différence significative $p < 0.05$ (tests du chi-2, chaque critère ayant été étudié indépendamment)

Figure 3 : Comparaison des statuts

3.4. Comparaison des comorbidités par têtes de chapitres de la CISP (cf Figure 4, Tableau 3)

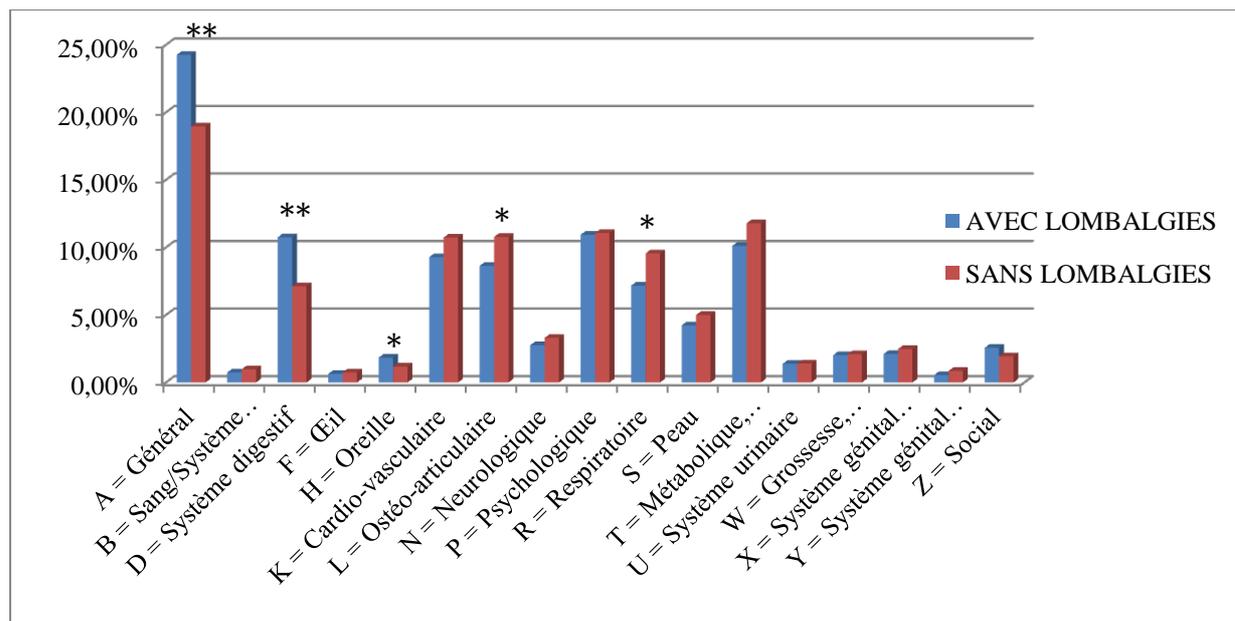
Dans le chapitre A, le qualificatif « général » fait référence à « au moins trois endroits ou systèmes corporels ». Dans les résultats de consultations avec lombalgies, cette tête de chapitre est plus présente (24,3% (lombalgie) versus 19% (sans lombalgie), $p < 0,001$, odds ratio ajusté sur l'âge et le sexe (intervalle de confiance à 95%) OR_{aj} (IC_{95}) de 1,37 (1,18-1,59)). De même, les comorbidités liées au système digestif sont plus fréquentes lors des consultations pour lombalgie (10,8% (lombalgie) versus 7,1% (sans lombalgie) ($p < 0,001$)). Ce résultat reste significatif après ajustement sur le sexe et l'âge ($p < 0,001$ (OR_{aj} (IC_{95}) 1,59 (1,30-1,95)).

En revanche, lors des consultations sans lombalgie, il y a plus souvent des atteintes du système ostéo-articulaire (8,6% (lombalgie) versus 10,8% (sans lombalgie) ($p = 0,027$)). L'ajustement sur le sexe et l'âge ne confirme pas cette différence ($p = 0,0258$ (OR_{aj} (IC_{95}) 0,78 (0,62-0,97)).

De même, les atteintes du système respiratoire, sont plus présentes lors des consultations sans lombalgies (7,2% (lombalgie) versus 9,6% (sans lombalgie) ($p = 0,01$)). L'ajustement sur le sexe et l'âge ne confirme pas cette différence ($p = 0,008$ (OR_{aj} (IC_{95}) 0,72 (0,57-1,66)).

Le système « Oreille », après ajustement sur le sexe et l'âge, a un p limite inférieure : 0,048 (OR_{aj} (IC_{95}) 1,62 (1,0-1,8)), en faveur d'une atteinte plus fréquente chez les lombalgiques (1,8% (lombalgie) versus 1,2% (sans lombalgie)).

Il n'y a pas de différence significative pour les autres têtes de chapitre, notamment au niveau social ou psychologique. De même, le rassemblement des codes correspondant aux addictions et au « peur de » n'a pas mis en évidence de différence significative entre les 2 groupes.



** = donnée significative $p < 0.0026$, * = $p < 0,05$

Figure 4 : Comorbidités selon les têtes de chapitre, addictions et "peur de"

Tableau III : Comorbidités selon les têtes de chapitre, addictions et "peur de"

	AVEC LOMBALGIES	SANS LOMBALGIES	VALEURS BRUTES			VALEURS AJUSTÉES SUR AGE ET SEXE		
	n = 1088	n = 11325	p	OR	(IC 95%)	p	OR _{aj}	(IC 95%)
A = Général	264 (24.3%)	2146 (19.0%)	<0.001 **	1.37	(1.18-1.59)	<0.001 **	1.37	(1.18-1.59)
B = Sang/Système hématopoïétique/immunologique	8 (0.7%)	111 (1.0%)	0.43	0.75	(0.36-1.54)	0.38	0.73	(0.35-1.49)
D = Système digestif	117 (10.8%)	806 (7.1%)	<0.001 **	1.57	(1.28-1.93)	<0.001 **	1.59	(1.30-1.95)
F = Œil	7 (0.6%)	84 (0.7%)	0.72	0.87	(0.40-1.88)	0.67	0.84	(0.39-1.83)
H = Oreille	20 (1.8%)	134 (1.2%)	0.06 *	1.56	(0.97-2.51)	0.048 *	1.62	(1.00-2.60)
K = Cardio-vasculaire	101 (9.3%)	1216 (10.7%)	0.14	0.85	(0.69-1.05)	0.22	0.87	(0.70-1.08)
L = Ostéo-articulaire	94 (8.6%)	1222 (10.8%)	0.027 *	0.78	(0.63-0.97)	0.0258 *	0.78	(0.62-0.97)
N = Neurologique	30 (2.8%)	373 (3.3%)	0.34	0.83	(0.57-1.21)	0.30	0.82	(0.56-1.20)
P = Psychologique	119 (10.9%)	1254 (11.1%)	0.89	0.99	(0.81-1.20)	0.63	0.95	(0.78-1.16)
R = Respiratoire	78 (7.2%)	1083 (9.6%)	0.01 *	0.73	(0.57-0.93)	0.008 *	0.72	(0.57-0.92)
S = Peau	46 (4.2%)	566 (5.0%)	0.26	0.84	(0.61-1.14)	0.28	0.84	(0.62-1.15)
T = Métabolique, endocrinien	110 (10.1%)	1336 (11.8%)	0.10	0.84	(0.68-1.03)	0.13	0.85	(0.69-1.05)
U = Système urinaire	15 (1.4%)	159 (1.4%)	0.95	0.98	(0.58-1.67)	0.92	0.97	(0.57-1.66)
W = Grossesse, accouchement	22 (2.0%)	237 (2.1%)	0.88	0.97	(0.62-1.50)	0.96	1.01	(0.64-1.59)
X = Système génital féminin et sein	23 (2.1%)	281 (2.5%)	0.45	0.85	(0.55-1.30)	0.35	0.81	(0.53-1.26)
Y = Système génital masculin et sein	6 (0.6%)	97 (0.9%)	0.29	0.64	(0.28-1.47)	0.38	0.69	(0.30-1.59)
Z = Social	28 (2.6%)	220 (1.9%)	0.16	1.33	(0.89-1.99)	0.20	1.30	(0.87-1.93)
Addictions	24 (2.21%)	272 (2.4%)		0.92	(0.60-1.40)			
Peur de	6 (0.55%)	50 (0.44%)		1.25	(0.53-2.92)			

nombre (pourcentage), OR = Odds Ratio
 ** = donnée significative p<0.0026 : Test de Chi 2, * = p<0.05, IC 95% = intervalle de confiance à 95%
 Pas de donnée manquante

3.5. Comparaison des comorbidités selon les 10 résultats les plus fréquents (cf Tableau 4)

Le tableau 4 nous montre les 10 résultats de consultation les plus fréquents chez les 18-65 ans. Pour ces codes, il n'y a pas de différence significative entre les consultations avec lombalgie et celles sans, hormis pour la « gestion santé et médecine préventive » (19,4% (lombalgie) versus 13,3% (sans lombalgie) ($p < 0,001$)). Ce résultat est conforté après ajustement sur l'âge et le sexe ($p < 0,001$ (OR_{aj} (IC_{95}) 1,56 (1,33-1,84))).

3.6. Comparaison des comorbidités selon les codes de la CISP choisis au regard de la littérature (cf Tableau 4)

Dans les codes correspondant à un item du score PHQ 15, on remarque que les douleurs et crampes abdominales aiguës dans les consultations avec lombalgies sont plus fréquentes (0,92% (lombalgie) versus, 0,43% (sans lombalgie) ($p = 0,03$)) mais sans différence significative avec ou sans ajustement. Il en est de même pour la constipation et le symptôme « souffle court/dyspnée » dont la fréquence est plus importante chez les lombalgiques sans différence significative après correction de Bonferroni.

Parmi les thèmes pré-choisis, les problèmes au travail sont plus fréquents chez les lombalgiques (1,1% (lombalgie) versus 0,43% (sans lombalgie) ($p = 0,002$)), sans pour autant qu'il y ait une différence significative.

Les autres codes n'ont pas montré de différence significative et notamment : la fatigue, le code L87 (bursite, tendinite, synovite, NCA), les codes en rapport avec l'anxiété ou encore les troubles du sommeil ou somatoformes.

Tableau IV : Comorbidités les plus fréquentes et selon les codes choisis au regard de la littérature

	AVEC LOMBALGIES SANS LOMBALGIES		VALEURS BRUTES			VALEURS AJUSTÉES SUR AGE ET SEXE			
	n = 1088	n = 11325	p	OR	(IC 95%)	p	OR _{aj}	(IC 95%)	
L E S I O P L U S F R E Q U E N T S	A98 Gestion santé médecine préventive	211 (19.39%)	1510 (13.33%)	<.0001	** 1.56	(1.33-1.83)	<.0001 **	1.56	(1.33-1.84)
	K86 Hypertension non compliquée	59 (5.42%)	679 (6.00%)	0.45	0.90	(0.68-1.18)	0.63	0.93	(0.71-1.23)
	R74 Infection aiguës voies respiratoires sup.	26 (2.39%)	328 (2.90%)	0.34	0.82	(0.55-1.23)	0.31	0.81	(0.54-1.21)
	P76 Dépression	39 (3.58%)	408 (3.6%)	0.98	0.99	(0.71-1.39)	0.69	0.93	(0.67-1.31)
	A97 Pas de maladie	25 (2.3%)	329 (2.91%)	0.25	0.79	(0.52-1.19)	0.23	0.78	(0.51-1.17)
	T93 Trouble du métabolisme des lipides	36 (3.31%)	443 (3.91%)	0.32	0.84	(0.59-1.19)	0.43	0.87	(0.61-1.23)
	T90 Diabète non insulino-dépendant	22 (2.02%)	279 (2.46%)	0.37	0.82	(0.53-1.27)	0.46	0.85	(0.54-1.32)
	L84 Syndrome dorso-lombaire sans irradiation	NC							
	L87 Bursite, tendinite, synovite	10 (0.92%)	155 (1.37%)	0.22	0.67	(0.35-1.27)	0.22	0.67	(0.35-1.27)
	L86 Syndrome dorso-lombaire avec irradiation	NC							
C O D E S C H O I S I S	P74 Trouble anxieux/état anxieux	14 (1.29%)	167 (1.47%)	0.62	0.87	(0.50-1.51)	0.64	0.88	(0.51-1.52)
	T86 Hypothyroïdie/myxoedème	13 (1.19%)	194 (1.71%)	0.20	0.69	(0.39-1.22)	0.20	0.69	(0.39-1.21)
	D01 Douleurs/crampes abdominales générales #	10 (0.92%)	49 (0.43%)	0.03	* 2.13	(1.08-4.23)	0.03 *	2.17	(1.10-4.31)
	D12 Constipation #	16 (1.47%)	78 (0.69%)	0.004	* 2.15	(1.25-3.70)	0.005 *	2.18	(1.27-3.76)
	R02 Souffle court/dyspnée #	3 (0.28%)	6 (0.05%)	0.04	F *				
	Z05 Problème de travail	12 (1.1%)	49 (0.43%)	0.002	* 2.57	(1.36-4.84)	0.006 *	2.46	(1.30-4.65)
	nombre (pourcentage), OR = Odds Ratio		NC = Non concerné						
	** = donnée significative p<0.0015 : Test de Chi 2 sauf F = Test de Fischer (effectifs insuffisants)								
	* = p<0.05, IC 95% = intervalle de confiance à 95%, # = code correspondant à un item du score PHQ15								
	aucune donnée manquante								

4. DISCUSSION

4.1. Synthèse des principaux résultats

L'étude ECOGEN a été menée sur une période de 5 mois par 54 internes chez 128 MSU. Sur les 20781 consultations recueillis : 11510 concernaient des patients entre 18 et 65 ans, celles-ci comprenant 23924 résultats de consultations.

845 consultations contenaient un résultat de consultation « lombalgie », soit 7,3%.

Dans les consultations avec lombalgies, la proportion de femmes est moins importante, 55,6% contre 60,5% pour les consultations sans lombalgie. La lombalgie est moins fréquente chez les 18-34 ans ; en revanche, elle l'est plus chez les 35-54 ans. Elle est moins répandue chez les étudiants, les « cadres supérieurs et professions intellectuelles » et les patients sans activités professionnelles. Mais elle est plus fréquente chez les ouvriers et les employés. Les patients des consultations pour lombalgie sont plus souvent en invalidité et en accident du travail.

Le chapitre A (Général et non spécifié) de la CISP : faisant référence à « au moins trois endroits ou systèmes corporels », est plus présent dans les consultations « lombalgie ». De même, les comorbidités liées au système digestif sont plus fréquentes. En revanche, lors des consultations sans lombalgie, l'incidence des atteintes du système ostéo-articulaire a tendance à être plus importante.

Parmi les 10 codes les plus fréquents, la « gestion santé et médecine préventive » ressort significativement pour les consultations « lombalgie ». Dans les codes correspondant à un item du score PHQ 15, on remarque que les « douleurs et crampes abdominales aiguës » et la constipation dans les consultations avec lombalgie ont une tendance à être plus présentes, mais

sans différence significative. De même, parmi les thèmes pré-choisis, les lombalgiques semblent avoir plus de problèmes au travail mais sans différence significative non plus.

4.2. Forces et limites de notre étude

Pour la première fois en France, l'étude nationale multicentrique ECOGEN a permis de recueillir à grande échelle le contenu précis des consultations en médecine générale. La taille et le mode de recrutement des médecins a permis d'assurer une bonne représentativité des consultations étudiées.

Selon la thèse d'Olivier LEROY, les MSU ne semblent pas différents des autres médecins généralistes pour les caractéristiques sociodémographiques(27). Les résultats nationaux de l'étude ECOGEN confirment cette bonne représentativité.

L'étude ECOGEN n'a pas été conçue spécifiquement pour les lombalgies. Il manque ainsi des points importants pour comparer nos résultats avec la littérature, comme l'ancienneté de la lombalgie : aiguë, subaiguë, chronique. Seule l'information : « problème de santé connu ou non » était mentionnée, mais nous ne l'avons pas utilisée car elle ne permettait pas de différencier l'épisode aigu du chronique.

Même si chacun des internes qui a recueilli les données avait un sujet de recherche précis pour valider sa thèse d'exercice, ils ne connaissaient pas l'ensemble des sujets de recherche, et donc le recueil n'a pas été orienté vers une pathologie précise. Ceci a évité un biais dans le recueil des données. Les internes recueillaient un jour par semaine et travaillaient les autres jours chez les mêmes médecins généralistes, en tant qu'observateur ou acteur de la consultation. Du fait de cette proximité durant 5 mois entre étudiant et MG (médecin généraliste), ce dernier avait probablement moins tendance à changer son attitude lors du recueil.

Le nombre faible de refus (168 soit 0,8%) implique que le biais de sélection est faible et montre également que les patients sont prêts à participer à la recherche en médecine générale et que la présence de l'étudiant interférait peu dans la relation médecin/patient(28).

Le recueil des données par les étudiants, au cours de la consultation, a permis une bonne exhaustivité de celui-ci, notamment pour les conseils fournis au patient, qu'il n'y aurait probablement pas eu si les MG avaient recueillis eux-mêmes, du fait d'un manque de temps ou d'un recueil à posteriori. On peut toutefois penser que les informations sont moins précises, notamment pour les diagnostics, même si l'interne pouvait demander au médecin quelle était leur conclusion.

Pour s'assurer de la fiabilité du recueil, un enregistrement d'une consultation par interne a été réalisé, avec contrôle des données enregistrées. Une double-saisie sur une journée a également permis d'évaluer la reproductibilité et le taux d'erreur dans la saisie informatique des données. Les résultats nationaux concernant ces contrôles sont satisfaisants.

Le recueil était transversal et réalisé un jour par semaine dans différents cabinets, avec probablement peu de patients revus plusieurs fois dans la base de données. Ainsi nous n'avons des données de comorbidités que ponctuelles, sans information sur les antécédents. Une personne consultant pour lombalgie ne va pas forcément parler de sa douleur d'épaule ou tout simplement ce problème connu ne va peut-être pas être abordé pendant cette consultation. Les comorbidités sont donc incomplètes.

4.3. Discussion des résultats et comparaison avec la littérature

Notre étude retrouve 7,3% de consultations avec lombalgie. L'étude de BARTHOLOMEUS(18), réalisée dans les Flandres, sur des données de médecins généralistes de 1994 à 2004, avec un logiciel permettant une "traduction" d'items en code CISP-2, a recherché les comorbidités des patients lombalgiques (L03, L84, L86). Elle retrouve une incidence de 5,1% de lombalgiques, assez comparable à nos 7.3%.

Dans l'étude Ecogen, lorsque l'on regroupe les résultats de consultation L03, L84 et L86, pour former un groupe « lombalgie », celui-ci devient le 4^{ième} résultat de consultation le plus fréquent. L'OMG, crée par la SFMG, classe la lombalgie au 8^{ième} rang des motifs de consultation(5).

D'après la base DIOGENE en 2002, 51% des patients consultant leur médecin généraliste sont des femmes, 46% des hommes et 3% sont de sexe indéterminé(29). Cette proportion plus importante de femmes en consultations de soins primaires est concordante dans notre étude, 60% des patients de 18 à 65 ans étant des femmes. Chez les patients lombalgiques, les femmes sont toujours majoritaires (55%), mais dans une proportion moindre que chez les patients non lombalgiques (60%) de façon significative. L'étude de BARTHOLOMEUS sur l'intego base(17) et l'étude de J.GOURMELEN de 2007(3), issue des résultats de l'Enquête Décennale Santé 2002-2003, montraient que les personnes souffrant de lombalgie et consultant pour ce motif sont majoritairement des femmes. On peut penser qu'entre 18 et 65 ans les femmes consultent plus que les hommes pour d'autres motifs (gynécologique, de prévention, etc).

Dans une étude danoise, le chapitre A de la CISP prédomine, comme dans l'étude ECOGEN, pour les diagnostics, suivi par les atteintes ostéo-articulaires(6).

Le recueil transversal des données ne favorisant pas la multiplicité des résultats de consultation, cela peut expliquer la présence moins importante des problèmes ostéo-articulaires autres chez les patients lombalgiques.

Dans l'étude de BARTHOLOMEUS (18), les infections respiratoires hautes, les douleurs du cou et les plaintes ostéo-articulaires sont plus fréquentes uniquement dans certains des sous-groupes d'âge, en particulier chez les femmes. Dans l'étude de A. JÖUD(30), réalisée en Suède à partir de bases de données, les atteintes respiratoires sont également plus fréquentes. Une étude norvégienne, réalisée à partir de questionnaires, retrouve une augmentation des plaintes ostéo-articulaires autres chez les lombalgiques, notamment au niveau cervical, dorsal et des pieds(20). Une étude de 2003 retrouve une moins bonne qualité de vie ressentie chez les lombalgiques ayant d'autres atteintes ostéo-articulaires(31).

Dans notre recherche, les troubles digestifs à types de douleurs abdominales et constipation ressortent. Une hypothèse serait que ces symptômes sont liés aux effets secondaires des traitements déjà pris par le patient tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou les myorelaxants. L'étude de A. JÖUD montre également une plus grande fréquence des douleurs abdominales chez les lombalgiques(27).

On remarque également que les jeunes sont moins affectés. J. GOURMELEN constate cette croissance de la prévalence de la lombalgie avec l'âge chez les patients ayant des lombalgies pendant au moins 30 jours durant les 12 derniers mois(3).

On retrouve dans notre étude une association fréquente entre lombalgies et problèmes liés au travail. Ceci est cohérent mais il est difficile de savoir si la lombalgie est alors la cause (difficulté à réaliser le travail demandé, absentéisme,...) ou la conséquence de ces problèmes (surcharge de travail, symptôme permettant un arrêt de travail,...). L'insatisfaction au travail (autoévaluée par le patient) est en tout cas reconnu pour être un facteur de risque de passage à la chronicité(13).

On remarque également que les patients sans-emploi consultent moins pour lombalgie. Deux explications nous paraissent plausibles : ils travaillent moins, ont moins d'activité physique et ont donc moins de lombalgies, mais ils ont également moins besoin d'un arrêt de travail qui est un motif, plus ou moins caché, assez fréquent de consultation du MG.

Les patients consultant pour lombalgie sont plus souvent en invalidité et en accident du travail ce qui concorde avec les données de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) qui classe la lombalgie comme la première cause d'invalidité au travail avant 45 ans(32). D'après les données de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, « l'affection lombaire chronique due aux charges lourdes » est la 3^{ème} cause de maladie professionnelle(33) et la 2^{ème} dans les bâtiments et travaux publics(34). Pour la mutualité sociale agricole, les affections lombaires sont la 2^{ème} étiologie de maladie professionnelle(35). On ne retrouve pas cette proportion de maladies professionnelles chez les patients lombalgiques de notre étude, probablement car cette information n'a pas été abordée durant la consultation ou parce que les patients n'étaient pas encore déclarés en maladie professionnelle.

Les troubles du sommeil ne sont pas significativement plus présents dans notre étude mais d'autres ont montré une augmentation de ceux-ci chez les lombalgiques(20,23).

La dépression, les troubles somatoformes, l'asthénie ont de même été retrouvés, dans plusieurs études, comme des comorbidités plus fréquentes chez les lombalgiques, ce que nous ne constatons pas(14,16,20,30,36). Une étude de 2010, réalisée en Allemagne, ne trouve pas plus de lombalgiques chez les patients présentant des troubles somatoformes(37) Ces comorbidités semblent toutefois importantes à détecter, car elles influent sur la qualité de vie ressentie, sur le risque de passage à la chronicité, la durée des épisodes(13,38,39) et ainsi sur l'augmentation de la consommation de soins(17).

Une étude, réalisée au Canada, montre, en revanche, qu'en comparant un groupe avec comorbidités et un avec exclusivement des lombalgies, il n'y a pas de différence sur le nombre de jours de traitement et sur l'évaluation de la douleur(40).

La majorité des études précédemment conduites ont obtenu leurs données par des auto-questionnaires remplis par les patients, ce qui implique des biais de mémorisation et de déclaration. Seulement une quantité très limitée de données avec des comorbidités présélectionnées peut être rassemblée. De plus, un biais de participation peut détériorer la représentativité de la population étudiée. D'autres études ont utilisé des bases de données médicales, créées à partir de données de morbidités, enregistrées par des médecins généralistes. Les données sont plus larges et sur une période plus longue mais la réalisation de ce type de recueil est difficile.

Une étude de cohorte avec un recueil longitudinal des données, mais également le recueil des antécédents, permettrait d'obtenir un éventail plus large et plus précis de comorbidités par patient. De même, le stade (aigu, subaigu, chronique) de la lombalgie serait une donnée importante à recueillir. Ainsi, les médecins généralistes pourraient rechercher plus spécifiquement ces comorbidités en fonction du stade et proposer une prise en charge adaptée à chaque patient lombalgique, afin notamment d'éviter le passage à la chronicité.

5. CONCLUSION

Notre étude a mis en évidence des comorbidités plus fréquentes dans les consultations avec lombalgie en soins primaires. Ces comorbidités appartiennent notamment aux chapitres « général » et « digestif » de la CISP. Mais ces résultats sont difficilement interprétables. En revanche, nous avons retrouvé la prévalence et les caractéristiques socioprofessionnelles habituelles de la littérature des patients lombalgiques.

Une étude à grande échelle portant sur une cohorte avec un recueil longitudinal et permettant de cibler si la lombalgie est aiguë ou chronique serait souhaitable.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 4 févr 2012;379(9814):482-491.
2. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. déc 2010;24(6):769-781.
3. Gourmelen J, Chastang J-F, Ozguler A, Lanoë J-L, Ravaud J-F, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. nov 2007;50(8):640-644.
4. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine*. 1 janv 1995;20(1):11-19.
5. Observatoire de Médecine Générale TOP 50 des résultats de consultations [Internet]. [cité 6 juin 2012]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
6. Moth G, Olesen F, Vedsted P. Reasons for encounter and disease patterns in Danish primary care: changes over 16 years. *Scand J Prim Health Care*. juin 2012;30(2):70-75.
7. Laux G, Kuehle T, Rosemann T, Szecsenyi J. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:14.
8. Groupe Régionaux d'Observation de le Grippe [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.grog.org/documents/grog_presentation_generale.pdf
9. Réseau sentinelles de l'INSERM [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.sentiweb.org/>

10. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé;
11. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ*. 2008;337:a171.
12. Ritzwoller DP, Crouse L, Shetterly S, Rublee D. The association of comorbidities, utilization and costs for patients identified with low back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006;7:72.
13. Nguyen C, Poiraudeau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme*. juin 2009;76(6):537-542.
14. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 1 mars 2002;27(5):E109-120.
15. World Health Organisation. Life skills education for children and adolescents in schools. 1993; WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2.
16. Edit V, Eva S, Maria K, Istvan R, Agnes C, Zsolt N, et al. Psychosocial, educational, and somatic factors in chronic nonspecific low back pain. *Rheumatol Int*. mars 2013;33(3):587-592.
17. Jensen JC, Haahr JP, Frost P, Andersen JH. The significance of health anxiety and somatization in care-seeking for back and upper extremity pain. *Fam Pract*. févr 2012;29(1):86-95.
18. Bartholomeeusen S, Van Zundert J, Truyers C, Buntinx F, Paulus D. Higher incidence of common diagnoses in patients with low back pain in primary care. *Pain Pract*. janv 2012;12(1):1-6.

19. Leboeuf-Yde C. Body weight and low back pain. A systematic literature review of 56 journal articles reporting on 65 epidemiologic studies. *Spine*. 15 janv 2000;25(2):226-237.
20. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR, Ihlebaek CM, Ursin H. Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine*. 1 juin 2006;31(13):1491-1495.
21. Schneider S, Mohnen SM, Schiltewolf M, Rau C. Comorbidity of low back pain: representative outcomes of a national health study in the Federal Republic of Germany. *Eur J Pain*. mai 2007;11(4):387-397.
22. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K, et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain*. févr 2005;113(3):331-339.
23. Kelly GA, Blake C, Power CK, O'keeffe D, Fullen BM. The association between chronic low back pain and sleep: a systematic review. *Clin J Pain*. févr 2011;27(2):169-181.
24. Waxman R, Tennant A, Helliwell P. Community survey of factors associated with consultation for low back pain. *BMJ*. 5 déc 1998;317(7172):1564-1567.
25. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
26. Van Ravesteijn H, Wittkamp K, Lucassen P, van de Lisdonk E, van den Hoogen H, van Weert H, et al. Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Ann Fam Med*. juin 2009;7(3):232-238.
27. LEROY O. Activités et pratiques professionnelles des maîtres de stage ambulatoire de la faculté d'Angers. 2011.

28. Bedouet C. Recueil de données sur les lombalgies par les maîtres de stage universitaires de médecine générale : analyse de la mise en place. 2012.
29. SFMG. Base de données DIOGENE [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/454/fichier_edrmg_2_-_cahier_de_validation_des_donnaes_omgb4846.pdf
30. Jöud A, Petersson IF, Englund M. Low back pain: epidemiology of consultations. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. juill 2012;64(7):1084-1088.
31. IJzelenberg W, Burdorf A. Impact of musculoskeletal co-morbidity of neck and upper extremities on healthcare utilisation and sickness absence for low back pain. *Occup Environ Med*. oct 2004;61(10):806-810.
32. Statistiques Accident de travail-Maladie professionnelle 2011 de l'Assurance maladie [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/accueil/header/actualites/statistiques-ATMP-2011.html>
33. INRS. Statistiques 2010 des accidents du travail et des maladies professionnelles [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=DW%2065>
34. INRS. Statistiques accidents du travail et maladies professionnelles du BTP [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=DW%2055>
35. Mutualité sociale agricole. Approche statistique des risques professionnels des non-salariés agricoles [Internet]. 2008. Disponible sur: http://referencessante-securite.msa.fr/files/SST/SST_1264583908547_AT_MP_NON_SALARI_S_AGRICOLES_2008.pdf

36. Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*. janv 2004;107(1-2):54-60.
37. Schaefert R, Laux G, Kaufmann C, Schellberg D, Bölter R, Szecsenyi J, et al. Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care. *Journal of Psychosomatic Research*. sept 2010;69(3):267-277.
38. Reme SE, Tangen T, Moe T, Eriksen HR. Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *Eur J Pain*. nov 2011;15(10):1075-1080.
39. Dersh J, Gatchel RJ, Polatin P. Chronic spinal disorders and psychopathology. research findings and theoretical considerations. *Spine J*. avr 2001;1(2):88-94.
40. McIntosh G, Hall H, Boyle C. Contribution of nonspinal comorbidity to low back pain outcomes. *Clin J Pain*. déc 2006;22(9):765-769.

7. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

7.1. Liste des Encadrés

Encadré 1 : Le recueil de données en France en soins primaires.....	13
Encadré 2 : L'intérêt du codage.....	13
Encadré 3 : La CISP.....	18

7.2. Liste des Tableaux

Tableau I : Caractéristiques des Maîtres de stages universitaires ECOGEN.....	24
Tableau II : Caractéristiques de la population des consultations.....	28
Tableau III : Comorbidités selon les têtes de chapitre, addictions et "peur de".....	32
Tableau IV : Comorbidités les plus fréquentes et selon les codes choisis au regard de la littérature.....	34

7.3. Liste des Figures

Figure 1 : Articulation d'une consultation.....	17
Figure 2 : Diagramme de flux.....	26
Figure 3 : Comparaison des statuts.....	29
Figure 4 : Comorbidités selon les têtes de chapitre, addictions et "peur de".....	31

8. TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	12
2. MATERIELS ET METHODES.....	16
2.1. Schéma d'étude :	16
2.2. Critères d'inclusion des consultations.....	19
2.3. Analyses.....	20
2.3.1. Données socio-démographiques	20
2.3.2. Analyse des comorbidités	20
2.3.3. L'aléa	22
2.3.4. Tests statistiques	22
2.3.5. Choix du p.....	23
3. RÉSULTATS	24
3.1. Description des Maîtres de stage universitaire dans ECOGEN	24
3.2. Population étudiée	25
3.3. Description de la population des consultations	27
3.4. Comparaison des comorbidités par têtes de chapitres de la CISP	30
3.5. Comparaison des comorbidités selon les 10 résultats les plus fréquents	33
3.6. Comparaison des comorbidités selon les codes de la CISP choisis au regard de la littérature	33
4. DISCUSSION.....	35
4.1. Synthèse des principaux résultats.....	35
4.2. Forces et limites de notre étude.....	36
4.3. Discussion des résultats et comparaison avec la littérature	38
5. CONCLUSION	42
6. BIBLIOGRAPHIE	43
7. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	48
7.1. Liste des Encadrés.....	48

7.2.	Liste des Tableaux.....	48
7.3.	Liste des Figures.....	48
8.	TABLE DES MATIERES.....	49
9.	ANNEXES	51
9.1.	Questionnaire MSU.....	51
9.2.	Classification internationale des soins primaires (œuvre protégée)	52
9.3.	Feuille de recueil des données	54
9.4.	Score PHQ15 (œuvre protégée).....	55
9.5.	Poster présenté au congrès de la WONCA (Prague, juin 2013).....	56
9.6.	Résumé	57

9. ANNEXES

9.1. Questionnaire MSU

1. Votre âge : |____| ans

2. Sexe : Féminin Masculin

3. Milieu d'exercice : Rural Semi-rural Urbain

4. Lieu d'exercice : _____ Code postal : |____|

6. Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3

7. Mode d'exercice : En solo En groupe médical

 En groupe pluriprofessionnel En Centre de santé

8. Nombre annuel de consultations : |____| (Selon les données du RIAP annuel 2010)

9. Recevez-vous les visiteurs médicaux ? Oui Non

Si oui, nombre moyen de visiteurs par semaine : |____|

10. Recevez-vous les délégués de l'assurance maladie (DAM) ? Oui Non

Si oui, nombre moyen de visites par an : |____|

11. Avez-vous adhéré au CAPI ? Oui Non

9.2. Classification internationale des soins primaires (œuvre protégée)

9.3. Feuille de recueil des données

Heure de début / __ / __ h / __ / __	Initiales MG / __ / __	Date de consultation / __ / __ / __	N° Questionnaire / _____	Patient Nouveau Déjà connu	Genre M F	Année de naissance / _____	Consultation Cabinet Visite	
Statut Invalidité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/>	Profession agriculteur artisan, commerçant, chef d'entreprise employé ³ ouvrier ⁴ cadre sup., profession intellectuelle ¹ profession intermédiaire ² retraité autre sans activité professionnelle <small>¹ Inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs. ² Inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise. ³ Inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. ⁴ Inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs.</small>							
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédures)				n° RC			n° RC	
1.				6.				
2.				7.				
3.				8.				
4.				9.				
5.				10.				
Procédures (diagnostiques, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)				Transférabilité				
				R / P	n° RC	SC / AC / I	Professionnels	Conditions (le cas échéant) : DMP / PPD / SMG / AC
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
Résultats de consultation (symptômes ou diagnostics) [RC]				N / A			N / A	
1.				6.				
2.				7.				
3.				8.				
4.				9.				
5.				10.				
<small>Procédure : R = réalisée, P = programmée. Professionnels concernés (plusieurs réponses possibles) : I = infirmière, Ph = pharmacien, Ps = psychologue, S = secrétaire, K = kiné, SF = sage-femme, AS = assistante-sociale, AP = autre professionnel. Transférabilité : SC = sans condition, AC = avec condition, I = impossible. DMP = Dossier médical partagé, PPD = Protocole prédéfini, SMG = Supervision du médecin généraliste, AC = Autre condition. RC : N = nouveau, A = ancien.</small>							Heure de fin / __ / __ h / __ / __	

9.4. Score PHQ15 (œuvre protégée)

9.5. Poster présenté au congrès de la WONCA (Prague, juin 2013)



Comorbidities in patients consulting their general practitioner for low back pain



PERNOLLET E¹, BOUTON C^{1,2,3}, RAMOND-ROQUIN A^{1,2,3}, RABER C¹, FOUQUET N¹, HUEZ JF^{1,2,3}

¹ Department of General Practice, University of Angers, France; ² Laboratory of Ergonomics and Epidemiology in Occupational Health, University of Angers, France; ³ National organization of the teaching general practitioners (CNGE)

eric.pernollet@univ-angers.fr

INTRODUCTION

Low back pain (LBP) in France : A major public health problem

One in two adults suffer from LBP at least once a year¹



8th most frequent reason for encounter (RFE) in general practice

Low back pain is supposed to be associated with other pathologies²

Lack of data in France on comorbidities

OBJECTIVE Describe comorbidities of patients from 18 to 65 consulting for LBP in GP

METHODS

ECOGEN = French national cross-sectional study

•128 GPs, one day per week, 5 months

•ICPC-2 (International Classification in Primary Care)

•Data = socio-demographic characteristics of patients, reasons for encounter, results of consultation and procedures

Extraction of data: patients : 18-65

Low back pain with or without sciatica= L03 or L84 or L86 as a result

Comorbidities : the chapter headings of the ICPC, psychopathology and somatoform disorders, code for work problem

Analysis: comparison of Comorbidities in consultations with or without LBP

One result by consultation removed :

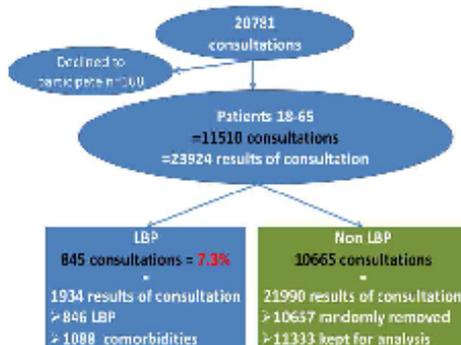
➢ Consultation without LBP = randomly removed

➢ Consultation with LBP= the result of consultation LBP removed

RESULTS

	WITH LOW BACK PAIN n = 845	WITHOUT n = 10665	p
Number of consultations			
SEX			
Female	470 (55.6%)	6463 (60.5%)	0.000
AGE (years)			<0.001
18-34	168 (19.8%)	3022 (28.4%)	
35-44	197 (23.3%)	2167 (20.3%)	
45-54	221 (26.1%)	2286 (21.4%)	
55-65	259 (30.8%)	3190 (29.9%)	
STUDENT	10 (1.2%)	510 (4.8%)	<0.001
PROFESSION			<0.001
Farmers	9 (1.1%)	63 (0.6%)	
Craftsmen, tradesmen, managers	34 (4.0%)	515 (4.8%)	
Upper white-collar and professionals	52 (6.1%)	957 (9.0%)	
Technicians, associate professionals	71 (8.4%)	1120 (10.5%)	
Lower-grade white-collar workers	162 (19.2%)	2054 (19.2%)	
Blue-collar workers	89 (10.5%)	703 (6.58%)	
Retired persons	99 (11.7%)	1403 (13.1%)	
Unemployed persons	127 (15.0%)	2330 (21.8%)	
INCAPACITY	32 (3.8%)	245 (2.3%)	0.02
OCCUPATIONAL INJURIES	78 (9.2%)	359 (3.4%)	<0.001
DURATION OF CONSULTATION* (minutes)	16 (12.5;23)	15 (10.5;20)	<0.001
NUMBER OF RESULTS BY CONSULTATION**	2.3 (1.3;3)	2.1 (1.3)	<0.001

number (percentage); * = Median (Interquartiles); ** = Average (standard deviation); No missing data
NS = non significant (p>0,05)
Chi 2 test except if = non parametric Wilcoxon or Kruskal Wallis test; # = Student t-test
Table 1 : Characteristics of the consultations



	Consultation: WITH LBP n = 1088	WITHOUT LBP n = 11323	p
A General and unspecified	364 (33.4%)	2149 (19.0%)	<0.001
D Digestive	117 (10.8%)	828 (7.3%)	<0.001
L Musculoskeletal	94 (8.6%)	322 (2.8%)	0.001
R Respiratory	78 (7.2%)	308 (2.7%)	0.001
Fears of diseases	6 (0.55%)	50 (0.44%)	NS
Addictions	24 (2.21%)	272 (2.40%)	NS
D08 Abdominal pain/cramps general*	10 (0.92%)	49 (0.43%)	0.04
D12 Constipation*	16 (1.47%)	78 (0.69%)	0.05
K09 Palpitations/awareness of heart*	1 (0.09%)	15 (0.13%)	NS
N01 Headache*	5 (0.46%)	35 (0.31%)	NS
N17 Vertigo/dizziness*	3 (0.28%)	28 (0.25%)	NS
N06 Sleep disturbance*	20 (1.84%)	180 (1.59%)	NS
R02 Shortness of breath/dyspnoea*	3 (0.28%)	6 (0.05%)	0.04
Z06 Work problem	12 (1.1%)	49 (0.43%)	0.005
F74 Anxiety disorder/anxiety state	14 (1.29%)	167 (1.47%)	NS
F75 Somatization disorder	1 (0.09%)	7 (0.06%)	NS
F76 Depression	39 (3.58%)	408 (3.6%)	NS

number (percentage); * = Code corresponding to an item of the score PHQ15: somatoform disorders
NS = non significant (p>0,05) ; Chi 2 test
Table 2 : Comparison of comorbidities (LBP versus no-LBP consultations)

DISCUSSION & CONCLUSION

- National study = an important source of data for primary care research in France.
- Few disorders (as results of consultation) related to LBP
 - Digestive disorders: could be due to adverse drug reactions
 - Work problems : cause or consequence?
- Contrary to the literature: psychopathology and somatoform disorders not related to LBP³
- Limits: -No information about the duration of LBP: acute? chronic? recurrent ?
-No information about the past medical history of patients: only transversal data.

REFERENCES

- ¹Gourmelon J, Chastang JF, Ozguler A et al. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Ann Readapt Med Phys.* 2007 Nov;50(8):640-4, 633-9
- ²Bartholomeussen S, Van Zundert J, Truyers C, Burtins F, Paulus D. Higher incidence of common diagnoses in patients with LBP in primary care. *Pain Pract.* 2012 jan;12(1):1-6.
- ³Dersh J, Gatchel RJ, Polatin P. Chronic spinal disorders and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Spine J. Off J. North Am. Spine Soc.* Apr 2001;12(2):88-94.

9.6. Résumé

Introduction> La lombalgie est un des motifs les plus fréquents de consultation en soins primaires. En France, il y a peu de données sur les comorbidités des patients lombalgiques.

Le but de notre étude est de décrire ces comorbidités chez les patients de 18 à 65 ans consultant leur médecin généraliste (MG) pour lombalgie.

Matériel et Méthode> Ecogen est une étude descriptive transversale nationale, réalisée chez 128 MG en 2012. Un jour par semaine, les caractéristiques socio-professionnelles de tous les patients, et les motifs, résultats de consultations, et procédures mises en places par le MG étaient recueillis et codés selon la classification internationale des soins primaires(CISP-2). Les consultations des patients de 18 à 65 ans souffrant de lombalgies ont été sélectionnées. Les caractéristiques socioprofessionnelles des patients, et tous les résultats de consultations associés ont été comparés à ceux des patients non lombalgiques de même âge.

Résultats> 845 consultations avec lombalgies ont été sélectionnées, soit 7,3% des consultations. La lombalgie est plus fréquente chez les ouvriers et les employés. Les patients souffrant de lombalgie sont plus souvent en invalidité et en accident de travail. Les comorbidités liés au système digestif, et la « gestion et médecine préventive » sont plus fréquentes chez les patients lombalgiques. Lors des consultations sans lombalgies, les autres atteintes du système ostéo-articulaire sont plus représentées.

Conclusion> Ces résultats sont difficilement interprétables et une étude à grande échelle portant sur une cohorte avec un recueil longitudinal et permettant de cibler si la lombalgie est aiguë ou chronique serait souhaitable.

MOTS CLES :

- LOMBALGIE
- COMORBIDITES
- CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES
- SOINS PRIMAIRES
- ADULTES

□ Abstract

Introduction>Low back pain (LBP) is one the most frequent reasons for encounters with general practitioners (GPs). But little data is available in France on the co-morbidities and health care behaviours of patients with LBP in primary care.

The aim of this study was therefore to describe the results of consultations of 18 to 65-year old patients presenting to their GPs with LBP.

Materials and Methods> Ecogen was a French national descriptive study that was conducted by 128 GPs in 2012. For all consultations on one day a week, the socio-professional characteristics of patients, their reasons for encounters, their results of consultations and the procedures implemented by their GPs were recorded according to the International Classification of Primary Care (ICPC-2). All consultations by patients 18 to 65 years old seeking care for LBP were therefore selected and their co-morbidities were described and compared with those concerning a sample of patients who had not sought care for LBP.

Results> 845 consultations involving LBP were thus selected, or 7.3% of all consultations. LBP was more common among lower-grade white collar and blue-collar workers. Patients suffering from LBP were more frequently classified in incapacity or had experienced occupational injuries. Co-morbidities linked to the digestive system and “health maintenance/prevention” were more frequent among LBP patients. Among those not consulting for LBP, other musculoskeletal disorders were more common.

Conclusion> It was difficult to interpret these data and a large-scale longitudinal cohort study to determine when low back pain is acute or chronic would be very useful.

KEY WORDS:

- LOW BACK PAIN
- CO-MORBIDITY
- INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF PRIMARY CARE
- PRIMARY HEALTH CARE
- ADULT

Conflit d'intérêt : Aucun

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Monsieur PERNOLLET Eric

Vu, le Directeur de thèse


D. BOUTON Céline

Vu, le Président du jury de thèse


Pr Erick LEGRAND
Service de Rhumatologie
N° RPPS 10001563183
CHU Angers
49933 ANGERS CEDEX 9

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**


Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer

